

## LA RELAZIONE DI CURA E LA CONDIZIONE DELL'ANZIANO.

### TRA QUADRO NORMATIVO ED ETICA

Giuseppe Goisis – Filosofo politico - Università Ca' Foscari – Venezia

1. La persona umana vive nel mondo *in relazione* e questo esserci nel mondo si caratterizza come *disposizione di cura*. Si esordisce accennando al bel lavoro di Umberto Curi: *Le parole della cura*, nel quale si distingue un doppio significato di cura: l'aver cura come sollecitudine, come premura verso l'altra persona e la cura come terapia; come mostra Curi, sulla scia di Gadamer, i due significati sono andati dissociandosi via via, sfumando la cura/sollecitudine in una tenerezza apparentemente vaga e rivestendosi la terapia, sempre di più, di una dimensione farmacologica e tecnologica.

La questione fondamentale: tecnica ed etica non sono due binari che scorrono paralleli, senza incontrarsi, presentandosi invece la preoccupazione etica come nocciolo di ogni impegno terapeutico. Senza la preoccupazione per l'etica, non c'è solo il rischio di una soverchiante corruzione, ma anche quello di una disumanizzazione, con l'instaurazione di un'ambigua architettura di dominio e controllo, con modalità che rendono indifferente rispetto agli ultimi, a quei derelitti che vengono giudicati "scarti" della società, da emarginare, o, con infelice ma circolante espressione, da "rottamare";

2. Occorre, in un certo modo, riavvicinare i due significati di "cura", un tempo aderenti e coerenti. Nel mito degli antichi (si veda il favolista Igino, *Miti*, 220, a cura di G. Guidorizzi, Adelphi, Milano 2000, p. 136), leggiamo di questa integrazione originaria fra terapia ed etica: "Si chiamerà *cura*, perché per prima lo ha modellato, e lo possedeva finché vive; ma visto che è sorta una controversia a proposito del nome da dargli, lo si chiami uomo, poiché è fatto di *humus*".

In sintesi, non c'è vita senza cura e dunque non c'è vita senza le emozioni della paura e della speranza per l'altro, e senza quella modalità della memoria del limite, generatrice di responsabilità e altruismo, che fa piazza pulita di ogni spirito titanico e prometeico (v. il cenno illuminante di Ferruccio De Bortoli, nella sua relazione);

3. La vulnerabilità e la fragilità non sono in sé dei valori, i valori sembrano scaturire da *come* si affronta la sfida della fragilità e da *come* si risponde alla sofferenza che, inevitabilmente, le è connessa. Qui è decisivo il senso del futuro, e quasi ogni dolore potrebbe essere sopportato se vi fossero buone motivazioni (accompagnate da efficaci cure palliative): "Le membra del povero cadrebbero in pezzi se non fossero tenute insieme dal filo dei sogni", come canta un ignoto poeta indiano. C'è un legame obiettivo, anche se non facilmente riassumibile, tra l'atteggiamento di cura e la *speranza*, intendendo per speranza l'assieme

delle opportunità positive che per l'umanità travagliata si prospettano al di là del presente; la speranza ha tanti volti, e ne scaturisce una problematica particolarmente urgente, che interpella il modo di comunicare e la nostra responsabilità;

5. Il tema della cura è divenuto centrale nella problematica culturale ed etica, a partire da *Sein und Zeit* (1927) di M. Heidegger; in questo pensiero, la dimensione strettamente terapeutica rimane un aspetto fondamentale, ma non l'unico, all'interno di un'impostazione antropologica protesa ad *aver cura dell'altro uomo*. In un tal quadro, si recupera quella gravidanza simbolica e metaforica che la tradizione occidentale aveva in parte smarrito, in parte inaridito.

I. Illich e P. Goodman, fra gli altri, evidenziano come la persona umana fiorisca a contatto della cura, plasmandosi la sua esistenza in un clima di delicatezza e di attenzione, che gli è non meno necessario della luce e del nutrimento, tanto è vero che si deve tener presente la "ferita dei non amati", che si tratta di rimarginare, e quante volte l'ammalato, o l'anziano, protesta "che non è un numero, ma una persona da ascoltare, prima di essere accudita";

6. Ma è con C. Gilligan e il suo libro: *In a different voice* (1982), che la problematica della cura conosce una svolta decisiva; il nostro essere in relazione comporta il condividere alcuni significati fondamentali: non solo la malattia possiede anche un aspetto metaforico, ma l'intera esistenza umana si svolge sotto il segno di una vertiginosa sequenza di metafore, più o meno ben concatenate fra di loro. Gilligan sottolinea che la cura non è solo "apprensione" o "preoccupazione" per l'altra persona, ma anche "premura" e "attenzione": una specie di *assistenza*, da "ad-sistere", cioè stare presso, stare vicino e quindi accompagnare. Da questo filone si alimenta l'impostazione del *nursing*, dal verbo *to nurse*, che significa "nutrire" e "alimentare", ma con una consistente sfumatura simbolica che evoca procedure diffondenti forza e calore. Tutto ciò comporta la ricerca di una misura e valutazione non solo *quantitativa*, implicante invece un giudizio più ampio, che punti ad enucleare una latente *dimensione qualitativa*;

7. In breve, se ci si domanda perché hanno tanta fortuna le terapie alternative, o meglio complementari, spesso rischiosamente sopravvalutate, si dovrebbe considerare che ciò non deriva solo da ignoranza arrogante e da false notizie, pur così pericolose; si può cogliere invece la ricerca di un approccio personalizzato, con l'agio di un tempo meglio scandito; da un tempo troppo accelerato per la cura, si può generare una sfiducia, una diffidenza e perfino un disprezzo del malato nei confronti del terapeuta;

8. Occorre dunque procedere verso una dimensione di *apertura comunicativa*, con la capacità sia da parte del medico e dell'infermiere, sia da parte dell'ammalato di contribuire,

come due poli, alla “narrazione” della malattia, per temperarne l’aspetto angoscioso: modificando il titolo dell’intervento, si potrebbe sintetizzare che la stessa relazione, così originaria, possiede un qualche rilievo terapeutico: “quella relazione che cura”, realizzando l’ “alleanza terapeutica” di cui ha parlato, con efficacia persuasiva, S. Spinsanti;

9. Quale filosofia e quale impostazione culturale può far da cornice a quel mutamento di prospettiva che cerco, in maniera schematica, di evocare? Senza escludere alcun contributo, dal quale attingere un qualche arricchimento, direi che la *fenomenologia* rappresenta l’itinerario più idoneo per curare quelle ferite della psiche che si aprono in parallelo con le patologie del soma. Binswanger e Minkowski, in particolare, mi sembra abbiano offerto degli apporti sollecitanti, ma vanno integrati con un’apertura comunicativa protesa, incessantemente, a spiegare, a motivare, mostrando di meritare la fiducia dei pazienti con parole e gesti, non con la semplice pressione della retorica, ma con una persuasione ragionevole. È indispensabile l’azione efficace del farmaco, ma la professionalità del terapeuta deve stimolare la resilienza della persona curata, suscitando le risorse della sua memoria, della coscienza e infine della responsabilità. Si deve ricordare che ogni atto di cura riverbera una sua dignità, e che c’è dignità anche nel cambiare, con delicatezza, un pannolone... Auspicabili anche gli apporti critici dell’ermeneutica e della narratologia, che qui mi limito, per ovvie ragioni di spazio, ad evocare;

10. Il terapeuta, medico o infermiere, dovrebbe evitare quell’*abuso dell’astrazione* che scandisce i tempi di cura della “nostra” tarda-modernità, procurando invece eventi trasformativi, capaci di indurre nei pazienti un corrispondente assenso fiduciale: capacità d’ascolto, empatia e approccio multifattoriale paiono gli ingredienti più sostanziosi di quella che viene chiamata, con qualche approssimazione, “medicina narrativa”;

11. Gli anziani, come i bambini, i disabili e gli ammalati in genere, costituiscono il versante più sensibile di questa sollecitudine per la cura; la nostra indifferenza (o peggio!) si riflette sul volto di chi è solo e ne motiva il ritrarsi, aumentando il dolore.

Gettando uno sguardo sull’amplissima letteratura riguardante gli *anziani*, si rileva lo stigma d’inutilità che spesso si fissa, come un marchio indelebile, su una certa età della vita: non lavorando e non producendo più, non votando più e assediati dalla solitudine, gli anziani spesso diventano obiettivamente degli emarginati, uscendo letteralmente di scena (una condizione, alla lettera, *ob-scenam*).

Per quanto riguarda il non voto degli anziani, esso si lega alla solitudine e all’inerzia, ma non manca la proposta, non si sa se “comica”, di sottrarre il diritto di voto agli anziani; più

che questa *boutade*, ciò che preoccupa è che solo il 66% dei giovani si sarebbe dichiarato contrario a tale proposta “Corriere della Sera”, 26/10/2019, p. 6).

Eppure, gli anziani hanno un piccolo deposito di saggezza e a loro, come nel passato, potrebbe essere attribuito il compito di trasmettere, modulata in racconti che veicolano significati e valori, l’esperienza della vita, ad esempio la storia di una famiglia, di una comunità di persone e, in definitiva, di un popolo intero.

Nel suo *bestseller Serenità*, W. Schmid mostra come dignità, memoria e creatività permettano all’anziano di maturare ed elaborare l’esperienza acquisita. Evoco rapidamente i dieci punti essenziali: comprendere le diverse fasi della vita e capire quella in cui si vive; capire le fatiche della vecchiaia e accettarle; assaporare i piaceri della terza età e i più cari ricordi; avere buone abitudini ed apprezzarle; stimolare la capacità di accettazione; cercare il contatto benevolente con gli altri; vivere una rete di relazioni extrafamiliari, di amore e d’amicizia, per temperare la solitudine; riflettere sulla vita e sul suo significato; meditare sui limiti dell’esistenza e sul senso della morte; infine, pensare ad una possibile vita dopo la morte, sentendosi parte dell’universo e legati al ciclo perenne delle generazioni.

Questi dieci punti, scrutati attentamente, fanno per converso intuire che il problema maggiore dell’anziano, nell’odiernità, è costituito dalla solitudine; si può essere assieme, ma profondamente soli e i dieci punti di *Serenità* richiamano i dieci punti della *Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani*, bisognosi di assistenza e di cura a lungo termine; occorre, mi sembra, ripartire da qui, visto che i diritti richiamati non godono di piena effettività, anche se stanno maturando, forse, nella coscienza collettiva. In particolare, ricordo il diritto alla sicurezza, all’autodeterminazione e alla *privacy* e quello alle cure palliative, assieme al diritto al rispetto e alla dignità nella fase terminale dell’esistenza. Mi sembra importante la sottolineatura delle connesse responsabilità dell’anziano, di cui si postula tuttavia una certa autonomia, che dipendenza e solitudine rischiano di indebolire; si pensi alle mortificazioni, e anche agli abusi, che gli anziani ricevono, mentre bisognerebbe sollecitarne la memoria, l’attenzione e la coscienza;

12. È all’ordine del giorno la proposta di regolare con un assetto diverso le Case di riposo e su questo punto mi permetto di sintetizzare una lunga riflessione in cinque suggerimenti, che a me paiono essenziali: 1. Utilizzare al meglio la disponibilità dell’universo del volontariato, curandone tuttavia di più la competenza e organizzandone meglio i contributi; 2. Coinvolgere maggiormente la comunità, cercando di ottenere migliori investimenti, facendo leva sulla corresponsabilità; 3. Cambiando spesso le mansioni degli operatori, in modo ricorrente affetti da *burn out*, con tensioni che si scaricano poi nel rapporto con le famiglie dei ricoverati; 4. È necessaria una presenza più diffusa e meditata di psicologi

preparati ed esperti; non si tratta solo di numero, ma di un sostegno decisivo a tutti quanti lavorano nelle Case di riposo; in particolare, gli psicologi risultano preziosi nell'interazione con le famiglie; 5. Prender cura anche della fase terminale, dell'accompagnamento alla morte, con una visione in certo modo da *Hospice*: senza mandare le persone a passare gli ultimi giorni in ospedale, provvedimento, a volte, inutilmente crudele.

Dunque, ancora una volta qualità, non solo quantità e non sufficienza di fare semplicemente il bene, ma opportunità di "fare bene il bene" (D. Diderot). In breve, diffondere buone prassi, con la forza di un contagio positivo, di un'esemplarità diffusiva di sé e seguendo la stella polare di una ragionevole speranza di migliorare lo stato delle cose passo dopo passo, un poco alla volta. La speranza irragionevole va bene al momento della colazione al primo mattino, svanisce, a sera, con i morsi della fame; ma la speranza ragionevole si nutre invece delle sue conquiste quotidiane, anche esigue e minute;

13. La coscienza etica e il senso della responsabilità non sembrano seguire imperativi incontrovertibili, o direttive di dogmatismo; l'etica genuina riguarda sempre noi, lasciando al moralismo i giudizi sommari sugli altri. E la dimensione giusta è quella di interrogativi che trafiggono la nostra coscienza, e la scuotono nel profondo.

- *Se non ora, quando?* L'altra persona, nell'urgere della sofferenza, non può aspettare i tuoi turbamenti e che tu ti rivolga verso di lei, ma muove un appello immediato...
- *Se non tu, chi altri?* Sotto il profilo tecnico, molti possono eseguire un compito meglio di te, con più competenza e precisione; ma tu sai, con evidenza, che proprio quel compito, dal punto di vista etico, tocca a te, ti interpella, senza possibili sostituti né surrogati...
- *Se tu non sei per te, chi sarà per te?* Risuona la voce dell'egocentrismo necessario per la propria sopravvivenza e valorizzazione: se non stai bene, almeno un poco, con te stesso, come puoi amare un'altra persona...
- ***Ma se tu sei solo per te, chi sei?***

Cenno bibliografico conclusivo:

S. Brotto, *Etica della cura*, Orthotes, 2013; R. Sala, *Filosofia per i professionisti della cura*, Carocci, 2014; G. Goisis, *Le radici della cura*, in *Etica, qualità e umanizzazione in Sanità*, a cura di G. Dei Tos, F. Angeli, 2006; G. Goisis, *Di fronte al patire e al morire*, in *Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita*, a cura di C. Viafora-R. Bonetti-M. Rossi, F. Angeli, 2004; *La medicina narrativa e le buone pratiche nei contesti di cura. Metodologie, strumenti, linguaggi*, a cura di F. Marone, Pensa Multimedia, 2016.