

FIDUCIA: IL “NOCCIOLO ETICO” DELLA RELAZIONE DI CURA

TESTO AD USO PERSONALE

1. La medicina nel nostro tempo

Tutti siamo consapevoli di quanto la medicina nel nostro tempo si configuri come una prassi complessa che si iscrive in logiche differenti e in diversi modelli interpretativi. La prospettiva sociologica mostra l'alternarsi di criteri e logiche diverse attorno al letto del malato: la forza del progresso e l'obiettivo dell'efficacia e del successo terapeutico si incontrano con i criteri di efficientamento economico e di profitto; lo sforzo di rispondere alle aspettative e di soddisfare le credenze dell'opinione pubblica cerca di bilanciarsi con l'impianto istituzionale e legislativo che traduce in prassi il diritto, costituzionalmente affermato alla salute; la deontologia professionale dialoga con lo sforzo di cura, vicinanza tangibile, coinvolgimento e compassione¹. Tutte queste logiche attraversano trasversalmente i vari ruoli del rapporto medico, diagnostico e terapeutico, con alternanza di conflitti, tensioni, concordanze e simbiosi. Le casistiche, le storie che compongono il vissuto dei nostri ospedali, delle nostre case di cura, degli studi medici, testimoniano a volte la fatica e a volte il successo di una simile complessità.

Questi modelli si ritrovano spesso all'interno delle stesse persone, perfino di fronte alle medesime questioni. Allo stesso tempo però si riflettono all'interno della molteplicità di figure che si radunano nel compimento dell'atto terapeutico: è finito il tempo di una visione un po' "romantica" del rapporto intimo tra medico e paziente. Il letto del malato è oggi un luogo particolarmente affollato: il medico, gli infermieri, gli operatori sanitari, i tecnici dei vari laboratori e delle singole procedure diagnostiche e terapeutiche, ma anche i consigli di amministrazione delle aziende ospedaliere, i politici, le strutture dell'industria farmaceutica, i ricercatori, i centri universitari, ed, ovviamente, il malato, i suoi familiari, la sua comunità di appartenenza religiosa e culturale. Tutte queste persone rappresentano criteri differenti, traducono in misura differente le diverse logiche ed, al contempo, vengono attraversate dalle altre.

Oggi questa complessità di logiche, di criteri e di soggetti dell'atto medico tende sempre di più ad organizzarsi attorno a due modelli interpretativi, portatori di diverse antropologie e sorgenti di differenti organizzazioni: da un lato il modello dell'alleanza terapeutica volta alla cura della malattia e alla promozione della salute personale e pubblica (cf Edmund Pellegrino); dall'altro un modello contrattuale di prestazione professionale regolata dal consenso informato del paziente (cf Robert Veach). Entrambi questi modelli appaiono segnati da limiti e da rischi: solo il dialogo e l'integrazione può offrire un giusto e compiuto modo di abitare la complessità che abbiamo descritto.

Da un lato va tenuto presente che, nel contesto contemporaneo, la pratica medica trova realizzazione nell'ambito dello sforzo delle società moderne di garantire ai cittadini un'equa eguaglianza di opportunità sociali, incluse quelle legate al godere di buona salute e al disporre di sufficienti cure sanitarie; la medicina è parte degli scopi che una società democratica si propone attraverso la realizzazione di servizi sociali e non può restare sorda ai valori e ai fini che gli individui e la società nel suo insieme si propongono. D'altro canto, va sottolineato che, pur all'interno del quadro offerto dalle istituzioni di una società pluralistica e democratica, l'esercizio della medicina resta fondato su un'azione di cura che non può non esercitarsi in alcune forme concrete che ne tutelano il carattere di relazione interpersonale e che non possono venire offuscate dalle dimensioni istituzionali. In altri termini, la dinamica interpersonale e istituzionale del contratto deve essere coniugata con la logica personale del patto di cura basato sulla fiducia².

¹ Cf C. CASALONE – M. PICOZZI (edd.), *Bioetica: esercizi di discernimento* (= Saggi), Ancora, Milano 2022, 55-59.

² C. CASALONE – M. PICOZZI (edd.), *Bioetica: esercizi di discernimento*, 62s.

Perché questo necessario dialogo si realizzi è necessario identificare con chiarezza un senso capace di offrire un “polo magnetico”. Sfuggendo da ogni visione idealistica (che cerca di organizzare la prassi attorno ad un’idea) o peggio ideologica, è la concretezza della carne fragile del malato che grida rivolta alla competenza e al potere medico di cura questo cuore che dà forma all’insieme. L’incontro tra il grido del sofferente che si innalza dalla drammatica espressione della sua vulnerabilità e il potere di risposta pratica che la società possiede attraverso le sue strutture e le sue conoscenze dà forma alla medicina oggi. Possiamo quindi, in sintesi, definire la medicina come la prassi specifica di cura che il contesto sociale – attraverso le sue conoscenze, le sue capacità tecniche e le sue istituzioni – realizza nell’incontro con il malato e con la sua condizione di sofferenza. Ciò ha due conseguenze: anzitutto la medicina è chiamata ad incarnare in forme concrete l’esercizio di cura e, secondariamente, essa non deve pretendere di esaurire in sé la figura della cura che si estende al di là delle competenze e delle istituzioni mediche, ma ne realizza un tratto specifico e paradigmatico. L’approccio integrale che la cura richiede e la specificità tecnica e istituzionale si tengono insieme e si verificano reciprocamente custodendo al centro la reciproca fiducia.

2. Il “nocciolo etico” della cura

Il titolo di questo mio intervento rimanda all’intenzione di offrire un quadro etico a questo cuore pulsante e critico della prassi medica contemporanea. La relazione di cura centrata sulla reciproca fiducia tra il grido del paziente e la competenza del medico è una prassi, un agire, che trova verità nella ricerca del bene e delle sue forme virtuose. Ampia è ormai la bibliografia che racconta le prassi di una cura virtuosa³ e che rielabora le esperienze in una vera e propria etica della cura. Le prospettive ormai classiche che provengono dalla riflessione di autori quali Paul Ricoeur, Emmanuel Levinas o Jacques Deridda si incontrano con le prospettive di genere della filosofia e della teologia femminista⁴. Diversi autori oggi elaborano un “teoria etica della cura”⁵. Il confronto con il pensiero di Luigina Mortari⁶ e di altri filosofi e teologi ci permette oggi di tratteggiare il profilo virtuoso dell’uomo e della donna chiamata a rispondere con cura al bisogno del malato e del sofferente. Disegnare questo quadro non risponde ad un approccio descrittivo, quanto lo sforzo di percorrere

la via privilegiata per costruire un’etica, che eviti tanto il rischio del formalismo legalistico quanto quello non meno grave del semplice riferimento alla coscienza, in altre parole, un’etica che sappia uscire dalle secche di un oggettivismo normativo astratto e impersonale senza incorrere in un soggettivismo individualistico e penalizzante⁷.

Descrivere le virtù necessarie ad una cura autentica significa riconoscere e rendere possibile l’accesso ad un bene che plasma i soggetti e le strutture in cui essi agiscono valorizzando la storia e l’azione dello Spirito che plasma la libertà attirandola al bene possibile. Le virtù sono l’incarnazione dentro una situazione di vita (in questo caso la situazione di risposta al grido del malato) dell’Amore che abbraccia insieme lo Spirito e la libertà⁸. Possiamo qui percorrere quattro virtù, quattro posture fondamentali che custodiscono la prassi medica nel suo orientamento di cura.

2.1. La gratuità

Proprio della cura è anzitutto esserci con gratuità, cioè senza calcolo. Non si tratta evidentemente di un’esclusione dalla logica del riconoscimento professionale. Piuttosto è la consapevolezza che ciò che muove

³ Tra le testimonianze più interessanti e vivaci in lingua italiana recentemente pubblicate che contengono il racconto di vissuti di cura nel contesto medico si veda recentemente A. GAWANDE, *Con cura. Diario di un medico deciso a fare meglio* (= ET Saggi), Einaudi, Torino 2008.

⁴ Cf P. DESAUTELS – J. WAUGH (edd.), *Feminists Doing Ethics*, Rowman & Littlefield Publishers, Boston 2001; N. NODDINGS, *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley 1984.

⁵ Cf P. BENNER – J. WRUBEL, *The Primacy of Caring*, Addison-Wesley Publishing, Menlo Park 1989; R.U. GROENHOUT, *Theological Echoes in an Ethics of Care*, Erasmus Institute Occasional Paper n.2 - University of Notre Dame, Notre Dame 2003; V. HELD, *The Ethics of Care*, Oxford University Press, Oxford 2006.

⁶ Cf L. MORTARI, *La politica della cura. Prendere a cuore la vita* (= Saggi), Raffaello Cortina, Milano 2021; L. MORTARI, *Filosofia della cura* (= Saggi), Raffaello Cortina, Milano 2015; L. MORTARI, *La pratica dell’aver cura*, Bruno Mondadori, Milano 2006.

⁷ G. PIANA, *L’agire morale tra ricerca di senso e definizione normativa* (= Questioni di etica teologica), Cittadella, Assisi 2001, 97-98.

⁸ Cf A. FUMAGALLI, *Spirito e libertà. Fondamenti di teologia morale* (= Biblioteca di Teologia Contemporanea 210), Queriniana, Brescia 2022, 308-318.

l'agire è unicamente la risposta al bisogno espresso e gridato dalla sofferenza, senza alcun calcolo che non sia il bene dovuto all'altro. La gratuità è il fondamento etico della prassi di cura che custodisce il tratto assiologico che muove la professione medica: il "tu devi" proviene unicamente dalla condizione di debolezza dell'altro che la malattia rende evidente. Non è il ruolo o la potenza della conoscenza acquisita a fondare il dovere di cura, ma unicamente il bisogno dell'altro.

La gratuità si esprime materialmente attraverso atti di gentilezza che accompagnino l'agire medico. Sono i gesti che comunicano la piena attenzione all'altro: lo stile che caratterizza il tono della voce, la qualità del contatto, l'attenzione dello sguardo per esprimere la piena considerazione dell'altro, la sua centralità. Sono gesti che non aggiungono nulla all'efficacia di una terapia o alla precisione di una diagnosi, eppure sono gesti che spesso, nel racconto dei pazienti, fanno la differenza. Altro luogo in cui si esprime la gratuità è il dono del bene più prezioso che ciascuno di noi possiede, il tempo. Il tempo è l'unico bene che si corrompe nel momento stesso in cui lo si utilizza: donarlo significa riconoscere l'altro così carico di dignità da offrirglielo. Tutti noi, abbiamo sperimentato la differente impressione che ci lascia un medico che svolge di corsa la propria visita mattutina e un altro che, anche solo per qualche secondo, si ferma al fianco del nostro letto al di là di ciò che la visita gli richiede.

Gratuità però non è assenza di un "ritorno personale". Anche la Parola evangelica ci ricorda che a coloro che si spendono nei gesti piccoli e gratuiti dell'ospitalità («chi avrà dato da bere anche un solo bicchiere di acqua fresca...») è concessa la «ricompensa del giusto» (cf Mt 10, 41-43). Luigina Mortari descrive questa ricompensa come il piacere intimo che deriva a ciascuno dall'aver risposto al dovuto:

«nell'agire gratuito della cura non c'è perdita di qualcosa, ma un guadagno di qualcosa di essenziale, l'agire gratuito non è semplice emorragia delle proprie energie, perché c'è un guadagno di senso: il guadagno sta nel pensare di aver fatto ciò che è necessario fare»⁹. La verifica del bene compiuto nella prassi di cura non dipende quindi dal successo o insuccesso di una terapia (attenzione: non significa che sia indifferente), ma dall'intima gioia della coscienza che sorge dal sapere di aver risposto con se stessi a quanto il bene negato dalla malattia chiedeva.

2.2. *L'attenzione al reale*

La virtù di gratuità presuppone la capacità di leggere i bisogni, di vedere la realtà, di accorgersi del grido che si alza dalla condizione della persona malata. Si tratta qui della virtù dianoetica posta a fondamento di una qualsiasi risposta pratica al bene ricercato e alla verità desiderata: la prassi medica si fonda sullo sguardo attento al reale. La parabola del buon samaritano (cf Lc 10, 25-37) resta paradigma narrativo di questa disposizione che unisce il "vedere" all'"avere compassione": la comprensione della realtà non è il risultato di un semplice vedere, ma di «un'attenzione già eticamente orientata a cercare nella realtà quelle cose per le quali ne va del senso dell'esserci»¹⁰. La prassi medica guarda al malato, alla sua condizione e all'invocazione che si innalza dalla sua fragilità: in questo si uniscono una comprensione oggettiva che è capace di vedere le cose come stanno («do vides») ad un sentimento della realtà («n'ebbe compassione») con cui si sente non solo la qualità del vissuto dell'altro, ma anche del contesto in cui si inserisce quell'esperienza.

Questa comprensione razionale e al contempo affettiva (sapienziale) è ciò che rivela il «volto dell'altro» (Levinas) da cui ci sentiamo obbligati. Ma non basta ancora. La "poderosa" lezione di Levinas sembra non vedere un elemento fondamentale della parabola evangelica: la differenza tra il levita e il sacerdote e il Samaritano non può consistere solo in una personale disposizione affettiva dei personaggi (tutti vedono, ma solo l'ultimo sente compassione). Dell'ansia moralistica che si preoccupa di descrivere la condizione di quel mercante straniero come «buon» quasi per distinguerlo grazie ad un atteggiamento personale dagli altri e da noi stessi. Nella pagina evangelica invece l'unica differenza evidenziata riguarda il contesto culturale in cui si inseriscono: esponenti di una religione ufficiale e chiusa sui contesti di purità e di giustizia legale i primi, appartenente ad un popolo di esclusi il secondo. La comprensione ed il sentire si ritrovano inseriti sempre in un discorso più ampio che declina l'essenza del buono e del giusto, del virtuoso e del vizioso. Questo discorso non è un monologo solitario costruito nel silenzio della mente, ma è dialogo che sorge nella partecipazione critica al sapere etico di una comunità. Il ruolo della cultura, della deontologia professionale, dell'antropologia con la quale di interpreta la professione medica gioca qui il suo ruolo fondamentale. L'intelligenza e l'empatia chiedono la condivisione di una passione per la ricerca del bene per poter diventare disposizione stabile alla cura.

⁹ L. MORTARI, *Filosofia della cura*, 145.

¹⁰ L. MORTARI, *Filosofia della cura*, 136.

Se c'è attenzione al reale ci ritroviamo necessitati ad una risposta che dia realizzazione al bene possibile in quella singola situazione, in quella concreta relazione.

Sentire e sapere l'essenziale mi obbliga a rispondere alla chiamata a esserci per l'altro. L'eticità della cura risulta radicalmente differente da quella dell'etica corrente, secondo cui gli sforzi devono essere tesi ad aumentare la sfera di libertà, tenendo aperto il numero massimo di possibilità di azione. Nella cura l'azione etica risponde a una necessità e il senso buono dell'agire non sta nel movimento non vincolato, ma in qualcosa di simile all'obbedienza: *obbedire al reale nella sua essenziale necessità*. Sono obbligata dalla necessità non perché rinunciò alla libertà, ma perché accetto di stare alla necessità e lo accetto perché ne so il valore¹¹.

2.3. Responsabilità

La disposizione alla gratuità e la ragione sensibile al reale necessitano quindi un agire responsabile. La responsabilità di consegna e si comprende così legata alla sua etimologia: è risposta al bisogno che la realtà della persona malata ci presenta. Il bisogno diviene la legge dell'agire e la vita si ricolloca nel suo quadro vocazionale: «l'eticità richiede quell'azione recettiva e passiva del vedere e dell'accogliere quello che la realtà mi dice di sé, ma poi si attualizza nel rispondere attivamente alla realtà con gesti concreti»¹².

Fare un lavoro di cura significa quindi rispondere creativamente alla realtà che il malato ci presenta. La risposta mette in gioco le qualità e le competenze personali e sociali, ma trova verità non nell'affermazione di sé o nell'efficacia delle tecniche quanto nella corrispondenza al reale ed essenziale bisogno. La logica donativa regola la responsabilità, ma deve essere correttamente compresa. Non si tratta di una disposizione sacrificale che si realizza nella perdita di sé a favore di un'alterità indeterminata e trascendente come il pensiero di Jacques Derrida sembra far intendere¹³. Non c'è straordinarietà sacrificale nella prassi responsoriale di cura: basta prestare l'orecchio all'ascolto della testimonianza di tanti professionisti per accorgersi del tono di ordinarietà che colora quei racconti di un quotidiano carico di fatica e stanchezza, ma anche della soddisfazione tranquilla che proviene dalla consapevolezza di aver “fatto il proprio dovere”. Il benessere dell'altro, che non sempre si lega direttamente al successo del nostro progetto terapeutico, è la soddisfazione che permette di far circolare il bene e la vitalità in chi si dona.

Chi lascia che il suo agire sia fecondato dal desiderio di facilitare l'accadere di ciò che fa stare bene, lo fa perché avverte che è lì che ne va dell'esserci.

A generare la disposizione all'agire donativo non è il sentire vincolati a regole che enunciano un astratto dover essere, ma il sentire e accettare la necessità di rispondere a una richiesta includibile che viene dall'altro¹⁴.

La responsabilità al reale non deve però dimenticare che di questa realtà siamo parte anche noi stessi. In questo senso la risposta deve comprendere la ricerca della “giusta misura”: una prassi che arrivi a consumare se stessi nel troppo finisce non solo con il perdersi che rende incapace di qualunque altra risposta nel tempo, ma anche con il legare l'altro ad una dipendenza che nulla ha a che fare con il vero benessere. Un'agape assoluta diventa arma di ricatto utile solo a esprimere la propria eroicità. Il troppo poco, invece, non riesce a raccogliere l'ampiezza della domanda e la profondità del grido innalzato dal sofferente. Porre condizioni alla risposta significa semplicemente ignorare la domanda, usando l'altro come pretesto per affermare ancora una volta se stessa in una deviazione erotica dell'amore. La giusta misura che determina ogni virtù nel linguaggio classico e scolastico non è mediocrità, ma risposta all'essenziale racchiuso nella realtà e non ad altro.

3. La fiducia: la riscoperta della dimensione politica della cura

La descrizione delle disposizioni virtuose che caratterizzano la prassi di cura ci offre un quadro indubbiamente affascinante del lavoro quotidianamente compiuto da tanti uomini e donne al fianco dei malati e dei sofferenti. La gratitudine per tanti volti concreti che possiamo riconoscere dietro questi tratti riempie mente e cuore. Non dobbiamo però liquidare come frutto di un personale egoismo giustificante un certo disagio: è l'impressione

¹¹ L. MORTARI, *Filosofia della cura*, 138-139 [corsivo nel testo].

¹² L. MORTARI, *Filosofia della cura*, 140.

¹³ Cf. J. DERRIDA, *Donare il tempo*, Raffaello Cortina, Milano 1991.

¹⁴ L. MORTARI, *Filosofia della cura*, 154.

che tutto ciò forse sia “troppo” e che non sia giusto chiedere a noi stessi o ad altri una simile altezza dell’agire che finisce con il configurarsi come un’eroicità mai dovuta.

Questo disagio è traccia della comprensione di un limite racchiuso in una comprensione sbagliata della cura. È lo stesso limite che possiamo rinvenire nella riflessione di Emmanuel Levinas. Il filosofo di origine lituana struttura tutta l’etica sull’obbligo imposto dal volto dell’altro ponendo il fondamento del reale (l’ontologia) nella struttura del rapporto binario tra io e tu. Ci troviamo qui di fronte ad un rapporto a due da cui prende forma ogni dovere e ogni prassi di cura. Questa impostazione finisce però con il cadere in un duplice rischio: da un lato un sovraccarico di attese e pretese rivolte al singolo che finisce con il non mettere mai in discussione il sistema con i suoi limiti. Una simile impostazione finisce con il tradursi in una logica conservatrice che non mette in discussione il contesto sociale e le sue strutture, riservando la ricerca del bene unicamente alla responsabilità personale di chi abita, agisce, lavora.

La seconda conseguenza, particolarmente evidente nell’applicazione al contemporaneo contesto medico, di una simile interpretazione della cura, è l’indeterminatezza della “giusta misura” tra le esigenze dei due soggetti. La fatica di questo equilibrio non ha alternative se non l’oscillazione continua tra uno dei due termini. Il moderno contrasto tra il modello paternalista e il modello contrattualista che caratterizza la medicina contemporanea sembra – in questa impostazione – condannato ad una eterna ricerca di compromesso che di volta in volta sottolinea l’esigenza di coscienza del professionista o l’autonomia del paziente.

Il recupero qui del fondamento della fiducia come radice di ogni prassi di cura permette di superare questo limite uscendo da un’impostazione del rapporto tra due soggetti per riscoprire la dimensione politica della cura. Il rapporto di cura non si esaurisce mai nel dialogo tra due volti, ma nel triangolo che comprende sempre un terzo che è il contesto sociale e culturale e la comune ricerca del senso che trascende le interpretazioni dei singoli.

La fiducia è la virtù politica fondamentale. San Tommaso d’Aquino la colloca infatti, nel monumentale impianto aretologico della *Summa*, come virtù secondaria della fortezza che, a sua volta, è la capacità di realizzare il bene con fermezza d’animo sopportando le difficoltà e affrontando gli ostacoli (cf *S. Th* II-II, q.123, a.2, resp). La fiducia è la predisposizione d’animo che sostiene la forza di resistenza nel bene¹⁵. Richiamando Cicerone l’aquinata afferma: «la fiducia è la virtù con la quale l’animo affronta le cose grandi e onorifiche con speranza e sicurezza» (*S. Th* II-II, q.128, resp). La fiducia è quell’atteggiamento che ci permette di abitare la realtà con la consapevolezza del male e dei limiti che definiscono il nostro mondo e, contemporaneamente, con la visione del bene che la Pasqua del Cristo ha già realizzato. Essa non si definisce come un credito dato all’altra persona o a se stessi in un rapporto interpersonale, ma come il credito offerto alla promessa di bene che la vita custodisce pur dentro le incongruenze della storia. Su questo trova fondamento il rapporto politico fondamentale, cioè l’amicizia. Essa non è legame intimo in cui due soggetti si guardano in volto, ma espressione di un rapporto dove i due si rivolgono insieme al bene posto tra di loro. È sempre Tommaso a porre l’amicizia tra le parti potenziali della giustizia (cf *S. Th*, q.114) in quanto disposizione mediante la quale «l’uomo nella vita quotidiana [è] ordinato come si conviene in rapporto agli altri, sia negli atti che nelle parole: in modo da trattare tutti come si deve» (*S. Th* II-II, q.114, a.1, resp).

Nell’ambito della cura medica la fiducia si declina come il credito di tutti i soggetti nei confronti del bene fondamentale, del bene della vita. La malattia si affaccia alla vita del paziente come l’esperienza di una contraddizione evidente al bene e si confronta con la vita del medico e del professionista di cura come la sfida al bene sociale della salute¹⁶. La fiducia è ciò che pone paziente e operatore sanitario l’uno in fianco all’altro, rivolti verso il bene della vita contro l’ostacolo della malattia e della sofferenza.

Questa fiducia fondamentale si declina in vari ambiti come fiducia verso la conoscenza, verso l’efficienza, verso le scelte e verso le risorse morali dei soggetti. Anzitutto, medico e paziente, sono chiamati a dare credito alla scienza che oggi informa l’arte medica: il medico dedica molto del suo tempo di formazione attribuendo credito ad una conoscenza che gli sarà utile in futuro; il paziente è chiamato ad affidarsi allo sguardo medico che sa chiamare dare nome a quella prova che lo sta minacciando. Questa prima declinazione è fiducia diagnostica. In secondo luogo, medico e paziente sono chiamati a offrire fiducia al potere che la struttura tecnica e istituzionale del nostro contesto quale luogo in cui si può riaffermare il bene che sembra negato dalla malattia. È la declinazione terapeutica della fiducia che si esprime nei confronti delle potenzialità iscritte nel nostro contesto socio-culturale, nel nostro sistema sanitario. Ulteriore declinazione è la fiducia nei confronti della capacità di compiere le giuste scelte: sono le giuste scelte prudenziali che il medico è in grado di compiere tra

¹⁵ Cf S. CUCCHETTI, «La fortezza», in A. BONFAI – S. CUCCHETTI – S. GUARINELLI – W. MAGNONI (edd.), *La bussola della vita buona. Le virtù cardinali*, Ancora, Milano 2013, 65–79

¹⁶ Cf L.M. BUCCI, *Teologia della malattia. I tentativi dei teologi del Novecento* (= Quodlibet 35), Glossa, Milano 2018.

le possibili scelte, ma è anche la fiducia nella libertà del paziente che è ancora capace di esprimersi pur sotto il peso della malattia. Infine, è fiducia nelle forze fisiche e morali racchiuse nel corpo e nella coscienza sia del medico che può sostenere la fatica della quotidiana lotta contro il male, sia del malato che per primo è chiamato a custodire il bene della vita pur dentro la fatica e la sofferenza.