

Orizzonti Società

Ci conosciamo da vent'anni. A. M. ed io. Appena arrivato a Roma dovevo risolvere un problema di salute. Non sapevo dove sbattere la testa. Ho fatto qualche ricerca in rete, evitando accuratamente i siti personali degli specialisti, googlando piuttosto i nomi in organico negli ospedali e i loro eventuali contributi scientifici. È apparso tale A. M. — un articolo su una rivista americana. Ho chiamato il suo reparto e, incredibile, lui è venuto al telefono. Mi ha ascoltato, chiedeva una visita in privato, ma lui non esercita la libera professione né extra né intramoenia. Mi ha detto: «Venga qui e vediamo». Senza impegnativa, senza ticket, senza niente.

Probabilmente gli è bastato il tono della mia voce. Pochi mesi dopo avermi guarito (un po' come San Girolamo con il leone), A. M. è passato dalla chirurgia alla medicina d'urgenza. Nel frattempo la nostra conoscenza si era già trasformata in amicizia anche grazie alle varie passioni in comune: farle, il cinema, la letteratura. Così, più recentemente, dalla lettura del romanzo di Giorgia Protti, *La giusta distanza dal male* (Einaudi, 2025), è scaturita una conversazione sulla vita quotidiana nel pronto soccorso di un grande ospedale italiano che — considerato il punto di vista inedito di A. M. — ho pensato di ricostruire qui.



MAURO COVACICH — Vorrei che cominciassimo proprio dal romanzo. A me ha fatto pensare subito a *Il Maestro* e *Margherita* di Bulgakov, modello che peraltro la scrittrice riconosce senza esitazione in un'intervista. Ma ho l'impressione che per te l'elemento luciferino del vostro lavoro, tuo e suo, non sia il male in sé. Cosa ti ha convinto e cosa invece non ti ha persuaso della versione che Protti ci consegna riguardo alla vita di un medico del pronto soccorso?

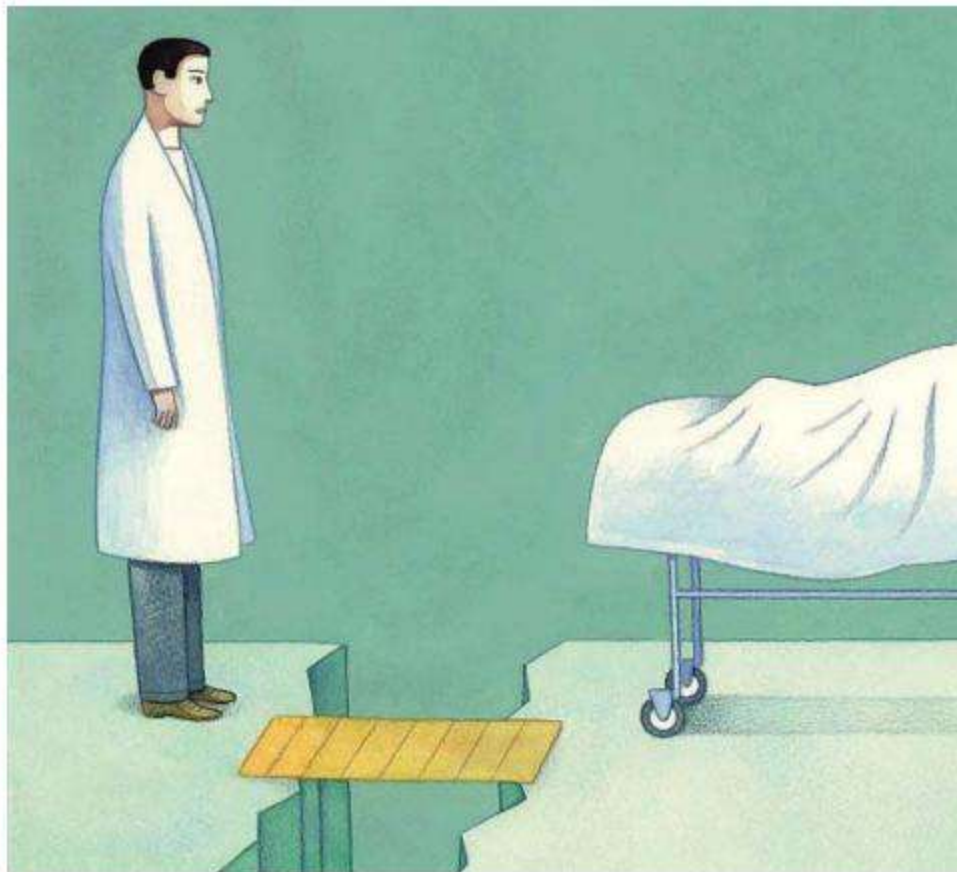
A. M. — *La giusta distanza dal male* è un libro onesto. Parla in maniera schietta di tutto quello che capita di affrontare a noi urgentisti durante un turno di lavoro. Le situazioni cliniche più drammatiche, ma senza la retorica del «salvatore di vite umane», le richieste di aiuto per problemi clinici che nulla hanno a che fare con l'emergenza, ma che con rassegnazione ci sforziamo di soddisfare, la necessità di fornire assistenza dal punto di vista sociale più che sanitario, cercando di fare quello che si può, facendo leva quasi sempre sulla propria buona volontà piuttosto che su quel poco che i servizi territoriali possono offrire. Anche i protagonisti di questo mondo — medici, infermieri e persone malate — sono descritti con tutte le loro incertezze, atteggiamenti spesso criticabili o addirittura meschini. Per fortuna, finalmente, nel pronto soccorso descritto dall'autrice non ci sono eroi che chiedono di essere portati in trionfo o santi che rivendicano la celebrazione quotidiana della loro beatitudine. Solo persone che soffrono e chiedono aiuto e altre che cercano di fare il proprio lavoro al meglio e con onestà. Il fatto è che, per me, e bada, sottolineo che si tratta di un'opinione totalmente personale, la giusta distanza dal male non è altro che la massima prossimità possibile.

MAURO COVACICH — Be', questo però fa pensare a un'abnegazione che diventa quasi annullamento di sé. Qualcosa che non attiene alla professione del medico e che sembra quasi chiamare in gioco la figura del missionario. Il giuramento di Ippocrate vi impone di salvare il paziente, ma non a vostro discapito.

A. M. — Tutti noi urgentisti siamo preparati tecnicamente a salvare una vita umana quando è in pericolo. Questo è uno stress sopportabile. Qualcosa di previsto e di prevedibile. Una battaglia che tutti noi vogliamo combattere perché la sentiamo come il nostro mandato. Ma quando lo sforzo tecnico non dà frutto, quando abbiamo di fronte a noi un paziente che non possiamo salvare o di cui

di MAURO COVACICH

ILLUSTRAZIONE
DI ANGELO RUTA



LONTANI DAL MALE VICINI AL MALATO

i



I romanzi
La giusta distanza dal male, di Giorgia Protti (Einaudi, 2025) è la storia di una dottoressa di Pronto Soccorso. Lino e il sosso di Covacich, appena uscito per *La nave di Teseo* (pp. 272, € 20), è stato recensito sul «Corriere» il 22 febbraio da

Nicola H. Cosentino. Covacich presenta il suo romanzo a Roma, oggi domenica 22, a Libri Come (Parco della Musica, ore 15) con Teresa Ciabatti e Giorgio Zanchini; e il 24 a Milano, libreria Rizzoli in Galleria, con Antonio Moresco e Antonio Riccardi, alle 18.30

non possiamo alleviare le pene, o quando il male fisico è segno di un disagio più profondo e più grave a cui ci viene chiesto di partecipare, come si fa? È il confronto con il male a cui l'autrice fa esplicito riferimento nel titolo del suo romanzo. Il contatto diretto con il disagio, la sofferenza fisica e spirituale, la paura, l'angoscia e la morte, che solo noi urgentisti sosteniamo quotidianamente e ripetutamente, più volte a settimana, mese dopo mese, un anno dietro l'altro.

MAURO COVACICH — Si usano spesso metafore belliche per il vostro lavoro, espressioni tipo: stare in prima linea. Ma, retorica a parte, a me sembra un dato di fatto che il pronto soccorso sia la cosa che assomiglia di più a un fronte di guerra in uno stato di pace. Voglio dire, morti e feriti voi li vedete sul serio, ogni giorno. Poi, a fine turno, vi togliete il camice e vi unite al mondo di fuori. Come fate a non impazzire?

A. M. — Nessuno sa come opporsi al distruttivo logorio psicologico derivante dal confronto diretto con il male. Molti applicano la strategia della fuga. Non farsi coinvolgere è più facile, è più sano, o l'unica cosa che si può fare. Ho provato anch'io a scappare, e talvolta ho dovuto farlo. Ma il ritorno a casa, nel mondo degli altri e con gli altri, è stato troppo triste, la sensazione che il male mi aveva sopraffatto, troppo concreta, l'angoscia e la sensazione di inutilità, troppo devastanti.

MAURO COVACICH — Tempo fa, proprio a questo riguardo, mi hai raccontato una tua disavventura. Ti va di parlarne?

A. M. — Non ho avuto il coraggio di aiutare un ragazzo a morire. Un ragazzo che non sopportava più la pena atroce di una fine imminente, dopo mesi di cure per un tumore polmonare. Mi ha chiesto di non prenderlo più in giro con la storia del dolce trapasso, con l'inutile corteo di

«Non ho avuto il coraggio di aiutare un ragazzo a morire». A. M. è medico nel pronto soccorso di un grande ospedale italiano. La conversazione aiuta a capire come si affronta il dolore. Compreso quello di vivere. Senza eroi né santi. Ma «con la consapevolezza che il paziente ha bisogno di cura anche contro ogni logica clinica»

rassicurazioni e obnubilamento farmacologico. Lui voleva morire in quel momento, smettere di soffrire all'istante. E lo chiedeva a me. L'unico suo possibile interlocutore ero io. Io dovevo risolvere, e lo dovevo fare nel modo in cui lo voleva lui. No, il percorso di sofferenza, condiviso fino a lì, per me non poteva arrivare a una simile conclusione. Non potevo accettare di essere il mezzo per ottenere uno scopo che non condividevo, che non capivo. Sono semplicemente scappato, arrovelandomi nel dubbio di un tradimento compiuto. Non dimenticherò mai la pena che ho provato nei giorni e nelle notti successive per la tragica fine di quel ragazzo, l'angoscia al pensiero di non avere adempiuto al mio dovere come medico, lo sconcerto che nasceva dalla constatazione, improvvisa ed evidente, della totale inutilità della mia pluriennale esperienza come specialista in medicina d'urgenza.

MAURO COVACICH — Credo di cominciare a capire cosa intendi quando affermi che per te la giusta distanza dal male è il più vicino possibile... sì, insomma, quando dici che questa è l'unica strategia di sopravvivenza alla tua portata.

A. M. — Diciamo che trovo un minimo di serenità solo quando ho coscienza di condividere, cioè di compiere un gesto o optare per una soluzione che dimostri alla persona malata la mia attenzione nei suoi confronti come essere umano, non come oggetto di cura.

MAURO COVACICH — Trovo che sia il modo migliore per illustrare la differenza tra simpatia e empatia: il medico non è tenuto a essere simpatico, ma almeno empatico sì. Su questo aspetto in più occasioni mi hai espresso il tuo disagio riguardo alle procedure messe in atto dagli ospedali più avanzati, come quello in cui lavori, per ottimizzare la somministrazione delle cure ai pazienti attraverso protocolli che li accompagnano dall'accoglienza al ricovero o, se hanno fortuna, alla dimissione, ma che sembrano stu-



diati per ridurre al minimo il contatto umano.

A. M. — Io mi sento in imbarazzo quando vedo erigere divisori in plexiglass o si organizza una nuova sala d'attesa che separa le persone malate dai loro famigliari, come pure quando si domanda il colloquio parenti a personale specifico, al di fuori dei normali turni di assistenza, appositamente remunerato con gettone a parte. Il progetto di creare un'app dedicata a cui i famigliari dei pazienti possano collegarsi inquadrando un Qr code e, in tal modo, essere aggiornati online sull'andamento delle procedure effettuate ai loro parenti, ecco, tutto ciò mi rattrista più di ogni altra cosa: la strisciante sensazione che questa filosofia, finalizzata a evitare il caos e a scongiurare atteggiamenti violenti, nasca dalla convinzione che farsi coinvolgere anche dal punto di vista umano porti a una diminuzione del nostro ruolo di medici o infermieri d'urgenza o, addirittura, sia di ostacolo al bene del paziente. Ma probabilmente esagero, forse questa organizzazione del lavoro è semplicemente il sistema più virtuoso per assicurare il corretto svolgimento della nostra attività. Di una cosa però sono certo. Frasi come «Non è compito mio parlare, io devo curare, ho da fare cose più importanti che parlare con i famigliari», ecco, queste frasi suonano alle mie orecchie come un segno di sconfitta proprio dal punto di vista professionale.

MAURO COVACICH — Nel tuo discorso sembri mettere in luce un altro tipo di urgenza, la fai baluginare sotto l'urgenza fisica per la quale un malato si è presentato al pronto soccorso. Si tratta di decidere se prenderla in considerazione o voltare le spalle. Gli ospedali più efficienti studiano nuovi sistemi per ottimizzare sempre più il trattamento delle patologie in procedure standard, con vantaggi sulla quantità e la qualità delle cure somministrate. Il fatto è che i pazienti non sono le loro patologie. Per cui si crea un dilemma: migliorare la produzione dei casi trattati o l'attenzione alle persone? Di primo acchito sembra paradossale che proprio nel pronto soccorso, cioè nel luogo in cui si suppone maggiore la prossimità tra chi cura e chi è curato, ci si adopera per creare una distanza. Poi però, considerando l'orientamento generale del nostro mondo a disincentivare il contatto umano, il paradosso diventa una pratica che genera a sua volta un nuovo tipo di esperienza: curare senza parlarsi, curare senza guardarsi negli occhi, al limite curare senza toccarsi.

A. M. — Anni fa, un collega illumina-

to, ormai in pensione, mi raccontò come ai suoi tempi chi diventava dottore era rispettato e invidiato da tutti perché, dopo la laurea, diventava capace di fare due cose che, più di qualunque altra, destavano meraviglia: ascoltare il cuore e fare le endovenose. Questo per sottolineare come, fino a non molti anni fa, il momento del contatto fisico con il paziente, cioè la visita medica, era ritenuto indispensabile per il procedere del ragionamento clinico-terapeutico. Era un momento fondante del rapporto medico/paziente. La pandemia ha messo in crisi questa convenzione, ma ora si è fatto di necessità virtù. La telemedicina è sempre più protagonista. Si moltiplicano i progetti di ricerca e il varo di protocolli in questa direzione. Soprattutto i colleghi più giovani, peraltro preparatissimi, non ambiscono più a cercare la diagnosi attraverso l'esame obiettivo del paziente, anzi, all'idea di visitarlo sono addirittura spaventati. Se glielo fai presente, si infastidiscono. Il sistema li induce a non fidarsi più di sé stessi. Dopodiché, va detto che è impossibile, durante un turno di sei o dodici ore, ascoltare con attenzione tutti, visitare tutti, partecipare alla sofferenza fisica e spirituale di tutti, mitigare l'angoscia dei famigliari di tutti. Senza tregua e senza pause. E così torniamo al punto di partenza.

MAURO COVACICH — Quindi ora, se capisco bene, stai rivedendo l'atteggiamento diciamo missionario che avevi assunto all'inizio. Ammetti anche tu che non ti puoi caricare sulle spalle tutto il male del mondo.

A. M. — No, ti sbagli, non si tratta di fare l'eroe. Non ci sono eroi dove lavoro, e lo so sono meno di tutti. Si tratta però di tenere presente che quel corpo che sta morendo di lì, oltre la tendina, è una persona. Ti faccio ancora un esempio: arriva da noi una paziente oncologica che fino a quel momento sembrava avere ancora buone prospettive di vita. Invece scopriamo che è a un passo dalla fine. Così, d'un tratto. Immagina la sensazione di sbigottimento che la colpisce all'improvviso, lei insieme al marito e ai due figli. L'angoscia e la disperazione che montano subito dopo. Il giovane collega che aveva in cura in sala rossa aveva fatto tutto bene, ma nulla serviva più. Per lui la questione era conclusa, si poteva solo attendere il trapasso. Io sapevo come proseguire, o meglio, come iniziare. Era giunto il momento di farmi forza per far forza alla donna e ai suoi famigliari. Era necessario aiutarli a vivere quel momento, non ad allontanarlo. Ho deciso che avrei portato insieme a loro quella croce, la loro croce. Per un piccolo tratto. Un ricovero rapido, contro ogni logica clinica, totalmente inutile eppure indispensabile per permettere a quella famiglia un po' di intimità, un angolo riservato in cui potessero stare uniti, dirsi le ultime cose. La mattina dopo, chiedendo informazioni sull'esito della vicenda al giovane collega di nuovo di turno con me, mi sono sentito rispondere che i responsabili del reparto l'avevano rifiutata. Un ricovero inutile, hanno detto. È morta sola in sala rossa alle 2 del mattino. Ecco, io so che avrei dovuto combattere la battaglia fino all'ultimo, andar via solo al momento del trasferimento.

MAURO COVACICH — In altre parole, mi stai dicendo che è giusto sollecitare il sistema e pretendere risposte più adeguate, ma forse, prima ancora, serve che il medico trovi una soluzione dentro di sé. Questa tua insistenza sulla responsabilità individuale non rischia di assolvere le istituzioni?

A. M. — Non lo so, non credo. Non ho tutte queste certezze. Dopo anni di tribolazioni, posso dire di aver trovato il mio modo di sopravvivere, diciamo la mia filosofia: senza croce niente è niente. Per lavorare in pronto soccorso bisogna sacrificarsi. Il sacrificio è il mandato del medico d'urgenza. Un sacrificio inteso come dedizione. Dedizione all'altro per dedicarsi a sé stessi. Solo così riesco ad affrontare il male ogni giorno. Solo così, tornando a casa a fine turno, penso di essermi guadagnato la serenità sufficiente per affrontare le fatiche del giorno successivo.

Oh my pod! di Gaia Zanaboni

La forza dei libri

Letture per tempi difficili. Leggere *Lofto o Teheran* di Azar Nafisi è il racconto di un «rifugio» letterario nell'Iran post-rivoluzione khomeinista. Intorno a quel romanzo nasce Vietato leggere, il gruppo di lettura — in

podcast — del Salone Internazionale del libro di Torino, realizzato con Chora Media. Per parlare di Iran — certo — ma anche della forza talvolta invisibile dei libri come strumenti di resistenza.

Più si creano e si rafforzano differenze invalicabili tra «noi» e gli «altri», più si riduce l'orizzonte di una comune umanità

Troppi confini cancellano la pietà

di ADRIANO FAVOLE

«**N**on possiamo assolutamente raggiungere la suprema sapienza socratica della conoscenza di noi stessi se non lasciamo mai i ristretti confini dei costumi, delle credenze e dei pregiudizi entro cui ogni essere umano nasce. Niente può giovare in tale questione di estrema importanza più dell'atteggiamento mentale che ci consente di trattare le credenze e i valori di un altro essere umano dal suo punto di vista. Né mai l'umanità civile ha avuto bisogno di questa tolleranza più di adesso, quando i pregiudizi, la cattiva volontà e lo spirito di vendetta dividono le nazioni europee, quando tutti gli ideali, nutriti e proclamati come le più alte realizzazioni della civiltà, della scienza e della religione sono stati gettati al vento».

Bronislaw Malinowski (1884-1942), uno dei fondatori dell'antropologia culturale contemporanea, chiude così il suo *Argonauti del Pacifico Occidentale*. Siamo nel 1922 e Malinowski, polacco di nascita e britannico d'adozione, ha ben chiari i drammi del Primo conflitto mondiale e i pericoli dei crescenti nazionalismi. L'empatia, la capacità di mettersi nei panni degli altri, è per lui il fondamento del metodo antropologico, la via privilegiata per comprendere altre società, ma è allo stesso tempo un principio universale di civiltà. L'empatia dà sostanza a un'idea di comune umanità, quell'umanità che Malinowski ritrova tra i volti e le storie dei nativi delle lontane Isole Trobriand (Oceania).

Empatia è la capacità di partecipare alle gioie, ai dolori, ai lutti degli altri. Come quando, il 4 marzo scorso, un intero Paese sembrava essersi fermato per partecipare ai funerali del piccolo Domenico, a Nola. La morte di questo bambino, vittima di una grave malattia cardiaca e forse di un errore sanitario, il dolore di una madre costretta ad assistere per giorni all'agonia del figlio, hanno commosso molti italiani. Le morti non sono tutte uguali. Siamo esseri relazionali, oltre che (potenzialmente) empatici. Il dolore e la morte di chi ci sta accanto ogni giorno, delle persone con cui abbiamo passato gran parte delle nostre vite... la morte del prossimo suscita ben altro sconvolgimento di quella di uno sconosciuto. La pietà e l'empatia colmano in parte questa distanza. Non conoscevo Domenico, né noi né i politici che hanno voluto assistere di persona ai funerali, né coloro che, per lunghe serate, hanno guardato trasmissioni tv interamente dedicate al caso. Mettendosi nei panni dei genitori del bambino.

Eppure, altre morti ci hanno lasciato indifferenti, né i più alti rappresentanti delle istituzioni le hanno ritenute degne di un comunicato di cordoglio. Negli stessi giorni in cui moriva Domenico, più di 150 bambine delle elementari Shahjeh Tayyebah di Minal venivano uccise da una bomba sganciata da un drone degli eserciti americano e israeliano che hanno attaccato l'Iran. La mattina, le madri le avevano svegliate e accompagnate a scuola, un'ultima carezza e un ultimo sorriso di incoraggiamento, lo zaino preparato a dovere. Qualche minuto dopo i corpi straziati giacevano sotto le macerie di una bomba sganciata da un drone guidato da remoto. Non abbiamo visto i volti di quelle bambine, non abbiamo conosciuto le loro storie, nessun cordoglio collettivo, nessun lutto. È andata così anche per le decine di migliaia di morti bambini a Gaza, in Sudan, in Ucraina, dove 1.500 scuole

sono state distrutte o danneggiate dopo l'invasione russa.

Prendendo spunto dal linguaggio e dalle rappresentazioni diffuse nella nostra società, Marco Aime e Federico Faloppa (*I morti degli altri*, Einaudi, 2020) tentano di spiegare perché tante morti non suscitano la minima empatia. Se è vero che c'è una differenza tra la morte del prossimo e dell'estraneo, la mancanza di pietà è tuttavia il frutto di un processo di progressiva de-umanizzazione, che opera attraverso la costruzione di confini linguistici, politici, culturali che creano la categoria dell'altro-da-noi. Quando i migranti che muoiono nel Mediterraneo sono senza nome, senza volto, senza storia e pure provenienti da Paesi classificati come dittature, cosa può suscitare il cordoglio? Judith Butler ha creato a proposito il neologismo *grievability*, qualcosa come «luttuosità». Ci sono morti che creano cordoglio e lutto collettivo e ci sono morti e dolori che non suscitano empatia. Più si creano e si rafforzano confini invalicabili tra «noi» e gli «altri», più si riduce lo spazio della pietà e la possibilità di costruire un orizzonte di comune umanità, un universalismo antropologico che, solo, ci può fare sperare di ridurre guerre e massacri. Assistiamo, in questi mesi e in questi giorni, alle conseguenze di politiche che hanno voluto esaltare il «noi» e l'identità, riducendo diritti e relazioni internazionali alla forza cieca della geopolitica.

Le aree di colore diverso del mappamondo che, fin da bambini, ci inducono a credere che l'umanità sia divisa in popoli e nazioni dall'identità irriducibile, tornano al centro dell'azione politica, come ai tempi di Malinowski. Oggi il culto dell'identità corrode ciò che rimane del diritto internazionale: a morire sotto le bombe non sono più ragazze e ragazzi che sognavano un futuro sereno come Domenico, ma masse indistinguibili di altri-da-noi. La *grievability* è tutta interna al noi nazionale o, al più, ai confini della «civiltà» occidentale.

L'antropologo americano Roy Richard Grinker (*Houses in the Rainforest*, University of California Press, 1994) racconta che le società dei Lese e degli Efe (Ihuri, Repubblica Democratica del Congo) vivono in stretta prossimità, ma si presentano diverse tra loro. Coltivatori e abbattitori di alberi i primi; cacciatori, pignoli e abitanti della foresta i secondi. Pur impegnati in continui scambi, Lese e Efe si concepiscono come due «alterità» che vivono in simbiosi ma, dal punto di vista delle abitudini culturali, sono diversi, e non di rado oggetto di denigrazione reciproca. Eppure, dice Grinker, in occasione dei lutti Lese si affidano agli Efe, alla loro conoscenza e capacità di controllo del male. Quando muore una persona, gli Efe vengono invitati a vegliare nella capanna del morto: in occasione della morte vengono accolti al villaggio, per salvaguardare una comune umanità dai poteri della stregoneria e del male.

Se è vero, come detto, che le morti non sono tutte uguali e che la morte del prossimo ci colpisce in modo più duro di quella dello sconosciuto, rimane il fatto che l'empatia ci permette di metterci nei panni di chiunque soffre, come se fosse il nostro prossimo. In quel come se c'è tutta l'umanità, nella sua assenza ci rimane un atlante di colori diversi divisi da confini blindati, un'umanità fatta a fette, pronta a una guerra senza limiti.