«Ero malato e mi avete visitato»

L’arte di accompagnare gli ammalati

L’intensa riflessione di Silvia Landra (psichiatra, direttrice della Casa della Carità a Milano e presidente dell’Azione Cattolica ambrosia­na) disegna con grande sensibilità e ricchezza descrittiva i contorni attuali di un’opera di misericordia - la visita dei malati - che è alla portata di ognuno nel quotidiano, ma spesso viene impedita da re­more, imbarazzi e timori. La malattia è letta in queste pagine nei suoi diversi aspetti (emotivi, istituzionali, relazionali), anche nei luoghi e nelle situazioni a cui spesso non pensiamo, come il carcere o il disa­gio mentale. Ne emerge un quadro che ci interroga a proposito di noi stessi. Quest’opera di misericordia infatti diventa praticabile solo attivando un percorso di riscoperta di sé, «se ci si lascia scuotere interiormente anzitutto dalla fragilità che tutti noi portiamo dentro e che ci ricorda quanto sia illusorio pensare di avere potere sul corpo e sulla vita che ci sono dati». Nel contempo visitare gli ammalati è «un’opera grandiosa nella sua semplicità, valorizza le nostre risor­se relazionali, si avvale della grande creatività umana», realizzandosi come una vera e propria arte dell’incontro imprevedibile con l’altro.

La Rivista del Clero Italiano

Un’esperienza sempre potente

Le mamme dei bambini fondamentalmente sani non smettono di stu­pirsi per la reazione del loro piccolo quando passa dall’abbattimento della febbre alla ripresa rapida poco dopo aver assunto una medici­na che controlli la temperatura. Appena le forze glielo consentono il bimbo riprende a parlare e giocare, con tutta la vivacità di cui è capace, fino a che la febbre decide di riprendere il sopravvento. È quasi l’emblema della lotta che fin da subito impariamo a sostenere con la malattia, intesa come tutto ciò che indebolisce il nostro corpo, gli infligge dei sintomi, lo rallenta e lo invalida. Il bambino di pochi anni agisce, non ha ancora sviluppato quella funzione di pensiero che lo raggiungerà con le prime avvisaglie dello sviluppo adolescenziale e che lo porterebbe a chiedersi il senso di quell’abbattimento. Il suo corpo però apprende subito dell’esistenza di un’esperienza molto po­tente che si chiama malattia, che è più forte di noi, che non può esse­re combattuta con la sola volontà. Il suo corpo impara a sopportare, ad aspettare che passi. Siamo esseri che tendono alla vita, a stare nel mondo con vitalità.

L’adulto, quando sorpreso da sintomi anche passeggeri e non pre­occupanti di malattia, fa i conti con il suo corpo, si accorge che esso è parte profonda di sé, lo sperimenta con consapevolezza. Quando una parte dell’organismo si fa sentire perché dolorante o segnata da una lesione o è origine e sede di un sintomo di malessere, allora ci risulta particolarmente presente, diventa oggetto di pensiero e inevitabilmen­te pone una domanda sul senso. La mente si affanna a cercare le cause, prima ancora di consultare un esperto e l’ansia si placa in parte quan­do una prima spiegazione e una prima soluzione sono trovate dentro di sé: «avrò preso freddo, ora mi metto al caldo per un po’»; «mi sono affaticato, dovrò riposare»; «sono stata tutto il giorno con un collega raffreddato che mi avrà sicuramente contagiato». Abbiamo bisogno di una prima spiegazione della malattia e di una possibilità immediata di esercitare il nostro controllo su questa improvvisa esperienza che è dipesa solo parzialmente da un nostro comportamento consapevole, «che poteva essere evitato». Eppure una parte di noi non smette mai di sapere che la malattia è condizione potente che sfugge al nostro controllo, è il segno della nostra vulnerabilità, è la fragilità a cui sia­mo misteriosamente sempre esposti, a ogni età della vita, se pur con frequenze diverse, con presentazioni varie tanto quanto sono diffe­renti gli esseri umani. Ben presto impariamo sulla nostra pelle che la medicina non è la scienza esatta che spiega e domina la malattia, ma una sapiente interpretazione umana di cause, quadri e terapie che si estende fino al limite del possibile e che conosce il momento nel quale decretare la fine delle spiegazioni certe e delle cure possibili.

Esperienza negata e misteriosamente evocata

Alla mente che cerca di elaborare la vulnerabilità sperimentata at­traverso la malattia possono succedere alcuni fatti, talvolta opposti e complementari, che dicono quanto tale esperienza sia parte veramente profonda di noi e non un accidente esterno. Può accadere che sintomi e segni di malessere siano taciuti, tenuti per sé, quasi che il non consi­derarli abbia il potere di farli scomparire. I primi segni di una malattia cronica possono essere riconosciuti solo dopo un certo tempo, spesso come conseguenza di un episodio acuto che ha costretto a ‘uscire allo scoperto’. La negazione non è una scelta conscia di mentire, ma una dinamica inconsapevole, una difesa messa in atto nel nostro intimo perché non si è pronti ad accettare che qualcosa di sconvolgente pos­sa coglierci da dentro e restare con noi, magari per tutto il resto della vita. Non è raro che siano proprio gli altri, le persone che ci vogliono bene, a liberarci dallo stato di negazione poiché si accorgono prima di noi del cambiamento che ci sta coinvolgendo.

La malattia è capace di innescare una più intensa relazione con se stessi, magari iniziando proprio dalla strenua resistenza della ne­gazione, e quasi subito diventa significativa esperienza di relazione. L’altro può accorgersi e vedere ciò che ancora non riesce a vedere chi è colpito da una malattia. La malattia chiede di essere accompagnati a guardare in profondità. I percorsi che portano alla definizione di una diagnosi, fatti di esami clinici e di attese, sono un progressivo disvelamento di un quadro patologico ma più ancora di qualcosa di sé a se stessi e all’altro. La parte fragile e impaurita deve essere dichia­rata, il limite non può più essere negato. Anche coloro che vivono una costante paura di ammalarsi e che sopravvalutano i più piccoli segni anomali del corpo, di fronte alla comparsa di una malattia diagnosti­cata cominciano un percorso nuovo. Spesso dismettono il vestito della paura e indossano quello più funzionale della lotta e della ricerca di senso. Le esperienze individuali sono talmente varie e personali che difficilmente possono essere categorizzate, tuttavia negazione e timore eccessivo sono passaggi spesso presenti, tappe per arrivare alla consa­pevolezza e alla cosiddetta ‘gestione’ della propria malattia.

«Ero malato e mi avete visitato»

C’è poi un’esperienza relativamente diffusa, ma non costante nei percorsi delle persone malate, che nella medicina prende il nome di somatizzazione. Essa riguarda in modo significativo solo alcuni ma in forma sfumata è esperienza generale, che dice qualcosa di costitutivo che caratterizza ogni essere umano. Si tratta di un grande capitolo della sofferenza esplorato soprattutto dalla psichiatria, ma che non attiene a una malattia mentale propriamente detta. Ogni medico di base conosce il fenomeno e non è azzardato dire che ogni persona lo intuisce in sé e nell’altro, talvolta giudicandolo aspramente prima di riconoscerlo come vera sofferenza. La somatizzazione non ha a che vedere con il ‘malato immaginario’, non implica né le ossessioni di ammalarsi, né le simulazioni per ottenere vantaggi. Indica piuttosto situazioni di malattia vera, con sintomi e segni ben diagnosticati, per la quale risulta però evidente una genesi psichica. Essa esprime la ca­pacità misteriosa del nostro corpo di farsi carico di sentimenti e mes­saggi emotivi che la persona non sa esprimere in altro modo ma che non riesce più a tenere in sé come tali. E la nausea prima di entrare in classe del ragazzo oggetto di bullismo da parte dei compagni che però non riesce a dirlo ai genitori, è l’ulcera del manager sempre sotto pressione, è il cronico dolore muscolare della mamma non riconosciu­ta in famiglia per il suo instancabile intenso lavoro al servizio di tutti. Le somatizzazioni possono porre una domanda forte di esplorazione dell’interiorità, ma possono anche restare mistero insoluto, essere av­volte da indifferenza e sottovalutazione. Richiedono di comprendere che ogni male del corpo lo è anzitutto della persona nella sua globali­tà, perché fisico e mente o corpo e psiche sono solo modi per descri­vere le parti di quella unità inscindibile che noi siamo.

Esperienza che muove le emozioni e i temi più profondi

Silvia Landra

Prima negate e poi esplosive o viceversa, deboli e poi più intense, molto note o inedite, le emozioni sono le grandi protagoniste dell’e­sperienza di malattia. Si attraversano la paura, la curiosità, il coraggio, la vergogna, la disperazione, la gratitudine, la pazienza, la nostalgia e molte altre, variamente mischiate nella miscela delle nostre diversità umane. L’ondata delle emozioni mobilita in relazioni nuove o in rin­novate relazioni quotidiane.

Trovandomi nel reparto di oncologia di un ospedale, in attesa che un’amica finisse la periodica infusione di chemioterapico, sono stata colpita dal tono e dal contenuto delle numerose telefonate della sua compagna di stanza. La sua voce tonante mi ha reso impossibile non sentire e così abbiamo colto che si trattava di una signora di mezza età, ospite di un centro di accoglienza, senza più un familiare da poter contattare. Le sue frequenti telefonate erano evidentemente rivolte alla volontaria del centro, alla quale parlava con fierezza e affetto, ag­giornandola sui tempi della sua infusione. Voleva che fosse informata e che arrivasse a prenderla né troppo presto né troppo tardi. Quel legame era per lei intenso e determinante, scoperto attraverso una profonda esperienza di disagio e poi anche di grave malattia e lo si percepiva dal profluvio di emozioni che la signora esprimeva nel suo discorso, tra una telefonata e l’altra rivolgendosi anche a noi presenti per aggiungere ulteriori spiegazioni. Pensavo con interesse a quanto fosse rilevante quella relazione anche per la volontaria che stava ac­compagnando una persona malata ma che contemporaneamente stava facendo lei stessa un percorso di approfondimento e consapevolezza. Entrambe si stavano confrontando con la bellezza della vita e l’irruen­za della morte, con la paura dell’ignoto e la speranza cocente dell’eter­nità dell’esistenza. Anch’io, tramite loro e la mia amica, ci stavo pen­sando, notando come il tempo dentro la malattia diventi denso anche per gli accompagnatori, come il valore dei gesti buoni e semplici di ogni giornata acquisti per tutti una preziosità mai sperimentata prima.

La forza della relazione che intravedevo tra la signora senza dimora e la volontaria del centro mi faceva intuire quanto l’esperienza della malattia brami l’incontro con l’altro per essere vissuta e affrontata, quanto essa sveli che non siamo fatti per stare soli.

«Ero malato e mi avete visitato»

Alla ricerca di istituzioni amiche

Scava dentro se stessi e spinge alla ricerca dell’altro, ma la malattia è anche sempre un fatto sociale, che coinvolge istituzioni e che interpel­la in modi diversi la collettività. La prima risposta ci viene dall’abitare un territorio dove si è iscritti nelle liste dei medici di base e dove si può venire raggiunti da un servizio competente di trasporto in emer­genza verso il più vicino Pronto Soccorso di un ospedale. Entrambe queste prime risposte alle domande poste dalla malattia implicano una riflessione sulla città che altri hanno fatto prima di noi, immagi­nando che il vivere urbano sia buono per tutti se ogni cittadino ha un medico al quale rivolgersi e se per ciascuno è riconosciuto il diritto a ricevere cure in emergenza. La stessa collettività, quando è sollecitata dal tema della salute e della malattia, riesce ad andare in profondità rileggendo, per esempio, l’universalità dei diritti o esprimendo una solidarietà organizzata di grandissimo rilievo. E il caso indubbio dei servizi di Pronto Soccorso che ovunque sono tenuti a curare chiunque sia a rischio di vita. E anche il caso dei numerosi e ben organizzati ser­vizi di trasporto in ambulanza che nel nostro paese sono basati nella stragrande maggioranza dei presidi su un volontariato strutturato e competente. Non possiamo non riconoscere quanta tensione etica c’è in questi moti collettivi che noi stessi contribuiamo a esprimere. Vale la pena di tanto in tanto fermarsi a contemplare quanto siamo riusciti a realizzare, quanto siamo popolo capace di ragionare politicamente verso azioni efficaci a beneficio di tutti e quanto spesso la salute sia il motore che produce le idee più significative per generare dentro una città rispetto solidale e convivenza pacifica. Tuttavia non voglia­mo scoprirci ciechi di fronte ad alcune contraddizioni che possono continuare a tenerci desti su ciò che rimane da fare.

Se riflettiamo sul Pronto Soccorso, per esempio, due tipi di consi­derazioni non possono che attivare il nostro senso di responsabilità nella ricerca di un bene comune. La prima riguarda i tanti soggetti senza documenti, sia italiani sia stranieri (cittadini comunitari che, magari da poco, hanno perso il diritto ad averli per l’insorgenza della malattia e la conseguente perdita di lavoro o cittadini italiani che in stato di forte disagio non hanno risposto ai censimenti e sono finiti in blocco anagrafico, perdendo documenti di identità e dunque posizio­ne sanitaria), che ricevono le primissime cure ma poi non acquisisco­no automaticamente il diritto ad avere le cure e i farmaci per gestire la fase di post-acuzie, perché le prestazioni loro necessarie sono a questo punto classificate come non urgenti. Ciò significa, per esempio, che si ha il diritto a un gesso per frattura fatto in Pronto Soccorso ma che poi non si trova un ortopedico disposto a toglierlo. Significa che si riceve la prima medicazione della ferita ma non le medicazioni successive. Lo sanno bene coloro che lavorano negli ambulatori sociali, di marca sia cattolica sia laica, impegnati attraverso il volontariato o l’adesione a progetti ad hoc ad assistere queste persone poste ‘nel limbo’ dell’as­sistenza sanitaria. Tra chi abita questo limbo ci sono anche i cittadini comunitari di origine rumena e bulgara la cui posizione rischia di esse­re ancora più paradossale: essi avrebbero diritto a una tessera sanitaria in quanto cittadini europei, ma spesso non la possiedono perché non possono documentare un lavoro stabile. Tuttavia per loro non è nem­meno attivabile il codice emergenziale detto STP (straniero tempora­neamente presente) perché, appunto, non sono stranieri in Europa.

Silvia Landra

Una seconda considerazione importante viene dal riconoscimento del grande volontariato che organizza l’arrivo di ambulanza e auto mediche in Italia. Si tratta di servizi lodevoli, svolti con generosità da numerosi cittadini, segno di un popolo solidale e attento. Sono tuttavia servizi distribuiti in Italia a macchia di leopardo, perché non regolati da una regia statale e dunque pongono la domanda della dif­fusione davvero capillare di un servizio così prezioso per tutti. Sono poi servizi volontari ed è lecito domandarsi se il nostro Paese ne so­sterrebbe la spesa o se è preparato a sostenerla qualora diventassero un compito che lo Stato si assume in prima persona. Mostrano tutta­via il grande potenziale, in tempo di crisi economica, che i cittadini possono esprimere e tradurre in valore concreto se si organizzano tra loro. Sono una conferma del fatto che il capitale sociale produce una ricchezza e un risparmio. L’esperienza della malattia e la instancabile ricerca di salute ci inducono a ragionare in chiave collettiva di diritti per tutti e di risorse inedite che possono emergere dalla cittadinanza, vera ricchezza inesauribile di ogni paese civile.

La scommessa delle case della salute

C’è una possibilità normativa che pochi conoscono a fondo è che solo poche regioni italiane stanno cercando di fare propria, almeno par­zialmente, denominata ‘casa della salute’. Nasce dall’idea che ogni ter­ritorio possa organizzarsi per trovare un luogo che non solo raccolga più servizi di tipo sociale e sanitario che sono utili per il cittadino (tutti i medici di base, il consultorio, gli assistenti sociali, il servizio per le dipendenze e la psichiatria), ma sviluppi un’attenzione a promuove­re iniziative che favoriscano la salute in senso ampio, stimolando tra i cittadini la partecipazione, l’aiuto reciproco, l’ottimizzazione delle risorse. Significa creare un punto di riferimento non ospedaliero nel quale si possa portare un problema e trovare una risposta ma anche contribuire a dare risposte inedite, insieme ad altri, ai problemi della collettività. La proposta di ‘casa della salute’ nasce dall’idea che la salute delle persone è molto più che la sola sanità, è molto più che l’assenza di malattia fisica, è molto più che ricevere una serie di prestazioni. Senza svalutare le competenze specifiche e gli interventi spe­cialistici, si sottolinea il valore dell’unità della persona, che non può essere curata se si tiene conto solo di un suo pezzetto malato e non di tutte le sue parti. Tra queste parti ci sono anche le esigenze educative, culturali, spirituali, ludiche, sociali.

«Ero malato e mi avete visitato»

Nel monito di visitare gli ammalati c’è implicitamente il grande ri­chiamo al valore della persona colta nella sua unità profonda, esat­tamente per ciò che è e può dare, non per ciò che dovrebbe essere secondo alcuni. Sul piano simbolico, ai medici in genere o ai sanitari in un ricovero ospedaliero ci si consegna dando all’altro una fiducia forzata, che può lasciare spazio allo smarrimento e alla paura. In una casa della salute sul territorio intesa come abbiamo detto si intrapren­de un percorso di fiducia potendo anche esercitare una responsabilità che rende attivi e liberi nell’imparare a fidarsi. Nella concretezza delle relazioni, un tale percorso è praticabile se le persone lo rendono pos­sibile, se accettano di intraprendere il cammino duro e affascinante della fiducia. Il malato e chi lo accompagna - operatore, familiare o amico che sia - devono riscoprirsi in una consegna vicendevole non scontata.

Esiste una sofferenza che colpisce uomini e donne, soprattutto nei luoghi più spersonalizzanti di una grande città, che a fatica può essere categorizzata come un male specifico, anche grave. Ci sono sogget­ti non solo indigenti, non solo tossicodipendenti, non solo stranieri traumatizzati dal viaggio e dal fallimento del progetto migratorio, non solo affetti da malattie fisiche, non solo portatori di disagio psichi­co, non solo alcolisti, non solo malati di AIDS, non solo precari sul piano giuridico e penale ma che talvolta popolano la gran parte di queste situazioni di disagio, soggetti portatori di così tanti problemi di carattere sociale e clinico da sentirsi in caduta libera dentro una voragine. Portano una malattia senza nome, ottengono spesso risposte vaghe perché il singolo soggetto o il singolo servizio cittadino non vi riconoscono il problema per il quale attivare la soluzione. Possono dunque essere riconosciuti solo per il loro nome, come l’indemoniato del famoso racconto evangelico che urlava e si percuoteva con pietre nei pressi di Gerasa, lontano dalla città, isolato perché incomprensi­bile e pieno di identità diverse («Il mio nome è Legione perché siamo molti»), Gesù lo chiama per nome, gli riconosce l’unica identità pre­ziosa per la quale non è confondibile con nessun altro. Le istituzioni e le persone che accompagnano nella malattia possono davvero farsi incontro a un malato se anzitutto lo riconoscono per il suo nome, senza vagare alla ricerca della categoria problematica entro la quale collocarlo. Nella creatività di un incontro che parte dalla soggettività possono scaturire le soluzioni nuove e vere per esprimere la cura più amorevole ed efficace.

Salute mentale come ricerca esistenziale

Quando la malattia colpisce la mente e gli affetti c’è il rischio di sen­tirsi impotenti nell’avvicinarsi e nell’accompagnare. Come incontrare una persona profondamente ferita nella psiche che non ammette né il suo male né il suo dolore? Prima di affrontare una domanda così importante, occorre confrontarsi un po’ sulla propria percezione del disagio psichico e su quanto questa forma di sofferenza sia sui ge­neris ma per nulla lontana dalle nostre possibilità di comprensione. Crediamo forse che si tratti di un tema molto specialistico e poi venia­mo smentiti se guardiamo alla nostra quotidianità, scoprendo quanto già ne siamo esperti.

«Ero malato e mi avete visitato»

Nel linguaggio che usiamo ogni giorno, noi e gli altri, c’è una miria­de di riferimenti inconsapevoli alla sofferenza psichica, a cominciare dal fatto che conosciamo molte espressioni per indicare l’essere ‘fuori di testa’, da quelle dialettali a quelle più auliche. Chi non è esperto nel settore medico, di solito non descrive correttamente i sintomi di una malattia renale o di una malattia cardiaca, ma ritiene di saper descrivere molto bene una malattia psichiatrica, e spesso indovina davvero molti sintomi del panico, dell’ansia, della depressione, del delirio, dell’ossessione. Perché? Perché la malattia mentale, come tut­te le patologie, è esperienza più o meno drammatica di alcuni soggetti, ma la ricerca di salute mentale, in virtù di come siamo costituiti, è ricerca esistenziale e instancabile che ciascuno compie ogni giorno. Quotidianamente speriamo di non avere l’ansia, che nulla ci intristi­sca troppo, che un trauma non intralci il nostro equilibrio interiore. Lottiamo ogni giorno per essere forti e sereni, per custodire la parte più profonda di noi stessi. Chi non sperimenta una malattia mentale, ne conosce però i mattoni fondamentali, che non sono in sé una ma­lattia: conosce infatti la tristezza che paralizza, la gioia che fa perdere la concentrazione, l’ansia che diventa panico, la rabbia fuori controllo. È il vero motivo per cui il disagio psichico ci spaventa più di tutti gli altri: perché lo conosciamo, perché è tanto vicino a noi, perché non è esperienza così facilmente allontanabile dalla nostra vita.

Per questo stesso motivo la nostra società in secoli diversi ha in­ventato forme segreganti e non inclusive per trattare i malati mentali. Li ha considerati ora posseduti ora segni del divino, ma sempre inav­vicinabili. Non di rado li ha segregati in istituzioni totali, temendo il contatto con loro e costringendoli a una vita di isolamento e continui condizionamenti. Pur di non rischiare di identificarci troppo con il problema psichico, abbiamo fatto ogni sforzo per classificarlo come totalmente altro. Oggi le istituzioni manicomiali propriamente det­te nel nostro Paese sono completamente superate. Eppure residui di mentalità escludente possono riaffiorare tutte le volte che si avvolgono i malati mentali di paura e di pregiudizi. Torna dunque con più forza la domanda su come essere vicini a persone che non ammettono di aver bisogno di vicinanza e cura.

Tra essi c’è soprattutto chi presenta i sintomi più gravi della malat­tia, quelli che fanno vivere esperienze sensoriali e pensieri distaccati dalla realtà. Se si trovano a negare tanta realtà oggettiva, non serve a nulla pretendere che ammettano la realtà della loro malattia. Tuttavia ciò che essi sempre comprendono è la sintonia emotiva, il cogliere che verso di loro non c’è paura ma comprensione dell’angoscia che prova­no o della confusione che avvertono nella testa. Non è utile convince­re una persona che si sente perseguitata in modo delirante (è questa la paranoia propriamente detta) che non c’è in realtà nessuno che vuole il suo male. E più importante sintonizzarsi su quanto può essere dolo­roso e frustrante sentirsi costantemente bersaglio di qualcuno e pro­vare a tranquillizzare con la calma del proprio atteggiamento. La rela­zione con chi sta molto male nella psiche, soprattutto in un momento di sofferenza acuta, richiede pazienza e una certa disciplina interiore, per non reagire ‘di pancia’, sgridando il soggetto che presenta i sinto­mi. E il caso della persona molto depressa. Ci appare svogliata, lenta, impacciata, noncurante, ingrata e perciò attiva in noi la gran voglia di dire: «Adesso basta, reagisci! Tirati su! Mettici la buona volontà!». Ciò che si ammala, in una persona che soffre per gli abissi profondi della depressione, è proprio la volontà nonché la progettualità verso il futuro. Si altera il senso interiore del tempo, che viene vissuto come un eterno presente intriso di angoscia, che non potrà cambiare mai perché, appunto, il futuro per chi è caduto in una crisi depressiva non esiste. In questi casi è più efficace esprimere la vicinanza dichiarando la propria impotenza nel comprendere fino in fondo tale abisso di dolore, richiamando tutte le volte che lo si è visto uscire dalla crisi, an­che avendo la pazienza della cura. Al fianco di una persona ansiosa è bene allenare la capacità di esercitare la calma per infonderla al meglio anziché lasciarsi contagiare dall’ansia e dare risposte secche e nervose.

«Ero malato e mi avete visitato»

La malattia mentale induce a lavorare su di sé e a conoscersi meglio per dare spazio all’altro, per permettergli di esprimere il suo male e di trovare il giusto abbraccio. Spesso volontari e amici sono una presenza determinante per una persona che soffre di disturbi mentali i cui fa­miliari sono sfiniti, con poche risorse emotive perché consumati dalla quotidianità. In analogia con i familiari delle persone disabili, anche i familiari degli ammalati psichici sono sottoposti a un continuo logorio delle energie interiori perché tesi nello sforzo di correggere, sostene­re, proteggere. Ci sono singoli e associazioni che scelgono di genera­re sollievo alle famiglie provate dalla disabilità fisica o mentale di un suo componente, prelevandolo e tenendolo con sé qualche giorno, un periodo sufficiente per consentire ai familiari di riprendersi dalla stan­chezza. L’attenzione alla famiglia del malato richiede delicatezza e at­tenzione a non invadere un contesto nel quale l’equilibrio relazionale può essere già molto precario. Chiede la capacità di accorgersi del peso silenzioso che alcune persone stanno portando, non di rado nello sforzo di dissimulare, come se la malattia fosse una colpa e una vergogna da nascondere. Chiede di riconoscere che le fragilità dentro un quartiere sono responsabilità di tutti, potremmo dire che sono un patrimonio re­lazionale e affettivo di cui tutta la comunità locale deve beneficiare, se è vero che la povertà è un luogo teologico, che il fragile svela a tutti noi qualcosa di determinante sul rapporto dell’uomo con Dio.

Ammalarsi dentro un carcere

Ci sono condizioni di vita che generano malattia, soprattutto nei quar­tieri degradati, nei luoghi malsani, nei contesti dove prevale l’indigen­za. Studi ormai diffusi e affermati nel mondo confermano con molti dati quanto i tassi di malattia fisica e mentale siano decisamente più alti nei contesti di povertà. Forse ci sembra intuitivo dire che la ma­lattia ha determinanti sociali importanti, ma una volta detto, con il supporto dei dati, ci è chiesto di generare politiche di lotta alla pover­tà come strategia prima di custodia della salute dei cittadini, e quindi di tutti noi. L’aspettativa di vita nelle grandi città del mondo varia tantissimo da quartiere a quartiere: può capitare che, a distanza di pochi isolati, ci siano persone che hanno alta probabilità di morire attorno ai 50 anni e persone che vedono la vita media attorno agli 80. Succede anche a Milano, se paragoniamo gli abitanti di un quartiere benestante con certi quartieri delle periferie o le famiglie che vivono nelle baraccopoli.

Silvia Landra

Dentro il carcere si produce il paradosso di collocare persone per lo più provenienti da mondi di disagio e degrado (dove purtroppo è frequente che avvenga il reclutamento di delinquenti in erba da parte delle organizzazioni criminali) e quindi con salute spesso già compro­messa, in un contesto per sua natura patogeno, in spazi poco areati, non igienicamente impeccabili, strutturalmente precari, sovraffollati. Le malattie fisiche e mentali in carcere sono presenti in percentuali significative per le ragioni appena ricordate. Esiste una risposta sani­taria interna, presente 24 ore su 24, che fa capo al servizio sanitario nazionale e che garantisce il primo intervento, la medicina di base e alcuni specialisti come lo psichiatra, il dentista e l’infettivologo. In carcere la malattia è uno dei linguaggi più utilizzati per dire molte cose relative al disagio complessivo dei reclusi. Si arriva spesso già malati nel corpo e nella mente, ci si ammala all’interno, si somatizzano le emozioni così difficili da dire in altro modo per gli uomini duri che hanno vissuto ‘la strada’, si dissimulano malattie sperando di ricavare vantaggi, si lamenta la sofferenza nel corpo per provare a dire il dolore che viene dalla delusione verso se stessi e dal senso di colpa.

La malattia va riconosciuta, curata e sempre decifrata per cogliere messaggio che trasmette. In una cella la convivenza forzata può ge­nerare conflitti e ripiegamenti egoistici, ma non di rado può svelare una solidarietà inimmaginabile. In carcere l’umanità può stupire e far riflettere. Una volta mi sono commossa durante la visita psichiatrica a un detenuto che era stato molto male durante la notte, in preda ad «incubi da sveglio» e crisi di panico, che mi raccontava della cura e della premura con cui il compagno di cella aveva scelto di vegliarlo tutta la notte. Un’altra volta, nel corso di un incontro formativo den­tro il carcere rivolto a volontari detenuti, proponevo di riflettere sulla solidarietà possibile dentro e fuori il carcere e sono stata positivamente sorpresa dalla considerazione di un detenuto con molti anni di car­cere alle spalle e molti ancora da fare. Ha paragonato la città ideale al momento nel quale un detenuto sta male in cella, le celle sono chiu­se, il poliziotto non è nei paraggi e tutti si mobilitano a fare chiasso con pezzi di ferro sulle sbarre, facendo una catena di rumore che dal quarto piano può arrivare al piano terra fino ad attirare l’attenzione del capoposto. Una volta in questo modo hanno salvato una persona che aveva un infarto cardiaco in atto. Ho apprezzato questa immagine di città attiva che, pur riconoscendo i limiti, produce all’unisono il rumore della solidarietà e lo fa sentire, dando voce a chi non ha voce.

L’arte di accompagnare

Visitare l’ammalato è un’opera grandiosa nella sua semplicità. Valorizza le nostre risorse relazionali, non ha un solo modo per essere compiuta ma si avvale della grande creatività umana. E possibile se ci si lascia scuotere interiormente anzitutto dalla fragilità che tutti noi portiamo dentro e che ci ricorda quanto sia illusorio pensare di avere potere sul corpo e sulla vita che ci sono dati. Visitare l’ammalato attiva un percorso di riscoperta di sé ed è trasformativo per l’altro perché gli permette di ricevere il dono dell’affetto proprio nel momento in cui si sente più vulnerabile. Nella reciprocità della cura, l’affetto che si riceve da un ammalato ha il potere di stamparsi in profondità e di rimanere ricordo indelebile. Alcuni ospiti, pochi ma indimenticabili, hanno vissuto nella Casa della carità di Milano e dopo alcuni mesi o anni sono morti per la malattia sopraggiunta di recente o presente già da molti anni. Più volte tra operatori e volontari ci siamo detti che per ammalarsi e morire occorre una casa e che nessuno dovrebbe vedersi negato il diritto di scambiare affetto nella fase più dolorosa e cruciale della vita.

Quando penso alla creatività dell’accompagnare, ancora mi viene in mente una scena che mi ha colpito molto 20 anni fa, quando ero specializzanda di psichiatria e svolgevo attività clinica presso un ser­vizio pubblico di Milano. Una mattina si era presentato il benzinaio titolare della vicina stazione di servizio accompagnando un suo cliente abituale. Da settimane lo vedeva strano e in quel giorno aveva colto in lui una perdita di concentrazione nel discorso che gli era sembrata preoccupante. Ci aveva visto giusto il benzinaio, perché l’avvio di un percorso diagnostico aveva poi confermato l’esordio di una rara for­ma di demenza, inaspettata in un soggetto così giovane. La moglie del paziente, conosciuta in seguito, ci aveva poi svelato di essersi accorta di qualche sintomo ma di non essere mai riuscita a convincere il mari­to ad andare da un medico. Quel giorno, contro ogni protocollo che mi avevano insegnato, feci un colloquio con un paziente e il suo ben­zinaio, un cittadino onesto e sensibile che aveva deciso di dare voce a un uomo smarrito, che non riusciva a proferire parole. Gli aveva dato dignità e forza, lo aveva portato verso una cura.

Visitare l’ammalato è risposta a un moto del cuore che mette in atto processi complessi, individuali e profondi, collettivi e solidali. Dalla risposta individuale si passa a quella condivisa per tornare a dare valore a una relazione intensa tra due persone che si riconoscono nella fragilità e possono parlare di sé. Spesso i luoghi della semplicità e della povertà svelano meravigliose competenze in merito alla cura e all’accompagnamento e sono per tutti occasione per imparare l’arte creativa di visitare gli ammalati.