

Speranza e Illusione in Medicina: una riflessione clinica e filosofica sullo sfondo della radioterapia palliativa

Prof Francesco Cellini

Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario “A. Gemelli” IRCCS
Roma; Radioterapia Oncologica

Articolo originale pubblicato su Practical Radiation Oncology (available online 4 May 2026;
doi.org/10.1016/j.prro.2026.04.014)

Papa Francesco è venuto a mancare nell’aprile del 2025. Durante l’ultimo anno della sua vita, ha posto la “speranza” al centro del Giubileo del 2025, richiamando l’attenzione del mondo su questo concetto, tanto profondo e complesso quanto semplice e intuitivo. Il gesto del pontefice mi ha ispirato a esplorare questa virtù fondamentale nella mia pratica e nella mia vita. Il rapporto che ho avuto con una paziente in particolare mi ha aiutato a distillare il mio pensiero su un’idea che forse avevo dato per scontata, impreziosendo un 2025 per me già carico di significato.

Julia aveva 39 anni quando giunse per la prima volta presso il nostro centro di radioterapia oncologica. La sua storia era iniziata anni prima con una diagnosi di melanoma cutaneo, che aveva seguito un decorso inesorabile e devastante: dal coinvolgimento linfonodale locoregionale, alle metastasi epatiche, ossee (sintomatiche) e, infine, cutanee, interessando molteplici sedi, inclusi i genitali esterni. Julia, una giovane donna bellissima sotto ogni aspetto, viveva la propria progressiva deturpazione non solo come un danno clinico, ma come un’aggressione alla propria identità: una cicatrice che si sovrapponeva alla ferita della malattia e alla realtà implacabile del dolore.

Alla ricerca di qualcosa che andasse oltre ciò che i percorsi convenzionali le avevano offerto, vendette la propria casa per finanziare un trattamento presso un centro tecnologicamente avanzato (individuato tramite una ricerca online). Non cercava soltanto una cura: cercava speranza; quella che credeva di poter trovare ai confini della scienza. Arruolata infine in uno studio clinico di oncologia medica, fu assegnata al braccio di controllo e ricevette un semplice placebo. Continuò a frequentare il nostro ambulatorio per radioterapia palliativa, condividendo con me l’evoluzione della sua condizione e la trama della sua vita interiore.

Ciò che mi spinse a proporre ripetuti trattamenti locali (in particolare per ossa, cute e genitali) fu la straordinaria, autentica positività che portava ad ogni visita. Ogni risposta al trattamento, anche quando parziale, creava in lei uno spazio: uno spazio in cui la speranza non veniva spenta, ma

nutrita, anche nonostante Julia comprendesse la direzione verso cui la conduceva la sua malattia. Nelle lunghe conversazioni che precedevano ogni nuovo intervento, discutevamo non solo dei margini realistici di beneficio sintomatico e dei rischi di irradiazioni ripetute, ma anche del significato del continuare a lottare. Mi confidò che avere uno spazio per un dialogo insieme umano e scientifico l'aiutava a guardarsi dentro e a sostenersi. A mia volta, iniziai a interrogarmi sul valore o sull'eventuale accanimento terapeutico di questi trattamenti. Fu proprio attraverso questi incontri che cominciai a riflettere con maggiore rigore sulla natura della speranza nel contesto della cura, e sui modi in cui essa può, se non accompagnata, rischiare di dissolversi nell'illusione.

La distinzione tra speranza e illusione non è meramente semantica; ha implicazioni cliniche ed etiche. Un'indagine etimologica rivela la ricchezza concettuale della speranza nelle diverse culture. Il latino *spes*, venerato dagli antichi Romani come "l'ultima dea", racchiude il concetto di una consolazione durevole. Il sanscrito "आशा" (*āśā*) esprime uno slancio intenzionale; il greco "ἐλπίς" (*elpis*) una vigile attesa del futuro nel presente; l'ebraico "תקוה" (*tikvāh*) evoca un filo, un legame che unisce.

Il mito di Pandora restituisce metaforicamente questa ambivalenza: la speranza rimane nel vaso dopo che molte fonti di miseria (malattia, fatica, invidia, dolore, vecchiaia, fame, ecc.) ne sono fuoriuscite. Tuttavia, essa era custodita nello stesso recipiente di quei mali, e da essi inevitabilmente influenzata.

Nella tradizione cattolica, la speranza è annoverata tra le tre virtù teologali, insieme alla fede e alla carità. Il legame tra speranza e il concetto più alto di "fede" si ritrova anche nel verbo ebraico "yachal" (יָחַל), spesso tradotto come "sperare", "attendere", "attendere con fiducia", che implica una pazienza attiva e perseverante; analogamente, nella cultura islamica, fede (*iman*) e speranza (*raja'*) sono strettamente intrecciate.

Il poeta francese Charles Péguy descrisse la speranza come "la virtù bambina", così sorprendente nella sua profondità da "stupire Dio". Distinta nettamente dall'ottimismo passivo o dalla rassegnazione, la speranza è attiva e trasformativa: al tempo stesso dono e compito. Jerome Groopman lo ha confermato clinicamente, mostrando come la speranza autentica possa modificare sia il quadro psicologico sia forse quello fisiologico della malattia. Tuttavia, un'analisi rigorosa non può ignorare quella che si potrebbe definire la "trappola della speranza": la forma patologica di speranza che non agisce come risorsa, ma come meccanismo di paralisi. Come si attribuisce a Sant'Agostino, la speranza ha due figli: la rabbia ed il coraggio; riconoscimento del fatto che la

speranza autentica è generativa, mentre la sua distorsione produce disfunzione. Carl Gustav Jung disse che “il diavolo tormenta le anime all’inferno mantenendole in uno stato di attesa”. In ambito clinico, ciò si manifesta nei pazienti sospesi tra negoziazione e rassegnazione, che investono ogni aspettativa in un esito futuro che immobilizza invece di mobilitare. Groopman collega questo fenomeno alle fasi del lutto descritte da Kübler-Ross, mostrando come la speranza possa trasformarsi in un meccanismo difensivo disfunzionale. La ricerca costante e ripetuta, da parte di Julia, di nuovi centri, tecnologie avanzatissime e studi clinici -ciascuno presentato come nuovo punto di approdo della speranza- potrebbe riflettere proprio questa traiettoria. Lo studio in cui ricevette il placebo rappresentò un’incarnazione acuta di tale tensione: l’apparato clinico della speranza che, nel suo caso, non poteva mantenere la propria implicita promessa.

La distinzione cruciale è tra la speranza come aspettativa condizionata, “spero che” accada un determinato esito, e la speranza come orientamento esistenziale incondizionato: “spero” in senso assoluto. È il quadro dell’antica espressione latina *spes contra spem*, “sperare contro ogni speranza”: la speranza che persiste contro ogni evidenza apparente, descritta da San Paolo e richiamata da Papa Francesco come tema centrale del Giubileo 2025. Nella citazione di Václav Havel, la speranza non è la convinzione che le cose andranno bene, ma la certezza che esse hanno un senso, indipendentemente da come finiranno. In ambito etico-medico, questo si traduce nel percorso che il paziente gravemente malato può attraversare: dalla speranza di guarigione, alla speranza di *solievo*, fino a una speranza non più legata a un evento clinico specifico. Come osserva Gensabella Furnari, il passaggio da “sperare che” a “sperare” si fonda sulla percezione che la propria vita e persino la propria morte abbiano un significato. Perché la speranza possa crescere, è necessario uno spazio protetto in cui il paziente “*non si senta abbandonato e solo*”, come sottolineato dalla testimonianza del giornalista Gigi Ghirotti, che documentò la propria stessa esperienza di malattia incurabile.

Per ogni clinico che voglia incontrare pienamente l’umanità del paziente -indipendentemente da contesto o credo religioso- queste riflessioni hanno un peso. La tradizione di padre Agostino Gemelli, fondatore della mia istituzione (Università Cattolica del Sacro Cuore), concepiva la medicina come vocazione capace di integrare eccellenza scientifica e carisma dell’accompagnamento: la disponibilità a restare accanto al paziente nelle fasi più oscure della malattia, non solo come erogatore di interventi tecnici, ma come presenza umana. Questa visione non appartiene esclusivamente ad una specifica istituzione o tradizione spirituale: si manifesta ovunque la medicina sia praticata con la convinzione che la vita interiore del paziente meriti la stessa attenzione della malattia. È in questo accompagnamento (qualunque siano le sue radici

culturali o istituzionali) che il medico diventa, come afferma Enzo Bianchi nel *Lessico del Giubileo*, un ponte tra la scienza e quella dimensione dell'esistenza che trascende gli esiti clinici.

La storia di Julia illustra insieme la vulnerabilità e la resilienza della speranza in oncologia clinica. Le sue continue ricerche di una salvezza tecnologica non erano irrazionali: erano espressione di una volontà di vivere, alla ricerca di un approdo ovunque fosse possibile trovarlo. Il compito del medico, in questi casi, non è né spegnere tale volontà attraverso una prematura chiusura dell'orizzonte di opzioni terapeutiche, né alimentarla vanamente generando aspettative irrealistiche. È piuttosto quello di *accompagnare*; di offrire trattamenti che allevino realmente la sofferenza quando possibile, di parlare con onestà della prognosi e di mantenere una presenza relazionale entro la quale la speranza più profonda del paziente possa continuare a crescere. Le sedute di radioterapia palliativa che condividemmo divennero, inaspettatamente, qualcosa di più della gestione dei sintomi: uno spazio in cui Julia poté riflettere sulla propria vita, custodire i suoi legami e nutrire un senso di significato che nessun esito clinico avrebbe potuto sottrarle.

La speranza, se compresa nella sua verità, non è nemica del realismo clinico. Ne è, piuttosto, l'espressione più profonda, accessibile a ogni paziente chiamato a confrontarsi non solo con la malattia, ma con la mortalità: condizione che -prima o poi- accomuna ciascun essere umano.

Riferimenti

1. Santa Sede. *Catechismo della Chiesa Cattolica*. Disponibile su: https://www.vatican.va/archive/ENG0015/_P68.HTM (consultato nel 2026).
2. Charles Péguy. *Il portico del mistero della speranza*. 1996.
3. Papa Francesco. *Speranza: autobiografia* (con C. Musso; trad. R. Dixon). 2025.
4. Jerome Groopman. *L'anatomia della speranza: come le persone resistono di fronte alla malattia*. 2004.
5. Carl Gustav Jung. «Ulisse: un monologo» in *Lo spirito nell'uomo, nell'arte e nella letteratura*. 1932.
6. Elisabeth Kübler-Ross. *La morte e il morire*. New York: Macmillan; 1969.
7. Lettera ai Romani (4,18).
8. Václav Havel. *Il potere dei senza potere / Disturbare la pace: conversazione con Karel Hvižďala*. 1991.
9. Gensabella Furnari. *Il malato e la forza della speranza*. Messina Medica 2.0; 2019.
10. Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti. Disponibile su: <https://www.fondazioneghirotti.it>
11. Enzo Bianchi. *Lessico del Giubileo*. 2024.

