

Etica, Salute & Famiglia

Periodico a cura del Consultorio Prematrimoniale e Matrimoniale
UCIPEM di Mantova e dell'Associazione Virgiliana di Bioetica
nuova edizione on-line

www.consultorioucipemmantova.it

Sommario °

EDITORIALE

- Salute per tutti o per pochi?

A. Savignano

Anno XXVIII,

PRIMO PIANO

- **Sarà ancora possibile una sanità per tutti?**

N.1

Una riflessione

G. Paganini

Una sanità in affanno

M. Tedoli

- Il Convegno

C. Rossi

- Smascherare i fantasmi che alimentano la paura.

Riflessioni dopo il colloquio. "Cara Giulia ..."

P. Breviglieri

*Gennaio-
Febbraio 2024*

Responsabili:

LA SANITA' DEGLI ALTRI

- Viaggio ai confini dell'umano. Malawi

F. Guidetti

Gabrio Zacchè

TESTIMONI

- J.G. Hernández Cisneros, medico dei poveri

G. Zacché

*Armando
Savignano*

Luisa Menini

ATTIVITA' DEL CONSULTORIO

- Gruppo di mutuo aiuto per donne operate al seno

S. Ignaccolo

IL LIBRO

- Sintesi del saggio di Chiara Mortari "Affetti S/Connessi

A. Zanoni

IL POST DEL MESE

- Essere felici

secondo Papa Francesco

Salute per tutti o per pochi?



E' stata considerata, a buon diritto, utopica la classica definizione di salute come benessere, fisico, psichico e sociale da parte dell'OMS, alla quale si aggiunse anche il carattere 'spirituale', approvata con 24 voti a favore e 10 contrari dall'OMS alla fine degli anni '80. Per fortuna non furono create delle Divisioni sanitarie per malattie spirituali!! L'obiettivo della 'Salute per tutti nell'anno 2000' proclamato dall'OMS ha rappresentato la seconda utopia, poiché in realtà è clamorosamente fallito come si evince dalla conferenza svedese organizzata dall'OMS nel 1991. Addirittura in quella conferenza si voleva sostituire, a causa di squilibri socio-economici, quello slogan con quest'altro che poi non fu approvato: «Dalla salute per tutti alla salute per pochi». In effetti oggi siamo proprio dinanzi a questo problema: la salute è appannaggio di pochi!

Englhardt – e con lui tutta una corrente di pensiero neo-utilitarista - sostiene che occorre ormai parlare di un'assistenza sanitaria per pochi basata su una cittadinanza censitaria (la ricchezza), in quanto, come scrive nel suo Manuale di bioetica «Non esiste un diritto umano fondamentale alla somministrazione dell'assistenza sanitaria, nemmeno alla somministrazione di un minimum accettabile di assistenza sanitaria». E ciò in base anche alle seguenti argomentazioni: risulta quanto mai arduo conciliare nell'ipotesi del diritto all'assistenza le seguenti esigenze: 1. La somministrazione della migliore assistenza possibile a tutti. 2. La somministrazione di un'assistenza uguale a tutti. 3. La libertà di scelta, sia da parte di chi fornisce l'assistenza sanitaria, sia di chi la riceve. 4. Il contenimento dei costi dell'assistenza sanitaria. Di qui altrettanti interrogativi che sintetizziamo nei seguenti: 1. Chi scegliere? 2. Chi decide? 3. Quali risorse e per quali azioni?



Qui ci limitiamo a rilevare sinteticamente che per **efficienza** si intende quella globale, cioè sia produttiva che allocativa, definibile come rapporto tra l'utilità prodotta e le risorse consumate per produrla. Per **equità** invece si intende la situazione che garantisce uguali possibilità a tutti i soggetti nel poter soddisfare in pari misura i propri reali bisogni di salute.

Se le risorse non fossero limitate non si porrebbe né la questione dell'efficienza né quella dell'equità, ma è proprio dalla scarsità delle risorse che il problema si pone. L'efficienza permette di ampliare gli esiti della sanità e in tal senso contribuisce a render possibile soddisfare più bisogni e quindi, se lo si vuole, di soddisfarli in modo equo. Ma la questione fondamentale nasce dalla forma della funzione di utilità che se fosse una funzione lineare non porrebbe limiti alla ricerca dell'equità,

Se la funzione di utilità fosse sempre di tipo lineare, allora dare a due soggetti una quantità pari di risorse produrrebbe la stessa somma di utilità che darne ad un soggetto il doppio ed all'altro nulla; ciò significa che la distribuzione sarebbe indipendente dall'utilità globale e quindi dall'efficienza del sistema. Se così fosse la soluzione equa sarebbe quella di soddisfare una quota proporzionale dei bisogni di ciascuno pari alla quota globale consentita dalle risorse per l'intera comunità.

In realtà le funzioni di **utilità reali** sono diverse e molto lontane dalla linearità: si pensi banalmente solo alla funzione di utilità di un farmaco antibiotico, la cui utilità di basse dosi è quasi nulla per crescere rapidamente attorno alla dose ottimale per poi rimanere stabile se non addirittura diminuire a causa della tossicità di dosi eccessive. Ne consegue che non ottengo la stessa utilità sia se somministro metà dose terapeutica a due soggetti ricavandone bassissima utilità sia se la somministro ad uno solo ottenendo globalmente maggior utilità anche se un soggetto ne sarà privato.

Il problema si complica ulteriormente se l'efficienza che riguarda l'erogazione di servizi ai due soggetti in realtà è tra di loro differente: è chiaro che per massimizzare l'utilità globale sarebbe conveniente dare risorse solo a chi può avere maggior efficienza. Parlando di singoli soggetti, se le mie risorse fossero scarse e volessi massimizzare l'utilità globale, dovrei curare solo quei malati le cui cure costano di meno oppure sono molto più efficaci di altre.

Se invece si considerano le intere comunità, allora si potrebbe voler massimizzare l'utilità dando più risorse a chi meglio le sa far fruttare, ma in questo caso si otterrebbe una doppia disuguaglianza: la prima per la diversa quantità di risorse assegnate, la seconda perché le comunità che ne ricevessero di meno sarebbero proprio quelle che hanno più difficoltà ad erogare adeguata assistenza e sarebbero costrette a darne ancor di meno. Ed allora il problema diventa anche una disparità tra amministrazioni responsabili di mancanza di efficienza e cittadini incolpevoli che la subiscono.

Ciò non significa certo proporre di favorire chi agisce in modo inefficiente; occorre fare di tutto per aiutarlo a ritrovare le capacità per usare le risorse in modo ottimale producendo un livello realmente accettabile di utilità.

Il dilemma allora è se sia meglio dare a tutti quantità inferiori a quelle che ottimizzano l'efficienza o dare il necessario solo ai pochi che ne possono usufruire in modo ottimale; e questo dilemma diventerà sempre più drammatico in conseguenza della riduzione delle risorse disponibili e la crescita dei costi delle nuove tecnologie. Come uscirne?

La soluzione può essere solo politica e non meramente tecnica. E questo non solo riferendosi al Servizio Sanitario Nazionale ma alla sanità nel suo complesso, inclusa quella privata e assicurativa; ciò è giustificato dalla ricerca di maggior utilità per chi può permettersi di ottenere maggior protezione. E il rischio è di tornare ad una sanità buona per i pochi e purtroppo meno buona, se non addirittura cattiva, per i tanti; questa è la ragione per cui non ci può essere una sanità che non dipenda anche da scelte politiche. Spetta alla Politica trovare un compromesso, quello che massimizza il consenso della collettività all'equilibrio sostenibile tra livello di utilità globale e livello di equità. Compromesso che se non verrà trovato e mantenuto comporterà delle insoddisfazioni che possono portare verso il crollo dell'attuale sistema sanitario. Perciò la Politica, espliciti cosa intende fare per garantire l'assistenza sanitaria e quale equilibrio si propone di stabilire tra efficienza ed equità.

Armando Savignano

[Torna al sommario](#)

Sarà ancora possibile una sanità per tutti?



Una riflessione

La mia riflessione è tratta dagli scritti del Prof. Mario Mozzanica (Cento parole di prossimità, Milano 2007) sui concetti di Bene comune, welfare e salute.

1. Le democrazie mature consolidano, accanto ai diritti *civili e politici*, i diritti *sociali* che definiscono il bene comune.
2. I diritti sociali si declinano – in via generale - nelle forme del *welfare state* e si definiscono nelle *politiche sociali*.

3. Le *politiche sociali* di *welfare* e i principi di riferimento si riassumono in:

- universalismo delle prestazioni
- uguaglianza delle opportunità
- principio di cittadinanza
- redistribuzione delle risorse.

L'epoca postmoderna in cui viviamo ha essenzialmente privilegiato e conseguentemente rafforzato **due forme di welfare** (con particolare riferimento alla previdenza, alla sanità e all'assistenza, oltre che all'istruzione e al lavoro):

1. **il modello egualitario**, di origine *laburista*, che tutela i diritti del lavoratore e poi del cittadino, detto modello di *welfare lab*;

2. **il modello liberale**, di origine mercantile, che sostiene la libertà di scelta del cittadino (attraverso *dote, voucher, credit, bonus* ecc.), detto modello di *welfare lib*.

1. L'uguaglianza indiscriminata, nel modello di *welfare lab*, si gioca troppo spesso *senza l'altro*, perché assume come bene *comune* il bene *pubblico* e dunque corre il rischio di *statalizzare la società*.

2. La libertà individuale e mercantile, nel modello di *welfare lib*, si gioca troppo spesso *contro l'altro*, perché assume come bene *comune* il bene *privato* e dunque corre il rischio di *mercantilizzare la società*.

Ma esiste un terzo modello che potremmo chiamare **welfare comunitario** dove il riferimento è la solidarietà/fraternità. Questo modello si realizza *insieme con l'altro*, secondo il principio di *sussidiarietà*, perché assume come bene *comune* il bene di *reciprocità relazionale* e dunque mette sempre in gioco l'*io-in-relazione*.



Si tratta del welfare delle relazioni, delle opportunità, delle responsabilità, delle obbligazioni.

I beni relazionali o di gratuità fissano un'obbligazione, che deriva dallo speciale legame che ci unisce l'un l'altro.

È il riconoscimento di una mutua ligatio tra persone a fondare una ob-ligatio.

Si tratta della riscoperta del linguaggio della cura e del dono, come linguaggi strutturali del mondo (non l'azione sporadica del buon samaritano).

Cura e dono sono linguaggi del mondo; si tratta della circolazione della fiducia, della conciliazione (è ciò che non si compra, non si vende, non si consuma).

Il “*bene comune*” (che non è né quello privato, né quello pubblico), che si oppone al “*bene totale*” (che è la somma dei beni individuali) evoca la solidarietà/fraternità di una condivisione relazionale.

Nel *welfare comunitario* quindi, si riconosce, si promuove e si propizia *l'umano-che-è-comune*.

Per questo:

- risulta essere un *welfare r-assicurativo*, a fronte di un *welfare* essenzialmente *assicurativo*;
- è un welfare che riconosce e valorizza le *capacità*, propizia le *relazioni* e non solo le *prestazioni*;
- si definisce come un *welfare* della *responsabilità*.

Anche e soprattutto nell'orizzonte della tutela della salute, l'enfasi sulla libertà e sull'uguaglianza, in assenza del paradigma solidaristico/fraterno, ha assunto *declinazioni e derive* essenzialmente *individualistiche*. Nasce qui l'esigenza di un *welfare*, appunto, *di comunità*.



Il nuovo paradigma di *welfare community* appare ben attrezzato a farsi prossimo alla fragilità, alla marginalità, al dolore, alla fatica del vivere: quando l'esistenza, appunto, è raggiunta e segnata da una malattia o annuncia il suo tramonto. È l'unico capace di assumere la sfida radicale della postmodernità: accanto all'uguaglianza e alla libertà custodisce i beni relazionali.

Opportunamente il *welfare (ri-generativo) di comunità* si coestende (giovani e anziani) all'arco esistenziale della vita; chiede dunque capacità di farsi carico di tutta la vita e della vita di tutti.

Al di fuori di questi nuovi orizzonti culturali, risulta più difficile accompagnare i percorsi di cura. Laddove si propizia la dittatura dell'individualismo, di una libertà a-relazionale, di una solitudine autistica, la morte e il suo essere accompagnata appare un non senso ed evoca paradigmi e conseguentemente, percorsi eutanasi.

Proprio laddove prevale lo scarto dell'esistenza, lì si rigenera spesso un umano inedito, che chiede cittadinanza relazionale ed esistenziale. È questa la sfida ineludibile delle istituzioni politiche e sanitarie specie di quelle di ispirazione cristiana.

Giovanni Paganini
Dirigente Medico
Direttore Pastorale della Salute
Mantova

Una sanità in affanno



Oggi **l'offerta pubblica** è più bassa rispetto alla domanda. La richiesta di visite ed esami nel 2022 rispetto al 2019 è in crescita esponenziale: ricette emesse: +25% per prime visite, +28% per visite di controllo, + 31% per diagnostica per immagini (Regione Toscana). Le prestazioni erogate nel 2022 rispetto al 2019 invece sono: -16% per prime visite, -14% per le visite di controllo (dati AGENAS). La richiesta è aumentata per: inappropriatazza (richiesta di prestazioni che non servono), medicina difensiva, consumismo sanitario? COVID e paura. L'offerta di prestazioni è ridotta perché il personale sanitario in servizio si è ridotto. Secondo i sindacati ogni anno duemila medici lasciano il Sistema sanitario nazionale.

Il ricorso alla sanità a pagamento è l'esito, non di una corsa al consumismo sanitario inappropriato, ma di prestazioni prescritte da medici che i cittadini non riescono ad avere in tempi adeguati nel servizio sanitario (rapporto Censis). Così abbiamo che il 73% della Sanità è a carico del pubblico, mentre la rimanente quota è sostenuta privatamente. Il trend è in aumento: si è passati dai 34.85 mrd del 2019 ai 37 mrd del 2021 (+6%) (Ragioneria Generale dello Stato). Mediamente il cittadino paga

678 € di tasca propria. Nel dettaglio, si passa da 859 € della regione Lombardia ai 364 € della regione Campania.

Un recente rapporto dell'**Osservatorio sulla Povertà Sanitaria**, organo di ricerca di Banco Farmaceutico, ha stimato che nel 2022 quasi un milione e 350mila nuclei in Italia (5,17%) danno più del 20% dei propri consumi non alimentari alla sanità e 380mila sono a rischio di impoverimento. La situazione è più grave al Sud e in particolare dove ci sono minori o anziani a carico.

Nel 2017, il 7,9% degli italiani (circa 5 milioni di persone) era sotto-trattato, poiché la prestazione sanitaria di cui aveva necessità era: o troppo costosa, o veniva erogata troppo lontano, o il tempo di attesa era troppo lungo (Rapporto Oasi- Istituto Cergas Bocconi). Proliferano gli ambulatori solidali e altre meritorie iniziative di volontariato, ma il ruolo del Terzo settore è di supporto e non di supplenza dell'azione pubblica: non può essere la soluzione strutturale del problema.

E' necessario adeguare il Servizio Sanitario Nazionale. Con le scarse risorse a disposizione l'SSN non può offrire un servizio Universale. Serve un ridimensionamento delle aspettative e l'adozione di un sistema ibrido e privato cercando di governarlo con un'attenzione esplicita alle iniquità. E' necessaria una collaborazione tra pubblico e privato pena uno scenario di massima diseguaglianza se il privato continuerà a competere e a viaggiare in parallelo al pubblico.

(Mario Del Vecchio, Università Bocconi)

E' necessario riportare le aspettative dei cittadini ad una dimensione di realtà. L'avanzata della sanità privata è spregiudicata: si concentra su attività facili e redditizie, senza alcuna integrazione col pubblico (Luca Baldino, DG Assessorato alla Salute – Regione Emilia Romagna).

Un probabile scenario sarà purtroppo quello di una sanità a più velocità:

- una per i ricchi, per chi può pagare, con ospedali gestiti dai privati, dalle assicurazioni, con grandi strutture e tecnologie avanzate con sanitari motivati e ben pagati.
- Una sanità pubblica con personale sottopagato, con scarse capacità economiche e risorse tecnologiche; a questa verranno affidati i pazienti più difficili e “dispendiosi”, i cronici che nessuno vuole trattare, i malati oncologici, i terminali. Infine, malinconicamente, le strutture per i poveri.

I possibili correttivi sono:

° L'aumento delle tasse. “In Campania abbiamo scelto di aumentare le addizionali regionali per sostenere la sanità pubblica, l'unico mezzo di contrasto alla diseguaglianza” (Ettore Cinque, assessore al Bilancio). Nel Regno Unito un aumento delle tasse dovrebbe sostenere il National Health Service. In Francia è stata introdotta una tassa di scopo su alcolici, tabacchi e assicurazioni.

° Le polizze assicurative. Il 23% degli Italiani ha un piano di sanità integrativa: 43% nel Nord-Ovest, 9% nel Sud.



Ci fanno riflettere

* Le parole di papa Francesco: “In questi giorni di ricovero in ospedale, ho sperimentato quanto sia importante un buon servizio sanitario, accessibile a tutti. Non bisogna perdere questo bene prezioso. Bisogna mantenerlo! E per questo occorre impegnarsi tutti, perché serve a tutti e chiede il contributo di tutti” (Angelus di domenica 11 luglio 2021)

* Le parole di Mons Mario Delpini, arcivescovo di Milano: “Occorre essere fedeli al carisma fondatore dei vari Istituti che fanno parte dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria non solo cattolica ma anche laica, si pensi all’articolo 32 della Costituzione, ed alla definizione di salute dell’OMS che mette il focus sullo stato di ‘completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia’. Occorre non ridursi solo ad attività operative, occorre spiritualità oltre che fiducia in Dio, e ciò significa avere una visione illuminata e comprensiva dei problemi».

I principi cardine del Servizio sanitario nazionale sono

- **Universalità** (l’estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione).
- **Uguaglianza** (i cittadini devono accedere alle prestazioni del Ssn senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche).
- **Equità** (a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute).

A conclusione riportiamo ancora parole di papa Francesco:

“Voglio dire il mio apprezzamento e il mio incoraggiamento ai medici e a tutti gli operatori sanitari e al personale degli ospedali. E preghiamo per tutti i malati, specialmente per quelli in condizioni più difficili: nessuno sia lasciato solo, ognuno possa ricevere l’unzione dell’ascolto, della vicinanza e della cura”.

Maurizio Tedoli
Chirurgo vascolare.
Vice-direttore Pastorale della salute

[Torna al sommario](#)

Il Convegno



Organizzatori e relatori del convegno. Da sinistra: C. Rossi, A. Savignano, R. Arioli, M. Azzi, P. Gianolio, S. Rossi, G. Zacchè, G. Paganini, M. Tedoli, C. Ramponi, T. Proserpio.

Sabato 7 ottobre presso il Santuario dei Santi Cosma e Damiano di Barbassolo si è svolta la XXIV edizione dell'annuale incontro su tematiche socio-sanitarie, organizzato dalla Consulta Pastorale della Salute della nostra Diocesi. Il tema: "Sarà ancora possibile una sanità per tutti? Come orientare investimenti e risorse". L'occasione ha rappresentato il momento ideale per una riflessione sugli aspetti etici, giuridici e spirituali sui quali dovrebbe essere fondata la sanità per essere universale, equa e umana.

Il primo intervento, svolto dal dott. **Alfredo Anzani**, professore di bioetica dell'ospedale san Raffaele, ha avuto come argomento principale l'etica ed i valori umani in sanità. Partendo dall'origine del sistema sanitario nazionale nell'anno 1978 (legge 833) è stato possibile introdurre il concetto di salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività. Anzani ha messo in evidenza come negli anni successivi l'organizzazione dei servizi è stata progressivamente articolata in ambito regionale fino ad arrivare al giorno d'oggi in cui sono appunto le regioni che amministrano la sanità.

Attualmente, il principale problema che sta vivendo la sanità è rappresentato dalla contrapposizione tra modello pubblico e modello privato, tra i quali spesso vi è conflittualità anziché complementarietà. L'offerta pubblica è in difficoltà a causa di una domanda che è superiore all'offerta: i fattori che hanno determinato un incremento

della domanda sono: l'inappropriatezza delle richieste, la medicina difensiva, la settorialità della specialistica e il consumismo sanitario. Da sottolineare poi la carenza di personale sanitario.

La relazione quindi ha focalizzato l'attenzione sulla graduale attenuazione di quei valori fondamentali che dovrebbero essere alla base di una buona sanità: la centralità della persona, la sicurezza, l'efficacia ed efficienza degli interventi, l'innovazione e la ricerca. Essi, prima che valori, sono principi etici.

La politica sanitaria non può prescindere dalla fondamentale importanza dell'etica: solo considerando l'uomo come persona si può impostare un metro di giudizio adeguato. L'uomo è infatti un insieme di socialità, diritto, etica e religione.

In base a tale visione, risulta chiaro che i malati non sono oggetti da aggiustare, ma persone. Chi opera in sanità deve possedere oltre al sapere scientifico anche un sapere umanistico. Solo così è possibile comprendere il soggetto-oggetto delle cure: l'uomo-persona-malato.

Il relatore successivo, avvocato **Paolo Gianolio**, ha illustrato i principi costituzionali del diritto alla salute, sulla base dell'articolo 32 della Costituzione: esso esprime chiaramente il diritto alla cura ed alla prestazione, la quale deve essere di tipo programmatico. In termini costituzionali, il principio fondamentale è quello di garantire la salute ai cittadini: la distinzione tra pubblico e privato non rappresenta il contenuto principale dell'articolo. Spesso accade però che il diritto alla cura e alle prestazioni non è rispettato.

La dottoressa **Mara Azzi**, direttore generale di Asst Mantova, ha colto l'occasione per sottolineare il contrasto fra l'intenzione di migliorare la situazione sanitaria attuale e la difficoltà a realizzare tale miglioramento, a causa degli ostacoli oggettivi determinati dalla situazione politica e sociale del momento: l'assenza di dialogo tra il ministero della salute e quello dell'istruzione per trovare un equilibrio tra i nuovi laureati o specializzati e la richiesta di personale nelle strutture sanitarie; l'impossibilità, per i vincoli contrattuali, di equiparare lo stipendio dei medici ospedalieri a quello dei colleghi che offrono prestazioni occasionali. La difficoltà a realizzare nuove strutture convenzionate per le norme di accreditamento stringenti.

E' poi intervenuto il prof. **Armando Savignano**, ordinario di bioetica all'Università di Trieste, il quale ha evidenziato l'importanza fondamentale dell'obbligo all'assistenza: esso rappresenta una conquista di enorme valore e proprio per questo la stessa assistenza deve essere la migliore possibile. Per poterla garantire sono necessarie efficienza ed equità nelle prestazioni. Ciò chiaramente presuppone la disponibilità di risorse economiche adeguate e soprattutto una loro adeguata allocazione. In tale contesto assume un ruolo centrale la politica, la quale avrebbe il compito di tradurre in azioni concrete ciò che è da cambiare e da migliorare, cercando di arrivare ad una soluzione ottimale partendo dalle reali necessità della popolazione e muovendosi sulla base dei principi etici di una buona sanità, cercando di perseguire la salute del paziente e la qualità del servizio.

La politica invece spesso si è ritrovata a rincorrere fatti già avvenuti, mentre avrebbe il compito di proporre soluzioni a medio lungo termine, anticipando gli scenari negativi.

Per fare un esempio, l'assistenza sanitaria rappresenta da diversi anni il 6,4% del PIL. Questo valore, nonostante il tempo e i vari cambiamenti che lo hanno caratterizzato, non è aumentato perché le scelte politiche hanno portato ad una differente distribuzione degli investimenti.

Il dottor **Carlo Ramponi**, direttore sanitario della locale RSA “Villa al Lago”, ha illustrato alcune proposte inerenti la tutela dei più deboli. Occorre creare una rete di erogatori pubblici e privati, stimolando la capacità imprenditoriale del settore no profit, coinvolgere il volontariato e potenziare l'uso delle tecnologie dell'informazione. In questo modo, si potrebbe più facilmente auspicare un maggiore equilibrio e sinergia tra pubblico e privato: attenuando i contrasti che da sempre hanno caratterizzato tale dualismo e perseguendo un modello comunitario in cui venga dato più spazio ad enti imprenditoriali no profit e al volontariato, e integrando le diverse fonti di finanziamento (INPS, Regioni, Comuni, SSN). Le proposte dovrebbero tenere conto delle diversità a livello regionale e locale dei vari territori.

Infine, don **Tullio Proserpio**, cappellano dell'istituto Tumori di Milano, ha cercato di rispondere al quesito inerente lo spazio che la spiritualità può avere quando si parla di salute. L'esperienza gli ha permesso di affrontare e vivere casi e situazioni in cui le persone spiritualmente ricche si sentivano meno sole e più pronte ad affrontare la malattia. In alcune di esse tale dimensione era già presente, mentre per altre si è presentata l'occasione di seguire un percorso che le ha condotte verso una maggior consapevolezza.

In conclusione, dal confronto avvenuto in questo convegno, è emerso che i principi etici rappresentano un fondamento imprescindibile per strutturare una sanità per tutti, in cui si possa promuovere la dignità del malato, visto come persona e non come oggetto da trattare e come fonte di profitto. Soltanto la politica può convertire in realtà questi valori con scelte lungimiranti ed illuminate che possano portare ad ottenere il meglio dall'attività dei professionisti e delle altre figure che operano in tale ambito.

Carlo Rossi
Dirigente medico
Polo Vaccinale
Mantova

[Torna al sommario](#)

Smascherare i fantasmi che alimentano la paura

Riflessioni dopo il colloquio

Questa serie di articoli intende proporre alcune riflessioni sul lavoro psicologico in un consultorio familiare dove opero da molti anni, in una forma discorsiva e narrativa che ho ideato immaginando un breve dialogo con una collega tirocinante a cui mi rivolgo prendendo spunto dal colloquio che abbiamo appena svolto (PB).



Cara Giulia,

la ragazza che abbiamo incontrato questa mattina ci riporta con la sua problematica a situazioni frequenti con cui abbiamo avuto a che fare in consultorio. F. è un giovane piena di risorse personali che frequenta il secondo anno di università, è una ragazza carina, ha delle amiche, ha un fidanzato, sta facendo un corso di studi che l'appaga dal punto di vista dell'interesse e che sta conducendo con una buona prospettiva di successo: ha solo due esami in arretrato dell'anno precedente.

A fronte di questo quadro così incoraggiante e positivo tuttavia, F. si presenta piangendo, dicendo che è tormentata dall'ansia dell'esame, di un possibile insuccesso universitario, del continuo percepirsi come inferiore e più in difficoltà rispetto alle sue compagne di studi.

Ripete che si sente oppressa da questo peso, non riesce a dormire, addirittura è così angosciata che non riesce neanche a studiare e a concentrarsi come vorrebbe. Talvolta pensa seriamente di lasciare l'università.

Escludiamo sulla base di una rapida intervista che si tratti di uno stato più generale di depressione in quanto F. riporta che nel periodo in cui si è concessa una vacanza dalla preparazione universitaria è riuscita a stare bene e ad essere felice con il suo fidanzato, per poi tornare invece a sentire questo forte disagio quando si misura con il tema "università". Il problema di F. è quello di interpretare i dati di realtà secondo regole e significati che la deformano facendola apparire come una questione di vita o di morte, un passaggio cruciale in cui si decideranno le sue sorti, una prova definitiva

del suo valore o della sua inadeguatezza. Non siamo di fronte naturalmente ad un delirio ma ad una attribuzione affettiva e di significati abnormi, molto soggettivi che producono poi queste reazioni emotive così invalidanti e di sofferenza. Il problema quindi non consiste nelle reazioni emotive sproporzionate, queste non sono che una conseguenza di un'interpretazione erronea o distorta della realtà. Noi in genere reagiamo emotivamente in modo corretto a segnali di allarme e di pericolo, anche F. fa altrettanto, il problema consiste nel fatto che la sua elaborazione mentale interpreta come un significativo segnale di grave pericolo per la sua vita e per la sua autostima, il semplice fatto di dover ripetere un esame. Nel complesso processo di elaborazione mentale e psicofisiologica che partendo da uno stimolo produce una reazione emotiva e comportamentale, credo che il punto che produce il disagio per F. sia la fase in cui la mente, partendo da una situazione stimolo (l'esame da superare), attribuisce significati e connotazioni più o meno consapevoli alla stessa. Questa operazione di attribuzione agisce attraverso processi spesso automatici che sono veicolati da immagini, parole, frasi, ricordi ed altre tracce del nostro complesso lavoro mentale che va pazientemente ricostruito in quanto spesso si presenta in una forma confusa e non del tutto chiara alla consapevolezza.

Di fronte a questa situazione, quindi quali strumenti terapeutici possiamo adottare e proporre?

Un aspetto cruciale in questa come altre situazioni è quello di aiutare il paziente a riconoscere la realtà e come essa si ricopra di questi aspetti di pensiero e di percezioni soggettive che la trasformano in qualcosa di minaccioso e di terrificante.

Con F. ho proposto proprio questa immagine molto semplice: talvolta, la nostra mente produce delle percezioni o rappresentazioni della realtà che assomigliano a dei fantasmi sotto i quali tuttavia, non si nasconde nulla di realmente terrificante.

Il lavoro terapeutico è quindi orientato a smascherare la consistenza di queste percezioni, portando il soggetto a confrontarsi con una realtà più riconoscibile e attendibile.

Come fare tecnicamente questo tipo di lavoro, che non può limitarsi ad una enunciazione teorica e generale per risultare proficuo per il paziente?

È importante accompagnare il paziente in una ripetuta analisi che lo porti a distinguere ciò che sono le sue percezioni e i suoi timori e d'altra parte la stima e la considerazione di ciò che è effettivamente reale.

Nel caso di F. ad esempio scopriamo che per lei il semplice fatto di prendere un voto diverso da quello di una compagna è carico di significati umilianti e squalificanti. È un segnale questo di un suo fallimento, di una sua inadeguatezza.

Questo tipo di percezione si è consolidata in lei attraverso una pluralità di stimolazioni e di fattori quali ad esempio una certa tendenza al confronto che è stata indotta dai genitori e soprattutto una continua visione della realtà in termini competitivi che F. ha alimentato durante l'infanzia e la preadolescenza. Per F. ogni esperienza è letta attraverso questa lente interpretativa: come mi colloco io rispetto agli altri? Se scopre o teme di essere al di sotto di qualcun altro la sua autostima crolla e si innalza immediatamente un livello di ansia da prestazione.



Il lavoro terapeutico quindi deve focalizzarsi sul lento e costante sforzo di modificare la lettura dell'esperienza attraverso nuovi parametri di interpretazione e di valutazione.

Questo lavoro di analisi e modificazione del processo mentale di elaborazione dello stimolo si sviluppa in tre fasi: da un lato occorre invitare il paziente a scoprire e ad

esplorare i significati che egli attribuisce normalmente a questo stimolo. Questo può essere fatto esplorando il cosiddetto "discorso interiore" che il paziente svolge dentro se stesso di fronte ad una certa situazione. Quali sono a questo proposito i pensieri spontanei che vengono in mente? Quali sono le frasi che si producono nella sua mente come se parlasse a se stesso? Un'altra esplorazione da compiere riguarda le conseguenze immaginate per il paziente rispetto alla situazione. Quali sono le conseguenze immediate, le situazioni che il paziente immagina dover affrontare, i significati per sé e per gli altri di tutti questi aspetti, gli esiti a lungo termine? Un'ulteriore parte che è interessante esplorare è quella relativa ai ricordi o ai modelli interni che il paziente conserva dentro sé stesso e che orientano la sua lettura dell'esperienza stessa. Quali sono gli echi dei giudizi che di lui davano le figure di riferimento in circostanze simili?

Quali sono i modi di dire, le frasi di monito, gli imperativi etici o comportamentali che si attivano in lui di fronte allo stimolo? Quali sono eventuali esperienze traumatiche o salienti che vengono rievocate di fronte a queste circostanze?

Questa prima fase di analisi va portata avanti con il paziente anche con l'ausilio di appunti e annotazioni che vengono presi su quanto emerge. Lo scrivere e sistematizzare questo lavoro di riconoscimento dei più significativi punti emersi, ha il valore di conservare e approfondire queste riflessioni nei momenti successivi. E' un po' come compiere un lavoro da archeologi o da esegeti, volto a comprendere, raccogliendo tutti i frammenti, come la mente costruisce la sua rappresentazione dello stimolo o delle situazioni che danno origine alle reazioni di disagio.

Una volta completata l'analisi del "fantasma" si apre la seconda fase che è quella di percepire e rappresentare più correttamente la realtà. Qui si apre un'importante questione, cosa intendiamo per realtà? Non è forse accettato che non esiste una realtà uguale per tutti ma ognuno percepisce le cose diversamente? Questa variabilità è senza dubbio presente tuttavia possiamo fare delle riflessioni per definire ad esempio come quella singola esperienza impatta concretamente sulla mia vita e sui miei obiettivi. Già questo primo livello di confronto spesso mette in luce che dietro al "fantasma" vi è una realtà molto più accettabile e benigna. Un'altra considerazione potrebbe essere quella di chiedere al paziente come valuterebbe quella situazione una persona di cui lui ha stima e che considera equilibrata. Per fare una valutazione più oggettiva della realtà, spesso dobbiamo fare una sorta di cambio di prospettiva per "allontanarci"

mentalmente dal presente e considerare “sezioni di realtà” più generali e ampie. Ad esempio trovo spesso utile invitare il paziente ad immaginarsi nel futuro a pensare a come valuterà l’evento o lo stimolo che si sta considerando. Un’altra modalità interessante è quella di invitare il paziente a collocare su una sorta di grafico a torta che rappresenta la complessità della sua vita, la fetta che può essere rappresentata dallo stimolo in oggetto. Nel caso concreto F. dopo aver analizzato il suo “fantasma terrificante”, riconosce anche che se fosse bocciata all’esame questa cosa non avrebbe delle conseguenze così catastrofiche, in fondo anche se andasse fuori corso, la sua vita non ne risulterebbe segnata in modo significativo e i suoi obiettivi importanti sarebbero tutti comunque perseguibili, ovvero fare la professione che tanto la interessa e appassiona: è questa la “realtà addomesticata”. Anche il giudizio degli altri resterebbe di fatto invariato così come lei stessa non guarda con svalutazione le sue amiche che fanno un po’ fatica nel percorso di studi. E’ importante arrivati a questo punto che il paziente cominci a “prendere confidenza e familiarità” con questa nuova percezione dello stimolo che stiamo affrontando per arrivare in fondo ad una accettazione più profonda dello stesso.

Una terza fase di lavoro si apre quando tutto questo materiale di riflessioni che è stato raccolto e costruito insieme al paziente deve essere consolidato per contrastare i pensieri automatici e permettere di rinforzare sempre di più abitudini mentali più equilibrate. In questa fase è molto utile creare esercizi di ripetizione, di mnemotecnica o di meditazione che permettano al paziente di rinforzare questa nuova “postura mentale” e queste nuove attribuzioni di significati. Nel caso di F. ad esempio le è stato proposto di scrivere un breve testo in cui ricapitolare questi contenuti legati alla sua vita universitaria prima di iniziare a studiare o prima di addormentarsi.

Un ulteriore strumento che può essere usato per consolidare questi cambiamenti è quello di costruire delle metafore che contengano gli elementi elaborati nelle fasi precedenti. La metafora a esempio che ho creato con F. per aiutarla ad apprezzare la situazione di studio e di impegno universitario non più in un’ottica competitiva ma in una modalità più qualitativa e centrata sull’esperienza stessa è stata la seguente: immaginiamo due modi alternativi di andare in montagna per raggiungere una cima, il primo è quello competitivo in cui si guarda semplicemente l’orologio, si cerca di non essere gli ultimi e si vorrebbe bruciare i tempi e in cui la soddisfazione è ricavata da questa percezione di primato. La seconda è una modalità che si basa sul godere dell’esperienza ed apprezzarne tutti i risvolti trovando il passo giusto per raggiungere l’obiettivo, senza dare importanza al fatto che questo obiettivo venga raggiunto in un tempo superiore rispetto a quello utilizzato dagli altri.

In questa seconda prospettiva F. potrà guardare all’esperienza che sta facendo non come ad una gara contro il tempo o contro qualcuno, ma come un percorso concentrato sulla bellezza e sull’interesse che nasce dall’acquisire competenze ed informazioni connesse alla sua materia di studio.

Concretamente l’esercizio poi proposto alla giovane studentessa è stato quello di predisporre una sorta di discorso interiore preparatorio tutte le volte che iniziava l’esperienza di studio.

In esso erano presenti quei contenuti che orientavano i suoi pensieri e le sue azioni mentali ad affrontare l'avvicinamento all'obiettivo con calma, curiosità, interesse e piacere.

Dall'altra parte era importante che F. riconoscesse come alcuni aspetti dei suoi vissuti percettivi fossero da collocarsi nella categoria "fantasmi" e in quanto tali considerati inconsistenti e fallaci.

Per questo abbiamo concordato di disegnare un fantasma su un foglio all'interno del quale F. avrebbe scritto quei pensieri che potevano indurre paure esagerate ad esempio: "Se sbaglio un esame sono un disastro e non riuscirò a laurearmi in tempo", oppure "Gli altri riescono sempre meglio di me perché c'è qualcosa in me che non funziona".

Questo lavoro che ho proposto e ho cercato di descrivere non è però semplice e immediato perché necessita una riorganizzazione cognitiva e di approccio all'esperienza che si deve costruire e consolidare nel tempo. Si tratta quindi di aiutare il paziente a progredire in questo sforzo di cambiamento utilizzando sistemi di richiamo che lo aiutino a "disinnescare" quelle percezioni automatiche che si generano quasi per forza di inerzia dentro di lui.

Per questo motivo credo sia sempre utile concordare e costruire col paziente strumenti di richiamo, di rifocalizzazione o di rinforzo di questi modi alternativi di considerare la realtà esterna e personale.

In questo il percorso terapeutico credo possa assomigliare ad un percorso di disciplina e auto-costruzione mentale e di nuova visione della realtà, in quanto si tratta poi di leggere la realtà stessa attraverso una lente di priorità e valori alternativa che va alimentata e fatta crescere.

Mi rendo conto infatti, che queste problematiche che possiamo considerare all'interno di una prospettiva di psicologia clinica (approcci terapeutici a fenomeni ansiosi), hanno anche una dimensione più valoriale e antropologica nel senso che richiedono al soggetto di fare i conti con una serie di questioni vitali irrinunciabili, quali ad esempio l'accettazione delle proprie caratteristiche, il sentirsi validi indipendentemente dal confronto con gli altri, il mettere in conto imprevisti e possibili fallimenti nelle proprie esperienze, il dare valore ad ogni elemento vitale al di là di un modello ideale o imposto culturalmente.

Si tratta in buona sostanza di accompagnare il paziente sulla strada della lenta acquisizione di una posizione esistenziale che può essere sintetizzata in questa massima esemplare di Tommaso Moro: "Signore dammi la forza di cambiare le cose che posso modificare e la pazienza di accettare quelle che non posso cambiare e la saggezza per distinguere la differenza tra le une e le altre."

Breviglieri Paolo
Psicologo psicoterapeuta

[Torna al sommario](#)

Viaggio ai confini dell'umano. Malawi Ottobre 2023



Da Phalombe, con la jeep carica di infermieri, medicinali e vaccini ci avviamo presto, come ogni giovedì, alla outreach-clinic. Per chi non fosse avvezzo al sistema sanitario malawiano, si tratta di presidi sanitari locali dove vengono somministrati vaccini e medicinali, e viene effettuato lo screening gravide e malnutrizione.

La destinazione odierna è il villaggio di Nyambalo, sito a 10 km dall'ospedale di Phalombe, dove per essere curati occorre pagare il pernottamento e i farmaci utilizzati, e a 30km dall'ospedale del governo, che è completamente gratuito, ma dispone solo di 1 infermiere ogni 60 posti letto e di 2 medici assunti per l'intera struttura, compresa l'attività delle sale operatorie.

Dopo pochi minuti abbandoniamo la comoda strada asfaltata per addentrarci nelle famigerate "strade bianche" africane. Un gran canyon fatto di buche e ponti pericolanti. Ci dicono tuttavia che siamo stati fortunati, la stagione delle piogge non è ancora iniziata e questo facilita di molto lo spostamento.

Attorno a noi case fatte di fango che con i loro tetti di paglia divelti, mostrano ancora le ferite inferte dal ciclone Freddy. Nonostante gli aiuti del governo, la maggior parte

dei malawiani, qui, non é ancora riuscita a riparare le proprie abitazioni; con la stagione delle piogge alle porte, la preoccupazione e il disagio aumentano.

Per tutto il tragitto non incontriamo nessun'altra auto, solo alcune motociclette, molte biciclette e moltissimi viandanti. La strada per Nyambalo ci dà la dimensione di cosa significhi vivere da queste parti. Per ogni bisogno elementare: reperimento dell'acqua, acquisto della farina, raggiungimento della scuola, del posto di lavoro o dell'ospedale le persone sono costrette a camminare ore e ore, a qualsiasi età, con qualsiasi condizione meteo o di salute, pena l'isolamento, la morte o la fame.

A chi poi abbia almeno una volta viaggiato in Africa, sarà nota la difficoltà dell'attraversamento dei confini.



C'è però un confine che qui si valica senza passaporto, dove non è richiesto alcun visto, non ci sono sbarre, né guardie armate, è il confine dell'umano. A pochi km da Nyambalo lo attraversiamo.

L'auto si ferma a destra, scendiamo e dopo alcuni minuti di cammino raggiungiamo la casa di Nancy. É una donna sola, con due figli di 1 e 5 anni. Il maggiore è affetto da paralisi spastica, non riuscendo a camminare deve essere accudito h24. Abbiamo saputo che da giorni non hanno di che mangiare e abbiamo deciso di andare a fare loro visita. Al nostro arrivo i bambini piangono inconsolabili, hanno fame. Entriamo nella loro casa, è buia come la notte non essendo dotata di finestre, l'aria è pesante e notiamo che nell'unico spazio comune non ci sono né letti, né coperte; qui si dorme direttamente a terra. Non appena doniamo farina e sapone, la faccia di Nancy tira un sospiro di sollievo, sa che quello che abbia portato le basterà per una decina di giorni.

Prossima fermata: Outreach Clinic.

Al nostro arrivo ad attenderci centinaia di mamme e di bambini. Sono felici di vederci, ci accolgono con un canto ed una preghiera. Le vaccinazioni e lo screening si svolgono ordinatamente e rapidamente, il sistema è ottimamente rodato. Notiamo, però, che l'edificio che dovrebbe accoglierci è severamente danneggiato, che i farmaci a disposizione non sono sufficienti a coprire il fabbisogno, tutte le donne con cui parliamo ci riportano di come la fame le affligga e scopriamo che la maggior parte di questi bambini non va a scuola.

Daniele (il medico con il quale ho intrapreso questa avventura) ed io ci guardiamo lungamente negli occhi senza dire nulla: i confini dell'umano è uno di quei posti che toglie il fiato.

Alla sera, entrambi conveniamo che il primo farmaco di cui questi bambini necessitano sia il cibo, e decidiamo che l'Outreach Clinic Program debba al più presto prevedere, oltre alla distribuzione di farmaci e vaccini, anche quella di farina, così come la messa in sicurezza dell'edificio che ospita l'Outreach Clinic.

Conveniamo che non ci si possa nemmeno dimenticare di quei bambini, come il figlio di Nancy, affetti da paralisi spastica. Ne abbiamo incontrati parecchi in questi giorni, rappresentano veramente "gli ultimi tra gli ultimi" in questa terra disumana. L'indomani parliamo con il nostro infermiere Steve e decidiamo di voler fornire ciascuno di loro di una carrozzella per facilitarne gli spostamenti, così come di farina e fisioterapia.

È la nascita di due nuovi progetti, che portano con loro la speranza di lenire un po' della sofferenza palpata nella terra al confine dell'umano.

È il nostro ringraziamento ed arrivederci a questa gente che ci ricorda come il confine dell'umano, seppur non segnalato e dimenticato, continui ad esistere e a dar casa a milioni di persone. Nutriamo un sogno: una scuola per Nyambalo.

Federica Guidetti
Cardiologa

[Torna al sommario](#)

Testimoni

José Gregorio Hernández Cisneros

Medico dei poveri



José Gregorio Hernández Cisneros, venezuelano (1864-1919), nasce in una piccola località della cordigliera andina, figlio di un negoziante benestante, primo di sei fratelli. Si laurea in medicina a Caracas (1888). Vinta una borsa di studio governativa completa gli studi in istologia e batteriologia in Europa, prima a Parigi poi a Berlino. Tornato in Venezuela (1891) inizia la sua attività di professore universitario. Attrezza un laboratorio di fisiologia, poi di anatomia patologica, scrive un trattato di batteriologia per studenti, insegna l'uso del microscopio. Tornerà ad aggiornarsi in Europa, a Madrid, nel 1917.

Nel 1918 anno della epidemia di “Spagnola”, una pandemia influenzale insolitamente mortale, che fra il 1918 e il 1920 uccide milioni di persone nel mondo, si dedica senza risparmiarsi alla cura dei malati.

Conosciuto come uomo colto, forma una scuola di ricercatori che avrà un ruolo importante nella medicina venezuelana. José Gregorio è anche un uomo di fede. Nell'esercizio della professione medica, privilegia i poveri: non solo non prende alcun compenso, ma spesso dona loro i soldi per le medicine; lo chiamano "il medico dei poveri". Partecipava ogni mattina alla celebrazione della messa, prima di iniziare ogni lezione si fa il segno della croce. Terziario francescano, vuole diventare monaco certosino. Nel 1908 vive nella Certosa di Farneta (Lucca) per nove mesi, poi una grave malattia polmonare lo costringe a tornare nel Sud-America e ad accettare la vita laicale. Muore nel giugno 1919 investito da un'auto a Caracas, appena uscito da una farmacia dove aveva acquistato medicinali per una donna ammalata.

Viene beatificato nell'aprile 2021.

A Caracas due ospedali portano il suo nome.

Papa Francesco nella catechesi di mercoledì 13 settembre 2023 così ne parla: "Veramente la carità fu la stella polare che orientò l'esistenza del Beato José Gregorio: persona buona e solare, dal carattere lieto, era dotato di una spiccata intelligenza; divenne medico, professore universitario e scienziato. Ma fu anzitutto un dottore vicino ai più deboli, tanto da essere conosciuto in patria come 'il medico dei poveri'. Accudiva i poveri, sempre. Alla ricchezza del denaro preferì quella del Vangelo, spendendo l'esistenza per soccorrere i bisognosi. Nei poveri, negli ammalati, nei migranti, nei sofferenti, José Gregorio vedeva Gesù. E il successo che mai ricercò nel mondo lo ricevette, e continua a riceverlo, dalla gente, che lo chiama 'santo del popolo', 'apostolo della carità', 'missionario della speranza'."

Gabrio Zacchè

[Torna al sommario](#)

Gruppo di mutuo aiuto per donne operate al seno



La diagnosi di tumore al seno rappresenta per la donna uno tsunami, la sola parola "cancro" innesca inevitabilmente incredulità iniziale, mista ad ansia, a preoccupazione e a paure di varia natura.

Una serie di forti emozioni, che nella mente delle donne risuona come una minaccia in grado di scardinare i tasselli di una vita. Nella donna si percepisce il rischio che viene visto in maniera diversificata e soggettiva da ognuna, spesso ci si focalizza sul fallimento possibile delle cure, rispetto a quella di successo, per cui molto importanti sono

il contenimento dell'angoscia e dell'ansia in aiuto alle difficoltà che possono emergere nel percorso di cura.

In questa fase è necessario e fondamentale riuscire a chiedere un aiuto, che possa essere da supporto a quelli che possono essere gli aspetti pratici e logistici, dopo un intervento chirurgico. Gli aspetti pratici possono essere legati alla preoccupazione delle cure, alla gestione della vita quotidiana, al lavoro, alla relazione con il partner, alla sessualità e soprattutto alla gestione dei figli e alla loro crescita.

Chiedere un aiuto, può aiutare la donna a rendere la qualità della vita migliore, in quanto può darle la possibilità di lavorare sulle proprie potenzialità, tale approccio tende a ridurre lo stress, che può manifestarsi, se una donna si trova ad affrontare la malattia da sola, senza il supporto e il sostegno della famiglia e di chi per loro.

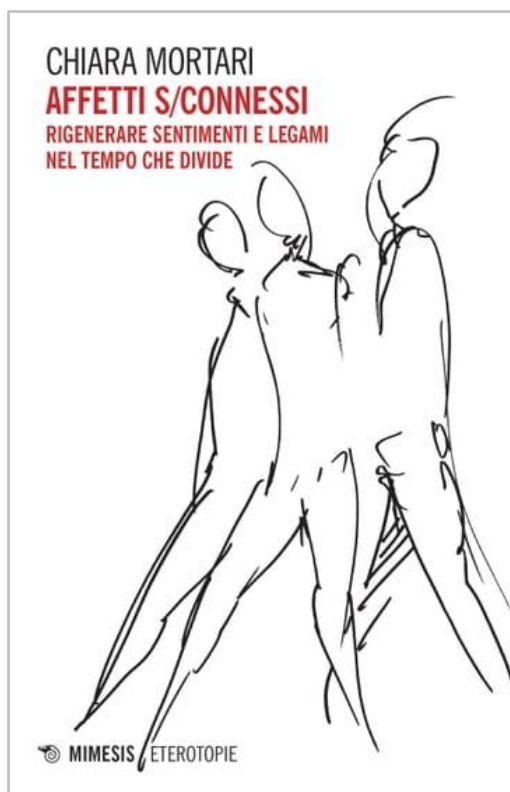
In merito a tutto ciò, il Consultorio Ucipem di Mantova, ha ritenuto opportuno organizzare un gruppo di auto mutuo aiuto alle donne che si trovano ad affrontare questo problema; gli incontri si svilupperanno con cadenza quindicinale. Si cercherà di lavorare sulle nostre emozioni, piuttosto che nascondere ciò che sentiamo, e saranno condotti da un operatore della struttura.

Come diceva Rita Levi Montalcini: "La serenità è la vera forza della vita"

Silvana Ignaccolo
Psicopedagogista

[Torna al sommario](#)

Sintesi del saggio “Affetti S/Connessi” di Chiara Mortari



L'autrice in questo libro evidenzia il grande pericolo, quello della solitudine relazionale e affettiva, al quale siamo esposti nel nostro tempo. Le abituali modalità comunicative sono state sconvolte dall'avvento dei social network. La relazione interpersonale, alla base di ogni comunicazione efficace, non è più prevalentemente diretta ma mediata da strumenti anonimi che si frappongono fra me e l'altro, creando un muro. Sono strumenti nati per unire ma spesso dividono, per includere ma spesso escludono. Per le generazioni odierne che devono comunicare emerge un grande rischio, la perdita dell'identità personale, fagocitata da un grande fratello che raccoglie tutti sotto le sue ali ma nello stesso tempo li mantiene lontani. I classici assiomi della comunicazione, verbale e non verbale, vacillano; la prossimica, cioè lo studio della distanza tra due soggetti, non ha più senso in quanto non è più applicabile. Cosa direbbe Levinas nel vedere di solito escluso da tale modalità comunicativa il “volto” dell'altro,

espressione del suo mondo interiore, della sua essenza di uomo? Gli interlocutori sono vicini nel tempo ma lontani nello spazio, collegati ma fundamentalmente soli, connessi e nel contempo s/connessi. Ognuno di noi alla nascita si separa dalla madre e rimane solo ma col desiderio di ripristinare l'unione primitiva. Diventa per questo necessaria la relazione con l'altro; la nostra identità, per avere coscienza di sé e crescere, ha bisogno di essere riconosciuta dall'altro. In ogni relazione entrano in gioco anche le emozioni, i sentimenti, gli affetti. Le emozioni d'altra parte spingono verso l'esterno, verso l'altro (dal latino e-movere cioè muovere da... per andare verso l'altro).

Sentimenti ed emozioni per esprimersi chiamano a gran voce la relazione e tutto ciò entra in gioco anche nei normali processi di apprendimento. Il mondo affettivo è fatto di vissuti profondi, intimi e veri, e va curato e tutelato. Al contrario nella rete c'è una sorta di mercato delle emozioni, una esposizione mediatica alla ricerca di approvazioni, di consensi, di commenti positivi. Di fronte a tutto ciò occorre difendersi e assumere una nuova responsabilità, quella di rivedere in modo radicale l'educazione e la formazione dei giovani e non solo. Sarebbe sbagliato contrapporsi alle nuove tecnologie ma queste non possono o meglio non devono essere alla base di legami minori. Ben vengano nuove modalità di insegnamento come la DAD (didattica a distanza) che ha permesso di proseguire i corsi di studio quando non era possibile essere fisicamente presenti. Ma una vera relazione si basa sulla fisicità, sulla centralità del corpo. In certi casi la comunicazione a distanza rischia di alienare e non di unire. È necessario che le varie agenzie educative, famiglia e scuola in primis, mettano al centro di ogni loro intervento la relazione. L'istruzione va abbinata ad una formazione delle coscienze, ad una apertura mentale verso l'altro e verso ciò che è diverso da noi. Ad esempio la interdisciplinarietà, vale a dire l'interazione con altri, è indispensabile davanti ad ogni nuova scoperta, che ai nostri giorni non è mai frutto di una sola persona ma del lavoro di tanti collaboratori.

Bisogna inoltre procedere ad una alfabetizzazione emozionale, in modo di far sì che nei processi formativi non vengano frenate le emozioni e i sentimenti, se si vuole che in chi apprende nasca e si sviluppi una solida motivazione. La ricerca di relazioni apre la strada ai legami sociali e si oppone alla solitudine, aiuta a far tesoro della molteplicità dei vissuti per meglio affrontare la complessità dei problemi di ogni giorno. È importante non essere distratti, non sentirsi indifferenti alle vicende altrui, come passanti estranei sulla scena di questo mondo. La conoscenza della realtà degli altri ci evidenzia il valore della diversità, della discordanza da ciò che crediamo normale ma in un'ottica appiattita che identifica il normale con l'uguale. È certo che il nostro tempo, più di altri, è caratterizzato da una pervadente solitudine espressa da una

esclusione sociale associata ad una esclusione affettiva. Siamo connessi con tutto il mondo ma isolati nel nostro contesto quotidiano, senza il riconoscimento dei vicini, contigui ma separati, senza interazioni reali. Ma una società è tale se si fonda sulle interdipendenze, sul riconoscimento della coesistenza, sulla condivisione della comune fragilità. È la vulnerabilità umana che spinge noi a guardare all'altro e a prendercene cura e l'altro a guardare a noi e a prendersi cura di noi. Corre a tutti noi l'obbligo di rimediare alla vulnerabilità degli altri. Anche nel caso in cui la solitudine sia una condizione ricercata e non subita, questo non impedisce di cercare legami con altri.

Una società non regge se è costituita da tante solitudini vicine. Bisogna che le solitudini affettive si avvicinino per prevenire l'esclusione sociale, specie di chi è considerato diverso. Serve dialogare con la differenza. Quando si parla di diversità, il discorso cade inevitabilmente sulle nuove specificazioni relative al concetto di identità sessuale, che è una delle parti della identità di una persona e le cui componenti sono il sesso biologico, l'identità di genere e l'orientamento sessuale. Sinteticamente il sesso biologico distingue tra due soli generi, maschio e femmina ma sappiamo che esistono casi che non rientrano nei canoni classici per particolari variazioni anatomiche. Il genere in cui la persona si riconosce è detto identità di genere. C'è chi nasce maschio o femmina e si sente maschio o femmina (è il cosiddetto cisgender) ma c'è chi nasce maschio e si sente femmina o viceversa (è il cosiddetto transgender); se poi questa persona avverte il bisogno assoluto di sottoporsi a terapie ormonali o chirurgiche per cambiare sesso, si parla di transessuale. Il genere a sua volta non è detto che coincida con l'orientamento sessuale cioè con la tensione affettiva che si prova con persone di sesso opposto (eterosessualità), o del medesimo sesso (omosessualità) o di entrambi i sessi (bisessualità). È un mondo complesso quello dell'identità sessuale ma, al di là di ogni posizione personale e sospendendo ogni giudizio etico ed ogni pregiudizio, è indubbio che la dimensione di genere è ancora troppo penalizzata. È necessario rispettare la persona, entrare in relazione con l'altro, evitando esclusioni di ogni tipo.

In conclusione sta a noi riempire il futuro di azioni congrue che mirano ad uscire da se stessi per ritornare in relazione con gli altri e per riconoscere il valore della diversità dell'altro come un valore aggiunto.

Alberto Zanoni
Medico Geriatra

[Torna al sommario](#)

Il post del mese



Essere felici



La felicità non è avere un cielo senza tempeste, camminare senza incidenti, lavorare senza stanchezza, rapporti personali senza delusioni.

Essere felici è trovare forza nel perdono, speranza nelle battaglie, sicurezza nella paura, amore nella discordia.

Essere felici non significa solo valorizzare il sorriso, ma anche riflettere sulla tristezza. Non si tratta solo di commemorare il successo ma di imparare le lezioni del fallimento. Non è solo avere gioia con gli applausi, ma avere gioia nell'anonimato.

Essere felici è riconoscere che vale la pena vivere la vita nonostante tutte le sfide, la tristezza, le incomprensioni e i momenti di crisi emotiva ed economica.

Essere felici non è un destino, ma una conquista per chi sa viaggiare nel proprio essere.

Essere felici è smettere di essere vittime di problemi e diventare attori della propria storia. È come camminare attraverso deserti fuori di sé, ma riuscire a trovare un'oasi nel profondo della nostra anima.

Essere felici è non avere paura dei propri sentimenti. È abbracciare i bambini, coccolare i genitori, avere momenti poetici con gli amici, anche se ci fanno male.

Essere felici significa lasciare vivere la creatura libera, felice e semplice che vive in ognuno di noi.

Papa Francesco

[Torna al sommario](#)

