DOLENTIUM HOMINUM
N. 31 (anno XI - N.1) 1996
RIVISTA DEL
PONTIFICIO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI
OPERATORI SANITARI

Comitato di Redazione:
FIORENZO CARD. ANGELINI, Direttore
P. JOSÉ L. REDRADO O.H., Redattore Capo
P. FELICE RUFFINI M.I., Segretario
DON GIOVANNI D'ERCOLE F.D.P.
SR. CATHERINE DWYER M.M.M.
DR. GIOVANNI FALLANI
MONS. JESUS IRIGOYEN
P. VITO MAGNO R.C.I.
ING. FRANCO PLACIDI
PROF. GOTTFRIED ROTH
MONS ITALO TADDEI

Collaborano in Redazione:
P. DAVID MURRAY M.ID.
MARIA ÁNGELES CABANA M.ID.
SR. M. GABRIELLE MULTIER
D. JEAN-MARIE M. MPENDAWATU

Direzione, Redazione,
Amministrazione:
Città del Vaticano
Tel.: 698.83138,
698.84720, 698.84799,
Fax: 698.83139
Telex: 2031 SANITPC VA

In copertina:
vetrata di P. Costantino Ruggeri

Pubblicazione quadrimestale
Abbonamento: 60.000 Lire
(o importo equivalente in valuta locale),
compresa spedizione
Questo numero speciale
L. 80.000
più le spese di spedizione
Stampato a cura della
Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

Spedizione in abbonamento
postale 50% Roma

Atti della decima Conferenza Internazionale

promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari su

Vade et tu fac similiter:

da Ippocrate al Buon Samaritano

23-24-25 novembre 1995

Aula Paolo VI
Città del Vaticano

Sommario

6 **Un uomo scendeva a Gerico…**
Indirizzo d'omaggio del Card. Fiorenzo Angelini

7 **Siate i buoni samaritani dei tempi moderni**
Discorso del Santo Padre

9 **Giuramento di Ippocrate Parabola del Buon Samaritano**

10 **Il senso di un percorso storico. "Vai, e anche tu fai altrettanto: da Ippocrate al Buon Samaritano"**
Fiorenzo Angelini

12 **Dove c'è amore per l'arte medica c'è amore per l'uomo**
Vincenzo Cappelletti

15 **"Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico"**
(Lc. 10, 30)
Paul Poupard

VADE ET TU FAC SIMILITER:
DA IPPOCRATE AL BUON SAMARITANO

22 **Il giuramento di Ippocrate nello sviluppo della medicina**
Diego Gracia Guillén

29 **Le dimensioni etiche della medicina ippocratica e l'incontro specifico con la morale cristiana**
Bruno Zanobio

33 **I codici deontologici contemporanei**
Gonzalo Herranz Rodríguez

37 **L'attenzione al malato nei Padri della Chiesa**
Carlo Cremona

42 **Ippocrate nei documenti ecclesiastici e nelle opere teologiche**
Gottfried Roth

45 **L'assistenza ai malati nella storia della Chiesa**
Jesús Alvarez Gómez

48 **La Carta degli Operatori Sanitari. Una sintesi di etica ippocratica e morale cristiana**
Bonifacio Honings

53 **Guarire le ferite: i "Rachel Groups"**
John O'Connor

56 **Il carattere sacro della vita nella filosofia pagana**
Jean-Marie Meyer

59 **La religiosità della medicina**
Luigi Maria Verzé

65 **Primum philosophari?**
Sergio Cotta

69 **L'AIDS come malattia del corpo e dello spirito**
Robert C. Gallo

72 **Il tirocinio integrato del medico nella cura delle malattie**
Gottieb Monekosso

76 **La medicina e il cristianesimo**
Francisco Eduardo Trusso

78 **Ebraismo**
Elio Toaff

82 **Etica medica e Islam**
Ahmed Zribi

86 **Il linguaggio della divulgazione in medicina**
Alessandro Beretta Anguissola

88 **Il rapporto medico-paziente nei galatei medici del XVIII e del XIX secolo**
Massimo Baldini

93 **Il medico: un uomo per tutti**
Domenico Di Virgilio

98 **Le icone bibliche della vita**
Ignace De La Potterie

104 **L'Ospedale: tempio dell'umanità sofferente**
Pascual Piles

107 **Che cosa pensano i laici della missione del medico**
Anton Neuwirth

110 **La famiglia come soggetto di salute e malattia**
Salvino Leone

115 **La sfida tecnologica nella medicina moderna**
Johannes Bonelli

119 **Il rispetto per l'intimità del paziente**
Erwin Odenbach

124 **L'esempio di Ippocrate sulla neutralità e sulla universalità della medicina**
Karl-Otto Habermehl

127 **La sofferenza e il significato della vita**
Jesús Conde

133 **La civiltà della tristezza e la cultura della gioia**
Stanislaw Grygiel

137 **La responsabilità del medico nella vita del paziente**
Wanda Poltawska

141 **L'embrione segno di contraddizione**
Elio Sgreccia

143 **Jérôme Lejeune, profilo scientifico e cristiano**
Marie-Odile Rethoré

146 **Antropologia culturale del diritto alla vita**
Adriano Bausola

150 **Alle origini del concetto della persona**
Tadeus Styczen

155 **Gli orizzonti della medicina fetale e le sue conseguenze etiche**
Emmanuel Sapin

159 **Il rispetto della vita nella ricerca biomedica**
Bruno Silvestrini

163 **Il cervello umano: da Ippocrate allo sviluppo attuale delle neuroscienze**
Carla Giuliana Bolis

168 **Il superamento del dolore nella concezione cristiana della sofferenza**
Cettina Militello

173 **La medicina delle cure palliative e l'escatologia cristiana**
Corrado Manni

178 **La donna nel corso della storia dell'assistenza ai malati**
An Verlinde

182 **Il primato della vita oltre ogni condizione umana, particolarmente in Africa**
Bernardin Gantin

186 **Cure sanitarie e qualità della vita, l'esperienza di Taiwan**
Yaw-Tang Shih

190 **La supremazia della vita in ogni condizione umana**
George Alleyne

194 **La pedagogia della sofferenza nelle varie religioni**
Francis Arinze

198 **Il Buon Samaritano** *(Lc. 10, 29-37)* **Ermeneutica biblica della parabola**
Albert Vanhoye

203 **Il Buon Samaritano come categoria antropologica**
Ignacio Carrasco De Paula

206 **Il modello del Buon Samaritano nella storia dell'assistenza ospedaliera**
Angelo Brusco

211 **Le virtù del Buon Samaritano: l'etica dell'assistenza sanitaria nella prospettiva di una rinnovata teologia morale**
J. Augustine Di Noia

215 **Un dono gratuito e atto di solidarietà**
Fernando Antezana,

TAVOLA ROTONDA:
I BUONI SAMARITANI DEL NOSTRO TEMPO

218 **Marcello Candia**
Ennio Apeciti

226 **Albert Schweitzer**
Richard Brullmann

230 **Florence Nightingale**
Susanna Agnelli

235 **Henry Dunant**
Cornelio Sommaruga

237 **Raoul Follereau. L'apostolo dei lebbrosi**
André Recipon

240 **L'abate Ildebrando Gregori**
Simone Tonini

244 **Janusz Korczak**
Janusz Bolonek

248 **La medicina pastorale nella Bosnia ed Erzegovina in stato di guerra**
Vinko Puljic

252 **La medicina in tempo di guerra**
Bozo Ljubic

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro "Giorni del Medioevo" Le miniature delle très riches Heures del Duca di Berry. Edizione italiana: Rizzoli, Milano 1989.

INDIRIZZO D'OMAGGIO DEL CARD. FIORENZO ANGELINI

Un uomo scendeva a Gerico…

Padre Santo,

ancora una volta Lei ha voluto partecipare alla conclusione della X Conferenza Internazionale annuale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

I suoi interventi, Padre Santo, sui temi di grande rilevanza affrontati da queste Conferenze, rappresentano altrettanti punti fermi di dottrina e di prassi nel vasto, articolato e sempre più complesso campo dei rapporti tra ricerca scientifica e prassi, tra biomedicina nelle sue più diverse articolazioni e legge morale.

La ringraziamo con tutto il cuore di questa Sua paterna partecipazione che conferma la di Lei straordinaria e provvidenziale attenzione ai gravi problemi che oggi investono il mondo della sanità e della salute.

Nel decimo anniversario di vita del Dicastero, che Lei volle istituire a dimostrazione che la sollecitudine della Chiesa per i sofferenti e i malati e per gli Operatori Sanitari ad ogni livello di responsabilità, è parte integrante della Sua missione, questa X Conferenza internazionale ha affrontato il tema *"Vade et tu fac similiter: da Ippocrate al Buon Samaritano"*.

Mi consenta, Padre Santo, di affermare che il Suo magistero e ministero sono la trascrizione vivente, coraggiosa e massimamente autorevole di questo assunto. Come Lei, nello scorso mese di ottobre, ha affermato all'Assemblea Generale della Nazioni Unite, "non vi è nulla di genuinamente umano che non trovi eco nel cuore cristiano".

La Sua strenua difesa dei diritti umani fondamentali – primo tra tutti, il diritto alla vita, alla sua sacralità, inviolabilità e dignità – e la costante predicazione del Vangelo della sofferenza hanno presentato al mondo la più felice sintesi dei valori razionali ed evangelici.

Se è vero, infatti, come si legge nella *Evangelium vitae,* che "nella vita c'è sicuramente un valore sacro e religioso, in nessun modo esso interpella solo i credenti: si tratta di un valore che ogni essere umano può cogliere anche alla luce della ragione e che perciò riguarda necessariamente tutti" (n. 101).

Per Lei Padre Santo, la strada che da Gerusalemme scendeva a Gerico, è la strada che attraversa l'intero nostro pianeta: una strada che Lei ha percorso e continua a percorrere instancabilmente per incontrarvi le innumerevoli vittime della violenza del nostro tempo e dei nostri giorni.

Come l'illuminato amanuense medievale che trascrisse, disponendolo a forma di croce, il giuramento di Ippocrate, Lei ha fatto della promozione e della difesa della vita il punto di incontro evangelico, del sapere e del credere.

Grazie Padre Santo, di questa sicura e forte guida che è motivo di intelligente speranza e di esemplare coraggio nel combattere una battaglia difficile, perché decisiva.

Già abbiamo iniziato la preparazione della prossima Conferenza Internazionale per l'anno nuovo, l'argomento generale sarà:

"Ad immagine e somiglianza di Dio: Sempre? Il disagio della mente umana"

Il tema è di straordinaria rilevanza e interessa direttamente circa un miliardo di persone nel mondo.

Vogliamo, Padre Santo, continuare ad essere sempre fortemente disponibili, autentici Samaritani, per tutti ma specialmente per quanti, senza distinzione alcuna sono nella sofferenza del corpo e dello spirito, della mente.

Grazie, Padre Santo, della Sua attesa.

DISCORSO DEL SANTO PADRE

Siate i buoni samaritani dei tempi moderni

1. *Sono lieto di rivolgermi a tutti voi, carissimi Fratelli e Sorelle, in occasione di questa Conferenza Internazionale, diventata ormai un tradizionale appuntamento annuale, che vede riuniti con entusiasmo e fedeltà tante persone generose, impegnate nel mondo della sanità e della salute.*

Quest'anno, poi, ricordiamo una ricorrenza particolare: sono trascorsi, infatti, dieci anni dall'istituzione del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Il successo delle Conferenze finora celebrate è una conferma tangibile dei frutti maturati per l'instancabile e fervida attività svolta da questo Dicastero, che ha come finalità quella di "diffondere, spiegare e difendere gli insegnamenti della Chiesa in materia di sanità e di favorirne la penetrazione nella pratica sanitaria" (Lett. ap. Dolentium hominum, *11 febbraio 1985, n. 6).*

Saluto con affetto il Signor Cardinale Fiorenzo Angelini e lo ringrazio per le cortesi parole, con le quali ha interpretato i sentimenti di tutti i presenti. Rinnovo il mio più vivo apprezzamento ai responsabili del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari che, con assiduo e costante impegno, hanno promosso e organizzato questo appuntamento. Rivolgo inoltre un deferente pensiero agli illustri scienziati, ricercatori, studiosi ed esperti di problemi di medicina, di biomedicina e di morale che hanno offerto a questo incontro di studio e di riflessione il prezioso contributo della loro competenza ed esperienza. Estendo infine il mio cordiale benvenuto a tutti i presenti.

Nelle vostre persone vedo e saluto tutti gli operatori sanitari che, in ogni parte del mondo, come servitori e custodi della vita, testimoniano la presenza della Chiesa accanto alle persone malate o sofferenti.

2. *Quest'anno avete scelto di sviluppare le vostre riflessioni nella luce del monito evangelico:* "Vade e fac tu similiter: da Ippocrate al Buon Samaritano". *In tale duplice riferimento può ben essere compendiata l'intera storia della medicina. Come, infatti, ricordava il Papa Pio XII, di venerata memoria, "gli scritti di Ippocrate contengono, senza alcun dubbio, una delle più nobili espressioni della coscienza professionale che impone in particolare, il rispetto della vita e la dedizione al malato" (Discorso ai partecipanti al XIV Congresso Internazionale di Storia della Medicina, 17 settembre 1954:* Discorsi e Radiomessaggi XVI *[1953-1954], 148). La pagina del Buon Samaritano evangelico arricchisce l'eredità ippocratica della visione trascendente della vita umana, che è dono di Dio ed è chiamata a partecipare dell'eterna comunione con Lui.*

Con rigorosa attenzione ai gravi e urgenti problemi che, nel nostro tempo interpellano la ricerca e la scienza medica, durante i lavori di questi giorni avete ripercorso il cammino compiuto lungo la storia dall'assistenza sanitaria, individuando nell'incontro tra umanesimo ippocratico e umanesimo cristiano un decisivo fattore di progresso verso una civiltà sempre più degna di questo nome. Inoltre, i contributi scientifici presentati da studiosi ed esperti di ogni parte del mondo hanno dimostrato come, nell'attenzione a chi soffre e nell'impegno per una qualità della vita degna della persona si configuri una visione antropologica nella quale è possibile a persone di culture diverse trovare un punto d'incontro. Ciò è confermato dalle esperienze personali e sociali di tanti «buoni Samaritani» dei tempi moderni, tra i quali avete voluto opportunamente ricordare persone quali Henri Dunant, Florence Nightingale, Albert Schweitzer, Janusz Korczak, Ildebrando Gregori, Raoul Follereau e Marcello Candia. "Colui che s'imbarca sulla navicella del

rispetto per la vita – scriveva Albert Schweitzer – non è un naufrago portato alla deriva, ma un viaggiatore ardito che sa dove andare e che tiene saldamente il timone nella giusta direzione" (A. SCHWEITZER, La civilisation et l'éthique, *63-64).*

3. *Da Ippocrate al Buon Samaritano, dalla coscienza guidata dalla ragione alla ragione illuminata dalla fede, unico deve essere l'annuncio del Vangelo della vita; infatti, la sua promozione e la sua difesa "non sono monopolio di nessuno, ma responsabilità di tutti" (Lett. enc.* Evangelium vitae, *n. 91). Ed è certamente un provvidenziale segno dei tempi che la fede nel messaggio di Cristo sia oggi chiamata a sostenere e a rafforzare il fondamento razionale del comune dovere di servire la vita in tutte le fasi dell'esistenza umana. Si tratta, infatti, di un compito che è insieme umano e cristiano, così che "solo la concorde cooperazione tra quanti credono nel valore della vita potrà evitare una sconfitta della civiltà dalle conseguenze imprevedibili"* (Ibid.).

Il Buon Samaritano della parabola evangelica interpella "ogni coscienza umana che aspiri alla verità e sia attenta alle future sorti dell'umanità". Non si spiegherebbe, tuttavia, il lungo cammino percorso dall'assistenza sanitaria se questa non avesse altro scopo che la salvaguardia e il ricupero della salute; in realtà l'assistenza sanitaria, per le radici che affondano nel rispetto della vita e della dignità della persona umana, è anche scuola di valorizzazione della sofferenza e del servizio ad essa. Perciò, la parabola del Buon Samaritano appartiene sia al Vangelo della vita che al Vangelo della sofferenza: "E qui tocchiamo uno dei punti chiave di tutta l'antropologia cristiana. L'uomo non può ritrovarsi pienamente se non attraverso un dono sincero di sé" (Lett. apost. Salvifici doloris, *28).*

Per questi motivi sono lieto di esprimere il mio vivo compiacimento ai responsabili del Dicastero della Pastorale per gli Operatori Sanitari per aver redatto e pubblicato la prima Carta degli Operatori Sanitari, *le cui indicazioni, aperte al contributo di tutti gli uomini di buona volontà, rappresentano una felice alleanza tra etica ippocratica e morale cristiana. Si tratta infatti di una sintesi attraverso la quale, "vengono favoriti la riflessione e il dialogo – tra credenti e non credenti, come pure tra credenti di diverse religioni – su problemi etici, anche fondamentali che interessano la vita dell'uomo" (Lett. enc.* Evangelium vitae, *n. 27).*

4. *Il concorde e costruttivo cammino della scienza e della fede, auspicato dal Concilio Vaticano II (cfr.* Messaggio agli uomini di scienza, *8 dicembre 1965) tende all'affermazione dei fondamentali diritti umani, incentrati nella promozione e nella difesa della vita e della sua dignità. La fede stimola, incoraggia e sostiene tale convergenza che s'è rivelata propizia alle conquiste della ragione, poiché nulla vi è di genuinamente umano che non trovi eco nel cuore dei cristiani.*

Il campo della sanità e della salute, negli svariati ambiti dell'educazione sanitaria, della prevenzione, della diagnosi, terapia e riabilitazione, offre innumerevoli conferme della concreta possibilità di un fecondo sodalizio tra ragione e fede *per costruire, nella libertà e nel pieno rispetto della persona umana, la civiltà della vita la quale, per essere veramente tale, deve essere anche civiltà dell'amore.*

5. *Nella edificazione di una simile civiltà, il buon Samaritano, nel quale si rispecchia l'amore del Figlio di Dio, è modello dei doveri e dei compiti degli operatori sanitari. Tale modello riafferma, carissimi Fratelli e Sorelle impegnati nell'assistenza e nella pastorale sanitaria, che il vostro servizio, prima che una professione è una missione, sostenuta dalla crescente coscienza della solidarietà esistente tra gli esseri umani. Questa consapevolezza è rafforzata e incoraggiata dalla fede, di cui vi esorto a rendere generosa testimonianza, quali araldi di fiducia e di speranza nell'uomo, chiamato da Dio a realizzarsi nella gratuità.*

Con tali auspici, invoco su di voi e sul vostro servizio agli ammalati la protezione della Vergine Santissima, alla quale affido l'implorazione di salvezza e di conforto che sale dall'umanità sofferente. Maria, Madre del divino Samaritano delle anime e dei corpi, accompagni ogni vostra benemerita attività, imprimendole i connotati materni della disponibilità amorevole e dell'inesauribile generosità. Vi accompagni anche l'Apostolica Benedizione, che di cuore imparto a tutti voi qui presenti, ai vostri collaboratori e a quanti assistete nel vostro quotidiano lavoro.

Giuramento di Ippocrate

Per Apollo Medico, per Esculapio, Igea e Panacea giuro, e tutti gli Dei e le Dee chiamo a testimoni che questo mio giuramento e questa scritta attestazione osserverò integralmente con ogni vigoria e intelligenza.

Il Maestro che m'insegnò quest'arte terrò in conto di padre, e quanto sarà necessario alla di lui vita e quanto avrà bisogno con animo riconoscente gli darò, e i suoi figli considererò come i miei propri fratelli; e, se quest'arte essi vorranno apprendere, senza compensi e senza patteggiamenti insegnerò; delle mie lezioni e dimostrazioni, e di tutto quanto ha attinenza con la disciplina medica, i mie figli e i figli dei miei precettori renderò partecipi, e con essi quanti per iscritto si saranno dichiarati miei discepoli ed avranno prestato giuramento; all'infuori, però, di questi, nessuno.

Per quanto riguarda la cura dei malati prescriverò la dieta più opportuna secondo il mio giudizio e la mia scienza, e i malati difenderò da ogni danno e inconveniente.

Né presso di me alcuna richiesta sarà valida per indurmi a somministrare veleno a qualcuno, né darò mai consigli di tal genere.

Similmente non opererò sulle donne allo scopo d'impedire il concepimento e di procurare l'aborto.

E, invero, proba la mia vita conserverò e immacolata l'arte mia.

Né eseguirò operazioni per togliere la pietra ai sofferenti di calcoli, ma ciò lascerò fare ai chirurghi esperti in quest'arte.

In qualunque casa entrerò solamente per recare aiuto ai malati, e mi asterrò da ogni ingiusta azione e immoralità, come da ogni impuro contatto.

E tutto ciò che nell'esercizio della mia professione vedrò e udrò nella vita comune degli uomini, anche se indipendente dall'arte medica, in assenza di permesso, tacerò e terrò quale segreto.

Se a questo giuramento presterò intatta fede e se saprò lealmente osservarlo mi sia data ogni soddisfazione nella vita e nell'arte, e possa avere meritata fama in perpetuo presso gli uomini.

Ma se al mio giuramento dovessi mancare, o se avessi giurato il falso, possa accadermi tutto il contrario.

Parabola del buon Samaritano *(Lc. 10, 30-37)*

[30] «Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico e incappò nei briganti che lo spogliarono, lo percossero e poi se ne andarono, lasciandolo mezzo morto.

[31] Per caso, un sacerdote scendeva per quella medesima strada e quando lo vide passò oltre dall'altra parte.

[32] Anche un levita, giunto in quel luogo, lo vide e passò oltre.

[33] Invece un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto lo vide e n'ebbe compassione.

[34] Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi, caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui.

[35] Il giorno seguente, estrasse due denari e li diede all'albergatore, dicendo: Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più, te lo rifonderò al mio ritorno.

[36] Chi di questi tre ti sembra sia stato il prossimo di colui che è incappato nei briganti?».

[37] Quegli rispose: «Chi ha avuto compassione di lui». Gesù gli disse: « Va' e anche tu fa' lo stesso».

Lettura di BENEDETTO NARDACCI
Centro Televisivo Vaticano

FIORENZO ANGELINI

Il senso di un percorso storico. "Vai, e anche tu fai altrettanto: da Ippocrate al Buon Samaritano"

Il tema *Da Ippocrate al Buon Samaritano* non formula un accostamento generico né, tanto meno, costituisce una forzatura. Osservate l'ultima di copertina del programma di questa Conferenza Internazionale e ne intuirete il perché. In passato lo avevano capito, mentre oggi, da più parti, sembra lo si voglia dimenticare. Nessuno aveva mai tentato di mettere una croce o un simbolo cristiano sul frontespizio delle opere di Aristotele, che pure un sommo teologo come Tommaso d'Aquino, interpretò quali prolegomeni al pensiero cristiano; né lo stesso fu fatto con le opere di Cicerone, che Tertulliano chiamava *"anima naturaliister christiana"*. Lo ha fatto, invece, un illuminato amanuense medievale con il testo del Giuramento di Ippocrate, trascrivendolo in lingua greca con disposizione grafica che forma una croce. Il manoscritto si conserva alla Biblioteca Vaticana. Dunque, chi aveva letto attentamente il testo ippocratico aveva intravisto in esso l'insegnamento di Cristo.

C'è una continuità indiscutibile tra il contenuto del Giuramento di Ippocrate e quello della morale cristiana. La continuità è data dal comune impegno nella promozione e nella difesa della vita dal suo concepimento al suo naturale tramonto. Una continuità riconosciuta apertamente anche dal Santo Padre Giovanni Paolo II che, nella enciclica *Evangelium vitae*, parla dell'"antico e sempre attuale giuramento di Ippocrate, secondo il quale ad ogni medico è chiesto di impegnarsi per il rispetto assoluto della vita umana e della sua sacralità".

Sono, infatti, quattro, le linee portanti del Giuramento di Ippocrate:

– un profondo rispetto della natura in generale;

– una concezione unitaria ed integrale dell'essere umano;

– un rigoroso rapporto tra etica personale ed etica professionale;

– una visione massimamente partecipa dell'esercizio dell'arte medica.

C'è, quindi, nel Giuramento di Ippocrate una chiara propedeutica che introduce alla visione cristiana della vita, la quale sottoscrive, pur arricchendoli, tutti e quattro i presupposti ippocratici. Ma è soprattutto nella difesa piena e totale della vita che la posizione del grande medico greco si fa predispositiva dell'accettazione della nozione cristiana di vita, quale partecipazione della vita stessa di Dio, proiettata nell'eternità. Ed al riguardo, vi è un punto chiave nel quale il pensiero di Ippocrate e quello cristiano coincidono: ed è proprio nell'escludere ogni possibilità di discriminazione nell'interno della nozione di vita. Ippocrate assume la promozione e la difesa della vita come criterio e indirizzo nell'esercizio della propria professione e come metro della sua onestà e correttezza di medico. Egli sapeva molto bene che accettare possibili distinzioni, prevedere eccezioni a questo principio, sarebbe equivalso a renderlo fragile e vulnerabile. E ne è convinto a tal punto che il suo Giuramento approda ad una visione religiosa della vita. In apertura, infatti, del Giuramento, il medico di Cos chiama in causa le divinità appropriate del pantheon greco e in chiusura sembra richiamarsi alle parole iniziali quando arriva ad augurarsi che gli possa capitare ogni male qualora dovesse comportarsi da spergiuro.

Ci sono poi altri due aspetti che trovano nell'etica ippocratica quasi un risvolto cristiano. Essi sono: in primo luogo, la necessità che il medico, nell'esercizio della sua professione, sia a servizio del malato, non che lo serva per calcolo interessato. Ed è tanto convinto di tutto questo, da intravedere una ricompensa non utilitaristica quale premio di un corretto esercizio della sua professione. Chi, infatti, è chiamato al letto di chi soffre sa bene – come ammoniva la Scuola medica Salernitana – che ci si dimentica del medico non appena passa il malanno e quindi che si può essere tentati di

presentare la parcella quando più acuto nel paziente è l'assalto dell'infermità. Di qui l'attualità di una difesa cristiana del Giuramento di Ippocrate, specie in un tempo come il nostro in cui, accanto ai grandi progressi della scienza e della tecnica, si fanno minacciosi i rischi di una loro subordinazione a fini illeciti e di una loro strumentalizzazione.

Un'attenta analisi del Giuramento di Ippocrate consente di pervenire ad una conclusione perentoria: poche categorie professionali possono concordare sui principi essenziali della propria attività come la categoria di coloro che sono al servizio della salute, cioè degli operatori sanitari. Identificando con le rette perpendicolari di una croce la visione cristiana del mondo e il suo incontro-confronto con la visione o le visioni non cristiane, possiamo immaginare il servizio alla salute e, quindi, alla vita, come il punto esatto in cui le due perpendicolari si incontrano.

Certamente, anche in questo campo, la *novità* del Cristianesimo è rappresentata dalla dottrina e dalla prassi sulla valorizzazione della sofferenza quando essa, nonostante ogni sforzo della scienza e di qualsivoglia altro mezzo lecito, resti invincibile. Ma, in realtà, poche verità sono altrettanto razionali come quella della valorizzazione della sofferenza, la quale valorizzazione fa veramente appello a tutte le risorse dell'uomo consentendone la più alta e più nobile espressione. Non è vero, quindi, che soltanto la fede può dare la forza di accettare e di valorizzare il dolore. Essa può confermarsi decisiva al riguardo, ma il suo sostegno può mettere radici nella intelligenza e nella ragione umana che è anch'essa un dono di Dio.

L'accostamento tra Ippocrate e il Buon Samaritano, che si riscontra costante in tutta la storia della medicina ed in quella dell'assistenza sanitaria nel corso della quale la Chiesa è stata pioniera nei suoi duemila anni di storia, illumina un'altra verità, anch'essa richiamata dal santo Padre.

Nel servizio a chi soffre è possibile quell'incontro tra tutti gli uomini di buona volontà che in altri campi si è confermato difficile, se non impossibile.

Concezioni filosofiche, religiose, politiche, economiche, sociali possono conoscere divergenze insuperabili. Il servizio a chi soffre, invece, andando incontro alla più universale e più sentita delle aspirazioni umane, quella della salvaguardia o del ricupero della salute, e perciò della promozione e della difesa della vita, rende possibile quell'*ecumenismo delle opere*, vero ponte verso la giustizia e la pace. Siffatto ecumenismo delle opere, prima che una aspirazione, è una necessità. E l'accostamento tra Ippocrate e il Buon Samaritano della parabola evangelica vuole significare innanzitutto questo, e cioè che specialmente nella sua sollecitudine verso i malati e i sofferenti e nella sua promozione e difesa della vita e della dignità della persona umana, la Chiesa, mentre è erede dei più alti valori di ogni civiltà, vuole collocarsi all'avanguardia nel faticoso cammino verso quella civiltà dell'amore alla quale non c'è alternativa.

Card. FIORENZO ANGELINI
Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari

VINCENZO CAPPELLETTI

Dove c'è amore per l'arte medica c'è amore per l'uomo

Il tema di questa X Conferenza Internazionale del Consiglio Pontificio per la Pastorale Sanitaria presenta un'esigenza di comprensione del rapporto da essa impostato, tra Ippocrate e il Buon Samaritano, prima della trattazione dei singoli interventi previsti dal programma. Nel caso della prima relazione, il tema della Conferenza viene ribadito in forma assertoria: "Dove c'è amore per l'arte medica, c'è amore per l'uomo", in modo tale che una mancata chiarificazione del tema implicherebbe l'impossibilità di svolgere in modo coerente la relazione sul tema accennato.

Il Samaritano compare al centro di un'altissima allegoria, mentre Gesù prepara il suo viaggio verso Gerusalemme. È un simbolo, centrale, di un discorso conclusivo sull'essenza del divino e sul significato dell'Incarnazione. Serve, il Buon Samaritano, a far capire una legge dell'amore scritta già nell'Antico Testamento, ma ora destinata a prendere il primo posto nella Buona Novella. Un dottore della legge chiede a Gesù che cosa debba fare per avere la vita eterna, e Gesù lo rimanda al precetto dell'antica legge, per cui bisogna amare Dio con tutto il cuore e il prossimo come sé stessi. Il Buon Samaritano serve a spiegare chi sia il prossimo. Sono prossimo al prossimo l'uomo assalito dai ladroni e lasciato come morto sulla strada, e il Samaritano che era in viaggio, lo vede, lo soccorre e ha cura di lui. È sublime e nello stesso tempo di una semplicità abbagliante, il racconto del Cristo. L'amore di Dio che è amore giunge a investire la relazione tra quei due uomini, che s'incontrano l'uno con l'altro in una strada periferica, senza particolare importanza, della vita. È tutto avvincente, ricostruito sulla tradizione orale e forse scritta, il Vangelo di Luca, che nella parabola di cui parliamo tocca uno dei punti più alti.

L'amore vissuto è quanto la parabola del Buon Samaritano vuole trasmettere come risposta al dottore della legge, che voleva sapere come l'uomo possa conquistare la vita eterna. In sostanza, siamo in pieno discorso sull'annunzio evangelico, che pone l'amore al centro dell'essere, sotto il cui segno Dio si era presentato a Mosè. Amore in Dio per il mondo e per gli uomini, amore negli uomini per Dio ma anche per gli altri uomini e per sé stessi, a pari titolo. L'amore investe tutto, redime tutto, anche il rapporto dell'io con sé stesso. È una manifestazione fondamentale e universale della coscienza che da una universalità, centrata nell'origine divina, trae la norma per essere in ogni suo momento analoga alla relazione primaria che è quella tra Dio e il mondo, compreso l'uomo, da lui creato. Torniamo alla nostra analisi. Il Buon Samaritano, simbolo polisemico, diremmo oggi, è modello anche di un rapporto medico con il paziente, che nel medico presupponga l'universalità dell'amore cristiano e lo spettro delle sue manifestazioni. Il Buon Samaritano non sarebbe, senza ciò che egli simbolizza: l'amore. Ma c'è stato amore in Ippocrate?

Qui occorre soffermarsi per dare allo svolgimento del tema una pregnanza che altrimenti non avrebbe. Se Ippocrate fosse stato estraneo al concetto dell'amore e alla realtà vissuta dell'amore umano, il rapporto tra i due, il Buon Samaritano e Ippocrate, apparirebbe una forzatura, di buone intenzioni, propositiva di pensieri edificanti, ma storicamente infondata.

Non è così. Negli anni di Ippocrate si svolgeva un dibattito sull'amore, e ne esisteva una profonda teoria. Fissiamo anzitutto qualche data temporale. Ippocrate nasce a Cos nel 460 a.C., e muore a Larissa, in Tessaglia, nel 370 circa. Socrate nasce nel 470, e muore nel 399, vittima della democrazia ateniese. Platone nasce ad Atene nel 428 a.C. e muore nel 348: è più giovane di una generazione rispetto ai pensatori che abbiamo ricordati. Fa da sfondo politico e civile alla vicenda che c'interessa la

figura di Pericle, vissuto dal 495 a.C. al 429, personalità incisiva e dominante della vita ateniese, soprattutto nel trentennio fra il 461 e il 429. Alle spalle di tutte le personalità nominate, ci sono le due decisive vittorie degli Ateniesi sui Persiani, quella di Maratona nel 490 e quella di Salamina nel 480 a.C. La nostra domanda si riformula così: c'è stato un bisogno spirituale di affrontare il tema di una relazione non solo tra uomo e uomo, ma tra uomo e altro dell'umano, che potesse dirsi amorosa perché impostata fra desiderio e dono, possesso e auspicio, negli anni dell'Atene periclea? Se vi fu, Ippocrate non poté restarne esente o ignaro e per una o più delle mille strade attraverso le quali l'umano pensiero percorre il mondo, il discorso, la ricerca sull'amore raggiunse e lasciò traccia nelle premesse, parte manifeste parte implicite, dello straordinario edificio della dottrina medica ippocratea.

Il tema dell'amore ebbe effettivamente spazio e rilievo nell'Atene periclea, in una cerchia dove Ippocrate comparve: la cerchia dei *Kaloi Kagathoi,* gli uomini che avevano il privilegio di poter dedicarsi alle discussioni e ai banchetti. La stessa, verosimilmente, per tutti i dibattiti e tutte le amicizie di quegli anni, che noi scorgiamo attraverso i *Dialoghi* platonici. Vi compare due volte Ippocrate, nel *Fedro* e nel *Protagora,* attraverso la fama che lo circondava, il prestigio che il suo pensiero si era meritato. Nel *Fedro,* in particolare, Ippocrate giganteggia, per le considerazioni di Socrate sui rapporti tra comportamenti e natura dell'anima, e tra natura dell'anima e natura del tutto. "Se Ippocrate fa testo – osserva Fedro – non si può neppure capire il corpo senza un simile procedimento": senza riferirlo alla totalità. In maniera meno incisiva e qualificante Ippocrate è citato nel *Protagora:* all'Ippocrate interlocutore del dialogo, che è solo un omonimo del Maestro di Cos, Socrate chiede che cosa si aspetterebbe di ricevere dall'Asclepiade in cambio di denaro. E la risposta suona: Ippocrate essendo medico, mi aspetterei di ricevere da lui la conoscenza della medicina. Il *Protagora* è dedicato all'analisi della sofistica, ma il *Fedro* verte sull'amore, e lo avvicina alla manìa intesa come divina esaltazione, delirio che viene dagli dei, e si esprime nella profezia e nella poesia. Tra i due contemporanei e quasi coetanei destinati a lasciare traccia duratura di sé nella civiltà dei secoli successivi – Socrate, Ippocrate – il secondo era, dunque, noto al primo: ma il reciproco è più che probabile, perché la citata cerchia degli ottimati era ristretta, Ippocrate, lo sappiamo dai suoi biografi, soggiornò ad Atene e vi tenne scuola di medicina, ed ebbero ad intessersi rapporti, come quello tra Ippocrate e lo storico Tucidide, che cogliamo attraverso le idee più che attraverso la documentata frequentazione delle persone.

E così l'investigazione socratica, e di un mondo intellettuale attorno a lui, sull'amare e sull'amore, non poté non rispecchiare momenti costitutivi della costruzione concettuale di Ippocrate, e non lasciarvi traccia di sé stesso. Splendido, lo sviluppo dialogico del *Fedro,* ma nulla vale il discorso sull'amore, che Socrate aveva o avrebbe svolto in casa del drammaturgo Agatone e noi conosciamo attraverso il *Simposio.* Agatone tesse l'elogio di Amore, e Socrate se ne dichiara insoddisfatto. Agatone, dice, gli ha ricordato Gorgia e la fallacia sofistica: credere di dover dire la verità sull'oggetto da lodare, e attribuire all'oggetto le cose più grandi e più belle sia che l'oggetto le possieda sia che non le possieda. E invece sull'Amore bisogna dire la verità: e Socrate dice di seguire la traccia offertagli da una straniera di Mantinea, una donna, Dìotìma. Straniera, notiamolo, nel senso di estranea alla *polis* ateniese: con la stessa funzione di insinuare il dubbio e di aprire orizzonti, che in maniera seducente aveva assolto, al termine del *Sofista,* lo straniero di Elea, manifestando incertezza sul raggiunto significato dell'essere. Amore, aveva spiegato Dìotìma a Socrate e questi ripete al convito di Agatone, è desiderio di qualcosa che non si possiede; è qualcosa di mezzo tra il mortale e l'immortale; è un grande demone che trasmette gli dei agli uomini e gli uomini agli dei. Amore nacque perché Penìa, povertà, rimase incinta di Poro, espediente, alla festa imbandita per la nascita di Afrodite: è indigente come la madre e ricco di espedienti come il padre, e per di più "ciò che acquista sempre gli corre via dalle mani". È l'amante e non l'amato, l'Amore: il grandissimo, insidioso Amore è per ciascuno desiderio di bene e di felicità. Ma al vertice della felicità c'è l'immortalità. E quest'ultima si raggiunge con la procreazione, fisica e ideale, realizzata dal figlio e dal prodotto del pensiero. C'è un amore delle idee e della scienza: e l'amore vi ritrova la propria identità di condizione povera dell'uomo, d'indigenza. L'amore, giova ripeterlo, è nell'amante, non nell'amato. E, dunque, l'idea non ama: non amerà l'idea somma, Dio, in Aristotele. Dal *Simposio* si è tentati di raggiungere con un passo il dodicesimo libro della *Metafisica* di Aristote-

le, per cogliervi un altro concetto del divino, e verificare se vi abbia posto l'amore, ossia per verificare se la più elevata, forse, tra le accezioni classiche della divinità, sia stata in qualche modo quella di un Dio amante rispetto al cosmo della natura e all'uomo che vi è compreso.

Non c'è traccia di amore nel Dio di Aristotele: le considerazioni che Socrate aveva svolto, raccoglievano ed esprimevano l'intuizione di tutto un mondo, di tutta una sapienza, di tutta una cultura. Leggiamo: "Se, dunque, Dio è eternamente in quella felice condizione in cui noi ci troviamo talvolta, ben è cosa meravigliosa; ma se è in una condizione anche superiore, sarà più meravigliosa ancora. Orbene, così Egli è. Ed è, anche, vivente: poiché l'atto di intendere è vita, ed Egli è quell'atto: quell'atto che, essendo per se stesso, è in Lui vita ottima ed eterna. Noi affermiamo che Dio è essere vivente eterno perfetto, sì che a lui appartiene una vita continua ed una esistenza eterna. Ché questo è Dio". L'essere è giunto a coniugarsi con la vita e con il pensiero, e il pensiero ha come oggetto sé stesso, *"noesis tes noeseos"*. È un'altra conquista sulla via che condurrà alla Buona Novella cristiana, centrata su un amore che non è indigenza ma ricchezza, non è solo dell'amante ma anche dell'amato, e li accomuna in una medesima realtà, che è la sostanza della vita alla quale Aristotele si era avvicinato, legandola al concetto del divino. Indigenza, desiderio-ricchezza, dono: l'analogia, il tramite relazionale tra Ippocrate con l'orizzonte spirituale al quale egli apparteneva, e il Buon Samaritano con la verità da lui intuita e vissuta, è ormai palese dinnanzi a noi. La medicina ippocratica aveva amato la sofferenza e la morte, anzitutto per conoscerne le cause e le manifestazioni, sintomatiche e processanti. Ippocrate è un metafisico, non un semplice medico, proprio come Socrate lo presenta nel *Fedro.* E come metafisico aveva affermato una nozione, lo *hekaston,* che precede quella aristotelica di *tode ti:* l'individuo in Ippocrate è il questo in Aristotele, e il questo è la trascrizione dell'*ousia*, la sostanza. I libri primo e terzo di *Epidemie,* tra i testi più incisivi attribuibili all'Omero della medicina che Ippocrate si è trovato ad essere, rispecchiano un atteggiamento quasi estatico, di osservazione rispetto alla malattia e al malato, alla morte e al morente. C'era tanto da apprendere, da registrare, da investigare: per amore cioè desiderio del non conosciuto. Ippocrate amava in senso socratico l'uomo malato, come mostra il passo che illustra la griglia concettuale della sua diagnostica e la connessa semeiologia:

«Questi i fenomeni relativi alle malattie, dai quali traevo le mie conclusioni, fondandole su quanto v'è di comune e quanto di individuale nella natura umana; sulla malattia, sul malato, sulla dieta e su chi la prescriveva (che da ciò dipendono sviluppi favorevoli o funesti); sulla costituzione generale e specifica dei fenomeni celesti e di ciascuna regione; sui costumi, il regime, il modo di vita, l'età di ognuno; sui discorsi; i modi, i silenzi, i pensieri; sul sonno e sull'insonnia, sui sogni – come e quando –, sui gesti involontari – strapparsi i capelli, grattarsi, piangere –; sui parossismi, le feci, le urine, gli sputi, il vomito; e sulla concatenazione delle malattie – quali derivino dalle passate e quali generino in futuro –; e sugli ascessi, se son segno di morte o di crisi, sul sudore, i brividi, il freddo, la tosse, gli starnuti, il singhiozzo, il respiro, i rutti, le flatulenze (silenziose o rumorose), le emorragie, le emorroidi.

Sulla base di tutto ciò, si estenda l'indagine anche a quanto ne consegue».

La medicina cristiana, muovendo dal Buon Samaritano, non soltanto riverserà amore sulla sofferenza. Ma proseguirà il cammino di Ippocrate, diventando teoria e metateoria della vita, ricchezza d'intuizioni e di ipotesi che orientano nell'osservazione, come in tutti i rami dell'attività scientifica. Non soltanto la meravigliosa fioritura di ospedali e nosocomi coglierà il frutto di un'amore-ricchezza derivato da un Dio che è amore. Quel frutto lo coglierà anche la scienza medica. Non possiamo non dirci cristiani, a ripetere il titolo di uno scritto molto noto che Benedetto Croce pubblicò nel 1942, anche nella scienza moderna e in quella sua potenziata espressione che è la scienza contemporanea. Amore, vita e logos-pensiero sono "circuminsessi" – splendido concetto, che ci viene con altri, fondamentali, dall'età conciliare – nella coscienza dell'uomo. Si ama nel conoscere, e non si conosce se non in Dio e con Dio, umilmente testimoniando la sua definitiva sostanza, l'amore. Amore-carità e amore-conoscenza: ecco ciò che deve alla Buona Novella la tradizione aperta dall'esempio del Buon Samaritano. Ma quanto abbiamo accennato, è tutto della medicina, in radice e nell'atto singolo che il medico compie ogni giorno, ogni ora del suo lavoro.

Prof. VINCENZO CAPPELLETTI
Vice Presidente Direttore Scientifico dell'Enciclopedia Italiana, Roma

PAUL POUPARD

"Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico"

(Lc. 10, 30)

Introduzione

Tra le parabole più potenti, personali, pastorali e concrete di Gesù, si trova a mio avviso proprio quella del Buon Samaritano. È una parabola potente, perché essa parla del potere dell'amore che sorpassa tutti i credo e tutte le culture e fa di una persona, che ci è completamente estranea, il nostro prossimo. È una parabola personale. Descrive infatti con profonda semplicità il fiorire di un rapporto umano interpersonale che implica un contatto anche fisico, rapporto che trascende i tabù sociali e culturali, nel mentre un uomo fascia le ferite d'un altro. È una parabola pastorale, ricca del mistero che anima la cura e l'ansietà verso il prossimo, radicata al centro della cultura umana: il Buon Samaritano si china e serve il suo nuovo prossimo che si presenta come colui che ha davvero bisogno d'aiuto. È una parabola infine che dice praticità: lancia infatti una sfida concreta, quella di attraversare le barriere culturali e di gruppo per *"andare"* e *"fare lo stesso"*, come è scritto nel testo del Vangelo.

Ogni volta che leggiamo questa parabola del Buon Samaritano e la meditiamo, siamo toccati dalla sua grande semplicità. Parla al cuore ed interroga la coscienza. Essa prova con convinzione che *"la parola di Dio è viva, efficace e più tagliente di una spada a doppio taglio"* (Eb. 4, 12). Ho sperimentato tale identica sensazione quando ho ascoltato il giuramento d'Ippocrate.

Anche se alcuni secoli di storia separano il Giuramento dalla Parabola, c'è un legame che li unisce perché entrambi i testi esprimono ed invitano a condividere una comune preoccupazione: l'impegno per il *Vangelo della vita*, che si incarna nell'interesse e nel profondo rispetto per la persona umana. *"Ogni individuo, proprio a motivo del mistero del Verbo di Dio che si è fatto carne* (cfr. Gv. 1, 14), *è affidato alla sollecitudine materna della Chiesa. Perciò ogni minaccia alla dignità e alla vita dell'uomo non può non ripercuotersi nel cuore stesso della Chiesa, non può non toccarla al centro della propria fede nell'incarnazione redentrice del Figlio di Dio, non può non coinvolgerla nella sua missione di annunciare il* Vangelo della vita *in tutto il mondo e in ogni creatura* (cfr. Mc. 16, 15)"[1].

È precisamente su questa missione e quest'impegno che si concentreranno le nostre riflessioni nel corso di tre prossimi giorni iscritti nella X Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Il programma di questa Conferenza lo evidenzia: molti conferenzieri sono invitati a trattare, nella ricchezza della interdisciplinarietà, il tema generale sintetizzato nel titolo *"Vade et tu fac similiter: da Ippocrate al Buon Samaritano"*. La sofferenza, la cura della malattia, la guarigione delle ferite; il dottore, un uomo per tutti gli uomini; medicina e moralità; le donne nella storia della medicina, ecco alcuni temi sui quali ci soffermeremo. Da parte mia, in qualità di Presidente del Pontificio Consiglio della Cultura, mi propongo di offrirvi una meditazione pensata e concretizzatasi su questa parabola del Buon Samaritano.

L'uomo di cui parliamo era in cammino, scendeva da Gerusalemme a Gerico. Gerusalemme è la Città Santa ove si trova il tempio che Jahvè ha scelto come sua dimora. Gerusalemme è dunque, nella Scrittura, il simbolo del divino e del sacro, mentre Gerico rappresenta il mondo. Origene l'ha ben espresso: *"L'uomo che viaggia da Gerusalemme a Gerico, divenuto la preda di ladri, rappresenta Adamo condotto dal Paradiso all'esilio in questo mondo. E quando Gesù andò a Gerico e ridonò la vista ai ciechi, costoro rappresentano la sofferenza di tutti coloro che soffrono nel mondo a causa della cecità dell'ignoranza,*

per la quale il Figlio di Dio viene"[2]. In un certo senso? Gerico è il simbolo della cultura secolare, e quell'uomo che scendeva da Gerusalemme a Gerico rappresenta l'intera umanità, ossia ciascuno di noi. Come lui, non siamo anche noi in cammino? Non siamo forse pellegrini che insieme viaggiamo? Da qualche parte, lungo il sentiero, eccoci prede di ladri, privati e spogliati di ciò che c'è di meglio in noi, della scintilla del divino e del sacro che è in noi. La religione, che esprime la nostra relazionalità a Dio, è, come il sacro, al cuore della stessa cultura. E pertanto, Paolo VI afferma: *"La rottura tra Vangelo e cultura è senza dubbio il dramma della nostra epoca, come lo fu anche di altre epoche"*[3]. Quale aiuto possiamo portare, come Chiesa, al corpo dell'umanità ferito e mutilato? Non dovremmo aver cura di lui e restituirgli la sua santità e gloria originarie? Consideriamo questa storia da tre angolazioni. Questa parabola fa appello alla nostra compassione, ci stimola all'impegno e si completa nella gioia della comunione.

1. L'appello alla compassione

C'è una profonda differenza tra la semplice

pietà e la compassione. La pietà comincia e termina con sé stessi. Ci rende, certamente, sensibili nei confronti della sofferenza, ma resta quasi circoscritta, non produce frutti concreti. Spesso, essa si esaurisce con un sospiro o una alzata di spalle. La compassione, al contrario, ci spinge ad uscire da noi stessi. Infatti, non solo *ci spinge ad avere pietà* di coloro che soffrono, ma anche *ci fa essere con coloro* che soffrono. Avere compassione, significa soffrire con coloro che sono feriti e nella prova, condividere i loro dolori e le loro angosce. Se è vero che noi non possiamo mai penetrare completamente il dolore di un'altro e che dimoriamo spesso ai confini di questo dolore, come dei silenziosi spettatori del tormento altrui, la compassione ci aiuta, in certo qual modo, non solamente a soffrire con colui che soffre, ma anche a condividere qualche cosa di questa sofferenza. Ecco come Gesù, il Buon Samaritano per eccellenza, mostra compassione: soffre con e nelle persone alle quali viene in aiuto. La loro fame attanaglia anche Lui. Egli prova le loro tristezze, compatisce il loro dolore, comprende i loro peccati e si mostra loro amico, si fa compagno dei reietti. Gesù mostra la schiena e le spalle per provare anche il dolore d'essere flagellato. *"Infatti non abbiamo un sommo sacerdote che non sappia compatire le nostre infermità, essendo stato lui stesso provato in ogni cosa, a somiglianza di noi, escluso il peccato"* (Eb. 4, 15). Qualche secolo prima della nascita di Cristo, il profeta Isaia aveva scritto: *"Eppure egli si è caricato delle nostre sofferenze, si è addossato i nostri dolori* [...] *egli è stato trafitto per i nostri delitti, schiacciato per le nostre iniquità. Il castigo che ci dà la salvezza si è abbattuto su di lui, per le sue piaghe noi siamo stati guariti"* (Is. 53, 4-5).

La compassione non ci lascia né indifferenti né insensibili al dolore altrui, chiama alla solidarietà con chi sta soffrendo. La solidarietà "[...] *non è un sentimento di vaga compassione o di superficiale intenerimento per i mali di tante persone, vicine o lontane. Al contrario, è la* ***determinazione ferma e perseverante*** *di impegnarsi per il* ***bene comune:*** *ossia per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siamo veramente responsabili* ***di tutti***"[4].

Talvolta possiamo comportarci come il sacerdote e lo scriba, e passare oltre pur avendo notato un uomo sofferente, spettatori silenziosi per paura d'essere implicati in quel dolore e di sporcarci le mani.

La cultura contemporanea è fitta di tali esempi. Oggi i media portano direttamente nel-

le nostre case scene terribili di guerra e di violenza, di fame e povertà, di malattie e disagi, immagini di catastrofi naturali come inondazioni e terremoti. Corriamo il rischio di lasciarci catturare da una cultura dello sguardo passivo, inattivo, indifferente. Al posto d'essere attori, diventiamo meri spettatori. La compassione ci spinge a liberarci del nostro egoismo per raggiungere il prossimo che versa nel bisogno. Ci fa uscire dal guscio confortevole ove amiamo ripararci e ci spinge ad amare e servire coloro che contano sul nostro aiuto.

La salute non si riduce riduttivamente a quella fisica o corporale. In senso simbolico, la nozione di salute assume un significato assai più vasto. La realtà è semplice e dolorosa: vi sono intere società e culture accovacciate *"all'altro lato della strada"*, *"percosse"*, attaccate ed impoverite dai contro-valori della società dei consumi e del materialismo, spogliate da tutto ciò che c'è di bello e buono nella cultura umana. Private di Dio, anzi a Lui spesso ostili, se non indifferenti. La nostra propria cultura ci ha così spogliato d'umanità da farci perdere il senso di Dio. Negli anni, abbiamo fatto un passo ulteriore verso la noncredenza, nutrendola, per approdare poi ad una indifferenza religiosa che è peggiore dell'ostilità. Il nemico fa almeno esperienza dell'altro nel mentre fronteggia la sua violenza, ma la persona indifferente, al contrario, semplicemente l'ignora e ne nega l'esistenza. Questo è il genere di indifferenza ed insensibilità testimoniate dal sacerdote e dal levita che passano oltre, lasciando il pellegrino ferito e derubato. Ecco la realtà della nostra cultura dell'isolamento e della mediocrità.

Ma la nostra perversione più grande, è quella di esporci tanto da perdere il senso di Dio. Perdendo il senso della sua paternità, perdiamo necessariamente il senso della nostra fraternità con tutti gli uomini. Sebbene possiamo negare o essere indifferenti all'esistenza di Dio, ciò che ci riempie di gioia e di speranza è che Dio dei cristiani è quello che è risorto dai morti, che rianima e rinnova, che ridona la speranza, perché Egli risorge glorificato, molto più di quanto faccia la fenice che risorge dalle sue stesse ceneri. È precisamente verso questa cultura segnata dall'ateismo o dall'indifferentismo religioso, dal torpore e dalla morte, che la Chiesa, sull'esempio di Gesù Cristo, Buon Samaritano, si deve chinare verso i bisognosi, per venir loro in aiuto ed annunciare la Buona Novella. Lì risiede la vera cultura che silenziosamente fa appello al nostro impegno attivo. Quando la Chiesa, e con lei la fede cristiana, entra nel vivo della cultura, il mistero dell'Incarnazione si rinnova. Il Verbo si fa carne ed abita in mezzo a noi. Diventa in tutto simile a noi, eccetto che per il peccato. *"Senza l'incarnazione non c'è salvezza: Cristo non è nato nel vuoto. Si è incarnato nel seno di Maria. La sua vita si è integrata nel tessuto sociale e culturale che prevaleva nel suo tempo. Come Verbo di Dio, Egli parlava una lingua umana, una lingua specifica con una eredità culturale determinata. Per analogia, le culture sono state paragonate all'umanità di Cristo. Per il mistero dell'Incarnazione, Egli ha penetrato le culture, purificandole e riorientandole verso Dio, che venne adorato in spirito e verità"*[5]. Così come il Buon Samaritano ha raggiunto nella sua concreta situazione quell'uomo disteso a terra, ferito e mezzo morto, per soccorrerlo, così la Chiesa deve penetrare quelle culture ferite e malate per rivivificarle annunciando loro il *Vangelo della vita.*

2. La sfida all'impegno

Impegno è una parola che senza dubbio esprime al meglio il comportamento e la condotta del Buon Samaritano. Avrebbe potuto

passare oltre, come il sacerdote ed il levita. Avrebbe potuto chiudere il suo cuore e rifiutarsi di corrispondere ad un bisogno vero. Ma si ferma. Si ferma per umiliarsi. E s'umilia per arricchirsi. Nel momento stesso in cui si ferma e s'umilia per soccorrere uno straniero caduto a terra per mano dei briganti, ecco che nasce un prossimo. La compassione, stimolata dall'amore, è *"creatrice"*, crea un prossimo. *"Si potrebbe quasi parlare di una specie di sacramento, di un sacramento dell'amore: quando l'uomo mette a disposizione il suo essere vivente, cuore e forza e energie, Dio vi fa scendere la sua potenza creatrice e sorge il miracolo della relazione col prossimo"*[6].

A dire il vero, il nostro mondo deve costantemente rilevare la sfida posta da una crescente insensibilità alla sofferenza. Talmente abituati a vedere la sofferenza, la malattia e la fame, siamo divenuti capaci di passare a fianco degli spettacoli i più terribili, senza scomporci. Siamo abituati ad osservare gli splendidi grattacieli che costituiscono lo sfondo di sordidi bassi-fondi. La comunità mondiale non è stata forse spesso ad osservare, quale spettatrice silenziosa, i tanti genocidi della storia? Abbiamo talmente banalizzato la vita stessa, che abbiamo addirittura inventato delle espressioni

eufemistiche per tacitare il rimorso della nostra coscienza. Parliamo oggi di *"interruzione della gravidanza"* e di *"eutanasia"* come se potessimo affrancarle dalla sacralità della persona umana e la cui morte è invece prevista ed eseguita!

La Chiesa, come il Buon Samaritano, è aperta invece alla santità e alla vita. Ciò che fa dell'approccio del Buon Samaritano un fatto straordinario, è che non vi era alcuna relazione tra i Giudei ed i Samaritani. Ecco la fecondità della carità: due persone che fino a quel momento non avevano nessun tipo di relazione, si aprono l'un l'altra alla carità, ed un prossimo nasce: non è l'amore che porta il prossimo ad esistere?

Il testo del Vangelo di Luca, al capitolo 10, descrive *"un uomo che scendeva da Gerusalemme a Gerico..."*. Abbiamo mai riflettuto sull'identità di quest'uomo, del quale non conosciamo né il nome né la nazionalità, né la cultura né la comunità di appartenenza, né la razza né la religione? Quest'uomo è molto semplicemente un uomo. Egli incarna ciascun uomo che ha bisogno d'aiuto e d'amore. E chiunque ha bisogno d'aiuto è il mio prossimo, *"ogni persona che incontro sul mio cammino e che ha bisogno di me, qualunque sia il suo nome, la sua razza o la sua religione. Non perdiamo tempo cercando di conoscere questi dettagli, non passiamo oltre. Dobbiamo essere interessati ad una cosa sola: che questo povero ha bisogno di me e che il suo nome è Gesù!"*[7].

3. La gioia della Comunione

Il mondo in cui viviamo è un oceano di sofferenza. Penso alle milioni di persone che soffrono negli ospedali, negli ospizi e nelle cliniche per i malati terminali. Mi ricordo di tutti i bambini, troppo piccoli per comprendere il mistero della sofferenza, ma abbastanza grandi per farne esperienza. E ancora, di giovani forti che piangono per il dolore insopportabile, e persone adulte così deboli e fiacche che lottano e si dibattono nel loro ultimo soffio di vita. Penso ai malati di mente con tutte le diverse esperienze collegate; alla solitudine delle coppie separate, all'isolamento degli orfani che non hanno mai conosciuto il calore di una casa né le carezze di un padre o di una madre; ai tormenti inflitti dalla dipendenza dalle droghe; alla angoscia provata da color che piangono la persona cara che non c'è più, alla sofferenza silenziosa di coloro che sono soli. La

sofferenza è davvero il nostro patrimonio comune. Ma ha un senso? Esiste un senso cristiano della sofferenza? Scrive Paul Claudel: *"Dio non è venuto per eliminare la sofferenza, ma per riempirla della sua presenza"*. Gesù non ha eliminato la sofferenza, l'ha elevata.

Quale dovrebbe essere la nostra attitudine verso coloro che soffrono? *"La parabola del Buon Samaritano appartiene al Vangelo della sofferenza. Essa indica, infatti, quale debba essere il rapporto di ciascuno di noi verso il prossimo sofferente. Non ci è lecito "passare oltre" con indifferenza, ma dobbiamo "fermarci" accanto a lui. Buon Samaritano è* ***ogni uomo, che si ferma accanto alla sofferenza di un altro uomo,*** *qualunque esso sia. Quel fermarsi non significa curiosità, ma disponibilità"*[8].

In breve, la compassione che ci spinge ed obbliga ad agire per venire in aiuto a coloro che soffrono, diventa comunione, allorché tutti gli uomini e le donne che soffrono divengono i miei fratelli e le mie sorelle.

Strano, eppure vero, che la sofferenza unisce! Ci avvicina a coloro che soffrono e forse anche a noi stessi. Quando siamo abbattuti, tristi, sotto il peso d'un sentimento d'impotenza, abbiamo la percezione più acuta non solo della nostra condizione di creature davanti a Dio, ma anche della nostra solidarietà con tutta l'umanità. Possiamo, certamente, dimenticarci di coloro con i quali abbiamo riso, ma mai di quelli con cui abbiamo pianto! È questo legame che conduce alla comunione. *"Nell'amore c'è qualcosa di veggente: una capacità di intravedere ciò che giace nascosto; di capire ciò che non si è ancora presentato; di scorgere ciò che deve avvenire"*[9].

Tuttavia un'altra persona ci chiama ad entrare in comunione con lei, ogni volta che ci volgiamo verso i malati e coloro che soffrono, per servirli. Questa persona è Gesù Cristo stesso. Ce lo dice chiaramente: *"In verità vi dico: ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me"* (Mt. 25, 40). Andiamo e serviamo il Signore nella misura in cui amiamo e serviamo il prossimo, colui che ha bisogno di noi. Insomma, è solo l'amore che conta. San Giovanni della Croce lo ha magnificamente riassunto: *"Alla sera della vita, sarete giudicati dall'amore"*.

Compassione, impegno e comunione ricapitolano il messaggio della parabola del Buon Samaritano. La compassione ci mette in sintonia con coloro che soffrono. Ci spinge ad amare e servire coloro che ne hanno bisogno. Questo impegno suscita una comunione d'amore con coloro che soffrono ed ai quali veniamo in aiuto, ma soprattutto con Dio stesso.

Conclusione

Vorrei concludere questa meditazione con un breve aneddoto. Un rabbino istruiva, una volta, i suoi discepoli. Nel corso dei suoi insegnamenti, domandò loro: *"Quando comincia il giorno?"*. Uno tra loro rispose: *"Quando si alza il sole ed i suoi dolci raggi abbracciano la terra e la rivestono d'oro. Allora, un nuovo giorno comincia"*. Ma il rabbino non fu soddisfatto da tale risposta. Così, un altro discepolo s'arrischiò ad aggiungere: *"Quando gli uccelli cominciano a cantare in coro le loro lodi e la natura stessa riprende vita dopo il sonno della notte. Allora, un nuovo giorno comincia"*. Anche questa risposta non accontentò il rabbino. Uno dopo l'altro, tutti i discepoli tentarono di rispondere. Ma nessuno riuscì a soddisfare il rabbino. Infine, i discepoli si arresero e con agitazione domandarono loro stessi: *"Allora, dacci* ***tu*** *la risposta giusta! Quando* ***comincia*** *il giorno?"*. Ed ecco il rabbino rispondere con estrema calma:

"Quando vedete uno straniero nell'oscurità ed in lui riconoscete vostro fratello, in quel momento il giorno è nato! Se non riconoscete nello straniero vostro fratello o vostra sorella, il sole può essere sorto, gli uccelli possono cantare, la natura può ben riprendere vita. Ma fa ancora notte, e le tenebre sono nel tuo cuore!".

È l'amore che ci dona occhi per vedere, un cuore per essere sensibili e delle mani per aiutare. *"La vocazione dei cristiani è quella di condividere generosamente quest'amore sulle diverse strade che oggi percorre l'umanità, strade che sono nuove e talvolta pericolose, ma sempre aperte alle persone che sono in cammino* [...]"[10]. La mia fervida preghiera, questa mattina, nel mentre andiamo a cominciare la nostra riflessione, è che ciascuno di noi possa essere colmato dalla luce dell'amore che ci incoraggerà ad uscire da noi stessi e a rivolgerci verso coloro che hanno bisogno d'aiuto. Come il Buon Samaritano ebbe cura dell'uomo che scendeva da Gerusalemme a Gerico, così noi dobbiamo prenderci cura di quella parte dell'umanità che, nel corso del suo pellegrinaggio terrestre, si trova riversa a terra, attaccata e percossa, derubata di ciò che è al cuore della sua cultura, per far rinascere in lei la speranza, la sanità e la gioia, impregnandola del divino e del sacro, e così riconducendola alla sua gloria primigenia. Lo ha ben detto Sant'Ireneo: *"La gloria di Dio è l'uomo vivente e la vita dell'uomo è la visione di Dio"*[11]. Questa parabola del Buon Samaritano diverrà dunque vitale e parlerà oggi ai nostri cuori nella misura in cui sapremo chi è il nostro prossimo ed obbediremo al comando di Gesù dato al dottore della legge: *"Va', e anche tu fa lo stesso"*. Siamo invitati ad entrare in una realtà che sorpassa ogni legge. Ecco la nostra sfida: impegnarci ad amare ed essere in comunione grazie al nuovo comandamento di Cristo.

Card. PAUL POUPARD
Presidente del Pontificio Consiglio della Cultura

[1] GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, n. 3.
[2] ORIGENE, *Omelie*, 6, 4.
[3] PAOLO VI, *Evangelii Nuntiandi*, 1975, n. 20.
[4] GIOVANNI PAOLO II, *Sollecitudo Rei Socialis*, 1987, n. 38.
[5] *Rooted in Cultures... Fruitful in Christ*, Office of Education and Student Chaplaincy, F.A.B.C., Manila, 1995, p. 16.
[6] R. GUARDINI, *Volontà e verità*, Morcelliana, Brescia, 1978, p. 149.
[7] E. PIRONIO, *"Homo quidam"*, in *Dolentium Hominum*, 1986, n. 1, p. 8.
[8] GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici Doloris*, 1984, n. 28.
[9] R. GUARDINI, *op. cit.*, p. 150.
[10] P. POUPARD, *What will give us Happiness?*, Veritas, Dublin, 1992, p. 124.
[11] SANT'IRENEO, *Adversus Haereses*, IV, 20, 7.

ERRATUM CORRIGE

Nel n. 30 della Rivista "Dolentium Hominum", (pag. 30, n. 2) va segnalato che la traduzione italiana e francese di una frase dell'articolo originale "in spagnolo" è errata, pertanto: invece di "Non riconosciamo…", deve essere letto "Non ignoriamo…".

Vade et tu fac similiter

da Ippocrate al Buon Samaritano

DIEGO GRACIA GUILLEN

Il giuramento di Ippocrate nello sviluppo della medicina

Introduzione

La tesi che mi propongo di difendere con questo lavoro è che il *Giuramento* ippocratico non è stato soltanto il documento più valido nella storia della medicina occidentale e il paradigma dell'etica medica, ma anche il modello di tutta l'etica professionale. Il messaggio del *Giuramento* è che le attività professionali sono obblighi pubblici, contratti dinanzi a Dio che richiedono a chi li mette in pratica la più alta perfezione, e cioè l'eccellenza.

Per lo sviluppo di questa tesi dividerò la mia esposizione in tre parti. La prima analizzerà il carattere sacro o religioso dell'idea di professione. La seconda intenderà dimostrare come il *Giuramento* ippocratico sia il paradigma dell'eccellenza professionale. La terza, infine, studierà l'eccellenza professionale in medicina, analizzando le tradizioni letterarie a proposito di quello che viene chiamato il "medico perfetto".

1. La professione, attività sacra

Professione è un termine di origine religiosa. Il verbo latino *profiteor*, professare, come quello di *confiteor*, confessare, avevano in latino, e per estensione nelle lingue romanze, un senso religioso, quello della confessione pubblica della fede o della consacrazione religiosa. Una persona professa è quella consacrata ad un ministero e che lo confessa pubblicamente. Il medico, come il sacerdote, è una persona consacrata ad un ministero, ed è pubblicamente riconosciuto come tale.

Durante il Medioevo il termine *professio* non perse il suo senso originario di consacrazione religiosa, ma piuttosto lo accrebbe. Le professioni per antonomasia furono la *professio monastica* (l'ingresso nella vita regolare monastica mediante l'impegno pubblico e solenne di osservare i voti e la regola, dopo l'anno di prova o il noviziato), e la *professio canonica* (il riconoscimento pubblico della giurisdizione di un vescovo da parte del suo clero e dei suoi fedeli). Da qui venne introdotto il termine professione nei secoli finali del Medioevo nelle lingue romanze, nelle quali si andò conservando il senso originariamente religioso di confessione pubblica della fede o di consacrazione religiosa. Perfino oggi sono usuali nelle nostre lingue espressioni come "fare professione di fede" o "professare una religione", nelle quali il termine acquista tutta la sua originaria importanza.

Il medico, come il professo, è un consacrato nel senso forte o religioso del termine, e non in quello più ampio e debole di dedicazione ad un ministero. Ricordiamoci che *sacrum*, a differenza di *profanum*, significava l'appartenenza al mondo del divino, e che *consecrare* è dedicare qualche cosa come offerta al culto della divinità, offrirlo agli dèi o metterlo al suo servizio. È questo il senso originario di *sacrum facere*, dal quale deriva il sostantivo *sacrificium*, e da qui viene anche il nome di *sacerdos* per designare chi realizza questo lavoro.

Ho ricordato queste etimologie affinché servano non solo per comprendere le attività propriamente e direttamente religiose, ma anche le altre che non lo sono tanto, come quelle della medicina, e in generale le attività chiamate professionali. Tralasciando il fatto se la medicina fosse o meno nelle sue origini un'attività unita al sacerdozio, è una constatazione che nelle culture più evolute, come quella greca e quella romana, nelle quali la medicina aveva già acquisito uno statuto secolare perfettamente definito, il medico seguitò ad avere un carattere in qualche modo "sacro" o "consacrato". E ciò non perché il medico fosse un sacerdote in senso stretto del termine, ma perché aveva in qualche modo Dio come testimone e garante della rettitudine della sua attività professionale. Da qui il fatto del sigillo del patto o il compromesso del retto esercizio professionale mediante un "giuramento". Ci sono attività tanto importanti, che sebbene non siano direttamente religiose, richiedono un vincolo religioso, come quello del giuramento. In esse si ha niente meno che Dio come testimone. Da qui l'importanza dei giuramenti nella vita, non solo religiosa ma anche civile.

Sappiamo che alcune professioni si costituirono in Grecia seguendo il modello del sacerdozio, e pertanto svilupparono un concetto di responsabilità professionale di tipo più religioso che giuridico. Dobbiamo ricordarci che il verbo "rispondere" e tutti i suoi derivati presenti nelle lingue romanze, derivano dal verbo latino *spondeo*, il cui senso originario è quello di assumere un impegno solenne di carattere religioso. Il più frequente era quello in cui il padre si impegna (*spondet*) a dare sua figlia (*sponsa*) in matrimonio.

In questo consisteva la cerimonia del "fidanzamento" (*sponsalia*).

Da *spondeo* deriva *rispondeo*, che significa rispondere, ma nel senso preciso di "portare a compimento un impegno assunto sollennemente". A. Ernout e A. Meillet aggiungono che questo termine all'inizio apparteneva al linguaggio religioso. Ciò si vede ancora più chiaramente nella lingua greca, dove *spéndo* significava il rito della libagione, così come l'obbligo che derivava dal rito. Questo rito religioso consisteva nel versare un po' di vino sulla terra, sull'altare o sulla vittima del sacrificio, quando si formulava il patto. Così sigillato, questo patto aveva forza religiosa e morale. Da qui *spondere* venne a significare "impegnarsi", "obbligarsi" e "promettere". Rispondere è per questo compromettersi con qualcuno o promettere qualcosa, e la responsabilità, la qualità o la condizione di chi promette o si compromette.

È importante non perdere di vista questo significato originariamente religioso del termine responsabilità, poiché può chiarire il carattere pregiuridico o metagiuridico che si trovava nelle radici di questo vocabolo. Per questo motivo, non c'è niente di meglio che fare nuovamente ricorso all'esempio paradigmatico della responsabilità nella promessa di donarsi in matrimonio. L'impegno di una donazione assoluta e perpetua può essere preso soltanto fondandolo su ragioni alla fine extragiuridiche o transgiuridiche, morali e religiose. Il matrimonio indissolubile può essere un atto enorme di responsabilità tra due persone, ma sembra che varchi i confini delle categorie giuridiche normali. Un contratto giuridico tra due persone è sempre rivedibile, e può risolversi di comune accordo tra le due parti. In questo senso sembra che si possa parlare di due tipi di responsabilità, una "forte" o morale e l'altra "debole" o giuridica. La prima sarebbe quella degli sposi in senso storico, e la seconda quella inerente a qualsiasi contratto giuridico.

In cosa consiste la responsabilità professionale? È una responsabilità debole o una responsabilità forte? La mia risposta è che come ci sono due tipi di responsabilità, quella forte e quella debole, ci sono due tipi di occupazioni, quelle forti e quelle deboli, che tradizionalmente sono state chiamate: le prime "professioni", e le seconde "occupazioni". Nella storia occidentale, le professioni forti o le professioni propriamente dette, sono state caratterizzate dall'avere un tipo di responsabilità forte, così come le occupazioni hanno avuto sempre una responsabilità di tipo giuridico, e al tempo stesso le professioni propriamente dette hanno goduto di impunità giuridica, e precisamente per essersi appellate alla responsabilità

forte o morale. Di conseguenza, si può affermare che storicamente entrambe le responsabilità, quella morale e quella giuridica, non solo non sono andate di pari passo, ma sono state antagoniste: il godimento della responsabilità forte esenta dalla responsabilità giuridica, e viceversa. Le professioni autenticamente tali comportavano la massima responsabilità morale, e perciò anche l'assoluta impunità giuridica. Per impunità giuridica intendo l'impunità *de jure*, e perciò l'assenza di regole o di norme giuridiche che permettessero di giudicare o di processare i professionisti. Se si analizza la storia della medicina, si vede la ristrettezza di queste norme, così come il loro carattere congiunturale. Questo spiega che *de facto* l'impunità fu praticamente totale. Salvo casi molto eccezionali, il medico è stato di fatto impunibile, sebbene a volte, congiunturalmente, non lo sia stato di diritto. E in ogni caso si può affermare, senza paura di sbagliare, che tradizionalmente non solo la responsabilità morale è stata con ogni probabilità differenziata da quella giuridica, ma che la prima ha preservato dalla seconda. Il professionista autenticamente responsabile era di per sé stesso impunibile. Naturalmente, quelle che ho chiamato professioni forti o autenticamente tali raggruppano un numero più ristretto di particolari attività umane, che in fondo sono solo tre: il sacerdozio, la monarchia (e la magistratura come sua derivazione) e, infine, la medicina. Esse sono state tradizionalmente professioni di persone consacrate, che un giuramento pubblico ha suggellato dinanzi a Dio, e alle quali si chiede una grande responsabilità etica, accompagnata da un'ampia impunità giuridica. La tesi classica è stata che un controllo giuridico e penale è sufficiente nel caso delle occupazioni manuali, ma che in quello delle professioni è necessario il massimo impegno, che di per sé dev'essere religioso o morale.

2. Il giuramento ippocratico, paradigma dell'eccellenza professionale

È all'interno di questo contesto che il *Giuramento* ippocratico acquisisce tutto il suo senso. La mia tesi è che esso è stato il documento paradigmatico di questo "ruolo sacerdotale" o "ruolo professionale" proprio dei sacerdoti, dei re, dei magistrati o dei medici. Questo ruolo si caratterizza per avere un fondamento principalmente religioso, e per unire ad una elevatissima "responsabilità etica" la più completa "impunità giuridica". Tutti questi caratteri, come abbiamo già visto, danno alle professioni uno status molto particolare, che le differenzia dalle semplici occupazioni. In questo senso possiamo affermare che il *Giuramento* ippocratico non è solo il paradigma dell'etica moderna, ma dell'etica professionale in quanto tale.

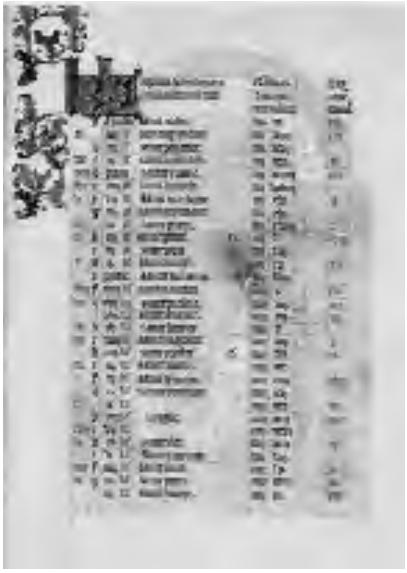
Il *Giuramento* ippocratico è un documento religioso, composto

probabilmente nel suo interno dall'ampio quadro delle religioni dogmatiche, che sigillano la fase di iniziazione del neofita con una formula di giuramento nella quale l'iniziato si impegna a rispettare un insieme di norme e di regole, come quelle di non nuocere, di apportare il massimo beneficio al paziente, di esercitare la professione in forma santa e pura, di tenere i segreti, di non praticare l'aborto, ecc. Con il giuramento il neofita entra a far parte della categoria dei professi, e cioè dei professionali. Il termine professione ha in questo caso un senso strettamente religioso e perciò ammette il fatto che ci sia una responsabilità interna, privata o morale, e allo stesso tempo la più stretta impunità esterna, pubblica o giuridica.

Ciò ci consente di definire con una certa precisione il senso del termine *xyngraphé*, che appare tre volte nel testo, e con esso la capacità di "impegno" ippocratico.

L'impegno a cui si riferisce il testo del *Giuramento* non è primario e immediatamente giuridico, ma morale e religioso. Di fatto, *xyngraphé* è un termine greco composto da altri due, il prefisso avverbiale *xyn*, che significa con, e il sostantivo *graphé*, che tra gli altri significati ha quello di documento scritto o testo di una legge. Lo scritto impegna; è una specie di promessa solenne, ragione per la quale *xyngraphé* si traduce con "com-promesso". Questa promessa ha un senso più religioso che propriamente giuridico. Lo abbiamo già visto prima, con l'ausilio di altri due termini imparentati semanticamente con *xyngraphé*: *spondé*, che significa la libagione che si conclude con un trattato o un'alleanza alla fine della quale acquisisce carattere solenne e sacro, e in questo caso responsabile; e *fassio*, il termine latino che significa sia professare sia confessare. Di conseguenza, possiamo ora affermare che l'impegno del medico ippocratico, così come appare nella prima parte del testo del *Giuramento*, formula e definisce la "responsabilità professionale" del medico ippocratico, intesa in senso morale e religioso e non direttamente giuridico. I professionisti per antonomasia, i sacerdoti, i sovrani ed i medici, stabiliscono con le persone più prossime un tipo di relazioni caratterizzate dall'accettare la grave responsabilità morale e nessuna imputabilità giuridica. Il compromesso morale produce impunità giuridica. Questo è, secondo il mio parere, il senso dell'impegno ippocratico.

Negli anni scorsi si è tenuta un'interessante polemica a proposito del senso della morale professionale. In un articolo intitolato *A Matha-Ethics for Professional Morality*, Benjamin Freedman richiamò l'attenzione sulle peculiarità della "morale professionale" di fronte alla "morale ordinaria".



La morale professionale ha sempre un carattere non ordinario o straordinario, per il quale si permette al professionale di fare o di omettere certe cose proibite dalla morale ordinaria dei comuni mortali. Si spiega così come la morale professionale si acquisisca mediante un impegno o un contratto, e come tenga sempre le distanze rispetto alla morale ordinaria mediante ordini, come quello del segreto. Poco dopo, Mike W. Martin pubblicò nella stessa rivista un altro articolo, *Rights and the Meta-Ethics of Professional Morality*, nel quale cercò di dimostrare come gli obblighi propri della morale professionale mancherebbero di senso svincolati dalle leggi della morale ordinaria, e che possono giustificarsi soltanto con riferimento ad esse. Così, l'obbligo del segreto medico ha il proprio fondamento nel principio della morale ordinaria secondo la quale ogni essere umano è soggetto di due diritti inviolabili, quello dell'intimità e quello della confidenzialità. Freeedman rispose nello stesso anno con un altro articolo, *What Really Makes Professional Morality Different: Response to Martin*, nel quale richiama nuovamente l'attenzione sulle differenze. Ammettendo ancora che la base è la stessa, il fatto è che l'etica professionale si allontana dall'etica ordinaria e colloca chi la detiene su un nuovo livello.

"*La morale professionale* – scrive – *ci impone di realizzare degli atti (o di astenersi da essi) la cui omissione (o realizzazione) sarebbe immorale, salvo per il fatto della identità professionale dell'attore*".

Questo argomento può andare ancora più oltre. La morale professionale contribuisce di fatto a allontanare certi uomini dall'insieme delle relazioni sociali proprie di un gruppo e a collocarli in una situazione che può essere definita dai seguenti cinque punti: "elezione", "segregazione", "privilegio", "autorità", e "impunità". Il *Giuramento* ippocratico lo conferma perfettamente. La medicina non è una semplice "occupazione" ma una "professione". Le professioni sono attività molto particolari che non obbligano solo a "fare bene" (occupazione), ma alla "perfezione" (*perficio*, *perfectio*). Da qui il carattere marcatamente "sacerdotale" del suo ruolo sociologico, e il contenuto etico e religioso della formula del suo impegno. Il medico ippocratico non è un sacerdote, come nelle vecchie culture dell'Egitto o della Mesopotamia, ma una persona che osserva un ruolo tipicamente sacerdotale. Non altra cosa è il fatto che, secondo me, il termine *xyngraphé* racchiude, e in qualche modo riassume, l'argomento di tutta la prima parte del testo del *Giuramento*.

Nella sua seconda parte il *Giuramento* richiede al medico di mantenere la propria vita e la propria arte in una forma "pura" e "santa". Questi termini acquisiscono tutto il loro significato nella relazione con la disputa tra i filosofi greci sulla santità, e più in

concreto con uno dei dialoghi socratici di Platone, il quale ha per titolo *perì hosíou*, più conosciuto come *Eutifrón*, in onore ad uno dei suoi personaggi. L'azione si colloca nei giorni immediatamente prima della morte di Socrate. Eutifrón incontra Socrate lontano dal suo Liceo, in prossimità del Pórtico del Rey, il luogo dove si celebrano i giudizi. Sorpreso, alla domanda se qualcuno ha formulato delle accuse contro di lui, Socrate gli risponde che un tale Meleto *"dice che è stato in questo modo come un artefice di dèi* (poiotéstheos), *e aggiungendo di fare nuovi dèi e di non credere in quelli antichi, lancia contro di me questa sua accusa"*.

Socrate era accusato di "fare delle innovazioni nel campo del divino", guidato nella sua forza dal *daímon*. Socrate sarebbe un "empio" (*anósios*) nel fondare la morale e la religione non sopra le tradizioni teogoniche di Omero e di Esioso, ma sulla natura e la ragione; cioè mette di fronte alla religiosità arcaica un'altra religiosità fisiologica ed illustrata. I presocratici avevano iniziato la critica alla religiosità tradizionale. Nei sofisti questa critica era arrivata a cambiare in irreligiosità manifesta. Socrate, erede degli uni e degli altri, cerca di andare oltre e di stabilire le fondamenta della nuova religiosità fisiologica. Il suo soggetto, quello della sua vita – e della sua morte – è quello che ora ci occupa, quello della pietà o santità (*hosiótes*). Eutifrón, viceversa, prende il posto di difensore ed interprete delle credenze olimpiche tradizionali. È un saggio e rispettato ateniese, che funge da profeta e indovino e che, come oracolo degli dèi, crede di conoscere il segreto di chi è santo e di chi no. Così dice espressamente all'inizio del dialogo. Socrate prende la parola e gli cita, mostrandolo, ciò che assicura di conoscere tanto bene, "cosa considera santo e cosa empio". Eutifrón espone di seguito il concetto di santità proprio della religione olimpica, certamente più peculiare, che deve spiegare cose tanto strane, come il fatto che il migliore o il più giusto degli dèi, Zeus, incatenasse suo padre, o che il padre di questi mutilasse il proprio. Socrate non poteva nscondere il suo disappunto di fronte all'attribuzione agli dèi di storie come queste.

"*Credi tu forse* – chiede a Eutifrón – *che queste cose sono successe così come vengono raccontate?* [...] *Credi tu realmente che tra gli dèi accadano guerre, inimicizie terribili e lotte, e molte altre cose dello stesso tipo di quelle riferite dai poeti e che sono rappresentate dagli artisti nelle diverse cerimonie sacre?"*.

Eutifrón risponde affermativamente, e riassume in questo la santità:

"Santo è colui che risulta grato

agli dèi, e empio quello che non è loro grato".

Socrate gli risponde dicendo che, se gli dèi lottano tra di loro, è perché non vanno d'accordo, che a uno non va a genio ciò che invece piace all'altro, ecc. Ciò equivale a dire che, applicando il criterio di Eutifrón, le cose possono essere allo stesso tempo sante ed empie. Per evitare questo paradosso, bisogna rettificare la definizione, affermando che è santo solo ciò che tutti gli dèi approvano, ed è empio ciò che tutti disapprovano. Ma, domanda di nuovo Socrate, ciò che è santo è approvato dagli dèi affinché sia santo, o è santo perché è approvato dagli dèi? Socrate impone così a Eutifrón il suo criterio secondo il quale le cose sono buone o cattive, sante o empie per natura, ragion per cui gli dèi le amano. Se per Eutifrón è santo ciò che piace agli dèi, per Socrate piace agli dèi ciò che è santo, e cioè ciò che per natura ha questo "carattere essenziale". E qual è questa caratteristica? Per definirla, Socrate oppone la santità alla giustizia. *Hósios* è ciò che è dovuto a Dio, mentre *díkaios* è ciò che si deve agli uomini. Può dirsi anche che la santità è una parte della giustizia, la giustizia verso Dio, la venerazione o servizio divino, *therapeía*. (Questa parola, come ben si sa, significava piuttosto il culto o il timore degli dèi piuttosto che terapia medica o cura per gli uomini). Eutifrón si compiace di questa impostazione, tanto concorde con il suo modo di fare "sacerdotale": *"è Socrate un timoroso somigliante a come si comportano gli schiavi con i propri padroni"*.

Così come la *therápaina* o la schiava si dedica alla cura del suo signore, il sacerdote pone la sua vita al servizio della divinità. Ciò facendo, rendendosi schiavo della fonte della purezza e della bontà, il sacerdote fa professione di santità. Socrate e Eutifrón sembrano, alla fine, essere d'accordo. Si vede subito, tuttavia, che non è così. Eutifrón pensa che qualcuno è santo perché sia al servizio della divinità. Socrate, invece, pensa che qualcuno è al servizio della divinità perché è santo. Eutifrón difende il vecchio sacerdozio olimpico, con tutti i suoi paradossi.

"*Mi rendo conto* – dice Socrate alla fine del dialogo – *che non sei ben disposto ad istruirmi"*.

Esautorando Eutifrón, Socrate si propone di invalidare il suo supposto carattere di mediatore o di pontefice tra gli uomini e la divinità, e cioè il suo ruolo sacerdotale. Così facendo, Socrate inaugura un nuovo sacerdozio, il suo, verso il quale e per il quale ha vissuto e che lo portò alla morte.

Dopo questa analisi dell'idea socratica di "giustizia" e di "santità", torniamo al testo del *Giuramento*. Che senso ha il termine *hósios*, presente nel secondo verso del secondo capitolo? In primo luogo, non c'è dubbio che il suo senso sia fisiologico e non mitico. L'autore del *Giuramento* si fa senza dubbio più vicino a Socrate che non a Eutifrón. Ma c'è un secondo problema. Nel senso fisiologico, bisogna intendere il termine santo

in modo ampio e indeterminato o, viceversa, come nel dialogo di Platone, come servizio alla divinità a differenza del servizio agli uomini? Indubbiamente, nel secondo modo. Per questo si distingue il criterio della "giustizia" da quello della "santità", e si mette il primo in relazione con la *díaita* o regime di vita, così come si fa coincidere il secondo con il *phármakon*. La parola farmaco ha qui un senso tecnico, medico, di utilizzazione dei prodotti naturali per il sollievo dalla malattie, ma conserva anche il suo originario senso religioso di purga o purificazione. Da qui si arriva alla clausola farmacologica dove si esige dal medico "purezza". Il farmaco purifica l'infermo ed esige la purezza nel medico. Questa purezza è fisica e morale, ma anche religiosa. Non dobbiamo dimenticare che le virtù dei farmaci sono un dono divino. Le *dynámeis* dei farmaci sono manifestazioni della *dynamis* di Dio. Da qui il senso formalmente religioso, a differenza della regolazione della *díaita*, che non ha un significato originariamente religioso ma morale. Per questo motivo bisogna agire conformemente alla virtù morale della giustizia, per quanto esige la virtù religiosa per antonomasia, la santità.

3. Professione e eccellenza: alla ricerca del medico perfetto

Il contenuto del *Giuramento* ha dato luogo nella storia della medicina a una tradizione intorno all'idea del "buon medico" o "medico perfetto". Dal medico, così come dal sacerdote e dal sovrano, ci si aspetta la perfezione. E non si può raggiungerla senza l'esercizio della virtù. Come dice Aristotele, conoscere in cosa consiste la giustizia non vuol dire agire giustamente. Agire non ha qui solo il senso di "atto" ma anche quello di "attitudine". Il termine latino *agere* ammette entrambi i significati. Le attitudini o abitudini nascono dalla ripetizione degli atti. Quando le abitudini che si acquisiscono sono buone si chiamano "virtù", e quando sono cattive "vizi". La perfezione morale si consegue solo quando la coerenza etica tra le idee e gli atti è arrivata ad essere tanto profonda e prolungata, che i modi di operare sono diventati una specie di seconda natura, in abitudini virtuose che si mettono in pratica senza sforzo e persino con piacere. È questo ciò che Aristotele chiamò *bíos*, "modo di vita". Quando il pensare arriva ad essere una specie di seconda natura dell'uomo, come succede nel filosofo, allora l'esercizio delle virtù dianoetiche si converte in modo o forma di vita, pertanto in bíos, il *bíos theoretikós*. Non è buon filosofo colui che ha un'idea geniale, ma colui che ha fatto dell'esercizio delle virtù dianoetiche il suo modo o la sua forma di vita. Lo stesso vale per l'esercizio delle virtù etiche o morali, che ha come conseguenza l'apparizione del modo o della forma di vita propriamente etica, chiamato da Aristotele *bíos politikós*. Se chi si converte in abitudine sono i vizi e non le virtù etiche, allora appare un'altra forma di vita, il *biós apolaustikós*.

Accanto a questi c'è un bios specifico, il *bios iatrikós*. È la forma o il modo di vita proprio del medico virtuoso. Per essere un buon medico è necessario possedere ad alto livello le virtù intellettuali o dianoetiche, ma siccome la medicina è un'attività e non un mero sapere teorico, necessita altresì di virtù morali o etiche. Il *bios iatrikós* è, in questo senso, una specificazione del *bios politikós*. È saputo che per Aristotele l'etica fu una parte della politica. Inoltre, bisogna dire la stessa cosa dell'etica medica. Soltanto il medico arriva ad essere "buono" e "perfetto" quando ha convertito la sua abilità tecnica e la sua virtù morale in una specie di seconda natura, in un modo di vita. Il medico perfetto è il medico virtuoso.

La letteratura sul "medico perfetto" ebbe inizio con le stesse origini della medicina occidentale. Aristotele parla del *téleios iatrós* (il medico perfetto), e Galeno del *áristos iatrós* (l'ottimo medico). L'aggettivo *áristos* è il superlativo di *agathós*, buono, e applicato al medico significa che egli deve possedere il massimo livello tanto delle virtù dianoetiche o intellettuali, quanto di quelle etiche o morali.

"*Poiché se per conoscere la natura del corpo, le differenze tra le malattie e le indicazioni dei rimedi bisogna dominare la scienza razionale, per perseverarne nello studio in modo valido è necessario disprezzare le ricchezze ed essere moderati* [...]. *In effetti, non ha paura chi disprezza le ricchezze ed esercita la moderazione, anche se un po' sconveniente, poiché tutto quello che gli uomini osano fare in modo ingiusto lo fanno sotto la persuasione della avidità o l'incantesimo del piacere. E così, è necessario anche che il medico possieda le altre virtù, in quanto le une seguono le altre e non è possibile che per chi ne ha una non averne ugualmente tutte le altre, come se fossero legate ad una stessa corda*".

L'ottimo medico è, poi, quello che possiede tanto le virtù etiche quanto quelle dianoetiche. Le une e le altre consistono in buone abitudini, e insieme formano il *bíos iatrikós*, il modo o forma di vita proprio del buon medico, del medico virtuoso o medico perfetto.

Questa tradizione classica si è mantenuta senza grandi cambiamenti almeno fino al XVIII secolo. Nel 1562 Alfonso de Miranda scrisse un libro con questo titolo significativo, *Diálogo de la perfección y partes que son necesarias al buen médico*, e anni dopo Enrique Jorge Enriquez gli rispose con il suo *Retrato del perfecto médico*. Tutta questa letteratura ha

sempre due aspetti. Da una parte si critica lo stato reale della medicina, dall'altro si descrive il suo paradigma ideale. Enrique Jorge Enriquez descrive quest'ultimo nei seguenti termini:

"Il Medico deve avere timore del Signore e dev'essere molto umile, e non superbo, vanaglorioso, e dev'essere caritatevole con i poveri, discreto, benevolo, affabile e non vendicativo. Deve saper tenere i segreti, non dev'essere pettegolo, né maldicente, né adulatore, né invidioso. Dev'essere prudente, moderato, e non ecessivamente audace [...]. *Che si sappia contenere, e che sia onesto e riservato; che sia il Medico dedito alle lettere e diligente; deve lavorare nella sua arte e sfuggire l'ozio. Il Medico dev'essere istruito e saper dare spiegazioni di tutto".*

È indubbio che il movimento del XVIII secolo, illustrato poc'anzi, assestò un duro colpo a questa etica della "virtù", sostituendola con l'etica dei "diritti" e "doveri". A partire dal movimento della Ilustración del XVIII secolo, viviamo tutti, come ha esposto MacIntyre, *after virtue*, "dopo" la virtù, ragion per cui è un compito pressante per tutti essere *after virtue*, "dietro" di essa. La virtù è in qualche modo la mèta di tutta la vita morale. L'uomo buono è l'uomo virtuoso, colui che ha fatto della virtù il suo modo o il tipo di vita. Ciò significa *éthos*, tipo di vita, *bíos* (a differenza di *zoé*), il *bíos politikós*.

È opportuno ricordare che il termine greco *areté*, virtù, non significava originariamente virtù morale, ma una condizione fisica che permetta al soggetto di fare bene una cosa. Forse il termine spagnolo più adeguato è quello di "virtuosidad". Così, possiamo dire che Michelangelo Buonarroti era un virtuoso scultore, o che una certa persona è un virtuoso chirurgo. Noi distinguiamo perfettamente tra un virtuoso chirurgo e un chirurgo virtuoso. Inoltre, il termine greco *areté* designa più il primo che il secondo. E ciò perché non si può essere chirurgo virtuoso se prima non si è un virtuoso chirurgo. La virtuosità tecnica è la condizione che rende possibile la virtù morale.

Fino a questo punto è emerso che Platone e Aristotele non hanno nessuna riserva a parlare, per esempio, della *areté* di un essere irrazionale, come è il cavallo. C'è un testo molto significativo: "Bisogna dire che la virtù perfeziona la condizione di chi ha la virtù e fa bene il suo operato; per esempio, la virtù dell'occhio fa bene all'occhio e alla sua funzione (possiamo vedere bene grazie alla virtù dell'occhio); allo stesso modo la virtù del cavallo fa bene al cavallo e gli permette di correre, di portare il cavaliere e di affrontare i nemici". Dopo le precedenti spiegazioni, non vi è dubbio che il testo si com-

prenda, e che è chiaro che Aristotele non stava predicando le virtù morali del cavallo, ma la virtuosità tecnica, il fatto di essere un buon cavallo, per esempio un buon cavallo da corsa. Il cavallo che adempie bene alle sue funzioni, che è un buon cavallo, viene chiamato nella nostra lingua eccellente; diciamo di lui che è un cavallo eccellente, e non che è un cavallo virtuoso. Allo stesso modo, di chi ha una buona vista non diciamo che ha una vista virtuosa ma una vista eccellente. Ne risulta allora che il termine più corretto per tradurre la parola greca *areté* non è virtù, né virtuosità, ma eccellenza. Rileggiamo perciò il testo di Aristotele cambiando virtù con eccellenza. Il testo dice così: "Bisogna dire che tutta l'eccellenza perfeziona la condizione di ciò che è eccellenza e fa che esegua bene il suo operato; per esempio, l'eccellenza dell'occhio fa bene all'occhio e alla sua funzione (possiamo vedere bene grazie all'eccellenza dell'occhio); allo stesso modo l'eccellenza del cavallo fa bene al cavallo e gli permette di correre, di portare il cavaliere e di affrontare i nemici". E Aristotele continua: "Se ciò accade in tutti i casi, l'eccellenza dell'uomo sarà anche l'abitudine per la quale l'uomo diventa buono e per la quale esegue bene la propria funzione". L'uomo buono è l'uomo eccellente, e la ricerca dell'eccellenza è e dev'essere la massima aspirazione umana. Non a caso la parola greca *areté* proviene da *areíon*, che è il comparativo di *agathós*, buono, e pertanto significa "migliore" nel senso di "migliore di" altri; e cioè "eccellente". Nella realtà ciò si traduce con "buono", il comparativo è "eccellente" e il superlativo è "eccellentissimo".

Ecco qual è l'obiettivo ultimo dell'etica professionale, la ricerca dell'eccellenza. Il compromesso con l'eccellenza è la ricerca della perfezione, della qualità totale, dell'opera ben fatta. Eccellenza significa, come disse già Aristotele, fare bene le cose (*eu prattein*), come un ingrediente fondamentale del vivere bene (*eu zen*), e cioè della felicità e della perfezione. L'eccellenza è l'obiettivo unico e ultimo dell'attività professionale.

Il rapporto medico-malato (o, più genericamente, il rapporto sanitario-paziente) sarà perfetto solo se il medico aspira alla virtù, cioè all'eccellenza. E siccome per antonomasia la virtù della vita sociale e politica è, secondo Aristotele, la *filía* o amicizia, risulta che il rapporto di tipo medico sarà perfetto quando arriva ad essere rapporto di amicizia. L'amicizia è la virtù morale per antonomasia, e di conseguenza la base della morale dei virtuosi. Il medico virtuoso dovrà essere sempre un medico amico.

Laín Entralgo ha dedicato un intero libro alla descrizione di ciò che chiama "amicizia medica". Si è soliti dire che il medico – e il sanitario in generale – debbono essere al "servizio" del paziente. Credo che questo sia un grave errore. La vecchia figura sociale e giuridica del servilismo non può

essere mai l'ideale delle relazioni umane. Queste non devono basarsi sul "servizio" ma sull'"amicizia". L'amicizia è la virtù per eccellenza delle relazioni umane. Forse per questo motivo Aristotele disse che essa era "la cosa più necessaria della vita". E aggiunse che: "Nessuno vuole vivere senza amici, anche quando possiede tutti gli altri beni; persino i ricchi e coloro che hanno incarichi e potere sembrano aver bisogno soprattutto di amici [...]. Nella povertà e nella sventura si considerano gli amici come l'unico rifugio". Tuttavia, è proprio in questi casi che sono meno frequenti. Durante i secoli si sono ripetuti i versi del poeta Ovidio che dicono:

Dum fueris foelix, multos numerabis amicos
Tempora, si fuerint nubila, solus eris.

Uno dei periodi oscuri nei quali si ha più bisogno di amici e nel quale ce ne sono di meno è quello della malattia. Il malato non desidera pietà, ma coraggio e amore da parte degli amici. "Coloro che passano per un dolore, dice Aristotele, si sentono alleviati quando i propri amici li vanno a trovare". *Filía* è amore, ma amore fiducioso e fedele. L'amicizia è caratterizzata dalla fiducia e dalla confidenza. Diciamo perciò che gli amici sono "intimi". L'ambito della amicizia è quello proprio della fiducia. Tra gli amici sono presenti le tre virtù che si chiamano teologali: la fede, la speranza e l'amore. Il centro è la speranza, intesa come fiducia.

Perché l'amico si confidi, è necessario che abbia fiducia: è la "fede fiduciaria"; e si confida con l'amico perché lo ama: è l'"amore fiduciario". L'amicizia è più di un'etica, una religione. Si è soliti considerare l'*agápe* o carità come la virtù per antonomasia del cristianesimo. Ma la *agápe* porta alla perfezione solo quando la benevolenza e la beneficenza nelle quali consiste si uniscono alla confidenza e alla confidenza propria dell'amicizia. Il risultato è, come tanto accuratamente hanno esposto Edmund Pellegrino e Warren Reich, la "com-passione", che consiste nel mettersi al posto dell'altro e identificarsi con la sua esperienza. La compassione non è pietà, ma il rapporto umano basato sulla devozione, sulla costanza, sul rispetto della persona e sulla responsabilità. È, come dice Reich, il rapporto con l'altro basato sull'amore, sulla benevolenza, sulla comprensione e sull'amicizia. Nella compassione convergono e si completano reciprocamente la *philía* e la *agápe*. Per questo motivo è la relazione umana più sublime.

Non vi chiamo più servi,
perché il servo non sa
quello che fa il suo padrone;
ma vi ho chiamati amici,
perché tutto ciò
che ho udito dal Padre
l'ho fatto conoscere a voi.

Prof. DIEGO GRACIA GUILLEN
Professore di Storia della Medicina
all'Università "Complutense"
di Madrid (Spagna)
Consultore del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli Operatori Sanitari

BRUNO ZANOBIO

Le dimensioni etiche della medicina ippocratica e l'incontro specifico con la morale cristiana

Quando venni gentilmente invitato a presentare in questa importante Conferenza un contributo sulle dimensioni etiche della medicina ippocratica ed il loro specifico incontro con la morale cristiana, il mio primo istintivo impulso fu quello di declinare tale onorifico invito, avendo immediatamente colto la grande complessità del tema propostomi, anche tenendo conto della particolare chiave di lettura offerta usualmente dal campo di studi della nostra disciplina, la storia della medicina.

In particolare notai subito come l'intitolazione generale del convegno – *da Ippocrate al Buon Samaritano* – si estendesse da una figura storica ad una figura simbolica, cardine di una parabola di Gesù, cioè di un discorso a forma di racconto che serve di comparazione e di esempio a un fine morale. Siamo di fronte a figure assai distanziate fra loro nel tempo, provenienti da ambiti differenti, da Ippocrate di Cos del V secolo a.C. al Buon Samaritano del Vangelo di Luca (60-70 d.C.), ma dagli organizzatori scelte volutamente come tali in quanto accomunate in certa misura quali portatrici di messaggi etici che toccano direttamente (Ippocrate) o indirettamente (il Buon Samaritano) la medicina.

Del resto, l'argomento, specialmente per quanto riguarda il *Giuramento Ippocratico*, è già stato trattato sotto varie angolature da parecchi autori: fra questi mi piace ricordare S.E. Rev.ma il signor Cardinale Fiorenzo Angelini, cui rivolgo un deferente saluto.

Da quanto sopra la mia accettazione, che comunque ho inteso attuare strettamente come studioso vincolato al metodo storiografico uso a interrogare e interpretare i documenti, cioè le multiformi tracce del passato nel presente. Non starò qui peraltro ad illustrare i molti aspetti della figura di Ippocrate, le molteplici interpretazioni del suo *Giuramento*, nella storia della medicina, nonché i complessi e noti problemi relativi ai vari percorsi di trasmissione e diffusione nel mondo antico e medievale della letteratura attribuita alla scuola di Cos. È evidente peraltro che non potrò prescindere del tutto da essi.

Il discorso sulle dimensioni etiche della medicina ippocratica si è sempre presentato complesso al punto che nel tempo non è mai apparso interamente sviscerato.

Già la stessa definizione di *medicina ippocratica* presenta talune difficoltà al di là dei contenuti, potendosi per essa intendere non solo la medicina propugnata ed esercitata in addietro dalla scuola facente capo al magistero ippocratico e sostanzialmente contenuta nel *Corpus Hippocraticum*, ma estendere pure a quella odierna che si richiama allo spirito di tale magistero e come tale si qualifica, si proclama e si presenta, conferendole, per così dire, validità perenne.

E ciò senza entrare nei dibattiti su *Ippocrate, medicina ippocratica, ippocratismo, neoippocratismo*.

Di fronte alla ampiezza degli stimoli di questo significato che si inseriscono nella medicina militante si sono sviluppate discussioni che hanno tenuto acceso e continuano ad alimentare una lettura attenta al confronto ed allo studio dei rapporti mutevoli nel tempo tra i valori impliciti nel testo, alle sue origini e nello sviluppo della sua fortuna fino ad oggi, e quelli considerati propri dalla prassi medica, talora consonanti e talora in contraddizione.

D'altra parte sappiamo bene che gli ammaestramenti che oggi interpretiamo e ci suonano come etici e deontologici non sono solo quelli del breve testo del *Giuramento* cui tutti si richiamano, ma sono pure presenti in modo significativo, anche se meno noti, in diversi altri scritti del *Corpus Hippocraticum*, da Jacques Jouanna pittorescamente ed acutamente definiti come *scritti in cerca d'autore*, omogenei e disomogenei ad un tempo.

Naturalmente non possiamo soffermarci su tutte le questioni a lungo dibattute e tuttora accese sull'esatta attribuzione di paternità sia del *Giuramento* sia degli altri scritti che citeremo. Infatti, per quanto concerne lo stesso *Giuramento*, in relazione alla particolare interpretazione che ci interessa oggi, è opportuno notare la collocazione che gli diede il medico, contemporaneo di Nerone, Eroziano, che nel I secolo d.C., e prima di Galeno (129 - 200), compilò la lista più antica che ci sia fin qui nota delle opere presunte di Ippocrate. Egli considerando il *Giuramento* come frutto autentico del pensiero di Ippocrate lo classificava tra i *trattati attinenti all'Arte* insieme a *Legge, Arte* e *Antica medicina*. Questa collocazione fa intendere che Eroziano in quell'epoca aveva colto l'impronta comune di un messaggio normativo e comportamentale che se è del tutto evidente nel testo del *Giuramento* e della *Legge* si può cogliere con una lettura non superficiale della *Antica medicina* e della *Arte*.

Per comodità del lettore, riporto ora qualche succinta, già nota, riflessione su questi trattati, mentre ometto richiami al *Giuramento*, sia

per la sua notorietà, sia perché oggetto di attenzioni in questo Convegno da parte di altri relatori. Per quanto concerne quest'ultimo scritto rammento solo che alcuni autori lo leggono in chiave piuttosto restrittiva, talché ne interpretano in modo meno enfatico di altri i meriti in campo etico. Secondo taluni nel *Giuramento* infatti il momento normativo sui doveri comportamentali del medico prevale su quello più autenticamente etico in senso globale.

Antica medicina. Rientra nella categoria dei discorsi destinati in origine ad essere pronunciati davanti ad un pubblico di specialisti e di profani. La menzione di Empedocle ne rende accettabile la collocazione alla fine del V secolo a.C. L'autore *dell'Antica medicina* ritiene che la conoscenza dell'uomo è possibile solo attraverso la medicina, contrariamente a quanti pensano che la conoscenza filosofica dell'uomo sia più importante della medicina.

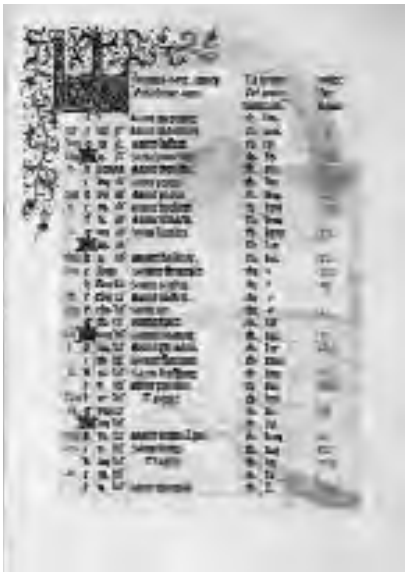
Arte. Generalmente datata alla fine del IV secolo a.C., fa parte dei discorsi destinati in origine ad essere pronunciati davanti a un pubblico. In essa l'autore si propone di mostrare, in risposta ai detrattori dell'arte medica, che la medicina è un'arte piena di risorse, naturalmente entro i propri limiti.

Legge. È l'opera in cui forse più nitide, dopo il *Giuramento*, si stagliano queste caratteristiche *etico-deontologiche* della medicina ippocratica; vi si afferma, fra l'altro, che per essere un buon medico bisogna unire alle qualità naturali una formazione seria, acquisita fin dall'infanzia in una buona scuola di medicina e la passione per il lavoro. L'opuscolo si conclude paragonando l'apprendimento della scienza all'iniziazione religiosa ai Misteri, mentre la proibizione di rivelare il sapere sacro ai profani ricorda il *Giuramento*. L'opuscolo per l'uso del termine *dogma*, che non compare prima di Platone e Senofonte, non può essere anteriore al IV secolo a.C. Comunque faceva parte del *Corpus Hippocraticum* già al tempo di Eroziano che lo colloca fra le opere relative all'arte, subito dopo il *Giuramento*.

Rifacendomi come sopra a Jouanna, ricordo ora, pure succintamente, alcuni scritti di ambito ippocratico con contenuti deontologici talora confinanti con l'etica.

Decoro. È un breve trattato che illustra quale deve essere il *buon comportamento* del medico nel suo esercizio professionale sia nel proprio ambulatorio sia al capezzale del malato, con una serie di consigli consoni allo spirito ippocratico. Questa opera però non fa parte del nucleo antico del *Corpus Hippocraticum* e non compare nella lista di Eroziano; è databile al I-II secolo d.C.

Doveri del medico (o Testamento di Ippocrate). Breve scritto deontologico che elenca le qualità fisiche, morali e intellettuali del



medico, ma che non fa parte del nucleo antico del *Corpus Hippocraticum* e può essere datato fra il I e il II secolo d.C.

Medico. L'autore dà consigli, sia comportamentali sia tecnici, al medico esordiente. Per i contenuti deontologici corrisponde ampiamente agli scritti più antichi ed in un passo si ispira direttamente al *Giuramento*. L'opera è entrata tardi nel *Corpus Hippocraticum*, non essendo nota né a Eroziano né a Galeno e può essere collocata all'epoca ellenistica o all'inizio dell'era cristiana.

Precetti. Trattato a contenuti essenzialmente deontologici (ritratto del medico ideale; critica dei cattivi medici) in cui un passo sul metodo in medicina presenta delle strette affinità con Epicuro (341 a.C.-271/2 a.C.). Non è compreso nella lista di Eroziano ed in base ad una glossa nel codice Vaticano *Ur. gr. 68* esso risalirebbe all'epoca ellenistica.

Dall'esame di quanto sopra e di quanto si rinviene nella letteratura, cui attingo talora testualmente, il medico ippocratico si presenta come un uomo austero e sereno, padrone di sé, di pronta memoria, dotato di grande serietà professionale, rifuggente da atteggiamenti teatrali, provvisto di abilità anche tecniche; nella formulazione della prognosi rifugge dalle *divinazioni*.

Quello che il malato cerca non è un abbellimento ma sollievo (Medico).

In molti casi non è di ragionare che c'è bisogno, ma di un intervento di soccorso (Decoro).

Numerosi sono però gli interrogativi che la medicina ippocratica propone in campo etico. Eccone un paio di esemplificazioni.

Vi sono discussioni circa il medico degli uomini liberi e il medico degli schiavi, discussioni rese ardue anche dal fatto che il termine greco paiß può indicare sia il *fanciullo* sia lo *schiavo*. Si è osservato in materia che taluni comportamenti dipendevano nel volger del tempo e a seconda dei luoghi più dalla *società* che non dal medico ippocratico per sé, in quanto questi, quando consultato, seguiva lo schiavo malato tanto attentamente quanto l'uomo libero, talché il medico ippocratico può risultare in sostanza più attuale di Platone. Analogo problema si riscontra a proposito del comportamento nei confronti dei ricchi piuttosto che dei poveri e dei relativi onorari professionali.

Circa l'importanza della *società* si deve aver presente che la censura sociale era veramente rilevante, potendo distruggere un medico pur in un periodo in cui la responsabilità professionale dello stesso non era codificata dalla legge.

Un altro problema che ci viene proposto dalla medicina ippocratica in campo etico è quello relativo alla possibilità per il medico ippocratico di prendere la decisione capitale di non curare un malato, se lo si giudicava inguaribile, e ciò a differenza del medico della scuola di Cnido che curava sempre anche quando la malattia era mortale. In realtà il problema non è di facile

soluzione perché trova autorevoli riscontri d'epoca. Platone nella *Repubblica* scrive che *"gli uomini d'arte esperti, per esempio il pilota e il medico eminente, sanno distinguere nella loro arte fra il possibile e l'impossibile, e intraprendono il possibile ma trascurano l'impossibile"*. Del resto per Erofilo (III secolo a.C.) *"il medico perfetto è quello capace di distinguere fra il possibile e l'impossibile"*. Secondo l'*Arte* è possibile non curare l'impossibile e Galeno, riprendendo l'*Arte* nel *Commento agli aforismi* ammette che si potrebbe rinunciare a curare i malati vinti dalla malattia. Ciò porrebbe a noi il problema della comparazione dell'odierno concetto di accanimento terapeutico, che qui ovviamente non possiamo nemmeno sfiorare.

Comunque la posizione degli ippocratici sul curabile e sull'incurabile, non era univoca, ma poteva variare in relazione ai convincimenti circa la possibilità di progressi da parte della medicina.

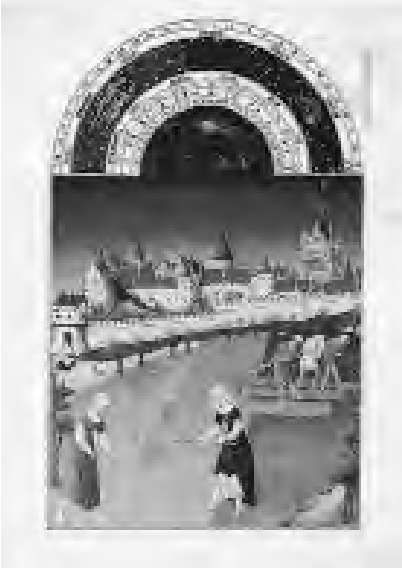
Ma ritornando ai trattati attinenti all'*Arte* rammento che essi facevano parte del gruppo di opere definite *terapeutiche*, dandogli quindi i connotati di insegnamenti indispensabili per poter esercitare l'arte del guarire. Poteva già allora sorgere la domanda se questi particolari settori di conoscenza e istruzione dovevano concorrere alla completa preparazione del medico come parte integrante delle sua capacità curative ovvero solo come momento normativo.

La nostra impressione è che entrambi questi aspetti siano rappresentati nella letteratura della scuola ippocratica e che con la nostra interpretazione delle problematiche etiche si può affrontare la lettura sia delle parti più normative, che sembrano prevalere nel *Giuramento*, sia di quelli che appaiono come capitoli di istruzione nella texnh.

Rinuncio ad illustrare in qual misura, con quali implicanze linguistiche ed attraverso quali vie la medicina ippocratica, con la sua etica, si diffuse effettivamente nel mondo antico e passo ad altro argomento.

Possiamo ritenere essere state all'incirca quelle sovrariportate le dimensioni etiche della medicina ippocratica, quando l'evangelista Luca (abbreviazione di Lucano) stila la parabola di Cristo del Buon Samaritano. Questa parabola ci è conservata solo attraverso di lui; essa riferisce che nello scendere da Gerusalemme a Gerico un sacerdote prima e poi un levita videro un uomo che era rimasto vittima di ladri che, spogliatolo e ricopertolo di piaghe, si erano allontanati abbandonandolo mezzo morto. Orbene, sia il sacerdote, sia il levita, vistolo, passarono oltre, mentre successivamente un samaritano, peccatore ed ateo secondo la pubblica opinione giudaica, si fermò ed aiutò il povero malcapitato senza badare a spese, nazionalità e privilegi.

La figura del samaritano ha un significato profondo: questi nonostante l'antagonismo regionale e religioso, aiuta il proprio avversario, perché riprenda le forze e viva.



La parabola ha dato luogo a molti commenti ed a valutazioni pro e contro il comportamento del sacerdote e del levita in relazione al loro rischio di incorrere in impurità a mente di talune regole religiose, per cui il *culmen* morale della parabola diventa quello che la legge della carità supera sempre tutte le altre leggi e addirittura può opporsi giustificatamente ad esse. *Carità, carità e poi ancora carità!* come è stato autorevolmente proclamato.

La naturalezza e l'incisività della narrazione di Luca è tale che alcuni autori ritengono che si tratti di un fatto realmente avvenuto, dal quale Gesù trasse spunto per giungere a conclusioni sulla carità verso il prossimo e per presentare la vera essenza della carità. Si tratta nel complesso di un messaggio di valore universale e definitivo valido per chicchessia sempre ed ovunque: esso quindi supera di gran lunga le dimensioni etiche della medicina ippocratica.

Si tratta peraltro di uno scritto che esterna il suo profondo significato attraverso l'esempio di un ferito e di un ferimento, cioè di fatti attinenti la medicina.

Incompetente in campo etico, giuridico, filosofico qual sono, non mi soffermo sulle discussioni sviluppatesi intorno a quanto sopra, ma oso cautamente segnalare qualche aspetto dell'argomento che stimola l'attenzione dello storico-medico.

Infatti si può ricordare:

– che Luca, di origine antiochena o macedone, pagano di nascita, ben presto convertitosi al cristianesimo, conoscitore del greco, fu ricercatore giudizioso e diligente, dotato di notevole cultura letteraria, tanto da emergere anche come scrittore che si avvale rigorosamente del metodo storico;

– che egli stesso si esclude dal novero dei testimoni evangelici oculari con una sincerità e modestia che nell'abbondare della letteratura apocrifa gli vanno ascritte a merito;

– che il terzo Vangelo canonico, il più elegante e forbito di tutti i Vangeli, presenta aspetti di particolare originalità e che appare come opera letteraria destinata ai pagani convertiti alla nuova fede e specialmente ai cristiani del mondo greco-romano;

– che, secondo fonti autorevoli, Luca studiò medicina a Tarso, notevole centro culturale dell'Asia Minore e che la terminologia da lui usata a proposito di malattie e guarigioni è, rispetto a quella usata dagli altri evangelisti, la più minuziosa e la più conforme alle opere di medicina classica;

– che Luca fu medico carissimo di San Paolo, di cui fu *sectator* (Ireneo, II secolo d.C.) e che accompagnò questi in vari viaggi, fra cui quello avventuroso (naufragio a Malta) da Cesarea a Roma. Luca (che morirà nella Beozia ottantaquattrenne) era a Roma quando (65/67) Paolo fu decapitato sulla via Ostiense.

Tenendo conto di quanto ora detto, ci si può anche chiedere se e in

qual misura Luca conoscesse la medicina ippocratica con il relativo *Giuramento*, per cui potrebbero anche risalire ai primi difficili anni del cristianesimo i primi specifici incontri dell'etica della medicina ippocratica con la morale cristiana.

Certamente non si può affermare ciò con sicurezza, ma solo prospettarlo come ipotesi e con molte riserve, ipotesi e riserve che valgono anche per quanto concerne l'individuazione di come andò via via costituendosi in un corpo dottrinario sistematico la morale cristiana, nonché per la valutazione della conoscenza di Ippocrate posseduta da quegli autori cristiani, quali Tertulliano (Cartagine 160?-240?), Ambrogio (Treviri 340?-397), Girolamo (Stridone 347 ca-420), Prudenzio (Spagna n. 348), Agostino (Tagaste 354-430), Isidoro di Siviglia (Cartagena 560/570-636), Beda il venerabile (Wearmouth 672-735), Pietro Abelardo (Pallet 1079-1142), Bernardo di Chiaravalle (Fontaines les Dijon 1091-1153), Ugo di San Vittore (1096-1141), Aelred di Rievaulx (Hexham 1109/10-1166/67), Raimondo Lullo (Palma 1232/35-1315), che citarono ripetutamente Ippocrate nei loro scritti.

Con lo sviluppo della morale cristiana diventa quasi tradizionale il concetto del *Christus Medicus*, talché in manoscritti medici medievali trovansi talora aggiunte alla raffigurazione di Ippocrate espressioni quali *summus medicus est Christus*.

Il punto fondamentale diventa allora quello per cui nel volger del tempo si verifica un incontro fra i due messaggi etici, l'ippocratico e il cristiano, incontro che talora appare come l'assorbimento del primo da parte del secondo, pur se non sempre sembra così, talché talora si potrebbe parlare di "impatto" piuttosto che di "incontro".

Peraltro ciò nulla toglie agli autentici problemi fondamentali su cui ci ha ancor recentemente richiamati S.S. Giovanni Paolo II, che sono quelli *dell'insegnamento morale della Chiesa* (1993), del *valore e inviolabilità della vita umana* (1995) e dei rapporti fra *evangelizzazione* e *inculturazione*, questi ultimi evidenziati particolarmente a Yaoundé, in Camerun, il 14 settembre 1995.

Anche per questo diventano particolarmente suggestivi i *Giuramenti* ippocratici cristianizzati ed in special modo quello riprodotto dal *Ms. Ur. gr. 64* nel programma della nostra Conferenza. Infatti, come il Santo Padre ha detto nella Conferenza "Conoscere, amare, servire la vita" (1994) *"l'illuminato amanuense medioevale che volle trascrivere il Giuramento di Ippocrate disponendone il testo a forma di croce già riconosceva all'argomentazione razionale sul diritto alla vita un valore propedeutico alla concezione cristiana intorno alla persona umana, alla sacralità della vita, anzi al riconoscimento pieno del mistero della vita. Tale riconoscimento non umilia l'impulso della scienza, ma lo sprona e lo nobilita"*.

Prof. BRUNO ZANOBIO
Professore Ordinario
di Storia della Medicina
nella Facoltà di Medicina e chirurgia
Università degli studi di Milano

Bibliografia

ANGELETTI L. R., *The origin of the Corpus Hippocraticum from ancestors to codices antiqui: the codex Vaticanus Graecus 276.*, Medicina nei secoli. Arte e scienza, nuova serie, vol. III, 1991, n.2-3, pp. 99-151.

ANGELINI F., *Attualità del Giuramento di Ippocrate.* Relazione pronunciata da S.E. Monsignor Fiorenzo Angelini per l'Inaugurazione dell'Anno Accademico 1983-1984., Atti e memorie della Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, serie III, Anno II ,1983, n.2, pp. 25-32.

BELLONI L., *Iconografia medica in codici ambrosiani. 2) Trattatello figurato dei cauteri in un codice ignorato del «Passionarius» di Garioponto,* Rendiconti dell'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere. Classe di scienze, vol. LXXXIII, 1950, pp. 467-474.

CERUTI A., *Inventario dei manoscritti della Biblioteca Ambrosiana,* Trezzano sul Naviglio, 1977.

Corpus medicorum graecorum. Auspiciis academiarum associatarum ediderunt Academiae Berolinensis Havniensis Lipsiensis. Hippocratis vol. I1 edidit I. L. Heiberg, Lipsiae et Berolini, 1927.

GALENO, *Opere scelte.* A cura di Ivan Garofalo e Mario Vegetti, Torino, 1978.

GENGARO M. L., LEONI F., VILLA G., *Codici decorati e miniati dell'Ambrosiana. Ebraici e greci,* Milano, 1957.

GEYMONAT L., *Storia del pensiero filosofico e scientifico. Volume primo. L'antichità. Il medioevo.* Con specifici contributi di Gianni Micheli, Renato Tisato, Mario Vegetti, Milano, 1970.

HABBI J., *L'eredità ippocratica dell'obbligo morale nella medicina araba,* Medicina nei secoli. Arte e scienza, nuova serie, vol. 7, 1995, n.1, pp. 79-93.

HIPPOCRATES, with an english translation by W. H. S. Jones, Vol. I, Cambridge and London, 1984.

IPPOCRATE, *Aforismi e Giuramento,* Introduzione di Massimo Baldini, traduzione di Marco T. Malato, Roma, 1994

IPPOCRATE, *Opere.* A cura di Mario Vegetti, Torino, 1976.

IPPOCRATE, *Testi di medicina greca.* Introduzione di Vincenzo Di Benedetto, premessa al testo, traduzione e note di Alessandro Lami, Milano, 1983.

JAEGER W., *Cristianesimo primitivo e Paideia greca,* Traduzione di Silvano Boscherini, Firenze, 1966.

JOHANNES PAULUS II, *Ecclesia in Africa. Esortazione apostolica post-sinodale del Santo Padre Giovanni Paolo II circa la Chiesa in Africa e la sua missione evangelizzatrice verso l'anno 2000,* 1995.

JOHANNES PAULUS II, *Evangelium vitae. Lettera enciclica del Sommo Pontefice Giovanni Paolo II sul valore e l'inviolabilità della vita umana,* 1995.

JOHANNES PAULUS II, *Veritatis splendor. Lettera enciclica del Sommo Pontefice Giovanni Paolo II circa alcune questioni fondamentali dell'insegnamento morale della Chiesa,* 1993.

JOUANNA J., *Ippocrate,* Torino, 1994.

Atti della nona conferenza internazionale "Conoscere, amare, servire la vita", Città del Vaticano, 24-25-26 novembre 1994, Dolentium hominum, anno X, 1995, n.1

KUEHN J-H., FLEISCHER U., *Index Hippocraticus,* Gottingae, 1986-1989.

La Bibbia concordata. Tradotta dai testi originali con introduzioni e note a cura della Società Biblica Italiana, s.l., 1968.

LICHTENTHAELER C., *Der Eid des Hippocrates. Ursprung und Bedeutung,* Köln, 1984.

LIPPI D., ARIETI S., *La ricezione del corpus hippocraticum nell'islam,* Atti del I Convegno Internazionale *I testi di medicina latini antichi. Problemi filologici e storici.* Macerata-S.Severino M., 26-28 aprile 1984, Roma, 1985, pp. 399-402.

LIPPI D., *Per una nuova lettura del giuramento ippocratico.* Medicina nei secoli. Arte e scienza, nuova serie, vol. 5, 1993, n.3, pp. 329-343.

MARKETOS S.G., *La medicina ippocratica alla fine del XX secolo: alcuni messaggi profetici.* Lettura programmata al XXXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina, Bari-Monopoli, 5-8 ottobre 1995.

MARTINI C.M., Omelia di S.E. il Cardinale Carlo Maria Martini, Arcivescovo di Milano, per la Giornata Diocesana del Malato, Milano, 26 giugno 1985. Fatebenefratelli, Anno VIII, 1986, n.1, pp. 10-11.

MARTINI E., BASSI, D., *Catalogus codicum graecorum Bibliothecae Ambrosianae,* Mediolani, 1906.

MASSARENTI A., *Recensione a: POPPER K, Il mito della cornice. Difesa della razionalità e della scienza,* Il Sole - 24 Ore, 29 Ottobre 1995.

MOTTURA G., *Il giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia,* Roma, 1986.

Nuovo Testamento. A cura di Pietro Rossano. Terzo volume de *La sacra Bibbia* tradotta dai testi originali e commentata a cura di Enrico Galbiati, Angelo Penna e Piero Rossano. II edizione riveduta e corretta, Torino, 1964.

SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica,* Milano, 1991-1994

SPINSANTI S., *Bioetica,* Milano, 1985.

SPINSANTI S., *Bioetica in sanità,* Roma, 1993.

SPINSANTI S., *"Christus medicus": implicazioni etiche di un tema patristico,* Fatebenefratelli, Anno IX, 1987, n.6, pp. 10-12.

SPINSANTI, S., *L'ethos ippocratico,* Medicina e morale, 1982, n.2, pp. 144-159.

Storia del pensiero medico occidentale. A cura di Mirko D. Grmek. 1. *Antichità e medioevo,* Bari, 1993.

VEGETTI M., *L'etica degli antichi,* Bari, 1989.

GONZALO HERRANZ RODRIGUEZ

I codici deontologici contemporanei

Introduzione:
le quattro lezioni deontologiche del Buon Samaritano

Immaginiamo, per un momento, che la parabola del Buon Samaritano ci venga presentata come un caso da studiare e da discutere dal punto di vista della deontologia medica. L'idea non è nuova. La parabola è stata usata da A. Jonsen come esercizio di casistica clinica per dimostrare l'inevitabilità della limitazione nella medicina di oggi. Lasciamo da parte l'applicazione della parabola a scenari fantasiosi e collochiamoci in un seminario di etica medica per studenti o giovani professionisti di Medicina ed Infermieristica.

Leggiamo la parabola e chiediamo loro di cercare di identificare, alla luce dei codici deontologici, le domande poste dal caso e le lezioni che si traggono dal racconto.

La loro prima scoperta potrebbe essere il fatto che la parabola è un paradigma del buono e del cattivo comportamento dell'uomo, ed in particolare dell'operatore sanitario, di fronte ad una situazione di urgenza. Se qualcuno dei partecipanti al nostro seminario conoscesse alcune nozioni di diritto generale o di diritto professionale, potrebbe aggiungere che, diversamente dalla condotta esemplare del Buon Samaritano, quella mostrata dal sacerdote e dal levita costituisce oggi, in molti paesi, un reato di mancata prestazione di soccorso, punito dai moderni codici penali. *L'obbligo di soccorrere in caso di urgenza è la prima lezione deontologica della parabola.*

Se qualche partecipante al seminario fosse un attento lettore del Vangelo e conoscesse le tese relazioni esistenti al tempo di Gesù tra giudei e samaritani, due comunità che si disprezzavano vivamente per le loro differenze etniche e religiose, potrebbe apportare alcuni commenti molto opportuni. Ci direbbe che siamo di fronte ad un caso standard di soccorso di urgenza. La parabola è una eloquente difesa del superamento, nell'amore evangelico per il prossimo, dell'incomprensione e degli odi ancestrali. Anche l'etica professionale ordina agli operatori sanitari di servire con la stessa dedizione e competenza tutti i pazienti, qualunque sia la loro condizione: *la seconda lezione deontologica che ci dà il Buon Samaritano è quella di astenerci dall'effettuare discriminazioni tra di loro.*

Supponiamo che un altro tra coloro che analizzano il caso non legga solo il testo evangelico, ma che si interessi anche alle istruzioni e alle note a piè di pagina della sua edizione commentata. Sa che l'autore del racconto è il medico Luca. E può legittimamente immaginare che l'agiografo Luca, mentre scrive il libro ispirato fedelmente a quanto dettato dallo Spirito Santo, non può evitare di continuare ad essere medico e proietta quindi inevitabilmente la sua personalità in quello che scrive, proietta se stesso come medico nella figura del Buon Samaritano. Il nostro studente deduce, e a ragione, che il Buon Samaritano era, in realtà, un buon medico. Lo mostrano i suoi gesti: il suo cuore umano si muove a compassione. Scende dalla propria cavalcatura e, agendo come un buon professionista, esamina le ferite, valuta la situazione clinica, estrae dalla borsa che porta sempre con sé bende, balsamo e vino e presta le prime cure. Pone il ferito in condizione di essere trasportato, lo accomoda quindi sul suo cavallo e lo porta fino all'albergo più vicino. Lì lo sistema e si occupa di lui tutto il giorno e forse anche la notte. La storia del Buon Samaritano ci insegna una *terza lezione deontologica: quella della benevolenza medica, l'affetto del medico per il ferito e per il malato.*

Solo il giorno seguente, confermato il pronostico favorevole, il Buon Samaritano, dopo aver dato all'albergatore istruzioni precise sulle cure da amministrare al ferito, gli anticipa del denaro per le spese immediate e parte, promettendo al paziente che sarebbe tornato a vederlo, e all'albergatore che gli avrebbe pagato le eventuali altre spese. Il Buon Samaritano ci dà una *quarta lezione; il dovere supererogatorio di servire gratuitamente il paziente, ed anche di aiutarlo generosamente.*

Il mio compito questa mattina consiste nel mostrare come le quattro lezioni del Buon Samaritano abbiamo trovato un posto nei moderni Codici di Deontologia professionale. Bisogna sapere anzitutto che la missione di assistere in situazioni di urgenza, di non discriminare e di servire lealmente occupano un posto preminente negli obblighi generali, fondamentali, che debbono dare forma all'intero agire dell'operatore sanitario. Un posto marginale occupano nelle norme deontologiche odierne i doveri di amicizia benevola e di aiuto altruista.

1. Sull'obbligo di curare in situazioni di urgenza

L'obbligo di assistere in situazioni di urgenza è presente come nor-

ma comune in tutti i Codici Deontologici, benché venga proclamato con enfasi e portata differenti, secondo i diversi paesi ed aree culturali.

Nei Codici dell'area latino-mediterranea esso appare come uno dei principi generali della condotta del medico. È così, il giuramento che il medico italiano deve prestare al momento di scriversi all'Ordine include l'impegno a *prestare assistenza di urgenza a qualunque malato ne abbia bisogno.* L'articolo 7 del Codice di Deontologia Medica d'Italia del 1995, recita: *"Il medico non può astenersi dall'intervenire e deve, indipendentemente dalla propria specializzazione abituale, e in qualunque luogo o circostanza, prestare soccorso e soccorso di urgenza a quanti lo necessitino e promuovere in ogni caso qualunque altro tipo di assistenza più specifica ed adeguata".* I Codici francese, spagnolo, portoghese e belga gli fanno eco ed insistono sull'obbligo ineludibile di ogni medico di prestare aiuto immediato al ferito o al paziente grave: segnalano che questo dovere incombe per il semplice fatto di essere medico ed è indipendente dalla funzione professionale specifica o della formazione specialistica.

Al contrario, le norme vigenti nel mondo anglosassone sono più lievi e sfumate. Così, da un lato, le direttive etiche dell'Associazione Medica Britannica dicono che *"in caso di urgenza, si spera che tutti i medici offrano la loro assistenza, però se lo fanno o meno e con che mezzi, dipende dalla natura dell'urgenza, dalla possibilità di ottenere un aiuto più esperto, dalla minaccia più o meno immediata alla vita del paziente, e dalla diposizione del medico ad intraprendere azioni che sono al di fuori della propria esperienza clinica abituale".* La Guida di Condotta Etica del Consiglio Medico d'Irlanda si limita a segnalare vagamente che *"il medico deve prestare aiuto nelle urgenze a meno che si assicuri che il paziente disponga di cure alternative".*

Negli Stati Uniti, il timore di essere sottoposti a giudizio per cattivo esercizio nell'aver prestato cure insoddisfacenti ad un ferito o ad un malato nel luogo in cui si produce l'urgenza, ha influito notevolmente nell'atteggiamento del medico. Secondo lo stile liberal-radicale della medicina nordamericana, i Principi dell'Etica Medica dell'Associazione Medica Americana non stabiliscono l'obbligo di curare in urgenza come un obbligo *per sé*, bensì come un'eccezione al principio per cui il medico può scegliere liberamente i suoi pazienti. Così dice il VI Principio di Etica Medica: *"Nel prestare un'attenzione appropriata ai suoi pazienti, il medico, eccetto in casi di urgenza, è libero di scegliere chi assistere* [...]. Proprio per la debolezza dell'obbligo etico-professionale, vari Stati hanno adottato statuti che hanno chiamato "Leggi del Buon Samaritano", in virtù dei quali i medici, le infermiere e, in alcuni casi, la gente comune che ha prestato aiuto di urgenza nel luogo dell'incidente fuori dell'ospedale o del consultorio del medico, senza gli strumenti e i mezzi necessari, non contraggono responsabilità a motivo delle proprie azioni od omissioni. È sorprendente come, negli Stati Uniti, il Buon Samaritano appaia nello scenario dell'urgenza sanitaria per mano della legge e non della deontologia professionale.

Nella tradizione etica ebraica, non esistono norme professionali specifiche per le situazioni di urgenza. In coincidenza con la dottrina cristiana del carattere sacro della vita umana, proprio della tradizione biblica, essa stabilisce il dovere prevalente di preservare la vita, dovere che si impone con una forza tale che qualunque norma legale che entri in conflitto con quel comando prioritario è esautorata. L'atto medico di curare chi rischia di perdere la vita è santificato di modo che il medico non deve fare penitenza per i precetti, come quello di non aver rispettato il riposo sabbatico, che abbia potuto infrangere per aiutare il ferito o il malato.

Non ho incontrato, nel Codice Islamico di Etica Medica, alcun riferimento all'obbligo di assistere in situazioni di urgenza.

A livello internazionale, bisogna menzionare la posizione dell'Associazione Medica Mondiale, che appare in una delle clausole del Codice Internazionale di Etica Medica (Codice di Londra, del 1949) che include tra i doveri del medico nei confronti dei pazienti il seguente: *"Il medico, come dovere umanitario, presterà cure di urgenza, a meno che si assicuri che altri sono disposti e capaci di prestare queste cure".*

Il quadro delle norme deontologiche è infine completato dalle norme che si sono date alcune associazioni di operatori sanitari specializzati nei servizi di urgenza (infermiere, medici ospedalieri, tecnici di laboratorio), che affermano l'obbligo in ogni situazione di urgenza di riverire la vita, di rispettare la dignità, l'autonomia e l'individualità inerenti ad ogni essere umano, e di non ledere la fede del paziente.

Non è facile trarre conclusioni valide da questo sommario di Deontologia comparata. Invece, si possono identificare alcuni problemi degni di essere discussi o esaminati, come la possibile relazione tra etica di valori ed etica di diritti, proprie delle tradizioni cattolica e protestante, e le norme sulle urgenze nei paesi ascritti a queste tradizioni.

Sarebbe interessante anche studiare la storia di come, negli ultimi decenni, i medici più anziani, più competenti e di più lunga esperienza, siano andati trasferendo il primo soccorso di urgenza ai medici giovani. Cosa ha pesato maggiormente in questo cambio storico: il potere dei medici più anziani che conducono una vita meno stressata dalla tensione e dagli orari delle urgenze mediche, o la necessità che nella formazione del medico giovane ci sia un periodo, teso e causa di molti dolori di crescita, che gli apporti la necessaria maturità psicologica, professionale ed etica?

Passiamo alla seconda lezione della parabola.

2. Sul dovere di non discriminare e di trattare tutti allo stesso modo

La parabola del Buon Samaritano è una difesa della universalità del servizio medico. Nessuno ne resta escluso: né i nemici più odiati, né i vicini più disprezzati, né le vittime delle malattie più ripugnanti.

In questa parobola, come in molte altre, Gesù ha voluto esagerare pedagogicamente per dare al suo messaggio morale la forza necessaria e vincere così i pregiudizi e gli odi ancestrali. Una esagerazione estrema per gli ebrei del suo tempo

era quella di illustrare il comandamento di amare il prossimo mediante una storiella di servizio caritativo e di sacrificio tra i membri di due etnie che avevano elevato ad espressione culturale il loro reciproco rispetto. Che la vittima fosse un ebreo e il suo salvatore un samaritano costituiva un argomento apodittico a favore della tesi che non esistono fattori culturali, religiosi o politici che limitano il comandamento di amare il prossimo, comandamento di portata universale, e anche molto intenso e forte. Ai nostri giorni ha assunto nuova attualità per il fatto che il medico e l'infermiera si trovano di fronte a pazienti colpiti dal virus della immunodeficienza acquisita.

La manifestazione più eloquente dell'obbligo del medico e della infermiera di servire tutti allo stesso modo è, a mio modo di vedere, la seguente: esiste una sola etica professionale della sanità, quella vigente tanto in tempo di pace come in tempo di guerra. Così afferma, ad esempio, l'Art. 1 dei Principi di Etica Medica Europea, che nel 1987 promulgò la Conferenza Internazionale degli Ordini Medici: *"La vocazione del medico consiste nel proteggere la salute fisica e mentale dell'uomo e nell'alleviare la sua sofferenza nel rispetto della vita e della dignità della persona umana* [...] *tanto in tempo di pace che in tempo di guerra"*.

È chiaramente segnalata così la deontologia delle due modalità, ugualmente onorevoli, in cui si è espressa la funzione degli operatori sanitari durante la guerra: quello dei medici e delle infermiere militari che hanno contribuito ad umanizzare i conflitti armati con la loro dedizione nei confronti di soldati e di civili feriti o malati; e quella di coloro che, considerato l'enorme costo di dolore e di morte che le guerre causano tra i combattenti e, soprattutto, tra la popolazione civile, si dichiarano pacifisti, rifiutano di far parte dell'esercito e contribuiscono, in missioni umanitarie, ad alleviare il tremendo impatto che le guerre presuppongono per la salute e per i diritti umani. Gli uni e gli altri proclamano che l'Etica del medico è unica, la stessa tanto in tempo di guerra che in tempo di pace.

Esiste, inoltre, da tempo immemorabile nella deontologia professionale del medico, la tradizione gloriosa di non discriminare: *"Non ti chiedo la tua razza, né la tua religione, né la tua origine. Mi interessa soltanto la tua malattia"*. È una frase di cui non si conosce l'origine, ma che appartiene alla tradizione orale della Medicina. La prima enumerazione scritta dei fattori di non discriminazione medica è, a quanto pare, la raccomandazione rivolta da un medico cinese del VII secolo ai suoi discepoli: *"Portate consolazione al dolore di ogni essere vivente, senza preoccuparvi del suo rango, della sua fortuna, della sua età, della sua bellezza, della sua intelligenza, se è cinese o straniero, amico o nemico* [...]*"*.

Alcuni mesi prima che le Nazioni Unite pubblicassero la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, l'Associazione Medica Mondiale aveva incluso nella sua Dichiarazione di Ginevra, del 1948, la promessa del medico di *"passar sopra a dottrine politiche o credo religioso, nazionalità, razza, rango sociale, ed evitare che questi si frappongano tra i miei doveri professionali e il mio paziente"*. Per aggiornarla ai nostri giorni tanto strani, l'Associazione ha deciso a Stoccolma nel 1994 di riformulare la clausola, che ora recita nel seguente modo: *"Non permetterò che considerazioni di età, malattia o incapacità, credo, origine etnica, genere, nazionalità, affiliazione politica, razza, tendenza sessuale o livello sociale si frappongano tra il mio dovere professionale e il mio paziente"*.

Dalla Dichiarazione di Ginevra, la clausola di non discriminazione è passata a tutti i codici moderni di deontologia sanitaria. Dice ad esempio il codice francese del 1995: *"Il medico deve ascoltare, esaminare, consigliare e curare con la stessa coscienza tutte le persone, qualunque sia la loro origine, i loro costumi e la loro situazione familiare, la loro appartenenza o meno ad una etnia, ad una nazione o ad una religione determinata, il loro handicap o stato di salute, la loro reputazione o i sentimenti che egli (il medico) può provare nei loro riguardi"*.

Il Buon Samaritano non indagò sui precedenti dell'uomo ferito. Questi era, senza dubbio, un ebreo. Però era, essenzialmente e al di là della sua nazionalità, un uomo ferito gravemente. Il Buon Samaritano inaugurava quella che sarebbe stata la tradizione cristiana secondo la quale gli operatori sanitari identificano il malato, chiunque sia, con Cristo: una tradizione che durerà finché ci saranno malati e che terminerà soltanto il giorno in cui Cristo dirà a tutti gli uomini di tutti i tempi: "Ero malato e mi avete visitato: quel che avete fatto a loro, lo avete fatto a me".

3. Sulla missione della benevolenza medica

Mi rallegro nel dire che la Carta degli Operatori Sanitari di questo Pontificio Consiglio rientra per diritto proprio tra i Codici di Deontologia contemporanea. Tra tutti questi, è quella che tratta con maggiore libertà e profondità l'atteggiamento sollecito e vigilante, fiducioso ed aperto, che l'operatore sanitario deve adottare di fronte alla persona e alle necessità del paziente. Dice, in un linguaggio purtroppo scomparso da tempo dalla prosa deontologica, che *"curare con amore un malato è assolvere a una missione divina, che sola può motivare e sostenere l'impegno più disinteressato, disponibile e fedele"*.

I moderni Codici di Deontologia medica hanno formalizzato in eccesso la relazione medico/paziente, trattandola con mentalità contrattuale, giuridica e burocratica. Hanno fatto di essa una relazione epidermica, tecnificata, che, nei complessi ospedali di oggi, può diventare anomina, senza volto. Hanno messo da parte quel che le antiche guide professionali prescrivevano circa l'estensione e i limiti deontologici del corretto vincolo affettivo tra medico e malato, della sua amicizia, del valore della benevolenza, che sono l'espressione tipicamente medico-infermieristica del comandamento della carità.

I codici deontologici dei paesi del sud Europa contengono, tuttavia, molti elementi relativi al valore dell'amicizia medica. Il Codice di Etica e Deontologia medica vigente in Spagna include tra i doveri etici del medico verso il suo paziente quello di dare al suo lavoro un senso di servizio da prestare con rispetto delicato, con sollecitudine e

lealtà, servizio che va anteposto a qualunque altra convenienza personale, a qualunque indugio ingiustificato nelle sue cure. Il Codice Deontologico di Infermieristica Spagnola aggiunge a questi doveri quello di proteggere il paziente da qualunque trattamento umiliante o degrante, da qualunque affronto alla sua dignità personale, e il dovere a non impiegare contro di lui alcuna forza fisica o morale. I doveri dell'infermiera si fanno più intensi e dettagliati quando il paziente appartiene ad un gruppo vulnerabile (invalidi, incapacitati, bambini, anziani) verso i quali si deve rivolgere un'attenzione particolare e qualificata.

È evidente che una buona attenzione da parte del medico e della infermiera nei confronti dei loro pazienti non può effettuarsi senza un qualcosa di buonsamaritanesimo, senza una disposizione interna di dedizione sollecita, che si esprime esteriormente nell'opportunità e nella delicatezza con cui si amministrano i servizi professionali. È stato detto in mille modi che servire vuol dire amare. Ciò spiega, forse, il fatto che i Codici di oggi parlino di servizi e non di amore.

I codici di oggi sono molto parchi nel trattare dell'affetto che può legittimamente stabilirsi tra gli operatori sanitari ed i loro pazienti. Trattano questo tema con il tono grave e severo impiegato dal giuramento di Ippocrate, per proibire che il medico o l'infermiera oltrepassino i limiti che la prudenza professionale impone e che l'equanimità sanitaria esige. Bisogna insistere con forza sull'obbligo deontologico del medico di non lasciarsi coinvolgere affettivamente in occasione del rapporto professionale. L'operatore sanitario deve mantenere di fronte al suo paziente la necessaria distanza emotiva, non deve andare oltre quello che, secondo William Osler, è stato chiamato l'*amore cortese* del medico per il suo paziente. La disattenzione frivola o sentimentale di questa norma è stata causa di molte disgrazie. Nulla è più distruttivo e falso del rapporto medico/paziente o infermiera/paziente del soccombere alla tentazione dell'eccesso di intimità, della curiosità romantica, del flirt o delle relazioni sessuali. Il Codice di Etica Medica del Consiglio di Affari Medici e Giudiziali dell'Associazione Medica Americana segnala che *"le relazioni sessuali tra medici e pazienti degradano i fini della medicina, sfruttano la vulnerabilità del paziente, oscurano l'obiettività di giudizio del medico rispetto alle cure da prestare e, infine, pregiudicano il benessere del paziente* [...] *Come minimo, il dovere etico del medico esige che il suo rapporto con il proprio paziente sia terminato prima di iniziare qualunque relazione con lui (uscire insieme, amore romantico o relazione sessuale)"*.

Giungiamo così alla quarta ed ultima lezione della parabola.

4. Il dovere supererogatorio di servire il paziente senza ricevere nulla in cambio, anzi aiutandolo generosamente

Questa tradizione è scomparsa dai codici deontologici dei paesi che dispongono di un servizio nazionale sanitario di copertura universale. Ma non è così nei paesi in cui una parte più o meno grande di popolazione unisce alla carenza di un qualunque tipo di assistenza sanitaria, l'indigenza economica. Ciò è tragicamente comune nei paesi poveri ma è del tutto evidente anche negli Stati Uniti dove, tra i 35 e i 40 milioni di esseri umani non dispongono di mezzi per procurarsi cure mediche qualificate.

In quel paese è ancora in vigore la tradizione dell'assistenza benevola al paziente povero. Il Codice di Etica Medica dell'Associazione Medica Americana dice che *"tutti i medici hanno l'obbligo di partecipare all'aiuto medico agli indigenti* [...] *e lavorare per assicurare che si faccia fronte alle necessità dei poveri della loro comunità. Il curare i poveri deve essere una parte ordinaria del programma ordinario di lavoro del medico* [...] *Possono farlo in molti modi differenti: ricevere i pazienti in ambulatorio senza chiedere onorari o solo onorari ridotti, prestare servizio gratuito in ospedali e cliniche, partecipare ai programmi governativi che offrono cure mediche ai poveri, o prestare servizio i fine settimana in ambulatori di beneficienza o in rifugi per sfollati o per donne maltrattate"*.

Nei Codici dei paesi dell'Unione Europea rimane soltanto, come memoria di questa antica tradizione caritativa, la cosiddetta cortesia professionale, secondo la quale il medico chiamato a prendersi cura di un collega o di un familiare intimo di questi, rinuncia agli onorari professionali come segno di amicizia e come ricompensa morale della fiducia riposta in lui.

Come sappiamo, i rapporti dei medici con il denaro sono molto complessi. Sono stati stereotipati nell'Esculapio trifronte che viene rappresentato come angelo quando accudisce il paziente, come dio quando lo cura e che si trasfigura in demonio quando reclama il pagamento del suo onorario.

Conclusione

La parabola del Buon Samaritano ha arricchito in maniera incommensurabile i precetti del *Giuramento di Ippocrate* in quanto, ai doveri di competenza scientifica e di rispetto della dignità umana del paziente cui si vincolava il discepolo di Ippocrate, la parabola impone all'operatore sanitario il dovere supremo della carità: l'altruismo, l'abnegazione, la non discriminazione, la generosità. Fortunatamente questi doveri, supererogatori o no, sono stati inglobati nei codici di deontologia professionale o persistono, come obblighi non codificati, influendo nell'anima degli operatori sanitari. Giuramento e parabola hanno esercitato, e continueranno ad esercitare lungo la storia un effetto sinergico sulla deontologia sanitaria professionale.

Possa il ricordo permanente di quella figura affascinante di medico che fu il Buon Samaritano ispirare la nostra condotta professionale. Termino citando le parole del Santo Padre Giovanni Paolo II in *Salvifici doloris*: "l'operatore sanitario è il Buon Samaritano della parabola che si avvicina all'uomo ferito e che si fa suo prossimo nella carità".

Prof. GONZALO HERRANZ RODRIGUEZ
Membro della Pontificia Accademia per la Vita e del Consiglio Direttivo
Direttore dell'Istituto di Bioetica all'Università Cattolica di Navarra (Spagna)

CARLO CREMONA

L'attenzione al malato nei Padri della Chiesa

1. D'onde il male

L'argomento da trattare ci spinge a riflettere su eventi tanto lontani, dove la nostra memoria e la storia umana non arrivano; e il racconto che ce ne perviene, oltre il dramma congenito di ogni uomo, è di carattere religioso o mitologico.

L'uomo, per naturale istinto, tende ad una felicità integrale e stabile; continua a sperarla; ma, nonostante questa connaturale vocazione, questo sogno divino, è l'essere sulla terra che più soffre, spiritualmente e fisicamente.

Conciliare queste due reali e concrete tendenze, bisogno di felicità e negazione di essa, è il permanente dramma dell'uomo.

Chi poi, nella concezione dell'esistenza professa una fede in un Essere assoluto, trascendente, infinitamente perfetto, causa unica dell'universo e di tutte le creature, quando si trova dinanzi al dolore, non può fare a meno di interrogarsi su un problema fondamentale; la fatica di varcare una frontiera per entrare nella zona metafisica e misteriosa che tocca la responsabilità di Dio: *"Donde il male di cui l'uomo, contraddetto da un istinto di felicità, è la vittima principale? Eppure, la ditta che lo ha fabbricato offre tutte le garanzie!"*.

Vorrei saper tradurre in due affreschi michelangioleschi la descrizione del mondo, e dell'uomo (che ne è il principale e più responsabile inquilino) che Sant'Agostino fa nella *Città di Dio* sul contrasto tra bellezza e orrore del mondo, cui l'uomo è soggetto.

Il mondo (dove si svolge questa nostra vita!), osservato nel regno minerale, vegetale, animale, spirituale, è in sé di una incantevole armonia e bellezza...

E l'uomo avrebbe dovuto goderne con tranquillità nell'amicizia con Dio, fino al suo volontario accoglimento nella patria celeste.

Agostino parla del corpo umano: "Tale sarebbe il diletto della bellezza razionale persino della parti interiori e meno nobili del corpo umano, a conoscerle – scrive –, da farle giudicare piacevoli e preferirle a qualsiasi altra forma visibile a giudizio della spirito che degli occhi si serve. Con solerzia, alcuni medici detti anatomisti hanno sezionato le membra umane, da non sapere se esse, per l'armonia dell'insieme, sono state fatte per una funzionalità oppure per la bellezza. Nessuna di queste parti è destinata ad una funzione utile senza possedere anche una sua bellezza..."

Parla, infine, delle meraviglie dell'ingegno, delle sue realizzazioni tecniche (già ai suoi tempi); delle sue produzioni artistiche nella letteratura, nell'arte pittorea e scultorea... "Verrà un giorno – dice – in cui godremo l'un l'altro della nostra sola bellezza..." (cfr. *Città di Dio*, XXII, 24,22).

Ma tale bellezza e il suo godimento ha un contrasto permanente con la realtà storica che soprattutto l'uomo avverte e soffre. Colpisce la contraddizione tra la bellezza profusa nel creato, data in godimento all'uomo e l'inquinamento in cui l'uomo è immerso, artefice obbligato e vittima di essa. Per quanto materialisti, non possiamo accettare d'essere solo giocattoli che si sfasciano...

"Res sacra miser!", esclama Seneca: colui che soffre, nell'anima o nel corpo, è un essere sacro; cioè degno di rispetto, di pietà, di solidarietà...

Donde il male?

Interrogativo di difficile risposta; travaglio insormontabile di molti spiriti; non solo di sant'Agostino che per questo abbracciò per lunghi anni la dottrina manichea: due principi in lotta, il principio del bene e il principio del male; della luce e della tenebra; dello spirito e della materia; concludendo, poi, nella disperazione di trovare la verità se si parte dell'esperienza del male del mondo, si finisce pessimisti o scettici.

Se Dio è un essere di infinita bontà, un oceano da cui tutto nasce e che tutto avvolge, e se la creatura vi è immersa come una spugna – ragionava Agostino – come mai questa spugna è tutta impregnata d'inquinamento? Dove lo ha assorbito? Si avvicinò una prima volta alla Bibbia (il peccato dell'uomo libero contro Dio creatore, ribellione della sua libertà per essere padrone di una felicità autonoma, senza Dio); razionalismo, orgoglio; mancanza di umiltà e di ragionevolezza; rifiuto del soprannaturale e della grazia, lo indussero ad accantonare la Bibbia come un libro di favole di bassa letteratura! Abbandonò giovanissimo la fede cristiana di sua madre Monica.

Il ricupero di questi valori avvenne in lui faticosamente; e per merito di filosofi non cristiani: Cicerone (che nell'Ortensio dimostrava la vanità dei valori terreni, immanenti a favore dei valori spirituali, immutabili, trascendenti); Plotino che, basandosi su Platone, dimostrava la spiritualità, l'assoluto, la bontà infinita di

Dio. E spiegava il male, Plotino, non come una sostanza, ma come un vuoto di sostanza, precisamente una mancanza indebita della presenza di Dio (cfr. VII, 10, 16: "E vidi una luce...").

Poi Ambrogio (prima ascoltato per il solo gusto letterario, della sua eloquenza latina, novello Cicerone; in seguito per l'interesse sostanzioso delle sue prediche bibliche); infine, le Lettere di Paolo; l'epistola ai Romani (il dolore e la morte sono entrati nel mondo attraverso il peccato dell'uomo libero) che la misteriosa voce del fanciullo lo invitò a leggere (*"Prendi e leggi"*) e provocò in lui la folgorazione della grazia e della conversione immediata al cristianesimo, nel giardino della sua casa a Milano.

Come dicevo, il dramma di Agostino è stato il dramma di tanti spiriti, anche intellettualmente e moralmente eletti; ma direi, anche il dramma di ognuno di noi.

Quella ribellione originale, che nei progenitori fu colpa personale grave, un test per valutare se la libera volontà dell'uomo avesse accettato la supremazia di un Dio personale e liberale, il suo dono gratuito, se avesse scelto di restare definitivamente dalla parte di Dio. Quella ribellione, nei discendenti arriva, come un vuoto, un'eredità patologica, una ricchezza perduta che non può più essere trasmessa e che ha lasciato una profonda ferita in tutto l'organismo generando orgoglio, ignoranza, superficialità, disattenzione nell'indagare la lontana causa reale dell'impoverimento e dell'infelicità.

Se l'uomo è creatura di Dio, non poteva non essere creato nella felicità e per la felicità.

Onde, bisogna fare la diagnosi di questo male originale, come si fa per ogni male; attraverso una ricerca filosofica, accettando il lume di una rivelazione soprannaturale. (Platone e la navigazione umana: la vela, il remo..., *"a meno che non si disponga di un trasporto più sicuro che sarebbe una rivelazione divina..."* cfr. *Fedone*, 85A/86B).

Che il male radicale di cui soffre l'uomo sia stata una colpa di orgoglio iniziale, non è dottrina solo della Bibbia ove c'è il racconto della nostra misteriosa condizione; è di tutte le culture, di tutte le religioni, di tutte le mitologie.

Agostino, nell'autunno del 385, decise di riprendere in mano, una seconda volta, la Sacra Scrittura, che aveva accantonata come indegna della sua estetica letteraria.

Fu costretto a riprenderla a causa della sua crisi morale religiosa, con più umiltà; e la definì, allora, un capolavoro di pedagogia; una pinacoteca dall'ingresso povero; ma ad entrarvi, che splendore di arte!

La Genesi espone il fatto della proibizione di mangiare dell'albero della scienza del bene e del male: Adamo, con Eva, disobbedirono. San Paolo commenta: *"Per il peccato di uno solo, il disordine, i mali, la morte sono entrati nel mondo* [...]. *C'è una legge nella mia carne che contrasta con la legge del mio spirito; per cui non faccio quel che vorrei, ma quel che non vorrei* [...] *Misero me! Chi mi potrà liberare da questo corpo di morte?"*.

Gli fu risposto: *"La grazia! Ti basti la mia grazia* [...] ".

L'uomo fu creato in grazia.

E la grazia soprannaturale e santificante è amicizia con Dio: ma tale amicizia da determinare un'intimità amorosa, una condivisione di natura.

Doveva essere confermato da una prova: perché l'uomo, creato ad immagine di Dio, con una volontà libera che potesse scegliere e un'intelligenza chiara per scegliere giusto, diventasse padrone stabile della sua felice condizione, insieme a Dio.

Invece si illuse di essere felice senza Dio; perdette la scommessa, da dignità di amico e precipitò... E perdette non solo la grazia, ma anche dell'altro.

Per esempio, *l'integrità:* l'armonia tra il sensibile e l'intellegibile, tra i sensi e la volontà... Donde la contraddizione interiore in ogni uomo: *legge della carne contro la volontà dello spirito...* (San Paolo).

Perdette *l'immortalità fisica*, della sua vita corporale: (il nostro corpo, un edificio costruito di materia per sua natura destinata a distruggersi...)

Cari amici: se non ci convinciamo di questa diagnosi, se non si riparte da queste verità, da questa lontana ma sempre luminosa rivelazione, della vita non si capisce più nulla: si fa buio! E l'umanità, oggi, cammina nel buio: rifiuto del soprannaturale, della grazia; autosufficienza!

Bisogna curare insieme le anime e i corpi. Da quel che succede nel mondo, per mancanza di valori morali, dubitiamo, talvolta, di voler sapere curare almeno i corpi: **mala sanità!**

La sostanza del racconto biblico, non è giudaesimo o cristianesimo; non è confessionalismo. È verità, che costringeva anche i pagani ad interrogarsi:

"Video meliora proboque, deteriora sequor..." (Ovidio)

"Veggio 'l meglio ed al peggior mi appiglio..." (Petrarca)

La stessa tesi della Bibbia e di Paolo.

Il peccato: la fonte da cui è iniziato a scorrere il fiume del nostro male morale e anche del dolore fisico e delle malattie corporali. La morte entrò con il dolore e fu protagonista...

"L'immensa corruzione da cui ci vediamo sopraffatti per quella trasgressione; l'agitazione di molti sentimenti forti contrastanti tra loro, non dovrebbe farci pensare che fu atto morale piccolo e lieve, quello..." *(Città di Dio,* l. 14, c.12).

2. La Redenzione nella Incarnazione

Ma proprio da questo abisso nacquero la rinascita e l'ottimismo cristiano. Doveva essere una dramma irreversibile.

Ma Dio accettò la sfida dell'uomo e si prese la sua rivincita con un evento di misericordia, più grandioso della creazione dell'universo; anche se rischioso.

"Tanto Dio ha amato il mondo, fino a dare il suo Figlio unigenito per la salvezza del mondo...".

Il mistero di fede che, ammetterlo o non, lega l'uomo a Dio anche quando è ribelle e lo fugge, ci offre il mistero della Incarnazione del Figlio di Dio che si riveste della natura umana, prende su di sé i nostri peccati e i nostri dolori, accetta la morte per la redenzione dell'uomo. Paradossale!

"Dove abbondò il peccato, sovrabbondò la grazia...".

L'incarnazione di Cristo, Verbo di Dio, è un dogma sconvolgente, accettabile solo per una esplicita e insistente rivelazione di Dio, iniziata e legata proprio al peccato dell'uomo. Perché sconvolgente?

Perché la ragione umana (vedi Platone e Aristotele) arriva a conoscere la natura di Dio: spirituale, immutabile, assoluto, trascendente, infinitamente buono, fonte dell'essere... Arriva a scoprire persino il Verbo di Dio.

Ma se io dicessi a Platone: *"Quel Dio di cui mi stai parlando e che definisci il* ***sommo bene dell'uomo****, io l'ho incontrato per le vie della Palestina, l'ho visto soffrire, morire per la salvezza dell'uomo; è risorto da morte e ci guida alla vita eterna, anime e corpi"*, ebbene, Platone mi riderebbe in faccia come se proferissi un'eresia filosofica. L'assoluto non può diventare contingente, l'eterno non può diventare temporale, lo spirituale per essenza, l'atto puro non può diventare corporale e sensibile... L'Incarnazione, il dogma più ineffabile del cristianesimo, ma il più difficile, apre l'intelletto umano come una finestra ad accogliere la luce solare dell'intimità di Dio: *"Credi per poter ragionare; ragiona per poter credere...."*.

Il dogma dell'incarnazione ha tale portata per l'umanità, che non si restringe nei limiti di una confessione religiosa: ha il valore di universalità.

La persona del Verbo che rimane di natura divina, non solo si unisce storicamente alla natura umana, ma ne condivide l'umiliazione, il dolore fisico e morale, la morte; in una dimensione che è la somma di tutte le umiliazioni, di tutti i dolori, di tutte le morti della storia.

3. Cristo, l'uomo del dolore

– Isaia: Servo di Javéh (Is, cap. 42-53)

– Agonia di Cristo nel Getsemani: la tragedia umana universale, in ***prima visione tridimensionale;*** da Adamo, Abele... fino al rantolo dell'ultimo uomo;
– essudazione di sangue: fenomeno che i medici chiamano *ematidrosi*, connesso a gravi turbamenti del sistema nervoso: *"Triste la mia anima, fino a morire..."*.

Da quando nacque, Cristo non desiderò altro che morire per amore dell'uomo: *"Debbo ricevere un battesimo; sono angosciato finché non l'abbia ricevuto..."*.

4. L'attenzione al malato nei Padri della Chiesa

I Padri della Chiesa rappresentano la continuità e l'interpretazione autentica del messaggio di Cristo e della dottrina della Chiesa. Uomini di santità e di ingegno.

Grandi filosofi che hanno recuperato e rielaborato il pensiero dei filosofi greci precristiani; grandi teologi ed esegeti esperti del linguaggio di Dio e delle antiche civiltà umane. Qui entriamo nel nostro argomento.

Attenzione al malato è un aspetto sensibile della Redenzione, apparentemente secondario: si tratta di curare i corpi, mentre a Dio interessano le anime; ma l'uomo è un *unum* integrale nel suo complesso: se non ami l'uomo che si vede, come puoi amare Dio che non si vede? Quindi, aspetto non secondario, ma almeno *aeque principalis.* L'amore di Dio è per l'uomo integrale; inscindibile nel suo valore spirituale e corporale; un amore gratuito, non meritato che lo reintegra nell'amicizia reciproca tra uomo e Dio; tra uomo e uomo; nuovo diritto ad una vita di felicità infinita condivisa con Dio stesso. Dio è amico leale per l'uomo: *animae dimidium meae! Chi è il mio Prossimo?* Il vicario di Dio!

La redenzione cristiana ci ha donato la Chiesa madre, maestra, esperta di umanità; come l'umanità potrebbe fare a meno della Chiesa di Cristo, anche se, sapendola esistente e operante, la disattende, le volta le spalle, ascolta altri magisteri?

La redenzione ci ha donato il sacerdozio (quello ministeriale e quello di ogni battezzato); ci ha donato la grazia; più abbondante di quella originale, anche se nel nuovo ordine siamo rimasti soggetti al dolore, alla malattia, alla morte e alla lotta per il bene.

Ed ecco che tutto cambia. Il dolore e la morte non è più castigo, ma motivo di espiazione, di merito (pensate alla sofferenza innocente!); diventa capitale (da parte di Cristo *interamente versato,* da parte dell'uomo: *partecipazione*).

Bellissima la frase di S. Paolo: (con le mie sofferenze... *"Completo ciò che manca alla passione di Cristo nel corpo..."*, nella Chiesa, in me) (Col. 1,24).

Altro miracolo: il dolore (fisico e morale): può diventare motivo di grande gioia: *"Sovrabbondo di gioia in ogni tribolazione* [...] *Non sono proporzionate le soffe-*

renze di questo mondo riguardo alla gloria futura che ci spetta...” (San Paolo).

La croce, da segno di ignominia, a vessillo di trionfo. *“Chi non prende ogni giorno la sua croce e mi segue, non sarà dei miei...”*

Attenzione al malato, alla sventura fisica, segno visibile della messianità: *“Andate e riferite a Giovanni: i ciechi vedono, i sordi odono, i muti parlano, gli storpi camminano, i lebbrosi sono mondati; e ai poveri è annunziata la buona novella...”*.

La carità, l’amore, la solidarietà! Senza barriera, anche il nemico: il buon Samaritano che si ferma presso il malcapitato, lo cura, e sul suo giumento (autoambulanza del tempo) lo ricovera a proprie spese in una locanda, primo *Hotel-Dieu*, come in Francia si chiamarono gli ospedali.

5. Chiesa – Padri – Malati

Cristo fonda la Chiesa e ne è la pietra angolare; da venti secoli essa, con il suo magistero garantito, vigila sull’umanità e la guida. Qualche Domenica fa, Giovanni Paolo II ha rievocato i 30 anni dalla Costituzione Conciliare *Gaudium et Spes* che affronta – ha detto – *“i problemi dell’epoca contemporanea: il matrimonio e la famiglia, la cultura, la realtà economico-sociale, la politica, la promozione della pace e la solidarietà tra i popoli...”*.

Chiesa, sposa... senza macchia o ruga...: Corpo mistico e visibile del Cristo nei secoli (“Cristo-Totale...”).

La radice è lui, l’albero buono non può produrre frutti cattivi: *“Radicati e fondati nella carità...”*.

Nella Chiesa, come in una miniera, la vena aurea della carità.

Subito appena nata, non c’è soluzione di continuità tra l’opera di Cristo e della Chiesa nascente.

La Chiesa cerca e raccoglie l’infermo come faceva Cristo: *“Portavano* (a Pietro) *i malati perché almeno la sua ombra li guarisse...”*.

Eucarestia: *sacramento di pietà, segno di unità, o vincolo di carità! Ai malati: guarire, lenire, confortare....* (Giustino).

Chiesa Apostolica e predicazione del Cristo sofferente...

Pietro: *“Resistete saldi nella fede, sapendo che i vostri fratelli sparsi nel mondo subiscono la stessa vostra sofferenza...”* (IPt. 5,9). **Solidarietà!**

“Cristus... fatto obbediente sino alla morte, e alla morte di croce...” (Fl. 2, 8);

“Cancellando la nostra condanna, lo tolse di mezzo, affiggendolo in croce...” (Col. 2, 14);

“Di nient’altro voglio vantarmi con voi, se non della Croce di Cristo...” (Gal. 6, 14);

“Altro non conosco se non Cristo; e per giunta, un Cristo crocifisso...” (1 Cor. 2, 2);

“Coloro che appartengono a Cristo, hanno crocifisso con lui la loro carne...” (Gal. 5, 24; 1 Cor 1,13);

“Predichiamo Cristo crocifisso, stoltezza per i Romani, scandalo per i Giudei...” (1 Cor. 1, 23).

Colletta di Paolo tra le Chiese dell’Asia per la Chiesa impoverita di Gerusalemme. La Chiesa e i suoi apostoli, fedeli all’insegnamento del loro Maestro, si interessarono tanto delle anime quanto dei corpi. Unica la religione cristiana: promette al corpo, insieme all’anima, la vita eterna...

Prima di Cristo ci fu lo stoicismo: *substine ed abstine...* Resistenza al dolore. Cristo ci dà la capacità di superare la sofferenza e sorridere: S. Francesco e la cura degli occhi con lamine arroventate... La malata in un polmone d’acciaio: *“La mia Ferrari fuori serie...”*

Quanti hanno resistito alla violenza del dolore guardando al Crocifisso per somigliargli... Si rammenti il pensiero di Chataubriand *(Genie du Christianisme, passim)*.

La carità cristiana che distingue i cristiani dal resto degli uomini, sconosciuta agli antichi, è nata con Gesù Cristo e fu, nel suo vangelo, il sigillo del rinnovamento della natura umana.

I primi Cristiani misero in comune i loro beni per soccorrere i bisognosi, i malati, i pellegrini.

Gli ospedali nacquero così! Da quel momento, le opere di misericordia non ebbero più barriere e fu come uno straripare della misericordia sulla miseria, fino allora negletta, un rincorrerla: tanta miseria, altrettanta carità...Ci si chiede: Ma come facevano gli antichi senza ricoveri, senza ospedali? Per disfarsi dei poveri e degli infelici, essi ebbero due soluzioni che il cristianesimo non conobbe: l’infanticidio e la schiavitù! Si trovano rovine di nosocomi tra gli antichi monumenti di Roma o di Atene? Qualche località termale, dedicata a divinità, aveva appena un’apparenza di struttura sanitaria, come Epidauro.

(Lucrezio: *“Mussabat tacito medicina pavore...*[peste di Atene]”). (Marziale: *“Ero alquanto indisposto; chiamai il medico Eliodoro che venne con il codazzo dei suoi discepoli; quaranta mani fredde mi palparono il ventre: non avevo febbre, ora ce l’ho!”).*

A mano a mano che la Chiesa acquista libertà di azione, (periodo apostolico; grandi monaci; in seguito, grandi Padri dell’Oriente e dell’Occidente), sorsero ospedali, lebbrosari, lazzaretti (dal nome evangelico il povero Lazzaro della parabola), ove prestavano volontariato monaci e semplici cristiani che con gioia e senza ripugnanza sopportavano la vista di tutte le umane miserie, per servire Cristo in persona nei fratelli malati.

“Ero malato e mi avete visitato, assistito, curato...”

Consideriamo qualche esempio.

San Basilio fondò una città-ospedale nei pressi Cappadocia: la chiamarono Basiliade.

Giovanni Crisostomo, il più grande oratore cristiano, chiamato anche *panegirista dell'elemosina;* fu spedito in esilio dall'imperatrice Eudossia; da lui denunciata pubblicamente di aver usurpata la vigna di una vedova destinata all'ospedale dei poveri da lui amministrato. Protettore e difensore della povera gente, ebbe da loro il conforto di essere difeso contro i potenti che lo perseguitavano. L'assistenza ai malati dava a Giovanni Crisostomo l'opportunità di conoscere i medici e la loro umanità nell'assistere malati terminali (il malato ha una psicologia fragile ed esigente; un nonnulla può deprimerlo). Racconta di un malato alcolista che si struggeva per un sorso di vino. Il medico, comprensivo, fece plasmare un boccale di coccio con creta impastata con vino, lo fece cuocere al forno e, riempitolo d'acqua fresca, serrate le persiane per fare scuro nella stanza, lo porse al malato che, ingannato dall'odore di vino, lo tracannò soddisfatto. Il Crisostomo loda la sensibilità del medico.

San Gerolamo (Lettera LXXVII a Oceano) non finiva di esaltare una certa Fabiola, chiacchieratissima, ma convertita, che aveva edificato a proprie spese un ospedale per i poveri. *"È stata la prima a metter su un ospedale per ospitarvi tutti i malati che trovava per le strade: nasi corrosi, occhiaie vuote, piedi e mani stecchiti, ventri rigonfi, coscie scheletrite, carni putride formicolanti di vermi* [...] *Quante volte, lei in persona s'è portata a spalle malati affetti da lebbra... Li imboccava lei e faceva sorseggiare a quei cadaveri viventi una tazza di brodo* [...]" (Lett. LXXVII).

Agostino d'Ippona, racconta Possidio suo biografo, si recava solo nelle case dov'erano orfani e infermi; nella Regola ai monaci ha tutto un bel capitolo per l'assistenza ai malati; presenta Gesù come il grande medico dell'umanità che non prescrive la ricetta per il farmacista, *ma confeziona la medicina con il proprio sangue,* nell'officina della sua Umanità. *"Venite a me voi tutti affaticati* [...]*; vi ristorerò".*

Si ha un bel sermone sulla Trasfigurazione di Cristo, quando Pietro esclama: *"Come è bello per noi star qui, Signore* [...] *Costruiamo tre tende: una per te, una per Mosè, una per Elia..."* (cfr. Mc. 9, 4; Mt. 17, 4). Interviene il santo Dottore: *"Ma scendi, Pietro... E bello, sì...! Ma non adesso. Scendi, ci sono poveri da assistere, infermi da curare, vangelo da predicare e testimoniare* [...] *Scendi subito; la visione verrà dopo..."*.

Analogo il commento all'episodio di Marta che si affaccenda in cucina a preparare un pranzo

all'Ospite e di sua sorella Maria che si è incantata nel salotto per ascoltare la voce di Gesù. L'episodio ha generato la disputa sul primato della vita contemplativa o di quella attiva. Agostino la risolve con una delle sue caratteristiche sintesi:

– *Caritas Veritatis* (amore per la contemplazione): *Maria;*

– *Necessitas Caritatis* (emergenza di intervento): *Marta.*

Prevale in certi momenti di emergenza l'intervento attivo per i bisogni del prossimo: la miseria, la fame, la malattia. L'intervento che è: *Delectatio Caritatis et Veritatis* (gioia di amare Dio nel prossimo, riconoscerlo e contemplarlo).

In caritate fundati et radicati! Davvero robusta è la radice di questa carità che da duemila anni anima la Chiesa e ha suscitato figure potenti: Camillo de Lellis, Giovanni di Dio, Cottolengo, Orione Guanella, Giovanna Antida. Ai nostri tempi, Padre Pio, Follereau... e mille mille altri, in ogni luogo, nei lebbrosari missionari.

Per non parlare solo del passato, vogliamo parlare del presente, dei vivi? Madre Teresa, e mille mille altre ignorate tra il fuoco delle guerriglie...

Perché il mondo ufficiale questo sembra sappia fare: non-amare, uccidere!

Tutto il bene di cui l'uomo è capace, è dono esclusivo di Dio; al di fuori non c'è che miseria e peccato.

San Paolo dice: "*Non solo l'uomo, ma tutta la creazione geme in attesa del parto...".*

E San Pietro: "*Ci saranno nuovi cieli e una terra nuova...".*

Sant'Agostino, poi, riallacciandosi a Platone che auspica un mezzo sicuro (una *rivelazione divina)* per raggiungere la spiaggia della felicità, gliela indica: *"Affinché ci fosse il mezzo con cui andare, venne di là colui al quale volevamo andare. E che cosa ha fatto? Ha preparato il legno con cui potessimo attraversare il mare. Nessuno può attraversare il mare di questo secolo se non è portato dalla* ***croce di Cristo****..."* (Comm. Gv. Tratt. 2,2).

Gesù una volta chiese: *"Quando il Figlio dell'Uomo tornerà, troverà ancora sulla terra la fede?".*

Forse possiamo rassicurarlo: *"La fede, Signore; chissà? La speranza! Ci attacchiamo alle capacità degli uomini e ci fanno sempre più disperare... Ma la carità no; non sarà venuta meno; perché la carità sei tu vivente e sofferente con noi; tu che ci hai assicurato di star con noi sino alla fine dei secoli...".*

Fides, spes, charitas: tria haec!

Maior autem horum: ***Charitas!*** (1 Cor. 3, 3).

La ***fede*** appartiene all'uomo...
La ***speranza?*** Pure!
La ***carità*** appartiene a Dio.
Non è **biodegradabile**!

P. CARLO CREMONA
Giornalista Vaticanista
della RAI TV Italiana

GOTTFRIED ROTH

Ippocrate nei documenti ecclesiastici e nelle opere teologiche

Questo studio è una panoramica su Ippocrate e le sue idee principali clinico-mediche, filosofico-mediche ed etiche presenti nei documenti ecclesiastici e nelle opere teologiche come continuazione dello studio già fatto su Ippocrate nei documenti papali, già pubblicati[1, 2]. In questo intervento sono state riassunte delle citazioni, che sottolineano l'importanza etica del medico greco, prese dai discorsi ed interventi dei Papi Pio XII, Paolo VI, Giovanni Paolo I e Giovanni Paolo II.

Questa raccolta di citazioni non è una documentazione storico-medica neppure una esercitazione letteraria, ma un riassunto di indicazioni sul carattere etico dei testi greci antichi tramandati e realizzati fino ad ora, nelle quali si possono notare delle corrispondenze a concezioni cristiane.

Nelle grandi epoche della storia occidentale si trovano sempre delle testimonianze sull'influsso delle idee e dell'etica d'Ippocrate.

Nel cristianesimo primitivo le idee principali elleniche hanno ricavato il loro fondamento e carattere cristiano dal fatto che nel preambolo del giuramento di Ippocrate "Apollo soter" fu sostituito da "Christus medicus".

Nella patristica e nella scolastica si poteva tramandare legittimamente la dottrina di Ippocrate in ragione della sua corrispondenza con la concezione del carattere personalistico ed integrale e per l'autorità di "Christus medicus" in forza della quale viene preso l'impegno etico del medico.

Questa tematica può essere trattata solo per punti chiave, per "luoghi" (τοποι) a causa della vastità dell'argomento; infatti gli studi che hanno dato origine a questo intervento, fanno intravedere che forse non si potrà raggiungere una visione completa.

Restano anche numerose *desiderata:* il discernimento dell'autenticità delle idee ippocratiche nelle sue opere oppure nei testi del *Corpus hippocraticum.*

1. Ippocrate nei documenti papali

Tra le opere del Petrus Hispanus, un medico con gradi accademici, poi fra quelle di Papa Giovanni XXI, si trovano due commenti su Ippocrate[3]: *De regimine auctorum* e *Prognostica.*

Nel nostro tempo il Papa Pio XII ha definito nel 1954 il significato etico-medico delle opere ippocratiche con le parole seguenti:

"Le opere di Ippocrate sono senza dubbio l'espressione più nobile di una coscienza professionale, che imponga inanzittutto di rispettare la vita e di sacrificarsi per gli ammalati e prenda in considerazione anche fattori personali: padronanza di sé, dignità, riservatezza. Sapeva presentare le norme morali ed inserirle in un vasto ed armonioso piano di studi, per cui faceva un regalo alla civiltà più magnifico che coloro che conquistarono gli imperi"[4].

Sulla stessa linea il Papa Paolo VI, metteva in guardia i medici considerando il progresso della medicina: "È ovvio che queste nuove questioni non debbano pregiudicare in nessun modo l'ideale medico che fa la medicina in una lunga tradizione di alcuni millenni, tramite il giuramento di Ippocrate, un difensore della vita. Una contaminazione di questo principio cardinale significherebbe un fatale passo indietro, che avrebbe delle consequenze disastrose. Questo voi potete valutare meglio di ognun'altro"[5].

Papa Giovanni Paolo I scrisse con il titolo *Illustrissimi* delle lettere immaginarie a personaggi storici, compreso a Ippocrate, che "fu un contemporaneo di Socrate e come lui un filosofo". Lo chiama "l'autore del famoso giuramento..., di un codice morale di un valore imperituro. I medici giurano in conformità a ciò a prescrivere la terapia adeguata per gli ammalati e di proteggerli da ingiustizie e soprattutto da svantaggi. Promettono solennemente di non interrompere nessuna gravidanza; s'impegnano ad andare solamente in una casa per aiutare gli ammalati, senza accetare delle tangenti. Inoltre giurano di mantenere sacrosanto il segreto professinale". Con questo elenco degli impegni etico-medici Papa Giovanni Paolo I, legittima l'integrazione della deontologia greca antica nel modo di pensare del medico cristiano[6].

Papa Giovanni Paolo II, ha già menzionato nel 1978, in occasione dell'udienza all'Associazione dei Medici Cattolici Italiani, l'etica ippocratica mettendo in guardia di non far uso di medicinali che "contraddicono non solo l'etica cristiana ma ogni etica naturale, e che siano in contraddizione aperta con i doveri professionali espressi nel famoso giuramento del vecchio medico pagano"[7].

Nel suo discorso, tenuto ai membri dell'Assemblea Generale dell'Unione Mondiale dei Medici, sulla manipolazione genetica, che riduce la vita umana ad un oggetto,

il Papa Giovanni Paolo II ammonisce: "Siano fedeli tutti i medici al giuramento di Ippocrate, che prestano in occasione della loro laurea"[8].

Nel 1987 il papa nel suo intervento ai partecipanti alla Conferenza Internazionale sull'"umanizzazione della medicina" esorta al servizio consapevole del proprio dovere per gli uomini: "Siate profondamente convinti di questa verità a causa della lunga tradizione, che risale alle intuizioni di Ippocrate stesso"[9].

Nella nomina dei membri della Pontificia Accademia per la Vita si fa cenno *expressis verbis* a Ippocrate, "proseguendo la tradizione ippocratica"[10]. Il 26 novembre 1994 il Papa Giovanni Paolo II menzionava nuovamente Ippocrate indicando il codice vaticano in cui il giuramento di Ippocrate fu scritto in forma di croce, un simbolo di concezione cristiana della natura umana, della santità ed anche del mistero di vita umana[11].

A causa di una visione diagnostico-differenziale delle vere cause delle malattie furono collegati nel cristianesimo primitivo il naturalismo ellenico ed il personalismo semitico[12] sotto la forza integrante del modello del "Christus medicus" e senza dubbio può essere attribuito al pensiero d'Ippocrate questo sviluppo verso il senso di un'etica responsabile in seguito vi furono delle formulazioni di giuramenti medici con preamboli di carattere monoteista e formule di conclusioni con esplicito riferimento alla istanza trascendente, a Dio, davanti al quale veniva prestato tale giuramento[13].

2. Ippocrate nella Patristica e Scolastica

Per l'epoca della patristica c'è un'abbondanza delle citazioni delle opere autentiche d'Ippocrate e del *Corpus hippocraticum.* Cipriano di Cartagine, Gregorio di Nazianzo, Gregorio di Nissa, e Eusebio di Cesarea sostengono una teoria delle scienze naturali riguardo all'origine delle malattie, che risale a Ippocrate; però ci sono anche delle versioni magiche e demoniache. Eusebio cita ripetutamente Ippocrate in un capitolo sulla teoria delle malattie, in riflessioni riguardo al libero arbitrio, conosce la teoria della dieta; inoltre, il motto: "la natura è il miglior medico". Ribadisce in riferimento ad Ippocrate l'importanza della prognosi e che nella relazione fra corpo e anima quest'ultima ha la priorità[14, 15]. Si ricordino anche i capitoli etico-medici della *Didaché* del primo secolo dopo Cristo: "non devi abortire un bambino e non devi uccidere un neonato"[16].

In Ildegarda di Bingen (1098-1179) la ricerca su quest'argomento fu negativa. Enrico Schipperges scrive: "Ildegarda di Bingen non dà una esplicita teoria a questo riguardo; non ripete il giuramento di Ippocrate e non parla della etica medica. Non troviamo scopi diretti di un carattere della sanità oppure modi concreti per una assistenza al malato, niente su che cosa si potrebbe istruire, niente di dogmatico che potesse creare una teoria dei doveri e della loro categoria. Eppure, le sue opere sono un contributo alla deontologia medioevale, e sono tanto più preziose, in quanto mancano opere simili in questo secolo; oppure non sono spesso presentate in modo serio e quindi non si possono prendere sul serio"[17].

Honorius Augustodunensis (morto dopo 1150) scrive di Ippocrate: *"per medelam corporum deducit ad medelam animarum"*[18]. Le conoscenze su Ippocrate e sul *Corpus hippocraticum* vennero tramite il cristianesimo nestoriano-siriano, che presta con le sue scuole e monasteri lo spazio in cui viene in quel tempo conservata e trasmessa l'opera filosofica e scientifica e più precisamente la linea di Aristotele di questa eredità: non solo Aristotele stesso, ma anche Euclide, Ippocrate, Galeno, Archimede. Le opere filosofiche, matematiche e mediche di questi autori sono state tradotte in primo luogo dal greco in siriaco e poi in lingua araba[19]. Il concetto di *"potentia"* si può attribuire al concetto greco di *"dynamis"* e si trova anche nel *Corpus hippocraticum,* usato anche in attinenza con la malattia[20].

La recentissima elaborazione con computer dell'opera omnia di Tommaso di Aquino dà maggiore perfezione e sicurezza anche alla trattazione del nostro argomento.

Nel commento di Tommaso sulla meteorologia di Aristotele viene nominato Ippocrate alcune volte. Si tratta del significato delle stelle nell'ordine del mondo, di questioni della visione teologica, di principi metafisici, teorie scientifiche, astronomia ed astrologia[21].

3. Medicina pastorale

Un ulteriore campo delle fonti in cui si può trovare Ippocrate nei documenti ecclesiastici e teologiche, sono in manuali della medicina pastorale; esistono infatti relazioni tra il *Corpus ippocraticum* e la teologia per il fatto che le opere ippocratiche non sono solo un provato sistema di cura ma anche a causa dell'immagine umana, alla base della concezione cristiana, considerevoli comunanze delle persone sane e ammalate. Siano anche ricordati i capitoli etico-medici nella *Didaché* e la loro corrispondenza con Ippocrate.

Ippocrate venne citato due volte: sul comportamento dei coniugi durante la gravidanza (cfr. p. 56) ed anche sulle possibilità terapeutiche di usare medicine popolari nel caso dell'epilessia cosa che appare naturalmente nell'odierna comprensione particolarmente discutibile (cfr. p. 192)[22].

Nel 1893, E.W.M. di Olfers nella sua medicina pastorale parlò d'Ippocrate, correndo avanti il suo tempo, definendo l'epilessia nel suo libro *De morbo sacro* come qualsiasi malattia, non più santa delle altre malattie[23]. August Stohr parla ripetutamente d'Ippocrate, in parte contro una medicina "teurga" dei Greci, la quale presenta certe somiglianze con la cura terapeutica dell'anima. Anche della discussione del classico *Sex res non naturales,* Stohr cita Ippocrate per quanto riguarda la dieta e generalmente i costumi di vita[24, 25].

Per la metà del XX secolo si può far il nome di Albert Niedermayer ed indicare numerose citazioni del *Corpus hippocraticum* inanzitutto l'apice etico-medico, il giuramento di Ippocrate, che viene assunto da numerosi autori (come Lichtenthaeler e altri) tra le opere autentiche di Ippocrate.

Da Albert Nidermayer si trovano punti affermativi ed anche pro-

blemi controversi, quest'ultimi soprattutto nel campo ginecologico.

Albert Nidermayer riassume l'importanza di Ippocrate: "... sebbene fosse stato pagano, potrebbe essere ancora oggi, appena due mila anni dopo l'annunzio del Vangelo di Cristo, un esempio anche per presunti medici cristiani"[26]. Anticipando una medicina integrale Albert Nidermayer esprime la sua visione universale e caratterizza il vero medico che unisce nella sua concezione fondamentale gli elementi biologici, antropologici, medico-umani, sociali ed etico-metafisici[27].

Ippocrate, dal 460 fino al 360 a.C., ha lasciato una teoria medica, che connette l'osservazione esatta scientifica e l'esperienza con una etica alta ed umana. Le sue opere e quelle dei suoi studenti sono state riassunte nel voluminoso *Corpus ippocraticum.* In una visione retrospettiva viene dimostrata l'utilità proveniente dal bene compiuto dal medico esercitato in una medicina rimasta fino ad oggi. Questa à stata tramandata in campo cristiano in diversi modi (documenti papali, trattati teologici, testi di medicina pastorale), e può essere documentata da Ippocrate secondo le epoche storiche: è l'impegno per la salute e la consolazione della persona ammalata, indipendentemente dal cambiamento dei periodi del tempo: *"saluti et solatio aegrorum"*.

Dr. Med. GOTTFRIED ROTH
Professore di Medicina Pastorale alla Università di Vienna

[1] GOTTFRIED ROTH, *Hippokrates in päpstlichen Dokumenten.* Acta medica catholika (Belgica) 2 (1995) 101-102.

[2] GOTTFRIED ROTH, *Hippokrates in päpstlichen Dokumenten.* 2. erweiterte Fassung, Mitteilungen der katholischen Ärztegilde Österreichs. 246 (1995) 3-6.

[3] M.A. ALONSO, PEDRO HISPANO, *Sciencia libri de anima,* Barcelona 1961.

[4] PIUS XII, Zur Geschichte der Medizin. Ansprache am 19 Sep. 1954. In PIO XII, *Discorsi ai medici.* S. 349 f., Roma 1959.

[5] PAUL VI, *Das ärztliche Ideal nicht beeinträchtingen.* L'Osservat. Roman (deutsche Ausgabe) 19.1.1973.

[6] PAPST JOHANNES PAUL I, *Illustrissimi,* Padova, 1976.

[7] PAPST JOHANNES PAUL II, *Wort und Weisung im Jahr 1979,* Rom-Kevelaer 1979.

[8] PAPST JOHANNES PAUL II, *Der apostolische Stuhl 1983, S. 1155, Rom-Köln 1983.*

[9] PAPST JOHANNES PAUL II, *Der apostolische Stuhl 1987, S. 1699, Rom-Köln 1987.*

[10] *Pontificia Academia pro Vita,* Roma 1994.

[11] JOHANNES PAUL II, *Discorso del Santo Padre in occasione della Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari e della Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita,* Roma 1994.

[12] PEDRO LAIN ENTRALGO, *Heilkunde in geschichtlicher Entscheidung,* Salzburg 1956.

[13] GOTTFRIED ROTH, *Die monotheistischen Präambeln und Schlußformeln in den ärztlichen Eiden.* Wissennschaft und Glaube 3 (1990) 115-121.

[14] O. TEMKIN, *Hippocrates ub the world of pagans and Christians,* Baltimore and London 1991.

[15] KARL-HEINZ LEVEN, *Medizinisches bei Eusebios von Kaiserea,* Düsseldorf, 1987.

[16] *Didaché,* 1, 6, 2, in fontes christiani. *Didaché,* traditio apostolica, Herder, Freiburg - Basel - Basilea - Wien - Barcelona - Rom - New York, 1991, S. 103.

[17] HILDEGARD VON BINGEN, *Heilkunde,* Salzburg 1957.

[18] CHRISTIAN PROPST, *Der deutsche Orden un sein Medizinalweisen in Preußen,* Bad Godersberg 1969.

[19] JOSEF PIEPER, *Scholastik* S. 141 f. München 1960.

[20] LEO J. ELDERS, *Die Metaphysik des Thomas von Aquin,* I, 124 Salzburg-München 1985.

[21] *S. Thomae aquinatis opera omnia, comentarium in Aristoteles et alios,* Stuttgart - Bad Cannstatt 1980.

[22] FR. X. BRITZGER, *Handbuch der Pastoralmedizin,* Regensburg 1859.

[23] E. W. M. VON OLFERS, *Pastoralmedizin.*

[24] AUGUST STÖHR, *Die Naturwissenschaft auf dem Gebiete der katholischen Moral un Pastoral,* Herder, Freiburg - B 1893 S 141 f.

[25] AUGUST STÖHR, *Handbuch de Pastoralmedizin mit besonderer Berücksichtigung der Hygiene,* Herder, Freiburg - B 1900.

[26] A. NIEDERMEYER, *Compendium der Pastoralmedizin,* Wien 1953.

[27] A. NIEDERMEYER, *Grundriß der Sozialhygiene,* Wien - Bonn 1957 S. 30.

JESÚS ALVAREZ GÓMEZ

L'assistenza ai malati nella storia della Chiesa

1. L'attenzione ai malati appartiene storicamente e costitutivamente alla missione della Chiesa

Quando Gesù affidò ai suoi Apostoli la missione di insegnare la Santa Legge del Signore ad ogni creatura, diede loro il potere di realizzare gli stessi segni con i quali aveva dimostrato che in Lui si erano adempiute le promesse che Dio aveva fatto ad Israele: scacciare i demoni e curare i malati (Lc. 16, 18).

Dalla prima comunità di Gerusalemme ad oggi, la Chiesa ha intrecciato una splendida ghirlanda di amore nei confronti di tutti i deboli, di tutti i poveri; ma sono stati soprattutto i malati a costituire l'oggetto preferenziale del suo amore.

2. L'attenzione ai malati nelle comunità cristiane primitive

I primi cristiani non trovarono attorno a loro nessuna istituzione che offrisse un esempio di come trattare i malati. In Egitto, in Grecia, e a Roma non veniva praticata l'ospitalità nel senso specifico di assistenza ai malati.

Non è facile determinare con esattezza come le comunità cristiane si occupassero dei *malati*, perché questi rientravano nella denominazione generica di *assistenza ai poveri;* ciò nonostante, non mancano osservazioni relative al tema negli scritti liturgici e pastorali dei primi secoli; esiste soprattutto un documento, la *Didascalia*[1], dove si descrive il tenore di vita di una piccola comunità cristiana in cui la burocrazia non aveva fatto ancora la sua apparizione come già accadeva, a metà del secolo III, nelle comunità con un numero di fedeli molto elevato.

Nelle comunità primitive, il responsabile ultimo di tutto era il Vescovo; e la qualità più rilevante che i fedeli esigevano per colui che doveva essere eletto a questa carica, secondo le *Costituzioni apostoliche*, era proprio l'amore per i poveri: che "ami il povero"[2]; e la *Didascalia* avvertiva:

"*Ricordati dei poveri, tendi loro una mano e nutrili*"[3]. In questo compito era aiutato dal diacono, il quale "doveva essere l'orecchio del Vescovo, la sua bocca, il suo cuore e la sua anima"[4]; e, di conseguenza, gli si ordinava di cercare i malati, di studiare ogni caso concreto per vedere a chi prestare maggiore attenzione, di portare loro l'Eucarestia consacrata nell'Assemblea liturgica domenicale, o di soccorrerli materialmente[5]. La *Didascalia* esortava inoltre le diaconesse e le vedove a preoccuparsi in modo particolare delle donne povere e malate[6].

Tale prassi della *Didascalia* è confermata nel secolo V dal *Testamento del Signore*[7], che ordinava che il diacono "cercasse nelle osterie per vedere se trovava qualche malato o povero, o se ci fosse qualche malato abbandonato"[8].

In principio, quando le comunità erano molto ridotte, il Vescovo o il diacono cercavano qualche famiglia cristiana che accogliesse e curasse i malati poveri e soli; ma quando il numero dei malati divenne elevato, come avvenne a Roma nella metà del secolo III, si crearono le prime istituzioni ospedaliere; gli atti del martirio di san Lorenzo dicono che egli creò un asilo-ospedale per curare e proteggere il miglior tesoro che la comunità avesse: i poveri e i malati.

Benché i principali responsabili fossero il Vescovo e il diacono, tuttavia tutti i cristiani dovevano assumersi la responsabilità personale dei poveri e dei malati. Nella *Tradizione Apostolica* di Ippolito di Roma († 235), si chiedeva ai candidati al battesimo:

"*Hanno onorato le vedove? Hanno visitato i malati? Hanno compiuto ogni tipo di opere buone?*" [9]

E il padrino di ogni catecumeno doveva garantire di fronte alla comunità il buon comportamento del suo figlioccio.

3. L'attenzione ai malati dopo la pace costantiniana

A partire dall'anno 313, la Chiesa poté organizzare su una più vasta scala l'assistenza ai poveri ed ai malati; da ogni parte sorsero progressivamente istituzioni che ricevettero diversi nomi, secondo le caratteristiche di coloro che venivano assistiti: *Nosocomi*, per i malati; *Gerontocomi*, per gli anziani; *Xenodochi*, per i pellegrini; *Orfanotrofi*, per i bambini orfani.

Fu la madre dell'imperatore Costantino, Santa Elena, a fondare i primi *ospedali* sotto il segno della Croce e fu proprio Costantino a costruire un ospedale a Costantinopoli; il primo ospedale di pellegrini propriamente detto fu quello di Sebaste (365) che accoglieva anche *malati*, specialmente *lebbrosi*[10].

Durante un periodo di fame a Edessa, Sant'Efrem († 373) destò i ricchi dalla loro indifferenza e, con le donazioni ricevute, creò un *ospedale d'urgenza* con 300 posti

letti, in cui venivano accolti gli indigenti ed i malati della città e della campagna[11]. Verso la fine del IV secolo, la comunità di Antiochia divenne celebre per la sua opera assistenziale; San Giovanni Crisostomo († 407) diceva che nelle liste dei poveri di quella comunità c'erano 3.000 vedove e fanciulle che venivano assistite quotidianamente; a queste bisognava aggiungere "i *malati* ed i *convalescenti* negli *ospedali*[12]...

In Occidente, le prime istituzioni ospedaliere sorsero nella transizione tra il IV ed il V secolo; la terminologia greca con cui li si designava rinvia, senza dubbio, al modello orientale. Verso l'anno 400, la ricca matrona Fabiola creò lungo la riva del Tevere il primo ospedale (*nosocomium*) romano propriamente detto, che era diviso in reparti secondo i diversi tipi di malati; il patrizio Pammachio creò presso la città portuale di Ostia un albergo per pellegrini, e Santa Paola e sua figlia Eustochia edificarono otto ospedali nella stessa Roma[13].

Sant'Agostino costruì a Ippona uno *Xenodochium*; ed egli stesso afferma che istituzioni di questo genere erano già conosciute in Africa prima che questo vocabolo greco diventasse popolare nel mondo latino[14].

4. I monaci e l'assistenza ai malati

Il monachesimo del deserto propriamente detto, tanto anacoretico quanto cenobitico, non sorse con la finalità di prendersi cura specificatamente dei poveri e dei malati; ma i primi eremiti, nonostante le loro modeste possibilità, aprirono il loro cuore ai poveri ed ai malati dei villaggi vicini e in alcune occasioni concrete condivisero i loro scarsi beni con i poveri ed i malati di Alessandria, e sempre con i pellegrini che si fermavano alle loro celle.

Le colonie semianacoretiche di Egitto, Sira e Palestina e, soprattutto, i monasteri pacomiani non tardarono ad organizzare un'attività sociale mendiante la creazione di ospizi per forestieri e di *ospedali* per i propri monaci malati[15].

Fu però San Basilio ad incorporare il monachesimo all'opera caritativa e sociale della Chiesa, come un potente mezzo di evangelizzazione. Questo grande Vescovo di Cesarea di Cappadocia creò una grande Opera sociale[16] che in seguito, in suo onore e memoria, fu chiamata "Basiliade"[17]. Era una vera città innalzata nei dintorni della sua sede episcopale[18], che si meritò gli elogi di San Gregorio Nazianzeno perché il suo grande amico del cuore "aveva imitato il comportamento di Cristo con i malati, in particolare con i lebbrosi"[19].

Praticamente la totalità delle istituzioni create a partire dall'inizio del V secolo per la cura dei malati di Costantinopoli, Siria, Palestina ed Egitto, dipendevano dai monasteri di monaci e monache. L'Imperatore Giustiniano conferì personalità giuridica a questi ospedali, ed egli stesso ne fondò alcuni, che dotò di mezzi abbondanti, affidandoli ai monaci ed alle monache, aiutati da un personale secolare con contratto, e sempre sotto l'attenta vigilanza dei vescovi[20].

Nel Medioevo in Occidente, quando non esisteva nessuna rete di ospedali, alberghi e locande, i monasteri si presero cura dei viaggiatori di ogni sorta: imperatori, re, nobili e perfino semplici vagabondi; il primo posto però fu sempre riservato ai pellegrini malati ed ai malati della campagna[21]; la Regola benedettina ordinava che fossero trattati come se fosse Cristo in persona.

Nei monasteri si insegnava la medicina e si crearono giardini botanici con ogni tipo di piante medicinali; ampi ricettari creati dalla vasta esperienza si unirono ai trattati di medicina che, secondo i cataloghi delle loro biblioteche, erano molto abbondanti; la storia ha conservato i nomi di molti monaci specialisti in medicina[22].

5. Fraternità e Ordini ospedalieri medioevali

Per gli ospedali fondati dai Vescovi, dai Re e dalle Corporazioni, si crearono Fraternità o Congregazioni autonome di *Fratelli* e *Sorelle* che vivevano in comune e che, oltre ai tre voti di castità, povertà ed obbedienza, facevano un quarto voto di assistere i malati. La più celebre fu la fraternità delle Agostiniane dell'*Hotel-Dieu* di Parigi, i cui statuti furono seguiti da quasi tutti gli altri. Soltanto nella Diocesi di Parigi esistevano oltre cinquanta fraternità ospedaliere. Anche le Comunità delle *Beghine* si dedicarono alla cura dei malati, alcune volte a domicilio ed altre volte nei centri ospedalieri della Chiesa.

Il Medioevo conobbe i primi Ordini religiosi ospedalieri propriamente detti, come gli *Ospedalieri dello Spirito Santo* e gli *Ospedalieri di Sant'Antonio*[23].

Anche gli *Ordini Militari* fondarono ospedali, tanto in Terra Santa quanto in Europa, specialmente nella Penisola Iberica, per prendersi cura dei pellegrini che visitavano Santiago de Compostela. Si distinsero per la loro opera a favore dei malati gli *Ospedalieri di San Giovanni di Gerusalemme,* i *Templari,* i *Cavalieri di Santiago* e i *Cavalieri teutonici*[24].

Lo spirito profondamente umanitario e misericordioso degli Ordini Mendicanti si tradusse nella creazione di molteplici opere benefiche a favore dei poveri e dei malati, soprattutto da parte dei loro *Ordini Terziari*.

6. I Grandi Ordini Ospedalieri

I centri ospedalieri furono, durante tutto il Medioevo, luoghi sacri e, come tali, erano collocati sotto l'immediata giurisdizione ecclesiastica; in funzione loro erano gli abbondanti beni con cui erano soliti essere dotati gli ospedali; giunse però un momento in cui proprio questi beni attirarono l'avidità dei secolari ed anche di non pochi chierici. Gli ospedali più prosperi caddero nelle mani di *affidatari* senza scrupoli, che dilapidarono rapidamente i loro beni. In questo modo sparirono molte istituzioni ospedaliere, fino al punto che, alla vigilia del Concilio di Trento, nonostante gli Oratori del Divino Amore avessero creato in Italia un buon numero di Ospedali per malati incurabili, in generale l'assistenza ai malati era quasi in via di sparizione.

Durante il Rinascimento, diverse organizzazioni sociali cominciarono a preoccuparsi dell'attenzione ospedaliera ai poveri; sorsero così numerosi *Ospedali reali, municipali* e *delle corporazioni;* ma que-

sta iniziativa ospedaliera pubblica non si rivelò affatto sufficiente per il crescente numero di poveri e di malati provocati da nuove e crescenti epidemie, e soprattutto dalle continue guerre dell'epoca.

Ancora una volta fu la Chiesa, attraverso i nuovi Ordini e Congregazioni Ospedaliere – Fratelli di San Giovanni di Dio, Ministri dei malati di San Camillo de Lellis, Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli e Santa Luisa di Marillac e molte Congregazioni diocesane – a dare origine ad una moltitudine di istituzioni benefiche ed ospedaliere, orientate in modo particolare verso quei settori dell'emarginazione e della malattia più disattesi dai poteri pubblici.

La prima istituzione ospedaliera psichiatrica propriamente detta fu creata a Valenza (Spagna) nel 1409 dal Venerabile Padre mercedario Juan Gilabert Joffré (1363-18.5.1417)[25].

Un nuovo e vasto campo si aprì per l'azione ospedaliera della Chiesa con la scoperta dell'America. Lo ha sottolineato il Cardinale Fiorenzo Angelini:

"L'attenzione a coloro che soffrono, ai deboli, ai malati, come momento fondamentale ed unitario dell'attività missionaria [...] fu uno degli aspetti della prima evangelizzazione dell'America Latina con la creazione di ospedali e di strutture sanitarie da parte, soprattutto, degli Ordini religiosi"[26].

7. Dalle "Opere di Misericordia" alla "Giustizia sociale"

I governi colti dei secoli XVIII e XIX considerarono umilianti per l'uomo le tradizionali *Opere di misericordia*; per questo confiscarono i beni materiali con cui essa si prendeva cura dei poveri e dei malati; in questo modo, però, non solo non risolsero il problema della povertà e della malattia, bensì lo alimentarono, perché i poveri divennero più poveri, ed i malati meno assistiti.

Tuttavia lo Spirito del Signore Gesù diede vita ad una splendida fioritura di Congregazioni religiose dedite all'attenzione ai malati[27].

La presenza della Chiesa nel mondo ospedaliero moderno non si deve intendere come una semplice *funzione di supplenza* della società civile; i cristiani, che lavorano nelle professioni della salute, mentre esercitano una *professione* svolgono anche una *missione salvifica*, e la loro competenza professionale, oltre ad essere richiesta per la loro professione, è richiesta anche per la loro missione salvifica.

P. JESÚS ALVAREZ GÓMEZ, C.M.F.
Docente di Storia della Chiesa all'Istituto di Vita Religiosa dei Figli del Cuore Immacolato di Maria (Claretiani) in Madrid (Spagna)

[1] La *Didascalia* o *Dottrina cattolica dei Dodici Apostoli e dei santi discepoli del nostro Redentore* risale alla prima metà del secolo III; fu scritta da un vescovo ad una comunità del nord della Siria; si tratta di un manuale di disciplina ecclesiastica, e si occupa in particolare dei malati; l'autore possedeva una grande conoscenza della medicina.

[2] *Costituzioni apostoliche,* II, 50; cfr. SANT'IGNAZIO DI ANTIOCHIA, *Lettera a Policarpo,* 4; GIUSTINO, 51 *Apolog.* 67; HERMAS, *Pastor,* Sim., IX, 27, 2; SANT'IRENEO, *Adv. haeres,* IV, 34.

[3] *Didascalia,* XIV, 3, 2.

[4] *Didascalia,* XI, 44, 4.

[5] GIUSTINO, 1 *Apolog*., 67, 6.

[6] *Didascalia,* XV, 8, 3.

[7] Ispirato alla *Tradizione apostolica* di Ippolito di Roma.

[8] *Testamentum Domini,* II, 34.

[9] *Tradizione apostolica,* 20.

[10] SANT'EPIFANIO, *Adv. haeres.,* 3, 55.

[11] SOZOMENO, Hist. Eccl. 3, 16, 12-25.

[12] SAN GIOVANNI CRISOSTOMO, *In Mat. Hom.,* 66, 3; *Ad Stagyr. cons.* 3, 13; *In Act. Hom.,* 45, 4.

[13] SAN GERONIMO, *Epist. 27, ad Oceanum;* PL 22, 694 e 697; *Epist. 108, ad Eustoquium;* PL 22, 878.

[14] SANT'AGOSTINO, *Sermo 355,* 2*; In Job.* tr., 97, 4.

[15] ALVAREZ GOMEZ, J., *Historia de la Vida Religiosa,* I, Madrid 1987, p. 215-218; cfr. PALADIO, *Historia lausiaca,* 7.

[16] Ep 176, 653; Ep 94; Ep 150, 653.

[17] SOZOMENO, *Storia Ecclesiastica,* VI, 34; PG 67, 1937 a: *"Basiliade, il famosissimo albergo per i poveri, fondato dal Beato Basilio, da cui prese il nome che ha oggi".*

[18] GREGORIO NAZIANZENO, *In laudem Basilii,* PG 36, 577; Ep 143, 593 a, 488 b-c-. "Esci un poco dalla città ed osserva la nuova città"; cfr. GIET S., *Les idées et l'action sociale de Saint Basile,* Paris 1941, p. 421, nota 2.

[19] GREGORIO NAZIANZENO, *In laudem Basilii;* PG 36, 580 c.

[20] *Cod. Just.,* 1, 3, 32 e 34.

[21] ZUNIGA CISNEROS, M., *La Seguridad social y su historia,* Caracas 1963.

[22] BERLIERE U., *L'Ordre monastique des origines au XIIe Siècle,* Abbaye de Maredsous, 1924, p. 119-120.

[23] ALVAREZ GOMEZ, J., *o.c.,* p. 187-190.

[24] RIGALT Y NICOLAS B., *Diccionario historico de las Ordenes de Caballeria,* Barcelona 1858; CRADINI F., *Le crociate tra il mito e la storia,* Roma 1971; ALVAREZ GOMEZ J., *Historia de la Vida Religiosa, II,* Madrid 1989, p. 18 3-186.

[25] TALAMANCO I., *Vida del apostolico padre, el beato Fr. Juan Gilabert, de la real y militar Orden de la Merced,* Madrid 1735; ZAPATER Y UGEDA J., *Biografia e elogio de Fray Juan Gilabert Joffré, fundador del Hospital General de Valencia,* Valencia 1883.

[26] ANGELINI CARD. FIORENZO, *La prima evangelizzazione in America Latina e l'attenzione della Chiesa al mondo dei malati,* Città del Vaticano 1992, p. 22.

[27] LANGLOIS C., *le Catholicisme au féminin? Les congregations françaises à superieure générale au XIXe siècle,* Paris 1984; ALVAREZ GOMEZ J., *La Revolucion francesa y la vida religiosa,* vol. III, Madrid 1990, p. 503-619; CHARRY J., *Le nuove fondazioni di Congregazione dopo la Rivoluzione francese,* "Vita Consacrata", 5 (1985) 600-612; RAPONIN, *Vita Religiosa e carità nei modelli storici dell'800 e del 900,* "Consacrazione e Servizio", 7-8 (1989) 37-46; NASTORG C., *Les religieuses dans le monde de la santé en France, au XIXe siécle,* REPSA, 320 (1980) 275-281.

BONIFACIO HONINGS

La Carta degli Operatori Sanitari. Una sintesi di etica ippocratica e morale cristiana

Ho l'onore piuttosto che l'onere di presentare *La Carta degli Operatori Sanitari.* Pensando al modo migliore di farlo mi è sembrato opportuno, perché più utile, di percorrerla in volo d'uccello. In questa maniera risulta con maggiore chiarezza la preoccupazione che pervade tutto il testo e cioè di aiutare ogni operatore sanitario a compiere il suo servizio alla vita umana dall'inizio fino alla fine naturale. Un servizio pienamente umano e specificamente cristiano. Questa presentazione intende così, ed è molto importante, di cogliere subito come la *Carta* è, praticamente, una sintesi di etica ippocratica e morale cristiana. Per riuscire nell'intento alquanto ambizioso, inizierò con la sottolineatura dell'origine divina di ogni vita umana e della sua finalizzazione allo stesso Dio. Dopo di che descriverò la figura dell'operatore sanitario quale servitore di questa vita e, quindi anche e soprattutto, dell'Autore della medesima. Infine seguirò la traccia dell'esistenza umana: il generare, il vivere, il morire quale riferimento di riflessioni etico-pastorali.

1. Dio: alpha e omega della vita umana

Quando non c'era alcun uomo che lavorasse il suolo e che facesse salire dalla terra l'acqua dei canali e irrigasse tutta la superficie del suolo, "Jahve Dio plasmò l'uomo con la polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita; così l'uomo divenne un essere vivente"[1]. Da questo gesto creatore di Dio, la Chiesa deduce il suo insegnamento che ogni anima spirituale è creata direttamente da Dio ed è immortale, vale a dire, essa non perisce al momento della sua separazione dal corpo nella morte; non solo, ma la Chiesa insegna anche che questa anima si unirà di nuovo al corpo al momento della risurrezione finale. La vita dell'essere umano, di ogni essere umano, non è prodotta dai genitori o da un laboratorio dell'uomo.

La vita umana ha, indiscutibilmente, una origine divina[2]. In questo senso una frase del libro di Giobbe è molto significativa: "Se Egli (il Signore) richiamasse a sé il *suo spirito* e a sé ritirasse il suo *soffio*, ogni carne morirebbe all'istante e l'uomo tornerebbe in polvere"[3].

Non meno significativa è la frase di Ezechiele sulla risurrezione: "Farò entrare in voi il *mio spirito* e rivivrete"[4]. Davvero senza il "soffio vivificatore" di Dio l'uomo cadrebbe semplicemente nel nulla. Ma allora, se Dio anima il corpo cioè le dà la vita, è più che giusto che Lui e solo Lui si attribuisca il diritto inalienabile e inviolabile di disporre della vita di ogni essere umano sin dal suo concepimento fino alla sua morte naturale.

Giovanni Paolo II non esita un istante a proclamare, con una certa solennità, questo diritto divino: "La vita umana è sacra perché, fin dal suo inizio, comporta «l'azione creatrice di Dio» e rimane per sempre in una relazione speciale con il Creatore, suo unico fine. Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente"[5].

Ecco il contenuto centrale della morale cristiana sulla sacralità e la inviolabilità della vita umana, di ogni vita umana, della vita umana di ognuno. Ecco perché Jahvè, quando rivela i suoi dieci comandamenti dell'Alleanza, pone, e ciò merita una particolare attenzione, il comandamento «non uccidere» al cuore della medesima. Dio stesso si fa, non solo, Giudice di ogni violazione del comandamento a difesa della vita, ma anche e soprattutto, Difensore del comandamento posto alle basi dell'intera convivenza sociale[6]. A ragione, dunque, la morale cristiana proclama e difende, da sempre, e continua ancora oggi a proclamare e a difendere il valore incomparabile della vita di ogni persona umana.

Ma anche l'etica ippocratica, espressa nel suo sempre attuale "giuramento", proclama e difende da più di duemilacinquecento anni questo stesso valore di ogni vita umana. Non a caso, individua il Signor cardinale Fiorenzo Angelini, in questa etica permanentemente valida, ben quattro presupposti: "un profondo rispetto della natura in generale; una concezione unitaria ed integrale della vita umana, o meglio, dell'essere umano; un rigoroso rapporto tra etica personale ed etica professionale; una visione massimamente partecipata dell'esercizio dell'arte medica"[7]. Insomma come per l'etica ippocratica così per la morale cristiana, la vita di ogni essere umano è un valore che non si discute, ma si difende e si cura: in una parola si serve. Se questo imperativo vale per tutti, esso vale anzitutto, per gli operatori sanitari. Ecco quanto intende far capire la *Carta* che, ripeto, ho l'onore di presentare a questa grande e onorevole assemblea.

2. La figura degli operatori sanitari

L'attività degli operatori sanitari è l'espressione di un servizio profondamente umano e cristiano, appunto perché non è sola tecnica, ma anche e soprattutto dedizione e amore ad un con-simile, al prossimo. In effetti, nella loro cura della vita altrui, gli operatori sanitari espletano un'opera veramente umana e cristiana di profilassi, di terapia e di riabilitazione della salute umana a tutela della vita. Perciò la primaria ed emblematica modalità di questo prendersi cura consiste nella loro vigile e premurosa presenza accanto agli ammalati[8].

Ecco perché il servizio medico-sanitario denota una relazione interpersonale molto particolare: esso è un incontro tra una fiducia e una coscienza. Si tratta della relazione di *fiducia* da parte di una persona bisognevole di cura perché segnata dalla malattia e, quindi, dalla sofferenza, e di *coscienza* da parte di una persona capace di farsi carico di questo bisogno, mediante un incontro di assistenza, di cura e di guarigione. Per l'operatore sanitario, l'ammalato non è mai o almeno non dovrebbe esserlo, un semplice caro clinico da esaminare "scientificamente", ma è sempre una persona particolarmente bisognosa, appunto perché ammalata, di simpatia e, magari, di empatia, nel senso etimologico delle parole.

"Non basta la perizia scientifica e professionale, occorre la personale partecipazione alle situazioni concrete del singolo paziente", vale a dire, ci vuole: "disponibilità, attenzione, comprensione, condivisione, benevolenza, pazienza, dialogo"[9]. Per una migliore e più precisa comprensione della *Carta* è molto importante notare che questa dedizione totale dell'operatore sanitario a servizio di ogni uomo ammalato trova il suo più vero "oggettivo" fondamento e il suo più esigente "soggettivo", cioè coinvolgente fondamento nella visione integrale del malato stesso.

Scrutati fino in fondo, la malattia e la sofferenza sono, in effetti, fenomeni della vita umana che pongono quesiti che trascendono la scienza e la tecnologia medica, appunto perché riguardano l'essenza assiologica della condizione esistenziale dell'uomo sulla terra.

Da questo punto di vista l'operatore sanitario, se è cristiano cioè seguace del Buon Samaritano, ma anche se non è cristiano, vale a dire, seguace dell'umanissimo "laico" Ippocrate, capirà facilmente che la sua professione è una missione, una vocazione. La sua attività medico-sanitaria è, allora, una risposta a un appello trascendente che prende forma nel volto sofferente e invocante del paziente affidato alle proprie cure. La sua amorevole cura ad un malato, caratterizzata da simpatia ed empatia, diventa un servizio simile a quello, raccontato nella parabola del *Buon Samaritano* e a quello, richiesto dal giuramento del medico ippocratico.

Ecco perché, professione, vocazione e missione si incontrano nella figura di ogni operatore sanitario ed alla luce *della visione cristiana della vita e della salute,* questo "è ministro di quel Dio, che nella Sacra Scrittura è presentato come «amante della vita»"[10]. Servire la vita nell'uomo ammalato diventa, addirittura, servire Dio e collaborare con Dio; anzi, nel gesto di accoglienza amorosa della vita debole e malata, per dargli la salute, diventa dare lode e gloria a Dio[11].

Non fa quindi meraviglia che la Chiesa "ha sempre guardato alla medicina come ad un sostegno importante della propria missione redentrice nei confronti dell'uomo. Infatti, il servizio allo spirito dell'uomo non può attuarsi pienamente, se non ponendosi come servizio alla sua unità psicofisica. La Chiesa sa bene che il male fisico imprigiona lo spirito, così come il male dello spirito asservisce il corpo"[12]. La figura dell'operatore sanitario è, e pertanto dovrebbe sempre più diventare, una immagine viva del Cristo-Buon Samaritano. "Medici, infermieri, altri cooperatori della salute, volontari, precisa Giovanni Paolo II, sono chiamati ad essere l'immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore verso i malati e i sofferenti: testimoni del «vangelo della vita»[13].

3. La fedeltà etico-morale di fronte alla sacralità e inviolabilità della vita

Una professione, missione e vocazione come quella dell'operatore sanitario esige, naturalmente, una solida preparazione e una continua formazione etico-religiosa in materia morale in genere e in materia di bioetica in particolare. In presenza di casi clinici sempre più complessi, resi tali dalle possibilità biotecnologiche, tutti gli operatori sanitari, ma anzitutto e soprattutto i medici, non possono e non devono essere lasciati soli e gravati di responsabilità insostenibili. Tanto più se pensiamo che molte di queste possibilità si trovano ancora in fase sperimentale ed hanno una grande rilevanza socio-sanitaria nell'ambito della salute e della sanità[14]. È certamente in causa la vera *umanizzazione* della scienza e della tecnologia medica, vale a dire, anche nel campo della medicina va costruita "quella civiltà dell'amore e della vita senza la quale l'esistenza delle persone e della società smarrisce il suo significato più autenticamente umano"[15]. Ecco il principale intento della presente *Carta:* garantire la fedeltà etica dell'operatore sanitario perché costruisca, nelle sue scelte e nei suoi comportamenti a servizio della vita, quella civiltà dell'amore e della vita, auspicata dall'Autore della *Evangelium vitae.* Ed è per questo che la *Carta* segue quale riferimento di riflessioni etico-religiose e pastorali la traccia dell'esistenza umana: il generare, il vivere, il morire[16].

3.1. La responsabilità di fronte alla dignità della procreazione umana

La generazione di un nuovo essere umano è, allo stesso tempo, un evento profondamente umano ed altamente religioso, in quanto coinvolge l'amore unitivo dei coniugi quale gesto di collaborazione con Dio Creatore. Da qui risulta già evidente che gli operatori sanitari sono chiamati ad aiutare i coniugi-genitori "a procreare con responsabilità, favorendone le condizioni, rimuovendone le diffi-

coltà e tutelandoli da un tecnicismo invasivo e non degno del procreare umano”[17].

In questo servizio, la morale distingue giustamente tra manipolazione *terapeutica* e manipolazione *alterativa* del patrimonio genetico umano. “Nessuna utilità sociale o scientifica e nessuna motivazione ideologica potranno mai motivare un intervento sul genoma umano che non sia terapeutico, cioè in se stesso finalizzato al naturale sviluppo dell’essere umano”[18].

La ragione di questo “no assoluto” va colta nella dignità stessa della procreazione umana in quanto il nuovo essere umano che nasce dall’unione coniugale “porta con sé una particolare immagine e somiglianza di Dio stesso: *nella biologia della generazione è inscritta la genealogia della persona”*[19]. Il concepimento e la generazione di un nuovo essere umano non sono un prodotto di leggi della biologia, ma un evento di cooperazione coniugale alla continuazione della creazione divina.

A questo punto la *Carta* precisa che la collaborazione procreatrice da parte dei coniugi non è soltanto il criterio della differenza antropologica e morale tra metodi naturali e mezzi artificiali, ma anche il criterio valutativo in materia di procreazione artificiale. “La dignità della persona umana esige che essa venga all’esistenza come dono di Dio e frutto dell’atto coniugale, proprio e specifico dell’amore unitivo e procreativo tra gli sposi, atto che per la sua stessa natura risulta insostituibile”[20]. Ecco perché è più giusto l’appello alla responsabilità degli operatori sanitari di favorire questa concezione umana e cristiana della sessualità, rendendo accessibili ai coniugi, e prima ancora ai giovani, le conoscenze necessarie per un comportamento responsabile e rispettoso della peculiare dignità della sessualità umana, in genere, e dell’atto coniugale in particolare[21]. Gli operatori sanitari dovrebbero, soprattutto, aiutare i coniugi a cogliere la differenza antropologica e morale tra assistenza naturale e sostituzione artificiale in materia di procreazione. Quanto a quest’ultima essi dovrebbero chiarire la illeceità della fertilizzazione in vitro con *embryo trasfer* non solo eterologa ma anche omologa. Ovviamente questo giudizio morale concerne soltanto le modalità della fecondazione e, per nulla, l’essere umano in questione, che va sempre accolto come dono di Dio ed educato con grande amore[22]. Il servizio alla vita degli operatori sanitari inizia, dunque, con favorire questo massimo rispetto per l’originalità del generare umano.

3.2. La responsabilità della salute e del vivere umano

Fin dalla fecondazione ha inizio, sotto la sapiente e amorosa protezione di Dio, quel meraviglioso processo di una nuova vita umana. Agli operatori sanitari e, in particolare, a ginecologi e ostetriche “spetta di vegliare con sollecitudine sul mirabile e misterioso processo della generazione che si compie nel seno materno, allo scopo di seguirne il regolare svolgimento e di favorirne il felice esito con la venuta alla luce della nuova creatura”[23].

Essi devono ricordarsi, anzitutto, la singolare dignità di ogni vita umana: la dignità di persona, creata a immagine e somiglianza di Dio. Gli operatori sanitari devono, soprattutto, tener presente che ogni persona è una unità di corpo ed anima, per cui attraverso il corpo viene raggiunta la persona stessa nella sua realtà concreta. “Ogni intervento sul corpo umano non raggiunge soltanto i tessuti, gli organi e le loro funzioni, ma coinvolge anche a livelli diversi la stessa persona”[24]. Da ciò segue che il corpo, essendo una realtà tipicamente personale perché rivela la persona nella sua relazione con Dio, con gli altri e con il mondo, è fondamento e fonte di esigibilità mora-

le. Non si può disporre del corpo come di un oggetto di appartenenza, come una cosa o uno strumento di cui si è padroni e arbitri. Ecco perché non tutto ciò che è tecnicamente possibile può ritenersi moralmente ammissibile[25].

La finalità intrinseca della professione degli operatori sanitari è l'affermazione del diritto dell'uomo alla sua vita e alla sua dignità. Il loro corrispettivo dovere è, pertanto, quello della tutela profilattica e terapeutica della salute e del miglioramento della vita delle persone. "La malattia e la sofferenza infatti non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale"[26].

Diagnosi, terapia e riabilitazione hanno, perciò, di mira non solo il bene e la salute del corpo, ma il benessere integrale della persona.

A questo punto si pone la questione della impossibilità di guarire il malato. Allora, l'operatore sanitario è sempre tenuto a praticare tutte le cure proporzionate, ma può lecitamente interrompere le cure sproporzionate[27]. Qui è molto importante la questione della umanizzazione del dolore mediante la analgesia e la anestesia. Anche se, per il cristiano il dolore ha un alto significato penitenziale e salvifico, la stessa carità cristiana esige dagli operatori sanitari l'alleviamento della sofferenza fisica[28].

È qui che, in maniera più urgente, entra in questione il diritto fondamentale del malato alla cura pastorale e al sacramento dell'*Unzione degli infermi.* Ogni operatore sanitario è tenuto a creare le condizioni affinché, a chi la chiede, sia espressamente sia implicitamente, venga assicurata l'assistenza religiosa. "L'esperienza, infatti, insegna che l'uomo, bisognoso di assistenza sia preventiva sia terapeutica, svela esigenze che vanno oltre la patologia organica in atto. Dal medico egli non si attende soltanto una cura adeguata – cura che, del resto, prima e dopo finirà fatalmente per rivelarsi insufficiente – ma il sostegno umano di un fratello, che sappia renderlo partecipe di una visione della vita, nella quale trovi senso anche il mistero della sofferenza e della morte. E dove potrebbe essere attinta, se non alla fede, tale pacificante risposta agli interrogativi supremi dell'esistenza?"[29].

3.3. Assistenza fino al compimento naturale

Quando le condizioni di salute si deteriorano in modo irreversibile e letale, ossia quando l'uomo entra nello stadio terminale del suo esistere terreno, gli operatori sanitari sono chiamati a dare una speciale assistenza al morente. "Mai come in prossimità della morte e nella morte stessa occorre celebrare ed esaltare la vita... L'atteggiamento davanti al malato terminale è spesso il banco di prova del senso di giustizia e di carità, della nobiltà d'animo, della responsabilità e della capacità professionale degli operatori sanitari, a cominciare dai medici"[30]. E il momento di sottrarre il morire al fenomeno della medicalizzazione, preoccupata prevalentemente dell'aspetto biofisico della malattia. In questa fase, la prima cura è una presenza amorevole piena di attenzioni e di premure, che infondono fiducia e speranza perché al rifiuto della morte subentri la sua accettazione. Impotenti davanti al mistero della morte, la fede cristiana è l'unica sorgente di serenità e di pace. Perciò, la testimonianza di fede e di speranza in Cristo dello stesso operatore sanitario ha un ruolo determinante. Realizzare una presenza di fede e di speranza è per i medici e infermieri la più alta forma di umanizzazione e di cristianizzazione del morire. Nel malato terminale, il diritto alla vita diventa un diritto a morire in tutta serenità e con la massima dignità umana e cristiana. Questo diritto esclude ogni forma di accani-

mento terapeutico e, ancora di più, ogni ricorso a porre fine alla vita[31]. "L'eutanasia *sconvolge il rapporto medico-paziente*. Da parte del paziente, perché questi si rapporta al medico come a colui che può assicurargli la morte. Da parte del medico, perché egli non è più assoluto garante della vita: da lui l'ammalato deve temere la morte. Il rapporto medico-paziente è una relazione fiduciale di vita e tale deve restare. L'eutanasia è «un crimine» cui gli operatori sanitari, garanti sempre e solo della vita, non possono cooperare in alcun modo"[32]. Lo stesso vale per l'aborto, anche se il caso della salute della madre, dell'aggravio di un figlio in più, di una grave malformazione fetale, di una gravidanza originata da violenza sessuale implicano beni molto importanti. Infatti, la vita è un bene talmente primario e così fondamentale perché possa essere posta a confronto, di parità o addirittura di inferiorità, con certi inconvenienti anche gravissimi[33]. A questo punto la sintesi dell'etica ippocratica e morale cristiana è incontestabile: tanto l'etica ippocratica quanto la morale cristiana delegittimano ogni forma di aborto diretto e di eutanasia diretta sia essa attiva o passiva, perché si tratta di un'atto soppressivo della vita prenatale e di un'atto omicida che nessun fine può legittimare[34].

Da qui risulta la diversità del diritto a morire con dignità umana e cristiana. "Questo è un diritto reale e legittimo, che il personale sanitario è chiamato a salvaguardare. curando il morente e accettando il naturale compimento della vita. C'è radicale differenza tra «dare la morte» e «consentire il morire»: il primo è atto soppressivo della vita, il secondo è accettarla fino alla morte"[35].

Proprio in questa accettazione della fine della vita terrena, ogni fedele servitore della vita vigila su questo compiersi della volontà di Dio. Egli non si ritiene, per nessuna ragione, arbitro della morte, come e perché non si ritiene, per nessun fine, arbitro della vita di alcuno[36]. Anzi, è allora più che mai consolante per il morente che l'operatore sanitario testimonia che la piena partecipazione alla vita divina è il fine a cui l'uomo che vive in questo mondo è orientato e chiamato. E allora più che mai confortante far sperimentare al malato terminale la presenza sacramentale di Cristo, "Verbo della vita" mediante l'*Unzione degli Infermi*. "Tutto l'uomo ne riceve aiuto per la sua salvezza, si sente rinfrancato dalla fiducia in Dio e ottiene forze nuove contro le tentazioni del maligno e l'ansietà della morte"[37]. Lo stesso, e ancora di più, vale per l'incontro eucaristico come Viatico del corpo e del sangue di Cristo; secondo le parole stesse di Cristo esso munisce del pegno della risurrezione: "Chi mangia la mia carte e beve il mio sangue ha la vita eterna, e io lo risusciterò nell'ultimo giorno".

Conclusione

Spero di aver dimostrato quanto scrive, nella prefazione, il nostro presidente, il Signor Cardinale Fiorenzo Angelini, che nessuno dei complessi problemi, posti dall'indissociabile rapporto esistente tra medicina e morale, può attualmente considerarsi terreno neutro nei confronti dell'etica ippocratica e della morale cristiana. Per questo la *Carta degli Operatori Sanitari* ha rigorosamente rispettato l'esigenza di offrire una sintesi organica ed esauriente della Chiesa, a partire da Pio XII, su tutto quanto attiene all'affermazione, in campo sanitario, del valore primario e fondamentale della vita di ciascun essere umano dal suo concepimento fino alla sua morte naturale[38].

Concludo, di proposito, con una particolare attenzione al progresso e alla diffusione della medicina e chirurgia dei trapianti che consentono la cura e la guarigione di molti malati fino a poco tempo soltanto terminali. Si tratta di una sfida ad amare, in maniera del tutto nuova, il prossimo per mezzo della donazione di organi perché questo possa continuare a vivere. Il prelievo degli organi nei trapianti omoplastici può avvenire, naturalmente entro i limiti posti dalla stessa natura umana, da donatore vivo o cadavere[39]. Nel primo caso il prelievo è legittimo a condizione che si tratti di organi il cui espianto non implica una grave e irreparabile menomazione per il donatore. Nel secondo caso è sempre da rispettare il cadavere come cadavere umano, anche se non ha più la dignità di soggetto e il valore di fine di una persona vivente. L'atto medico del trapianto rende, dunque, possibile l'atto di oblazione del donatore quale dono sincero di sé che esprime così la sua essenziale chiamata umana e cristiana all'amore e alla comunione[40].

Qui è paradigmatica l'intenzione di tutta la *Carta degli Operatori Sanitari* sul servizio alla vita, vale a dire, rispondere all'appello di *Cristo*: "Vade et fac similiter".

P. BONIFACIO HONINGS, O.C.D.
Membro della Pontificia Accademia per la Vita
Consultore della Congregazione per la Dottrina della Fede e del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari

[1] *Genesis* 2, 7; cfr. ibidem, 2, 5-6
[2] *Catechismo della Chiesa Cattolica,* 366.
[3] *Giobbe,* 34, 14-15.
[4] *Ezechiele,* 37, 14.
[5] GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae,* 53; in seguito citerò, EV.
[6] Cfr. *Ibidem.*
[7] FIORENZO ANGELINI, *Quel soffio sulla creta,* Roma 1990, p. 377-378.
[8] Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari,* Città del Vaticano 1995, Quarta edizione, n. 1; in seguito citerò, *Carta.*
[9] *Carta,* 2.
[10] *Sap.* 11, 26.
[11] Cfr. *Carta,* 4.
[12] *Carta,* 5.
[13] Citato in *Carta,* 5.
[14] Cfr. *Carta,* 8.
[15] *EV,* 27, citato in *Carta,* 9.
[16] Cfr. *Carta,* 10.
[17] *Carta,* 11.
[18] GIOVANNI PAOLO II, *All'Unione Giuristi Cattolici Italiani,* 5 dic. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) 1295, citato in *Carta,* 13.
[19] *Carta,* 15.
[20] *Carta,* 22.
[21] Cfr. *Carta,* 20-23.
[22] Cfr. *Carta,* 24-30.
[23] *Carta,* 36.
[24] *Carta,* 40.
[25] Cfr. *Carta,* 44.
[26] *Carta,* 53.
[27] Cfr. *Carta,* 64-65.
[28] Cfr. *Carta,* 68-71.
[29] GIOVANNI PAOLO II, *Al Congresso Mondiale Cattolici,* 3 ottobre 1982, in *Insegnamenti* V/3, 1982, p. 675, n. 6, citato nella *Carta,* nota 212.
[30] *Carta,* 115.
[31] Cfr. *Carta,* 119; 147-148.
[32] *Carta,* 150.
[33] Cfr. *Carta,* 141.
[34] Cfr. *Carta,* 139; 147.
[35] *Carta,* 148.
[36] Cfr. *Carta,* 114.
[37] *Carta,* 111.
[38] Cfr. *Carta,* p. 5.
[39] Cfr. *Carta,* 83.
[40] Cfr. *Carta,* 86-91.

JOHN O'CONNOR

Guarire le ferite: I "Rachel Groups"

Permettetemi di iniziare leggendo due lettere. La prima è indirizzata al sacerdote che dirige il nostro movimento arcidiocesano *Project Rachel*; la seconda è indirizzata a me.

"Ho desiderato scriverle sin dall'incontro che ho avuto con lei nel dicembre scorso. Un amico mi ha parlato del *Project Rachel* [...]; questo amico è molto impegnato nel movimento anti-abortista, dove presta servizio.

Con questa mia lettera desidero dirle "grazie". Non so perché sia così difficile esprimere il profondo effetto che l'incontro ha avuto su di me. Le parole non mi sembrano adatte ad esprimere la mia gratitudine. Ho combattuto a lungo con le conseguenze del mio aborto. I tentativi fino ad allora compiuti per mettermi l'animo in pace non avevano avuto successo. Ciò che questa volta era diverso era l'assoluta e completa presa di coscienza del bambino ucciso. Egli non era più solamente "un pezzetto di tessuto" o "una sacca di sangue" che aveva cessato di esistere. Molto del dolore che ho provato negli anni è stato per questo essere umano non nato, rifiutato e rinnegato. Così quando lei ha detto "Puoi dare un nome al tuo bambino", qualcosa in me è cambiato. Non dimenticherò mai quelle parole, perché egli dopo è diventato un bambino, recuperato dal secchio della spazzatura nel quale era stato tanto brutalmente gettato. Grazie per averlo riconosciuto, per avermi aiutato a ritrovarlo, per avergli restituito la dignità che io gli avevo negata. Ora posso essere un po' più tranquilla con me stessa, sapendo che egli è stato innalzato dagli abissi fino ad essere posto amorosamente nelle mani di Dio. Gli ho messo nome Matteo Giuseppe. Spero che lei pregherà per lui.

Ho ancora un ringraziamento da farle. Grazie per aver rappresentato Gesù Cristo così bene presso di me".

Ecco la seconda:

"Ho appena frequentato il servizio *At Peace with the Unborn* (In pace con il non-nato), che si è tenuto presso la nostra chiesa. È incredibile quale senso di pace vi sia ora nel mio cuore. L'angoscia e il sentimento di oppressione che mi hanno accompagnato per molti anni sono svaniti. È stato un servizio bellissimo e pieno di significato!

Prego affinché questo servizio possa essere alla portata di tutte le donne che ne hanno bisogno. Grazie per avercelo offerto.

La saluto distintamente.

Una cattolica ritornata a casa".

Questo è un resoconto sincero e non drammatico di uno sforzo compiuto per rispondere alle molteplici tragedie che sono la conseguenza di un aborto. L'orrore dell'aborto stesso va oltre il "dramma".

Attualmente, negli Stati Uniti, dalla infame norma della Corte Suprema *Roe v. Wade*, del 1973, ogni anno vengono eliminati circa 1.500.000 bambini non nati. La stima totale dal 1973 è di oltre 30.000.000 di bambini. La potenza distruttiva di ogni singolo aborto non permette il calcolo in termini di vite dello stragrande numero di madri, padri, fratelli, abortisti e loro assistenti coinvolti. Soltanto il bambino muore. La madre e gli altri spesso vivono o cercano di vivere dibattendosi tra sensi di colpa, tormenti, modelli normali di comportamento trasformati nel loro contrario. Alcuni, credendosi esclusi per sempre dalla redenzione, entrano in un circolo vizioso fatto di promiscuità, gravidanze, aborti, e abbandonano la fede; se sono cattolici, non vanno a Messa e non ricevono i Sacramenti, credendosi indegni del perdono che è stato dato loro nel confessionale.

Riconoscendo che molti aborti sono il risultato di paura, povertà, o incapacità di trovare aiuto, il 15 ottobre del 1984, nell'Arcidiocesi di New York, ho annunciato che ogni donna di qualsiasi razza o religione, proveniente da ogni paese, trovandosi in attesa di un bambino ed in stato di bisogno, poteva venire da me: le avremmo assicurato cure mediche gratuite, ospedalizzazione e assistenza legale, oltre a consigliarla o aiutarla a tenere il bambino o a permettere che venisse adottato. Ho ripetuto quest'offerta molte volte. Migliaia di donne hanno risposto; i loro bambini sono stati salvati, le loro stesse vite sono rimaste relativamente integre.

Ma questo sforzo per prevenire gli aborti ovviamente non è retroattivo. Per coloro che hanno già sofferto a causa di un aborto noi offriamo il *Project Rachel*, nome preso dal testo del Vangelo "Rachele piange i suoi figli e non vuole essere consolata, perché non sono più" (Mt. 2, 18). Essi hanno un profondo bisogno di cure.

Il *Project Rachel* è un ministero dell'Ufficio Arcidiocesano per la Famiglia ed il Rispetto della Vita. Sacerdoti, psichiatri e psicologi formati all'uopo forniscono con-

sigli di tipo individuale, spirituale e psicologico, così come una riconciliazione sacramentale per le donne (spose ed amiche) che hanno sofferto il dramma dell'aborto.

Ogni caso è diverso dall'altro; a volte i sacerdoti ed i consulenti professionali lavorano in tandem, talvolta individualmente. Le persone vengono inviate al centro dai sacerdoti delle parrocchie, dai sacerdoti che si occupano dei giovani, dai presidi e dai consulenti delle scuole superiori, dai cappellani nelle università.

L'ufficio del *Project Rachel* riceve una media di 4-6 persone a settimana (circa 250 all'anno). In ogni caso la donna viene assegnata ad un sacerdote o ad un consulente professionale per essere assistita individualmente.

Da quando il *Project Rachel* opera in molte diocesi degli Stati Uniti, migliaia e migliaia di donne, e spesso anche coloro che sono responsabili delle loro gravidanze e dei loro aborti, hanno trovato la pace – molte volte quel tipo di pace spirituale che non hanno mai conosciuto prima. Inoltre, quasi certamente è escluso che esse vi ricadranno in futuro.

Il *Project Rachel* è stato portato ad un altro livello tramite un progetto che è stato sviluppato recentemente e che dà un'effettiva gratificazione, il progetto chiamato *At Peace With the Unborn* (In pace con il non-nato).

At Peace With the Unborn è un programma elaborato dall'Ufficio Arcidiocesano per la Famiglia e il Rispetto della Vita, che offre servizi di preghiera e di riconciliazione a livello regionale e comunale, per coloro che hanno sofferto il dramma di un aborto. Spesso le madri sono accompagnate dai mariti, dai genitori e dagli amici, che sentono di avere un "ruolo" nell'aborto.

Nel contesto delle Sacre Scritture, della preghiera, della testimonianza personale e della confessione sacramentale, le persone fanno l'esperienza della guarigione psicologica e spirituale con Dio, con la Chiesa e con sé stessi. Questo programma ha dimostrato di essere una testimonianza reale del potere di guarigione di Cristo, e serve anche come fonte di evangelizzazione per coloro che hanno lasciato la Chiesa dopo l'aborto.

Ogni anno vengono portati avanti dieci programmi regionali di riconciliazione. Circa 500 donne all'anno hanno già usufruito di questo programma che, da quando ha avuto inizio, nel 1989 (le cifre registrate sono rimaste costanti), è servito a circa 3.500 donne.

Una dimensione speciale di *At Peace With the Unborn* è il fatto che questo programma di orientamento spirituale, ha attirato un numero significativo di donne che non hanno fatto l'esperienza dell'aborto, ma che hanno provato un aborto naturale. Molti di noi hanno appreso che un gran numero di donne hanno portato per molti anni le cicatrici spirituali ed emotive di un aborto. Non è insolito che queste donne credano che un aborto sia una punizione di Dio per un peccato commesso nel passato. Il loro senso di colpa è spesso insopportabile, non solo a causa del peccato commesso o per quello immaginato, ma perché adesso credono di essere "responsabili" per la morte di un bambino, anche se hanno desiderato disperatamente che il bambino vivesse e nascesse sano.

Non posso fare a meno di fare riferimento, prima di concludere, ad una comunità religiosa di donne fondata di recente, le *Sisters of Life* (Sorelle della Vita), come nostro ulteriore strumento per aiutare le donne che hanno sofferto a

causa dell'aborto a mettere insieme i pezzi della propria esistenza. Sin dal suo inizio, il carisma di questa comunità è l'inviolabilità della vita umana. Esse prendono i voti di povertà, castità ed obbedienza con in più un quarto voto, quello di dedicarsi al mantenimento e all'accrescimento della vita umana, e in modo particolare ai bambini non nati e alle loro madri. Esse hanno una vita contemplativa e apostolica, che passano metà nella preghiera e l'altra metà nel lavoro, come prolungamento della preghiera.

Le *Sisters of Life* si stanno già occupando, anche se in piccola parte, delle donne in stato di gravidanza, ma il nostro obiettivo è quello di aprire un centro di accoglienza più grande per le donne in stato interessante che sono tentate di abortire e per le donne che hanno già sofferto per la tragedia di uno o più aborti. Esse possono rimanere nel centro di accoglienza in un'atmosfera di preghiera e di amore, fino alla nascita del bambino o, nel caso di coloro che hanno sofferto un aborto, fino a quando non si trovino nuovamente in grado di poter affrontare il mondo esterno.

Le *Sisters of Life* in questo modo consolidano sia il *Project Rachel* sia il programma *At Peace with the Unborn*, incorporandoli entrambi nella propria vita fatta di preghiera e di amore.

Non posso non sottolineare il fatto che, per quanto utili possano essere questi consigli e questi sostegni, siano essi di tipo medico, psichiatrico, psicologico o terapeutico (ed in quanto abilitato in Clinica Psicologica posso valutare questi sforzi), le ferite spirituali di un aborto incidono profondamente. Descritti in una breve relazione come può essere questa, i programmi di sostegno per la prevenzione dell'aborto e per il periodo che segue un aborto sembrano piuttosto sforzi organizzati meccanicamente e programmaticamente per la ricostruzione sociale.

Il problema di ogni aborto è che agisce profondamente e inevitabilmente su un'unica persona, che non rientra in uno schema o in una categoria.

Se essa ha mai avuto una scintilla di fede, di convinzione religiosa, di educazione morale, si sente schiacciata dal senso di colpa, una colpa che può essere spinta nelle profondità dell'inconscio da una forza qualsiasi, ma che diventa così un cancro dell'anima.

La madre che ha dato la morte al proprio figliolo, per un motivo qualsiasi o perché disorientata e sottoposta a pressione, ha un forte bisogno di essere convinta, più di ogni altro al mondo, che è stata perdonata, non da un consulente o da sé stessa, ma da Dio. Queste madri devono credere che Dio *le ama*, malgrado, o in un senso profondamente misterioso, anche *a causa* della loro debolezza. Esse devono vedersi assieme a Maria ai piedi della Croce, unendo la crocifissione del proprio figlio con quella del Figlio di Maria. Esse devono sapere che avendo condiviso questa crocifissione, condividono il Suo perdono, ed è di ognuna di *loro* che Egli parla quando grida al Padre: "Padre, perdonali perché non sanno ciò che fanno". Esse devono sapere che è ad ognuna di *loro* che Egli ha promesso dalla Croce: "Oggi stesso tu sarai con me in Paradiso".

È questa la speranza, l'obiettivo luminoso, la preghiera ardente del *Project Rachel*.

Card. JOHN O'CONNOR
Arcivescovo di New York
Membro del Pontificio Consiglio
per la Pastorale degli Operatori Sanitari

JEAN-MARIE MEYER

Il carattere sacro della vita nella filosofia pagana

Prima di dire in cosa consiste il carattere sacro della vita nella filosofia pagana, permettetemi di delimitare con precisione il campo del mio intervento. *"De nominibus non curat Sapiens"* si usava dire qui a Roma, alcuni secoli fa. Un filosofo come me non gode oggi, a Roma, di una tale prerogativa. È essenziale infatti capirsi su quel che cerchiamo.

1. Il sacro: religione e filosofia

La vita, l'amore e la morte sono sempre stati considerati dalle religioni del mondo come il rapporto dell'uomo – l'*homo religiosus* – con ciò che è al di sopra di lui. Questi tre aspetti fondamentali dell'esistenza non sono mai stati intesi come puramente profani. Negli ultimi cento anni, l'antropologia religiosa ha mostrato – oltre ogni possibile dubbio – che fin dagli albori dell'umanità, nei riti funerari, vita e morte sono intese, vissute o celebrate dalla comunità degli uomini come l'occasione per entrare in contatto con Dio o con gli dèi, contatto che trasfigura le realtà umane conferendo loro qualcosa di divino, di sacro.

Dal punto di vista delle religioni naturali, parlare del carattere sacro della vita non ha nulla di problematico. È l'enunciato di un fatto. Tutto si complica quando entra in scena la filosofia.

Voi conoscete come me il destino di questa strana disciplina praticata anzitutto dai Greci e che deve la sua sopravvivenza nel mondo moderno ai Romani ed agli Arabi.

Su questo programma filosofico l'inimitabile Virgilio ha detto l'essenziale: si tratta in effetti di *"rerum cognoscere causas"*. Quanto agli Arabi, è grazie ai loro traduttori che ci sono pervenute la maggior parte delle opere filosofiche greche.

Cosa ci hanno mostrato ed insegnato queste filosofie? Anzitutto che, tranne che per la rivelazione – parlo in effetti di filosofia pagana – gli uomini sono dei dilettanti nel campo della saggezza – dei filosofi precisamente – e non dei saggi. Su questo punto la Grecia si stacca dal resto del mondo. La Cina e l'India, ad esempio, possiedono delle saggezze – d'altronde molto profonde – ma non rappresentano una filosofia propriamente detta. Il famoso *"rerum cognoscere causas"* di cui parlava Virgilio, designa effettivamente l'oggetto proprio del filosofo. A questo scopo il filosofo deve prendere le distanze dal mito, accettare i limiti dell'intelligenza di fronte all'essere delle cose e dire a se stesso – secondo quanto detta l'esperienza – come l'uomo entra progressivamente nella verità.

Questo cammino porta la filosofia a collocarsi tra ciò che chiamiamo scienza e religione. Come la prima, la filosofia vuole essere richiesta oggettiva e metodica e, come la seconda, vuole sondare il mistero dell'uomo, far risalire dall'abisso alcuni bagliori intelligibili, rispettosa della società degli uomini ma convinta che gli dèi della Città non possono inaridire il senso religioso della Natura. Non è dunque un caso se i filosofi pagani si siano trovati a volte esposti all'ostilità dei loro cittadini. Sacrate non era né ateo né irreligioso. Egli intendeva soltanto mostrare agli ateniesi che il filosofo rende servizio alla Città con il dono della propria vita al servizio della verità. Certo la voce correva: il filosofo non riverisce come si deve né il divino del cosmo né gli dèi di casa nostra. Di fatto per Socrate l'essenziale non era più nelle stelle. Era nel cuore delle persone – nelle loro decisioni libere – che si giocava il senso ultimo dell'esistenza e che doveva rivelare quel che c'è di sacro nella vita: l'alleanza dell'uomo con la Giustizia trascendente.

Ecco ora il punto di disaccordo – o in ogni caso la differenza – tra le religioni naturali e la filosofia greca: quest'ultima intendeva pensare all'originalità della persona umana. Era dunque necessario distinguerla dal Cosmo, ma allora il carattere sacro della vita doveva esso stesso essere riscoperto in un'altra prospettiva, quella che dobbiamo ora esaminare.

2. Il sacro e l'irriducibile nell'uomo

Propongo la seguente tesi: la fi-

losofia pagana – in questo caso quella di Aristotele – riscopre il sacro in *due* diverse direzioni, entrambe che rispettano e mettono in luce il rapporto dell'uomo con ciò che lo supera.

a) È anzitutto verso l'*origine* che l'uomo è ricondotto e che il sacro si presenta. Aristotele, in effetti, così attento a comprendere l'animalità dell'uomo ed a situarlo nel cosmo, indica in una pagina famosa del trattato sulla *Generazione degli animali*, che nell'embrione soltanto l'intelletto viene *"dal di fuori"* e che solo di conseguenza è *divino* in senso stretto. La sua attività non è in effetti quella del corpo. Benché l'*anima* sia una realtà naturale e dunque intrinseca all'essere vivente, l'*intelletto* non viene dal di dentro ma dal di fuori dell'uomo. La conseguenza è immensa: ciò che costituisce l'originalità e l'unità degli uomini è irriducibile alla natura. Nel cuore stesso del suo essere si trova di più e meglio che non soltanto qualcosa di biologico. L'intelletto colloca dunque l'uomo ai confini del materiale e dello spirituale e se la filosofia deve restare sobria per quanto riguarda l'origine di questo intelletto, il filosofo deve costantemente riattivare lo stupore di fronte all'uomo. Di fatto l'uomo non può definirsi attraverso l'adattamento alla natura poiché fin dalle origini egli è traversato da una capacità che inscrive in lui un destino più alto. L'uomo è al contempo nella natura e al di sopra di essa. La sua condizione non è dunque facile: il cielo stellato, per splendido che sia, non gli basta e se i saggi cercano Dio osservando il cielo è per un ritorno agli spazi infiniti dell'anima umana che il filosofo riscopre il *sacro.*

Non basta dunque fare dell'uomo un piccolo mondo (microcosmo) ben assestato rispetto al grande (macrocosmo).

Se il corpo umano è sensibile, esso possiede la sensibilità ad un grado che nessun animale possiede. Più di ogni altro egli può sentire, essere colpito, in una parola soffrire. Questa è d'altronde la grande prospettiva della tragedia greca: la conoscenza è data dall'esperienza della vita e la vulnerabilità del nostro corpo è la condizione di ogni progresso spirituale. Eschilo aveva nella mente una tale percezione quando riassumeva in una frase la grande saggezza tragica: è soffrendo che si apprende!

Su un altro piano, Aristotele interpreta l'esistenza della mano come la traduzione, l'iscrizione nella carne della potenza dell'intelletto. Se l'uomo ha delle mani – questi strumenti universali – è perché pensa, cioè supera le sue sensazioni. Di conseguenza, l'intelletto viene dall'esterno della natura, governa la materia e permette al corpo di partecipare a suo modo al potere dello spirito. L'enigma è dunque collocato nel più profondo nell'uomo e si irradia fino al suo viso e nelle sue mani.

In totale, ciò che mi fa essere quel che sono viene da qualcosa più in alto di me e il segreto del mio essere trascende la natura.

b) Erede di una civilizzazione eroica, Aristotele sviluppa nella sua etica una concezione profonda e bella dell'atto umano. Un paradosso attraversa secondo lui tutta la nostra vita: l'essere mortale che siamo può nel suo agire fare qualcosa di definitivo ed aspirare all'immortalità.

Certo i Greci conoscevano e praticavano l'immortalità dell'eroe. In lui ognuno riconosceva l'immagine compiuta del buon cittadino. Tuttavia i filosofi – Platone ed Aristotele – vogliono di più e meglio. Si tratta per loro di scoprire "la virtù propria *dell'uomo* e del cittadino *(Apologia di Socrate).* Bisogna anche diventare immortali" *(Etica di Nicomaque*, libro X). Cosa significa? Forse che ogni uomo

andando in fondo a se stesso scopre la verità sull'uomo. Anche qui non basta adattarsi per riuscire. Per questo Pericle non è il prodotto di una città ma un modello allo stesso tempo unico ed universale d'uomo politico. Avendo amato e servito la sua Città egli ha fatto vedere in modo definitivo e universale la verità dell'uomo impegnato nella Città.

Ma allora questo esempio di politica si unisce a una lezione di etica e di metafisica poiché ciò che avviene nella vita umana supera sia la città sia il piano biologico. Nell'atto che impegna veramente la persona, risuona, al di là del tempo, l'accordo tra l'adesso e il sempre e questo accordo ha qualcosa di sacro.

Tutto sommato, il sacro della vita ci è apparso sotto un duplice aspetto. Come l'*origine* da cui emerge l'intelletto che interroga il mondo. Come la *compiutezza* dell'uomo quando la vita individuale acquisisce in pienezza il suo valore definitivo.

Non credo d'altronde che esistano nella filosofia pagana dei testi che lo manifestino totalmente con le sole risorse del concetto. Per questo, per approfondire e precisare questo punto lascerò la parola a voci diverse da quelle dei filosofi solitamente riconosciuti come tali.

3. Il Messaggio di Antigone: il sacro della vita

Il grande Sofocle ci ha proposto nel suo Antigone qualcosa di più di un messaggio, una vibrante meditazione – un *grido* – sui luoghi sacri che, oltre la morte, uniscono tra di loro tutti gli uomini. Polinice, il fratello morto nel combattimento contro la Città, si vede rifiutare da Creonte i riti funebri. Antigone soltanto non accetta di piegarsi ai decreti del signore di Tebe e compie i riti in piena coscienza. Per aver osato disobbedire, ella stessa sarà condannata ad essere murata *viva.*

Siamo, l'avrete compreso, nel cuore del nostro tema. Il suo gesto ha qualcosa di *sacro,* e Antigone attraverso la sua strana morte, ci parla della vita. Al fine di precisare tutto questo, mi accontenterò di mettere in luce alcuni aspetti del-

l'ammirevole tragedia di Sofocle. Anzitutto, l'eroina è una donna e questo non può non sorprendere se ci si rammenta del modesto ruolo delle donne nella Città antica. Certo le spose partecipavano ai riti familiari in compagnia del loro sposo. Tuttavia, fuori le mura della loro casa, e in modo particolare in Grecia, la donna aveva politicamente minore importanza. Ciò mette dunque più in risalto l'inaudita forza d'animo di Antigone che svolge il suo servizio religioso costi quel che costi e non vi si sottrae per ragioni di convenienza sociale. Mi sembra tuttavia che bisogna andare più lontano nell'analisi.

Il gesto di Antigone sembrerebbe, a prima vista, rimettere in causa l'ordine sociale tebano. Al tempo stesso viene posto un nuovo problema: quale concezione si è fatta Antigone del sacro per sfidare così il divieto sociale? La Città Antica non è indissociabilmente un'associazione politica e religiosa? Compromettere la prima non corrisponde a rendere gravemente fragile la seconda?

Antigone prende posizione con una incomparabile chiarezza. Certo i riti hanno un significato sociale e partecipano da parte loro a tessere i legami tra i vivi ed i morti. Rivestono dunque per l'epoca di Antigone un evidente significato politico. Ma proprio per questa ragione è necessario collegarli alla Giustizia o, per riprendere l'ammirevole espressione del coro, il proprio dell'uomo sarà quello di *"aggiungere* le leggi della terra alla *Giustizia eterna"*. È dunque secondo il metro della Giustizia che bisogna giudicare il rito senza il quale lui stesso diviene un decreto arbitrario, come quelli di Creonte. Senza la Giustizia la religione non è che un insieme di riti senza anima e senza portata. Ma una simile religione non permetterebbe ad Antigone né di rispettare le leggi giuste né meno ancora di amare veramente il proprio fratello. E su questo punto anche l'eroina sfortunata domina da molto in alto gli spiriti del suo tempo. Per Creonte la situazione è chiara: Eteocle è morto per difendere la Città, Polinice per combatterla. Il primo è un eroe e il secondo un nemico. Per Antigone, invece, la morte mette fine all'antagonismo e la sua lucidità intravede, al di là della morte, i fratelli riconciliati. Certo la Città è importante ma le Città sono di quaggiù e non fermano per lo spirito l'orizzonte celeste. Al di là del limite imposto dal tempo e dalla città Antigone percepisce che il fratello resta fratello. E trasmette questo messaggio a costo della propria vita.

"Antigone dell'anima di Luce, Antigone degli occhi di viola" diceva d'Annunzio nel 1904. Io vedo qualcosa di sacro nel gesto di Antigone. Il suo sacrificio risponde al sacrilegio commesso da Creonte. In questa discesa nella tomba, Antigone ci mostra una fiducia inaudita nel valore della vita giusta, vita che sfida costantemente la morte. La sfida ci porta qui verso una duplice direzione: *esistenziale* anzitutto poiché la donna giusta *si trova di fronte alla morte* che la minaccia, ma anche *metafisica* poiché Antigone *sa* che nel suo atto e nel suo essere c'è qualcosa che non può morire, su cui la morte da sempre non può nulla. Non crediamo che la distanza temporale tra Antigone e noi impedisca al suo messaggio di raggiungere il tempo presente.

Esiste una grandezza perenne nel servizio dei morti e la religiosa Antigone mi sembra sia una testimone e forse un'educatrice della coscienza universale.

Conclusione

Nel cuore stesso del sacro antico, sia politico sia religioso, questa donna, perché amava, ha rivelato che c'è nell'uomo qualcosa di irriducibile verso la natura *(cosmos)* e la Città *(polis)*. Ella ha mostrato anche che questo "irriducibile" unisce, se si ama, i vivi ed i morti. Ma ha fatto ancora di più. Ha mostrato, con l'eloquenza del gesto tragico, che l'uomo deve situarsi nella natura e nella Città *proprio grazie a ciò* che lo supera. È forse una "follia" come indica Ismene la sorella timorata ma – e sta tutto qui – Antigone sa amare coloro che ella ama (*Antigone*, verso 101).

Non era possibile mostrare meglio che con i tratti di Antigone come la debolezza, la fragilità dell'uomo celi nell'amore una grandezza incommensurabile.

Sofocle, dandoci Antigone, ce l'ha fatta vedere. Come indica felicemente Hofmannsthal: *"Ich bin der Schwesterlichen Seele nah, ganz nah, die Zeit versank, von den Abgründen des Lebens sind die Schleier weggezogen...* (sono vicino all'anima sorella, più vicino, il tempo non esiste più, i veli degli abissi della vita sono alzati...).

Certo Antigone è mortale, lo sa, lo dice. Ella misura anche le conseguenze delle sue azioni. Avrebbe potuto accettare l'amore umano e la sua felicità, ma come altri in altri tempi ella è richiesta da un'obbedienza che conduce più lontano. Per questo il poeta Swinburne la fa parlare in questo modo agli anziani di Tebe: *"People, old men of my city, lordly wise and hoard of head, I, a spouseless bride and crownless, but with garlands of the dead, from the fruitful light turn silent to my dark unchilded bed"* (Gente della mia città, anziani, saggi signori dai capelli bianchi, io, fidanzata senza sposo, senza corona, ma con ghirlande di morte sulla testa, lascio la luce feconda e cammino silenziosa verso il mio sterile letto tenebroso).

Questa discesa alla tomba ha qualcosa di sacro, perché percepiamo che si tratta di uno scambio con suo fratello e del dono definitivo di ciò che ella è. Ella ha ricevuto la vita dalla sua razza e dalla sua Città. Che farà? Cosa dovrà fare? La saggezza immemorabile degli uomini le permette di sapere che la vita non è che un soffio e che l'Ade avrà l'ultima parola. Ma questo non è la cosa essenziale.

In un frammento di tempo e di spazio, in questa breve vita il filosofo pagano ha visto che si decideva per i mortali il loro rapporto con il divino. "Tra tante meraviglie del mondo, la più grande delle meraviglie è l'uomo", esclama il cuore di Antigone.

In favore di un atto di *pietà*, contemplando la fragile Antigone, Sofocle ha detto il *valore della vita*. Prima che giunga il silenzio della morte, egli ha visto brillare, come un lampo, la luce definitiva della Giustizia.

Prof. JEAN-MARIE MEYER
Associato di Filosofia, Parigi
Professore presso la Facoltà di
Filosofia Comparata di Parigi (Francia)

LUIGI MARIA VERZÉ

La religiosità della medicina

L'argomento a me assegnato "La religiosità della Medicina" inquadrato nel tema generale di questa X Conferenza Internazionale che ha per titolo *"Vade et tu fac similiter: da Ippocrate al buon Samaritano"* detta due punti fissi ai quali mi atterrò nel breve intervento. Mi punge peraltro a pronunziare subito una affermazione quale mia onesta testimonianza di cultura e di esperienza vissute: una vera medicina, oggi come nel passato, con tutto il rispettivo carico di tecnologia e scienza, non può prescindere dal fatto che l'uomo e la sua vita appartengono a Dio del quale l'uomo porta la viva impronta o immagine e somiglianza.

Ciò implica che l'azione diretta al ben-essere dell'uomo raggiunge l'efficacia in proporzione alla integralità visiva dell'obiettivo: l'uomo, una entità bio-psico-spirituale. Una identità quindi sacrale e, nel collettivo, una intersoggettività sacrale che la χρισισ, o star male, (è un termine ippocratico) lungi dall'appannare, ancor meglio evidenzia.

Sto cioè affermando che, oggi più che mai, una pura e semplicistica materializzazione meccanicistica della medicina si rivela come fuori della realtà.

Se l'uomo non è visto, soprattutto dal medico, come un tutto organico vivente di universo e di Dio, lo si annienta e con lui si riporta la medicina ad uno nuovo tipo di empirismo umiliandone il fascino di arte perché se ne parcellizza il contenuto scientifico che è indivisibilmente biologico, psicologico-intellettuale e spirituale.

Infatti altro è avere dell'uomo una considerazione elevata generica; altro è ravvisarne un capolavoro di Dio portatore di *particula divinae animae*, come lo vide Cicerone.

La visione organizzativo-tecnologica della medicina non ne altera la religiosità, anzi la esalta se dell'uomo si riconosce il suo organico e globale valore. Tutto il mondo è per l'uomo e tutte le leggi dell'universo ne convalidano e ne rafforzano il supremo valore.

È in forza di ciò che la Medicina, non solo è *ars sacra*, ma, in quanto tale, è il crocivia del sapere scientifico, filosofico, teologico, cioè della cultura globale.

La medicina non è dunque soltanto un atto tra medico ed ammalato, soprattutto se per salute non si intende l'assenza di malattia, ma si intende salute perfetta, cioè equilibrio eucrasico tra tutte le componenti dell'uomo: il suo stato fisico, la serenità psicologica, la sua vita spirituale.

Ευχρασια e δισχρασια è ancora epistemologia ippocratica riferita alle componenti fisiche dell'uomo, come allora opinionate.

Oggi è dimostrato che soltanto la integrazione tra materia, intelletto e spirito sottrae l'opinione sull'uomo, e quindi la cura, ad una oggettivizzazione di organi schiudendo un immenso spazio di elevazione per il medico, al di sopra della strategia tecnocratica e, per il suo atto, una validità adeguata al valore di soggetto; una sublimità più solida, più ambita e più appagante del risultato esperto ed immediato.

Ad Ippocrate la storia assegna il merito di aver liberato la medicina dalla concezione teurgica della scuola di Asclepio, o teocratico-ebraica od ispirata all'egizio Osiri (il pescatore delle anime) la cui scuola ebbe il grande campione in Himhotep, gran Visir del Faraone Soser, architetto, medico, sacerdote poi divinizzato per meriti terapeutici da quella raffinata civiltà egiziana che coniugò con raro splendore arte, ricchezza, medicina, rapporto con il divino.

Ippocrate adeguò l'arte medica al concetto filosofico greco di causa ed effetto senza concedersi né al sofismo, né all'empirismo.

Ma in verità, la scuola di Cos, fondata da Ippocrate sul santuario-ospedale di Asclepio, ebbe il grandissimo merito di concentrare l'attenzione sul valore "persona" oltre che sulla razionalità. Ciò a differenza della scuola di Cnido che propendeva a privilegiare lo studio della malattia prescindendo dall'individuo, un orientamento quest'ultimo dal quale la medicina è stata penalizzata dopo Ippocrate fino ai nostri giorni.

Direi quindi che Ippocrate, lungi dal sostituire la scienza medica alla sacralità della malattia e della cura come professata nelle età a lui precedenti, vi aggiunse la fondamentale attenzione al valore-persona ed alle leggi della natura da Dio creata che lui "periodeuta" od itinerante, andava a studiare di regione in regione.

Il filo conduttore del *Corpus Hippocraticum* è dunque la centralità dell'uomo, il fondamento della cosiddetta sua deontologia che io chiamerei imperativo della responsabilità; un enorme progresso rispetto al codice della stele di Hammurabi ricco di tariffe per le prestazioni e deterrente per gli errori medici.

Così inizia il giuramento di Ippocrate: "*Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igiea e Panacea e per gli dei tutti e per tutte le dee chia-*

mandoli a testimoni […] *regolerò il tenore di vita per il bene dei malati* […] *in qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati* […] *sulla vita degli uomini tacerò* […] *ritenendolo come un segreto*". Tutto ciò con il carico di cultura e sapienza medica di cui Ippocrate, contemporaneo di Socrate, di Platone e soprattutto di Pericle, fu ed è tuttora aristocratico campione.

Ce n'è abbastanza per giustificare l'accostamento tra il Buon Samaritano ed Ippocrate.

Il Samaritano, infatti, non è certo condizionato dalla classe, dalla convinzione religiosa, né ricorre a mediazioni misteriche. Fa unicamente quello che la ragione e la sua corresponsabilità antropologica gli impone, da soggetto a soggetto che è come dire da prossimo a prossimo. Anche per lui è il valore uomo che supera la discriminazione razzistica e lo proietta con tutte le sue cose, borsa compresa, verso la salvezza di quel valore: l'uomo.

Il patto di Ippocrate è Medicina-arte da normare sulla dimensione uomo; arte da apprendere e trasmettere, disciplinata nei contenuti operativi che le conferiscono il carattere della sacralità.

Molto di più della semplice motivazione antropolicizzante.

Il valore uomo si salva soltanto commisurandolo con Dio.

Chi ha dettato la normativa applicata dal Samaritano ne ha dato l'ampiezza commisurandosi all'uomo, lui Dio fattosi carne umana e pronunciando il formidabile regolamento base di ogni etica e di ogni deontologia professionale: "*amatevi l'un l'altro come io* (Dio-uomo) *vi ho amati*". Una misura infinitamente più ampia del precetto levitico "*amerai il prossimo tuo come te stesso*".

In questa misura ci sta dentro tutta la nostra scienza medica che studia le combinazioni tra cellule, molecole, proteine e geni.

Ci sta dentro la nostra tecnologia sempre meglio avanzata. Ci sta dentro l'impellenza moderna per una vera umanizzazione della medicina e ne avanza per una medicina totalizzante che rilanci l'uomo nella condizione di corpo, intelletto e anima perfettamente eucrasici, come Dio lo pensò e lo volle fin dall'inizio.

Ippocrate, sguarnito di nozioni teologico-cristiane, non poté ancorare il contenuto finalizzante della sua medicina se non alla testimonianza degli dei.

Gesù Cristo che ha ordinato ai suoi di guarire, guarire senza condizioni come lui fece, riporta il valore uomo nel mistero di Dio a fronte del quale non c'è che riflessione, coerente adesione operativa ed amore "*andate e guarite – avete ricevuto gratis e gratis date*".

Ridurre la medicina a pura professionalità per quanto iperspecialistica e tecnologicamente supersofisticata e pur anco compiutamente umanizzata, senza questo respiro trascendentale cui neppure Ippocrate fondatore della biomedicina ha potuto, né voluto, sottrarsi, sarà sempre una medicina riduzionistica, meccanicizzata, tutt'al più filantropica o, al peggio, prostituita a finalità indegne di un'arte sacra.

A costo di venir etichettato di integralismo, debbo onestamente esprimere la mia convinzione che se la medicina non è religiosa, non è curativa, né utile ai fini del suo essere promotrice, anzi ricreatrice dell'uomo integrale.

Una medicina religiosa, d'altro canto, non può mancare di professionalità, di modernità, non può non integrarsi nelle scienze umane quali la filosofia, la antropologia, la logica, la ontologia, la psicologia, la teologia.

Non può limitarsi ad essere medicina curativa; dev'essere soprattutto preventiva, deve cioè promuovere il culto del corpo nel quale si integrano intelligenza ed anima.

Insomma, perché la medicina sia compiuta e perciò religiosa, su di essa va investito il meglio della intellettualità che significa: studio della organizzazione della materia, del linguaggio tra cellula e cellula, tra molecole, tra proteine, tra geni e tra tutto questo parlarsi a livelli, si fa per dire, minimali ed il rapporto con i gradi organici dei vari sistemi, neuronali e cogitativi compresi.

Vi vengono coinvolti al meglio le bioimmagini, la chimica, la biochimica, la fisica, la telemedicina, la ingegnerizzazione delle macro e microstrutture. Intendo il meccanismo oggi facilitato delle fibre ottiche, dei sistemi di computerizzazione e dell'informatica che deve rendere il rapporto a due, ammalato e medico, ammalato ed operatore sanitario, il più ravvicinato ed immediato sia ai fini psicologici, sia a quelli interventistici e di collaborazione.

Medicina religiosa è anche la medicina occupazionale perché è medicina socialmente previdenziale. È più facile, più intelligente costruire una macchina forte ed equipaggiata che ripararne i guasti e le carenze. Anzi il guasto e la sprovvedutezza sono una sconfitta della medicina e quindi della scienza e dell'intera società.

Così come diventerebbe una sconfitta multipla, tipo l'AIDS, la sottovalutazione di una attenta Medicina tropicale che ci obbliga a rivedere i nostri consolidati paradigmi microbiologici e patogenetici.

Per una medicina compiuta e realisticamente religiosa, da civiltà avviata senza possibilità di ritorno ad una identità collettiva da villaggio globale multietnico e multiconfessionale, urge la mentalità che nessuno può sentirsi sufficientemente sano fino a quando nel mondo esiste un uomo malato, così come nessuno può ritenersi abbastan-

za colto o provveduto finché c'è qualcuno analfabeta o alla fame.

Una medicina vera e quindi religiosa non può non essere bioetica, anzi l'espressione della più matura eticità.

Da quel poco che ho finora accennato è bastantemente deducibile che la sacralità dell'uomo e della sua vita sta nel suo stesso essere e che da qui, soltanto da qui nasce una plausibile etica medica, così come da qui si risale al garante che è Dio stesso.

Ippocrate, scienziato, medico ed umanista, aveva già denunziata la insufficienza dell'etica della responsabilità come più tardi affacciata da Max Weber o dell'imperativo categorico che peraltro anche Kant riconobbe, alla fin fine, troppo debole, tant'è che ritenne di ancorarlo all'idea di Dio. È chiaro nella impostazione ippocratica che la responsabilità nasce in se stessi, risuona nella natura, si abbarbica nel concittadino del mondo e, quando soprattutto tu, medico, hai nelle mani l'uomo nudo e solo, ti obbliga a sentirti uomo e, come tale, ìmpari ad una responsabilità che supera lo spazio ed il tempo e ti incoraggia ad allearti con l'Eterno.

L'etica della responsabilità, per essere tale, non può nascere e morire nel medico stesso, qui ed ora. La storia dell'universo è spettatrice di un fatto epico qual è la vita di un uomo nel quale tutto l'*intelligens*, per esigenza di sua natura, è coinvolto e, con lui, Dio stesso.

Nel mio modesto quotidiano vado del resto constatando come il potere del medico-scienziato si vada via via oggi sposando con la consapevolezza della responsabilità, quasi codice di ontologia *intra ed extra personam.*

La coscienza, cioè, di quello che si è ed il rapporto con l'altro come essenzialità del proprio esistere. La separazione tra indagine scientifica e giudizi di valore propugnata da Max Weber quasi per disperazione nel suo ripudio dell'illuminismo, dello storicismo, del darwinismo e del materialismo, non sta in piedi come non può stare in piedi un uomo tagliato a metà. Il furore biotecnologico e dell'ingegneria genetica ce lo stanno dimostrando.

E qui debbo anticipare un punto fermo di quello che dirò più avanti.

L'ospedale cristiano è erede diretto di quella plurisecolare tradizione culturale e religiosa che affonda le radici nelle viscere dell'uomo in quanto tale, quale cioè pensato dal suo Ideatore.

L'ospedale cristiano, quindi, è tempio dove la medicina è sacro ministero, dove la ricerca a servizio della vita è obbligo, dove scienza e fede sono gemelle con analoga dignità, dove tutte le scienze – biologia, clinica, filosofia, antropologia, teologia – sono coalizzate,

senza biechi guardiani, a difesa dell'uomo integrale. La vita, con tutto quello che la compone, la sofferenza compresa, non è un mistero inaccessibile, è piuttosto una miniera in proprietà da conoscere attraverso una esplorazione intelligente.

Religiosità della Medicina?

Quando si dice che l'uomo è immagine dell'Infinito (e qui ogni dottrina, ogni filosofia, ogni civiltà si dà un gran daffare a dimostrarlo ed interpretarlo) si tocca un argomento gigantesco: dalla organizzazione della materia vivente – cellule, molecole, proteine – ai rapporti con l'ambiente cosmico e metapsichico fino alle irrinunciabili istanze soprannaturali.

L'uomo è un tutto indivisibile di parti complesse. Quando si assume una delle parti prescindendo dal tutto organico fisico e metafisico si fa una frammentazione del mosaico con il grave rischio di non capirne l'idea che è il bello del capolavoro-uomo tratto dall'universo esistente come una stupenda scultura che l'idea cava dalla massa marmorea e la riveste di profonda ed unica personalità.

L'Onnipotente innesta nella fattura uomo la sua anima indistruttibile ed eccone l'opera articolata e compiuta.

Mi sia concesso di dedurne che lo stupore – "*vidit quod erat bonum*" – sia da parte dell'attonito creato, intelligente e non, sia da parte del suo artista, è perpetuamente concentrata sulla realtà uomo, intendendo per realtà tutto quello che egli è, non quello che normalmente supponiamo perché ancor troppo poco ci conosciamo. Ecco la motivazione e la finalità della ricerca da Ippocrate ad oggi e fino alla fine, cioè fino alla conquista di tutta la verità sull'uomo ed il suo habitat.

Fallire l'obiettivo è impossibile; si può ritardarlo in forza della ammirabile dotazione che è la libertà. Fallirlo, no. Equivarrebbe ad ammettere il fallimento dei sistemi, dei metodi, delle conquiste acquisite in tutti i campi. L'uomo, l'uomo vero non può fallire senza portare al fallimento di Dio stesso che sull'uomo ha giocato la carta di sé: il Cristo.

Allora il successo dell'uomo è direttamente e gradualmente proporzionale alla conoscenza dell'uomo fisico, psicofisico e spirituale e delle movenze architettoniche del Dio che lo ha pensato.

Sangue, flegma, bile gialla, bile nera: Ippocrate disponeva solo di questi umori vitali. Non disponeva di elettroni, di molecole, cellule, capillarità, cromosomi, geni, di sistema fisiologico, ecc., ma disponeva del concetto di coscienza, di eguaglianza, di senso sociale, morale ed estetico, fondamentali prodotti del senso religioso che lo indussero a curare e ad educare con serietà religiosa.

Se possiamo accettare, come afferma l'ateo Ludwig Feuerbach, che la religione è distinzione essenziale tra l'uomo e la bestia, dob-

biamo anche affermare che solo la religione ti concede la intuizione della autentica ed integrale dimensione dell'uomo, delle sue potenzialità, dei suoi limiti e delle risorse per superarli. Lungi dunque dal respingere la scienza, come esortava Claude Bernard in un momento di bisogno libertario, lungi dal ravvisare nella scienza la nemica o la sorellastra della religione, scienza e religione si integrano per la conoscenza ed il rilancio dell'uomo e del formidabile patrimonio che è dentro la sua testa e la sua anima.

L'universo attende dall'uomo la vita del pensiero.

Certo, la salute ha compiuto passi giganteschi. Molte malattie infettive sono vinte, altre sono sotto il bombardamento della ricerca scientifica. Ma l'aumento delle malattie mentali (e la droga ne è un segno ed un prodotto) non ha una proporzionata controffensiva.

Mi parrebbe che qui soprattutto va dato spazio ad una "*impostazione di Medicina preventiva e ricreatrice, l'unica medicina degna dell'uomo moderno perché è la medicina scienza del futuribile verso cui l'uomo in crescita tende quale persona soggetto e quale sua preordinata vocazione*". *(La fede si fa Opera,* pag. 160)

Intendo igiene, equilibrio e sviluppo mentale.

Si può affermare che all'incremento medio della prestanza e della salute fisica corrisponde un innalzamento del livello medio della salute e dello sviluppo mentale e quindi morale?

Ad una autentica religiosità medica non può sfuggire che il meglio del mirabile complesso umano è la mente dalla quale dipende il resto; dipende l'apprezzamento della propria natura, la conoscenza riflessa di noi stessi, la captazione della connaturata dimensione trascendente.

La vera dimensione dell'uomo è nella conoscenza di se stesso e della propria mente.

L'attimo dell'uomo, che vale il sempre, sta affogando in una collettiva psicologia dell'affollamento e del rumore. Lo spazio al pensare va restringendosi paurosamente.

L'uomo, misura del tutto, rischia di non avere la forza per reggere il prodotto scientifico della sua stessa mente se non la pone nella condizione di riflettere, appunto, sul tutto.

Da ciò la priorità della medicina curativa e preventiva di quella principale componente dell'uomo che è l'equilibrio e lo sviluppo della mente, piattaforma di lancio per entrare, dopo l'epoca industriale, terziaria e telematica nell'epoca sapienziale così come io la vado sognando, l'età adulta, cioè, dell'umanità nella quale dilagheranno scienza, pensiero ed amore su un

disegno ed un itinerario illuminato dalla saggezza o sapidezza verso la verità.

Tutto quanto ho detto finora è soltanto un modestissimo preliminare indispensabile a quanto ora dovrei dire sul concetto religioso di medicina qual è contenuto nel "*et tu fac similiter*", fai, cioè, semplicemente come ha fatto il Samaritano che è Cristo – medico e sacerdote – e che è chiunque ha deciso di esserne la continuità.

Il mio problema sta nella ristrettezza del tempo assegnatomi.

Mi industrierò con la sintesi in questo mare nel quale mi sento di nuotare con più agio perché mi è più connaturato.

Ho accennato che gli Egizi ritennero il senso della vita troppo eccelso per non dovergli tombe – preludio di eternità – e per non riconoscere l'arte che preserva la vita, quando quest'arte è intelligente ed efficace come quella di Himhotep, comparabile solo alla natura divina.

Ho accennato anche che Asclepio fece della medicina un atto sacro e sacerdotale.

Ippocrate ne fece una scienza antropolicizzata. La sua dottrina-medica pone il tema del patto sociale in virtù del quale al medico è riconosciuto un potere controllato da una triplice autorità: la coscienza, la *colis*, gli dei. Così tutti i maestri antichi e nuovi fiutarono la sacralità dell'uomo, del suo essere, della sua vita.

Religiosità della Medicina?

Tralascio, e me ne dispiace, l'accenno alla religiosità della medicina maomettana, di quella chiamata alternativa, normalmente rifiutata dalla società avanzata, ma che sarebbe più utile acquisire ed integrare. Mi riferisco alla medicina naturalistica, a quella orientale cinese, ognuna tutt'altro che priva di sapienzialità.

Risparmio lo spazio per una brevissima riflessione sulla Medicina di Dio: Raffaele (Ref-El), come presentataci al vivo da Gesù, il Cristo figlio di David.

Con il Cristianesimo, o meglio, con l'irruzione di Dio in carne ed ossa nella storia dell'uomo, la religiosità della medicina è la medicina praticata da Dio stesso ed, obbligatoriamente, da noi mutuabile: "*Andate, insegnate e guarite*". Un comando-carisma "*guarite*" che fa del medico un autentico sacerdote, uno studioso per essere maestro, "*insegnate*", e che lo obbliga ad un universalismo antropologico, anzi teoantropologico, "*andate*". "*Tutto quello che farete ad uno di questi minimi, lo riterrò fatto a me*" Dio, figlio dell'uomo.

Un comando carismatico in grado di produrre ospedali-tempio, così come anticipati dalla genialità greca incantata di uomo, in Cos, Epidauro, Alessandria, templi-cittadelle di medicina viva, di arte, scienza, di filosofia e del culto alla divinità, orgogliosa amica dell'uomo.

È difficile dire se Cristo spese più del suo tempo nell'insegnare o nel guarire. Egli non ebbe bisogno

di studiare. Egli guariva tutti, anche quando gli ammalati lo rincorrevano al di là del lago, nei rifugi del suo riposo.

Dice Matteo che Gesù accoglieva ammalati anche a tarda sera al punto che i suoi stretti collaboratori si lagnano perché non rimane loro neppure il tempo per mangiare (Mt. 9, 35; Mc. 3, 10; Lc. 6, 18-19). Gesù-medico insegna, guarisce e prega in concomitanza.

Dobbiamo riconoscere che il sacerdozio di Cristo di sviluppa a cavallo di due espressività tra loro indivisibili come braccia dello stesso corpo: a) la cura delle intelligenze e quindi delle anime mediante la comunicazione del nuovo, rivoluzionario messaggio; b) la cura della pelle della gente, cura integrata in quel messaggio. Tale e quale è l'eredità trasmessa ai suoi seguaci "*Andate, insegnate* ***e*** *guarite*". Non:"*Andate, insegnate, guarite*". Ma "*Andate, insegnate* ***e*** *guarite*". Quasicché l'insegnare senza il guarire perda efficacia ed il guarire senza l'insegnare è guarire a metà.

Quando Gesù si scontra con malattie forti e con la morte, privilegia la preghiera forte e poi opera infallentemente anche se trattasi di cadavere in putrefazione. (Mc. 7, 34; Gv. 11, 41-42).

Nulla di più spiritualmente sublime, di più corposamente umano. Dal Padre, origine della vita, alla materia ed al complesso mistero dell'uomo impastato di potenza e di fragilità, di aspirazioni eteree e di legamenti apparentemente profanizzanti.

In Gesù, figlio di David, tutto dell'uomo – la fame, l'ignoranza, il peccare, la malattia e la morte compresi – si ricollega a Dio Padre senza soluzione di continuità.

Anzi, la fase acuta della vita umana, quali la malattia e la morte, è una spinta accelerativa dell'accordo od alleanza tra Dio e uomo. Nulla di più realistico ed insieme nulla di più esistenzialmente religioso.

La malattia e la morte intaccano le radici dell'uomo, ma proprio da lì, quasi da pressione osmotica, distilla la religiosità o sacralità della medicina e della sofferenza.

Se la medicina elude tale evidenza, commette un eziolamento; come lasciar scolorire e disseccare una pianta conservandola al buio.

" *Sìi guarito e non più peccare*" è la formula farmacologica di Gesù che partendo dalle radici dell'individuo, lo invita a leggersi, ne risana il corpo e lo ricompone eucrasicamente nel rapporto con il suo autore.

Gesù-medico guarisce tutto l'uomo, non solo i suoi organi. Sembrerebbe un discorso ovvio, soprattutto per chi ha dimistichezza con la dottrina cristiana. Ma la realtà è molto profonda, sì da coin-

volgere tutto l'esistere umano, la sua intelligenza, la sua volontà, i suoi fallimenti, il suo patire.

Il messaggio e la coerente prassi di Cristo, con inizio dal seno del Padre, alla entrata nel mondo della carne, tramite la croce e fino alla resurrezione della stessa carne, non lasciano spazio per alcun dubbio, né per alcun abbaglio.

La sofferenza? Com'essa si concilia con il precetto del guarire? La risposta è sempre nel Cristo: così come si conciliano le beatitudini della povertà, dell'afflizione e della persecuzione con la parabola dell'Epulone, con l'ammonimento sulla misericordia ("*siate misericordiosi e troverete misericordia*") sul condannare ("*non condannate e non sarete condannati*").

Il patire è patrimonio squisitamente umano, ma ciò non deve disarmarci nel combattimento scientizzato contro la malattia, contro la morte, come contro l'ignoranza.

Perciò l'ospedale moderno non può non essere Tempio della Medicina-scienza e della Sofferenza.

Relegare la sofferenza e la malattia nell'angolo buio dell'inutile usura non è da *ens intelligens.* Sacralizzarle è insufficiente se si toglie alla malattia ed alla morte l'attributo della interiorizzazione e cioè la possibilità di viverle da *ens sapiens* mentre le si combatte con tutto il potenziale della scienza e dell'organizzazione sociale per vincerle.

Vivere religiosamente la sofferenza e la morte non è identico a viverle con rassegnazione passiva.

Qualche cosa di simile insegnava Ippocrate quando diceva che la febbre va vista in positivo, quale segnale della capacità di combattimento foriero di vittoria: χρισισ per la ευχρασια.

Alla rassegnazione fa eco la compassione e la comoda pietà, sinonimi di resa e di disimpegno in contrasto con la affermazione del libro della Sapienza che recita: "*Dio non ha creato la morte; ha creato tutto per l'esistenza, le creature del mondo sono sane; in esse non c'è veleno di morte*" ed io dico: il veleno che c'è, va estirpato secondo la seguente logica: Dio ha consegnato all'uomo il mondo grezzo perché pian piano lo perfezioni.

Altro che contrapposizione tra religione e scienza, tra corpo ed anima, tra laicismo e confessionalità, tra scienza e valori!

Come l'uomo, la medicina è sacra, anzi è servizio sacerdotale senza compartimenti stagni. Il vero medico è vero religioso, anzi è vero sacerdote dell'altissimo Dio della vita.

Il Vangelo di Gesù Cristo non lascia incertezza: l'uomo è un *unicum* bio-psico-spirituale.

Qui sta la scelta: o prendiamo il Vangelo alla lettera ed allora dobbiamo coerenziare al meglio le nostre opere alla nostra fede; o lo prendiamo in parte e cioè come un'ottima dottrina astratta ed allora dobbiamo accettare la definizione dell'ebreo ateo Sigmund Freud:

troppi cristiani son battezzati a metà.

Il Santo Padre, papa Giovanni Paolo II ha affermato che sulla sanità si gioca la credibilità del Vangelo.

La nozione di uomo pone la cura della sua vita quale esercizio di tutto il sapere e del fare, esercizio del quale la religiosità è motivazione e finalità.

Esagerata estimazione dell'uomo? Lo sarebbe senza Cristo. Anzi, senza Cristo, l'uomo sarebbe nemico di se stesso come molti che non conobbero Cristo, a cominciare da Platone, ritennero insuperabile dualismo.

E chi in medicina lavora bene per la vita pur prescindendo da Cristo?

Lavora inevitabilmente come *medicus naturaliter christianus*. Infatti avendo Dio assunta la carne in Cristo, trascina in lui tutto l'universo in armonia polifonica.

È il *misterium Dei* o segreto del re come rivelava l'arcangelo Raffaele alla famiglia di Tobia. L'ho constatato nella mia esperienza: il vero medico sente ribollire in se stesso un misterioso sacerdozio, anche il medico che si reputa agnostico.

Una domanda percepisco da questo pubblico: è possibile oggi una realizzazione di questa portata religioso-culturale e strutturale?

Io dico di sì a condizione di superare la mentalità della contrapposizione tra scienza e fede, tra laicità e professione religiosa.

Medicina professionalizzata? Sì.

Medicina sofisticata? Sì.

Medicina antropolicizzata? Sì.

Io propongo e, quale propugnatore per una medicina nuova, promuovo una medicina sacralizzata dal concetto che, grazie alla incarnazione del Verbo, il germe di Dio è infuso nella sostanza entitativa dell'uomo.

La medicina, crocevia della cultura globale, lo scopra e ne caverà energia calamitante tutte le leggi dell'universo per una salute perfetta.

Dio ha deciso di innestarsi nell'umanità quale incontro vitale. La vita è divenuta nuova potenza divina perché Dio, dopo averla creata, l'ha sperimentata in se stesso. Per cui il guarire è nelle logica dell'irresistibile riscatto che il germe divino opera fisicamente senza tregua.

Il nuovo apprezzamento della vita del corpo cui assistiamo è l'effetto del Cristo che l'ha restituita al suo giusto senso, quello dei figli di Dio, tutti uguali contro l'odio, l'ingiustizia, le discriminazioni di razza, di nazionalità, di classe.

Ogni forma di rinuncia alla cura ed al culto della vita è abiura alla scienza ed a Dio. Nessuno ha creduto tanto nell'uomo quanto Dio che nell'uomo si incarnò, conferendogli tutte le risorse per una crescita corpo ed anima che lo condurrà a confrontarsi con Dio stesso, fatto corpo e anima con la divinità.

Ogni sforzo che preserva la vita e la rilancia è nella direzione di Dio oltre che della civiltà.

Cristo comanda di guarire, ne conferisce il potere e ciò in virtù di un precetto che sta a monte: l'amore al prossimo del quale il Vangelo è un arazzo unico, impossibile a sfilacciarsi.

Il Samaritano diventa operatore sanitario in forza dell'amore; si organizza ed opera in proprio. Paga, anche se civilmente non tenuto. L'indice dell'impegno è soltanto l'amore. È il modo di far medicina, di insegnarla. L'amore porta a riprendere consapevolezza della unitarietà dell'uomo e del reale centro motore che equilibra l'universo delle sue cellule e la struttura metapsichica. Questo centro motorio è la individua intelligenza, è l'anima immortale nel cui profondo sta la verità: Dio ha creato per amore e di amore tutto ha contagiato.

È l'amore il connotato principale della vita stessa, ne è la sostanza, la causa, il traguardo ed anche il mezzo più efficace e travolgente per curarla e vitalizzarla.

L'amore è una voce essenzializzata che si muove senza sosta dall'incognita profondità dell'*Immotus*: una eterna ontologia impastata d'amore.

L'uomo e miriadi di esseri la raccolgono. Essi stessi, dall'amore prodotti, tralucono d'amore, se ne animano e la riecheggiano affidandola alle loro opere, quelle per la vita in particolare, come inno di purissima orazione.

Don Prof. LUIGI MARIA VERZÉ
Presidente della Fondazione
"Centro San Romanello del Monte Tabor"
Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele,
Milano (Italia)

SERGIO COTTA

Primum philosophari?

Il titolo che ho dato a questo mio intervento non è né una sfida al buonsenso né una difesa d'ufficio di una categoria del sapere, quello filosofico, e tanto meno della casta dei filosofi, in dispregio della scienza medica e dei suoi cultori e operatori. In questa sede sarebbe un non senso, oltretutto persino troppo facilmente confutabile.

Questo titolo va inteso sotto il profilo del paradosso, e il paradosso nel suo messaggio più autentico non mira, come spesso si crede, a suscitar meraviglia per la sua stravaganza senza conseguenze, bensì a far emergere un aspetto della verità, rimasta in genere in ombra.

Fa parte della essenza del paradosso riconoscere in partenza la verità e le ragioni di ciò che non è paradossale, bensì modo comune, accreditato, di sentire e pensare.

Nel nostro caso si tratta della massima antica e ribadita per secoli (non a caso viene detta in latino!), in cui si afferma il primato del vivere sul filosofare. Non dobbiamo però fermarci all'interpretazione che ne danno sia l'uomo rassegnato all'accadere degli eventi, sia il libertino preoccupato soltanto di vivere come gli aggrada, comunque vada a finire. A ben guardare, la massima in esame non stabilisce d'immediato una netta contrapposizione di valori: o il vivere o il filosofare. Stabilisce invece fra di essi una sequenza secondo priorità – un *prima* e un *poi* – che di certo non esclude il valore del sapere filosofico, né lo potrebbe, poiché è comune la convinzione che proprio alla filosofia spetti la competenza nel mondo dei valori, mentre alla scienza competa il campo dei fatti. Quel *poi* indica pertanto la subordinazione del filosofare quanto a *rilevanza* e, in definitiva, a efficacia nel confronto con la scienza del vivere (per così chiamarla) quanto a capacità conoscitiva e operativa.

Il vivere primeggia dunque sul filosofare, sul piano dei fatti ed eccone i principali motivi. In *primo* luogo vi è una ragione elementare: non tutti i viventi sono dei filosofi, mentre tutti i filosofi sono dei viventi.

E i filosofi hanno prioritario bisogno di vivere per poter filosofare; non a caso la percentuale dei loro suicidi è minima, anche quando ne fanno l'elogio nei loro scritti. In *secondo* luogo, gran parte della filosofia moderna sostiene il relativismo dei valori, mentre il vivere esige la certezza dei fatti e non delle opinioni. In *terzo* luogo, il miglior giudice della questione è il *malato,* o colui che teme di diventarlo o di esserlo, persino al modo del *malade imaginaire* messo in scena da Molière. Alla ricerca di certezze, il malato può farsi travolgere da quello che, con il grande antropologo Claude Lèvi-Strauss, chiamerò il "pensiero allo stato selvaggio", cioè il pensiero emotivo, non riflessivo, immediato per l'urgenza d'una situazione reale. In una simile contingenza il malato potrà anche rivolgersi a un ciarlatano o a un guaritore pratico. Ma con ciò stesso dimostra che anche in una simile contingenza si ha e si sente il bisogno di rivolgersi a *chi sa* (o si crede che sappia): all'uomo del *sapere.* In condizioni culturalmente e psicologicamente normali, l'uomo del sapere è il clinico noto per capacità diagnostica e operatoria, ossia, emblematicamente, il medico. A lui si rivolge prioritariamente (o del tutto) il malato, per la tutela della propria salute, e non al filosofo.

Il filosofo in senso rigoroso non ha né modo né ragione, a mio giudizio, di confutare le argomentazioni citate. È in grado tuttavia di farne valere altre non incompatibili con quelle, e di certo non trascurabili. Invero l'uomo comune, e non solo il filosofo, non si limita a desiderare una vita qualunque, e nemmeno solo quella vita sana che il medico può assicurargli con la sua scienza. Desidera anche una vita serena, per quanto possibile felice, e la buona salute ne è un elemento importante. Ma non esclusivo: entrano in gioco altri fattori di natura non medica. per i quali è competente il filosofo (in senso largo, comprendente il teologo, il maestro di spiritualità).

In questa prospettiva non è in discussione il valore della vita, ma la vita come *valore,* ossia, fuor dal bisticcio di parole, l'*assolutezza* del valore della vita. A metterla in questione vi sono ragioni reali, nient'affatto trascurabili, di tipo molteplice e spesso cumulabili; mi limito a rammentarne tre categorie principali. Da una parte vi sono le innumerevoli ragioni dell'infelicità derivanti sia dalle gravi condizioni di salute (malattie croniche o incurabili o allo stadio terminale, handicap ecc.); sia delle condizioni economiche, sentimentali, morali. Non mi riferisco a casi sfociati nel suicidio, fenomeno minoritario, sebbene, a quanto pare, in preoccupante aumento; bensì a quelli di

gran lunga più diffusi, nei quali la vita appare un fardello pesante da sopportare, una tribolazione.

Dall'altra parte vi sono le ragioni opposte: quelle poggianti sulla fortezza d'animo, che inducono a prender su di sé, per sé e/o per gli altri, quel duro fardello fino al punto di conferire al sacrificio volontario della propria vita la dignità d'un *dovere* solenne e imperioso non tragressibile pena la perdita della propria identità personale. Una antica massima romana, d'impronta stoica, ha suggellato in modo lapidario il fondamento di codeste posizioni: *"Propter vitam, vivendi perdere causam"* (in nome della vita perdere la ragione stessa del vivere).

Infine, il valore della vita viene a perdere la sua assolutezza in chiave né dolorosa come nel primo caso, né gravosa, come nel secondo, bensì di sublimante speranza. Mi riferisco alla convinta credenza religiosa nella immortalità personale, condivisa dalle grandi religioni, in modo particolare da quelle abramitiche. Il cristianesimo ha racchiuso codesta credenza in un'altra formula scultorea ben più illuminante di quella stoica: *"vita mutatur, non tollitur"*; la vita, la *nostra* vita, muta ma non ci è tolta. Anzi ci è data la *vera* vita come dichiara S. Paolo con incisiva radicalità: "per me vivere è Cristo e morire un trionfo". È sì una credenza religiosa, ma cui aggiunge forza persuasiva una tradizione di grandi filosofi – dal Platone del *Fedone* al Kant della *Critica della ragion pratica* – e di grandi poeti, dal Dante della *Divina Commedia* al Goethe del trionfo finale del *Faust*, tradotto in musica e diffuso sulle universali onde sonore dalle opere di Gounod e di Boito.

Sotto tutti questi aspetti, pur così diversi tra loro, il contributo della filosofia è decisivo quanto alla critica del valore *assoluto* della vita. Pur così relativizzato, il valore della vita resta tuttavia prioritario, poiché essa è la condizione necessaria perché la persona possa decidere se rispettarla e in quale misura, o rinunciarvi, in base a un giudizio di valore (quindi filosofico) e non di fatto (quindi scientifico). Inoltre, quando si tratta della tutela della salute, appare ragionevole affermare che il sapere (la scienza) del competente in materia di salute – il medico – debba non solo precedere ma prevalere sul sapere del filosofo o di chi per lui. Oltre tutto, sotto questo profilo appare rispettata la moderna distinzione epistemologica, che attribuisce alla scienza lo studio dei fatti dichiarativo di ciò che è, e alla filosofia quello dei valori, la valutazione apprezzativa di ciò che *deve essere* fatto, compito morale.

S'invoca a tal riguardo la cosiddetta "legge di Hume", secondo la quale sarebbe fallace l'inferenza del dover essere dall'essere di qualsiasi cosa. Ma è proprio al campo della vita e della salute che di fatto non è applicata (e nemmeno applicabile in modo rigido) codesta "legge". Del resto essa non è implicata nel pensiero di Hume, filosofo attento a contemperare sentimenti (fino a giustificare il sacrificio disinteressato) e utilità. D'altronde, è proprio il concreto rapporto fra medico e paziente a mettere in evidenza la sinergia curativa fra diagnostica scientifica e comprensione umana del malato.

Ma se è semplice giustificare e raccomandare codesta sinergia in teoria, non è facile realizzarla in pratica. La via oggi più comunemente percorsa è quella delle commissioni miste di esperti nei vari campi: medici, psicologi, moralisti sia agnostici che credenti. È difficile valutarne i risultati, spesso di compromesso, e se è assai probabile che non si possa andar oltre, dato lo stato attuale della cultura occidentale fortemente relativistica, questo metodo resta però inadeguato. Non è facile che il confronto fra una pluralità di competenti in campi così eterogenei possa dar frutti di rigorosa e verificabile veridicità.

Sotto tutti gli aspetti rilevati, il contributo del sapere filosofico è senza dubbio rilevante, poiché è in grado di far valere le ragioni della morale anche nel campo della salute, tanto nella fase della sua tutela preventiva quanto in quella della cura. L'apporto della filosofia non è meramente residuale ma non è nemmeno circoscritto entro il campo della morale, come di solito si ritiene. Il fat-

to è che scienza medica e filosofia hanno in comune l'oggetto primario della loro conoscenza, a differenza di scienze quali la chimica o la fisica. È l'uomo *vivente*, in sé, nella sua indivisibile interezza psico-somatica (nel senso ampio del termine), l'uomo sintesi vivente di natura fisiologico-pulsionale e spirital-riflessiva. È codesta costitutiva sintesi antropologica a render ragione dell'esserci in noi della morale quale capacità di giudizio sul proprio agire e operare. In questa prospettiva la sinergia curativa si precisa non soltanto come una necessità pratica del curare tecnicamente bene, bensì come risposta alla profonda esigenza morale del salvaguardare l'individuo umano in ciò che egli è. In tal modo il contributo della filosofia nel campo che stiamo esplorando, consiste nel coniugare la vita *buona* (moralmente) con la vita *sana* (scientificamente).

Ma il compito della filosofia non si arresta alla determinazione della responsabilità morale in campo medico. È in grado di darne una giustificazione ancor più profonda. In questa sede, non è solo un obbligo ricorrere alla testimonianza di Ippocrate, per il filosofo è una necessità. Senza dubbio il giuramento antiabortivo che da lui prende il nome, si colloca nella sfera della moralità, per due sue connotazioni. La prima è formale: un giuramento stabilisce un dover essere, e il dover essere (il *Sollen*, l'*Ought)* è la forma della moralità; la seconda è sostanziale: *questo* giuramento obbliga e impegna a rispettare la vita umana nel suo sorgere.

Tutto ciò è ovvio, ma solo a un primo livello di osservazione. A uno sguardo più attento può stupire il tono categorico della conclusione. La cultura classica greca ha un senso alto della vita, luminosa condizione operante in contrasto con la desolata e inerte oscurità del Mondo delle Ombre: l'Ade. Tuttavia, la vita è sotto il segno del destino, della sacralità del fato, cui non solo non si può ribellarsi, ma nemmeno disconoscerne la verità. Ad essa si piegano i gloriosi eroi delle epoche guerresche, come Ettore e Achille, o le vittime dolenti ma indomite delle tragedie, come l'Antigone di Sofocle o la Medea di Euripide.

Perché allora tanto e così solenne rigore nel caso dell'aborto? In realtà non vi è contraddizione: il destino di morte è subìto quasi contrappasso della gloria e della fermezza, l'aborto è procurato e volontario; il primo è secondo natura e va accettato, l'altro è contro natura e va condannato. Ne determina la gravità imperdonabile (donde il ricorso alla sacralità del giuramento), il fatto che a commetterlo è proprio chi, il medico, è custode della vita poiché è conoscitore della natura e quindi scienziato dell'uomo.

Il riferimento alla natura, essenziale per comprendere il messaggio ippocratico, ne richiede tuttavia un ulteriore approfondimento, che permetta di comprendere in qual senso la natura vi sia evocata a fondamento della morale. Infatti, nella cultura della modernità occidentale, il termine "natura" designa o una realtà puramente passiva e neutra a disposizione della volontà dell'uomo, o una realtà negativa da combattere.

Invece nella cultura classica, "natura" – come parola, concetto, entità e quanto a sensibilità – ha una valenza forte, positiva. Sotto tutti codesti aspetti designa il *tutto* del mondo: il globale universo antropo-cosmico, la cui conoscenza è garanzia di integrale verità, poiché è la conoscenza del *tutto* nelle sue parti, e non di singole parti non comunicanti nel tutto. Verità dell'uomo, nella sua specificità. Pertanto, nel discorso di verità riguardante la comprensione di codesto *tutto*, scienza e filosofia non sono distinguibili tra loro, sono invece unificate nel termine di *epistéme*, cui si contrappone la falsa scienza dell'opinione.

È sintomatico della comprensione dell'unità del sapere, che la verità del complesso e articolato universo antropo-cosmico, raggiunto mediante una *epistéme* unitaria, venga espressa in "leggi", termine per secoli valido tanto per le leggi di regolarità del mondo fisico e animale, come per quelle fondamentali e non arbitrarie del mondo umano. E non è nemmeno un caso che il settore umano ritenuto più restio a conformarsi a

legge, a legalità, e incline invece all'arbitrio, sia sempre apparso, in quella cultura, il settore della politica, del potere. La "vita buona" auspicata da Aristotele per la comunità politica, era appunto quella derivante dal "governo delle leggi" e non dalla sottomissione al "governo degli uomini".

Un esemplare testo biblico vetero-testamentario permette di capire come il classico senso forte della natura sussista trasformato – ossia sotto altra forma sostanziale – nei millenni improntati dalla cultura ebraico-cristiana. Nel libro della *Sapienza,* il principio creazionista viene espresso in modo particolarmente significativo per il presente discorso. Dice lo scrittore ispirato: Tu ogni cosa "hai chiamato all'esistenza [...] tutte son tue, Signore *amante* della vita, poiché il tuo spirito incorruttibile è in tutte le cose" *(Sap.,* 11,25-26 e 12,1).

Sia detto *per incidens,* dal filosofo che sono e non dal teologo che non sono: la scienza moderna ha dimostrato la fallacia dell'idea antico-classica dell'eternità della materia (e la presuntuosa affermazione di Laplace). Lo scienziato odierno sa bene che il giornalistico *big-bang* è all'origine del *misurabile* con la modernissima misura crono-spaziale dello spazio-tempo, ma non è l'origine di se stesso: è un *originato.*

Non si tratta – è appena il caso di dirlo – di tornare all'antica indistinzione fra sapere scientifico e sapere filosofico. Sarebbe un'impresa insensata per la distanza ormai creatasi, e con ragione, fra i due campi e metodi di indagine: constatazione empirico-osservativa del mondo fisico da un lato, e introspezione riflessiva sull'uomo in sé e nelle sue proiezioni sociali dall'altro. Si tratta invece di rendersi conto del fatto che in entrambi i campi è sempre operante il medesimo soggetto – l'uomo *investigante* – e sempre alla ricerca, in entrambi, di certezza e di verità. *Questo* uomo non è appagato da un sapere parziale, ne avverte la limitatezza e ambisce a un sapere *completo*: ne ha bisogno. Ma questo bisogno non è il privilegio degli studiosi, siano essi scienziati o filosofi; anche l'uomo più semplice sente tale bisogno egli risponde, sia pure in forma semplice, ingenua, fantasiosa, allo "stato selvaggio", per così dire al modo di Lèvi-Strauss.

L'investigazione è dunque la caratteristica propria dell'*uomo vivente;* questi è pertanto la fonte unitaria e comune dell'ansia, del bisogno di sapere: indefinito alla sua origine, ma compreso fra i due poli estremi: della scienza più rigorosa da un lato e della più penetrante filosofia dall'altro. In questa prospettiva viene alla luce la singolare figura dell'uomo, a

prima vista paradossale. Infatti l'uomo è *nel* mondo, vive *del* mondo, non può viverne *fuori;* ma al tempo stesso è *oltre* il mondo per la propria capacità di conoscerlo, interpretarlo, giudicarlo.

Il paradosso è però solo apparente ed è tale per quella filosofia che pretende di negare all'uomo una propria natura che non sia quella del continuo fare e mutare. "L'uomo non ha natura, ma storia" è l'enfatica e perentoria affermazione di Ortega y Gasset, che esprime perfettamente il pensiero dell'idealismo ma anche del pragmatismo empirista moderni: in genere del pensiero antimetafisico. In realtà, quella singolare partecipazione al mondo e insieme all'oltre il mondo, è la *natura* specifica dell'uomo, e ne segna la specifica modalità di presenza entro il mondo.

Tutta la grande filosofia cristiana ne è consapevole ed ha sempre inteso la natura umana in questo senso e non in senso soltanto biologico-naturalistico. Ma in questa sede ritengo più opportuno citare la lucida testimonianza di uno dei più grandi filosofi del nostro tempo: Ludwig Wittgenstein. Proprio nel suo *Tractatus logico-philosophicus* (in tedesco!) troviamo questa affermazione perentoria: "Il senso del mondo non può essere che fuori di esso" *(Tract.,* 6.41), argomentata con felice connubio di rigorosa logica formale e di penetranti rilevamenti empirici.

"Fuori del mondo" è di certo Dio, anche per Wittgenstein, che da filosofo lo denomina *das Mystiche,* il Mistico, in relazione al quale l'uomo può comprendere il mondo nella sua realtà "come una totalità delimitata" *(Tract.,* 6.45): la modernissima astrofisica ne è convinta. L'uomo, dunque, è per *natura sua,* dentro e oltre il mondo poiché, con la sua conoscenza ne segna *il limite.*

Il paradosso da me enunciato: *"Primum philosophari"* si svela ora come la più semplice, persino banale, delle verità: per vivere occorre comprendere la vita e per comprendere questa occorre comprendere la *natura* dell'uomo nel suo bivalente rapporto con il mondo. Perciò è necessario partire dalla filosofia, ma da quella che non ripudia la natura, bensì la accetta quale terreno fecondo della propria investigazione. E qui una rinnovata filosofia della natura permette al filosofo e, primo fra tutti, al medico, scienziato e operatore, di contrarsi e cooperare, poiché entrambi sono uniti nell'*aver cura* dell'uomo nella sua sintetica unità. Appunto nella cura entrambi si riconoscono (debbono riconoscersi) pienamente uomini nell'integrazione di sapere scientifico e sapere filosofico, in una dedizione all'uomo che nel profondo è amore.

Prof. SERGIO COTTA
Docente di Filosofia del Diritto all'Università "La Sapienza", Roma
Presidente dell'Unione Internazionale Giuristi Cattolici Italiani

ROBERT C. GALLO

L'AIDS come malattia del corpo e dello spirito

Eminenze, signore e signori: ringrazio il Cardinal Angelini per il suo invito e per il privilegio che ho di parlarvi.

Mi è stato chiesto di parlare dell'AIDS come malattia del corpo e dello spirito. È relativamente facile parlare dell'AIDS in quanto malattia del corpo; parlarne in quanto malattia dello spirito offre invece diverse interpretazioni. Il mio punto di vista sarà quello di uno scienziato biomedico.

Stiamo arrivando alla fine del nostro millennio con l'orgoglio di aver fatto dei grandi passi avanti, in questo secolo, nel campo della scienza medica. Ciò è vero e questo orgoglio è comprensibile. Tuttavia, a volte, si è arrivati sino all'arroganza. Durante gli anni '70, non era così rara la credenza, in alcuni centri medici occidentali, che le malattie infettive fossero "passé". Quelle serie erano per noi "vinte". Le malattie infettive serie erano un problema soltanto per il "terzo mondo".

Per questo motivo, alcune prestigiose scuole mediche hanno persino abolito l'Istituto di Microbiologia. Eravamo molto sicuri di noi stessi. Ma i microbi sono sempre stati con noi, sin da quando l'umanità ha avuto origine, e continueranno ad essere con noi sino alla fine. In quel periodo, il virus dell'AIDS, come un leone appena uscito dalla foresta che si avventa sulla sua vittima, fece inaspettatamente la sua apparizione. Nel 1981 vennero diagnosticati negli Stati Uniti i primi casi di AIDS, e dal 1982 ci fu una nuova epidemia o pandemia. L'AIDS, infatti, era destinato a diventare la piaga contemporanea.

Quali sono le lezioni? La prima ed anche la più ovvia è che le grandi epidemie vanno e vengono, spesso in modo inaspettato; le epidemie del passato spesso sono scomparse nell'arco di pochi secoli senza le grandi scoperte della medicina moderna, se ne sono andate altrettanto inaspettatamente. In poche parole, la scienza medica deve rimanere umile di fronte alla natura, e ricordare che i microbi sono stati sempre tra di noi dall'inizio e con noi rimarranno sino alla fine. La seconda lezione, legata alla prima, è che anche se volessimo dividere il mondo secondo un'ordine di tipo economico, in "primo mondo", "secondo mondo" e, come spesso si usa dire, "terzo mondo", il mondo dei microbi, quello dei virus sta assumendo sempre più una sua identità. Inoltre, l'inclinazione prioritaria che queste malattie fossero limitate a luoghi remoti, che non fossero "per noi", era un esempio impressionante dell'arroganza sociale, che ci rimanda al tema di questo incontro.

Qual è l'origine dell'epidemia di AIDS? Innanzitutto, dobbiamo considerare l'origine dei virus. Gli scienziati biomedici hanno dimostrato che il virus dell'AIDS (HIV), ha avuto origine nelle foreste pluviali africane, e che è entrato nell'uomo attraverso le scimmie, che spesso sono usate come fonte di cibo. Si sospetta che, pulendo questo cibo, si siano verificate molte occasioni di contagio mediante ferite accidentali. Nonostante ciò sia accaduto molte volte nel passato, siamo consapevoli del fatto che questa epidemia è recente. I primi casi nel passato furono scoperti negli Stati Uniti nel 1981, e questi pazienti sono stati infettati probabilmente negli anni '70 e forse ancora prima. Le prime infezioni nelle foreste pluviali africane sono state probabilmente rare e fortuite, con la persona contagiata lasciata sola con la sua malattia. Io credo, dopo aver fatto degli studi sociali, che la malattia abbia avuto origine nei decenni successivi al dopoguerra (seconda guerra mondiale), quando i coloni abbandonarono l'Africa centrale. Le persone non avevano imparato bene i nuovi modi di vita, e forse avevano dimenticato quelli vecchi. Assieme alle esplosioni delle guerre tribali, ci fu una significativa migrazione dalla campagna verso la città. Ciò portò ad un aumento della prostituzione. La foresta pluviale era giunta in città.

Dopo la seconda guerra mondiale, si verificarono anche i maggiori mutamenti sociali nel globo. L'enorme aumento dei viaggi aerei e della promiscuità sessuale, lo sviluppo spaventoso dell'uso, da parte di molte persone, di droghe per via intravenosa, e l'uso di sangue per scopi medici (trasfusioni) e di derivati del sangue da una persona all'altra e persino da una nazione all'altra, hanno fatto sì che la possibilità rara e remota di trasmettere il virus divenisse rapidamente abituale e globale. La foresta fluviale era dappertutto.

Qual è la situazione attuale dell'epidemia? Non guardo troppo rigorosamente ai rapporti mensili. Vi ripeto ciò che dicono molti epidemiologi: che dai 2.000 casi siamo passati ai 30 o 50 milioni di persone attualmente contagiate. Tutti conoscono gli effetti devastanti che l'AIDS ha prodotto in molti paesi africani e del recente aumento vertiginoso del numero

dei malati nei paesi asiatici. Il mio collega, il Dr. Robert Redfield, mi ha detto recentemente che la durata media della vita delle persone in Uganda era di 46 anni, ma che adesso è scesa a 37 per colpa dell'AIDS. Ci sono molte altre statistiche spaventose.

Chi è attualmente infetto? Il tasso più alto si registra tra le donne, i bambini ed i poveri.

Qual è il *futuro* dell'epidemia? Non è facile prevederlo, in quanto essa è soggetta a cambiamenti continui. Inoltre, la trasmissione dell'HIV è agevolata dalla presenza di altre malattie veneree, e chi è in grado di predire il futuro dei comportamenti umani? Ci sono importanti risultati anche dal nostro amico Dr. Max Essex, Direttore dell'"Harvard AIDS Institute" di Boston, che ci tengono informati dei possibili rapidi cambiamenti della natura dell'epidemia, che dipendono dalla comparsa di particolari tipi di HIV nella popolazione. Egli ha scoperto che i tipi di HIV dominanti in Asia ed in Africa sono in grado di infettare maggiormente le cellule della superficie vaginale femminile o dell'uretra maschile rispetto ai tipi dominanti di HIV in America e in Europa. È perciò possibile che i tipi asiatico e africano siano molto più trasmissibili per via eterosessuale. È possibile che questi tipi faranno presto la loro comparsa in Europa e nelle Americhe.

Quanto è importante l'AIDS rispetto alle altre malattie? Non di rado sento dire: molte persone muoiono per malattie al cuore o per il cancro, ecc. Questo è un argomento al quale dobbiamo rispondere con grande attenzione, in quanto è cosa comune che gli scienziati medici parteggino per la loro "malattia preferita", e la risposta non deve far aumentare questa preferenza. Posto in termini semplici, possiamo dire che l'AIDS sta attualmente aumentando e di solito colpisce i giovani, provoca molte sofferenze e dopo un determinato periodo dalla malattia conclamata, rovina le famiglie, mina nazioni intere, provoca molte altre e peggiori malattie, e può favorire lo sviluppo di altre epidemie causate da altri microbi (considerate il ritorno più virulento della tubercolosi). La ricerca sull'AIDS ha un'importanza diretta su molte altre malattie.

Cosa possiamo dire brevemente sull'AIDS come *malattia del corpo?* In parole semplici, possiamo dire che l'AIDS produce molte sofferenze, molto più di ogni altra malattia conosciuta. I pazienti diventano emaciati, si infettano con innumerevoli altri microbi a causa degli effetti che l'HIV ha sul sistema immunitario, microbi che talvolta possono sfigurare la persona; il cervello è infettato dall'HIV e ciò può portare problemi psicologici e mutamenti neurologici; si possono sviluppare alcuni tipi di cancro. È superfluo parlare qui della paura della sofferenza, del disastro dal punto di vista economico, della perdita dei contatti e della morte.

Cosa possiamo dire *della responsabilità* e dei vari "gruppi a rischio"? Potremmo colpevolizzare il bambino infettato dalla madre? Credo di no. Potremmo colpevolizzare la donna infettata dal proprio marito? Credo di no. Cosa dire delle prostitute? Penso che il più delle volte esse non scelgano liberamente di fare questo mestiere, ma che vi siano spinte dalla povertà, dalla droga, o hanno alle spalle una famiglia disgraziata. Dovremmo colpevolizzarle? Credo di no.

L'AIDS come malattia dello spirito è stato un altro argomento assegnatomi. Molte persone sono più qualificate di me per discuterne, in particolare coloro che si trovano in "prima linea" nei confronti della malattia, quelli che presta-

no le cure di base alle persone in punto di morte, quelli che aiutano a sopportare le sofferenze croniche, ecc. In questo gruppo sono compresi, ovviamente, gli ospedali cattolici che si fanno carico di queste cure, come ad esempio nella città di New York ed in molti paesi poveri. Come scienziato e come individuo che ha conosciuto diversi pazienti, le mie osservazioni suggeriscono che le malattie più grandi dello spirito in una situazione di AIDS sono la disperazione e la paura; disperazione e paura di essere fatti oggetto di discriminazione, di essere giudicati, della rovina dal punto di vista finanziario, di perdere la famiglia, di una possibile perdita del lavoro, di essere evitati come i lebbrosi del passato, della distruzione familiare, della sofferenza, della morte. Talvolta questi sentimenti si trasformano in paura, in odio o in rabbia.

L'AIDS come *malattia per la società intera.* Non conosco nessuna malattia che incida su così tanti segmenti della società. Ovviamente, c'è un continuo bisogno di operatori sanitari che prestino le cure basilari – infermieri, medici, paramedici – ed amministratori che rendano operativi gli ospedali ed i cronicari. Gli educatori ne sono costantemente coinvolti. C'è bisogno della famiglia e degli amici, del supporto politico e della classe dirigente, di investimenti finanziari sostanziosi da parte della società che durino anni, di molti tipi di scienziati, di corpi organizzati, e forse in modo particolare della Chiesa.

Termino questo breve commento con una nota positiva. Credo che, alla fine del 1995, vi siano delle *buone notizie.* La prima è che ho l'impressione che vi sia un sensibile miglioramento della comprensione e dell'interesse della società intera (nonostante talvolta io sia preoccupato dell'autocompiacimento in alcuni ambienti). La seconda, è che i lenti e continui progressi su questa malattia e sui suoi virus, compiuti dagli studi scientifici di base, stanno aprendo le porte a ciò che potrà segnare la fine dell'AIDS come malattia orribile ed incurabile.

La possibilità che l'infezione da HIV possa essere gestibile e che una persona possa vivere bene con l'HIV sembra essere vicina. Ci sono diverse ragioni per crederlo. Innanzitutto, ci sono le informazioni relativamente nuove che un sottogruppo di persone infettate dall'HIV, quantunque siano una piccola parte, vivono a lungo e bene. Di conseguenza, siamo fiduciosi che sia possibile vivere sotto controllo in queste condizioni. Secondariamente, in recenti risultati clinici, due o più farmaci combinati con obiettivo HIV hanno prodotto una maggiore ed imponente soppressione del-l'HIV rispetto ad uno solo. Terzo, sta emergendo un consenso verso il campo della ricerca, che indica come la terapia anti-HIV precoce e "dura" sia l'approccio più corretto. Tuttavia, questi approcci che riguardano sostanze chimiche possono essere tossici se somministrati nel tempo. Stiamo lavorando su alcuni nuovi approcci di tipo biologico contro l'HIV, e che possono avere una tossicità minima o non essere affatto tossici, di modo che il loro impiego possa essere a lungo termine, in quanto la terapia contro l'HIV richiede con molta probabilità un trattamento che continua per tutta la vita. L'obiettivo primario del nuovo "Institute of Human Virology" all'Università del Maryland, a Baltimora, sarà il raggiungimento di una terapia migliore contro l'HIV.

Prof. ROBERT C. GALLO
Direttore dell'"Institute of Human Virology Medical Biotechnology Center"
Università del Maryland a Baltimora
Maryland, U.S.A.

GOTTIEB MONEKOSSO

Il tirocinio integrato del medico nella cura delle malattie

Il Buon Samaritano non era un medico, ma un cittadino che si occupava degli altri. Quella del medico è una professione umanitaria. Negli ultimi decenni, comunque, il rapido sviluppo della scienza e della tecnologia ha praticamente trasformato la figura del medico da quella classica dell'umanista in quella del tecnico competente. I generali mutamenti politici, sociali ed economici di questo secolo hanno scosso i fondamenti dell'etica medica. Ci auguriamo che il XXI secolo ripristini l'equilibrio tra la tecnologia e l'aspetto umano nell'esercizio della medicina.

1. Crisi e cambiamenti nell'insegnamento medico

Attualmente le scuole di medicina danno troppo rilievo all'acquisizione delle conoscenze scientifiche biomediche. Si presta poca attenzione alle attitudini professionali; inoltre, a causa della superspecializzazione, le capacità sono frammentate e la maggioranza dei medici praticanti si concentra sulle malattie, piuttosto che sulle persone malate. In tutto il mondo, gli studenti e gli insegnanti di medicina sono sempre più consapevoli delle attuali alterazioni della tradizione di Ippocrate e dello spirito di abnegazione, esemplificato nella parabola del Buon Samaritano. Esiste un movimento globale, da parte di una leadership di organizzazioni internazionali, in modo particolare la "Federazione Mondiale per l'Educazione Medica", rivolto al cambiamento ed alla ricerca di una educazione nella qualità medica

I recenti mutamenti nell'organizzazione della pratica medica e dei servizi sanitari hanno avuto come risultato uno scadimento o un perdita della "premura". Gli istituti medici, un po' dappertutto, si trovano ora di fronte alla sfida di ripristinare la "premura" in campo medico. Essi devono mirare a standard professionali che siano il più possibile accettabili da un punto di vista generale, mediante una riforma dell'educazione medica di base, che dev'essere avvalorata da programmi post-laurea continuativi. Bisogna coordinare ed integrare il gran numero di discipline e di specializzazioni che contribuiscono alla formazione di un dottore in medicina. Ciò potrebbe essere fatto al meglio descrivendo le caratteristiche comportamentali o il profilo dello studente al termine del periodo prescritto (anni) degli studi di medicina.

2. Profilo del medico competente e premuroso

Il medico deve dimostrare la capacità di saper risolvere i problemi, identificata con il nome di *riflessione professionale.* Ciò è associato ad *attitudini professionali* chiaramente identificabili, unite ad una serie di capacità psicomotorie descritte come *capacità professionali;* egli dev'essere inoltre un'enciclopedia vivente, impersonificare un' "informazione di base" ben integrata: *conoscenza professionale.* La somma di queste caratteristiche comportamentali è il risultato del tirocinio integrale del medico. Questi elementi devono essere concentrati attorno ad un tema centrale della Medicina: i *metodi clinici;* esaminare cioè la storia delle malattie di un paziente, selezionare ed interpretare i risultati delle indagini, informare sul trattamento, sulla riabilitazione e sulla prevenzione; educare il paziente, la famiglia e la comunità; lavorare "in centri o uffici sanitari" assieme ad operatori di altri team e dirigere un servizio sanitario locale a beneficio della comunità.

3. Riflessione professionale – Risolvere i problemi

La riflessione professionale, tipica di un medico competente, è stata descritta come un modo critico di ragionare, una medicina basata sull'evidenza, una capacità clinica di prendere decisioni e di risolvere i problemi. Queste caratteristiche derivano generalmente dallo studio di un certo numero di discipline scientifiche applicate alla medicina: *la base scientifica della pratica medica.* Le più importanti fra queste discipline sono: Anatomia, Fisiologia, Farmacologia, Biofisica, Biochimica, Patologia, Microbiologia, Immunologia, Istologia, Embriologia, Parassitologia ed Entomologia. È stato suggerito che queste discipline vengano stabile in forma definitiva in alcune discipline-chiave. La riflessione professionale può essere consolidata dall'analisi della fisiologia clinica, della patologia clinica e della farmacologia clinica.

4. Attitudini professionali – Aspetto umanitario e cura

Cura dei malati e dei feriti, stessa considerazione per tutti, consapevolezza dei costi economici per i

pazienti, adattamento ai diversi ambienti socio-culturali, consapevolezza delle proprie limitazioni, ed un profondo rispetto etico per la vita: queste sono alcune delle attitudini professionali che ci si aspetta dai medici. Bisogna che essi apprendano, o che ad essi venga inculcato, lo studio e l'applicazione di un certo numero di discipline che si concentrano sul benessere fisico, mentale e spirituale delle persone, siano essi individui, famiglie o comunità. Queste discipline, e cioè l'Etica, l'Antropologia, la Sociologia, la Psicologia, la Demografia, la Genetica, l'Economia e l'Amministrazione, forniranno la *base umanitaria della pratica medica.* È stato proposto di stabilirle in forma definitiva in alcune discipline-chiave. Le attitudini professionali possono essere consolidate dall'analisi dell'etica, della sociologia e dell'economia in campo sanitario.

5. Capacità professionali – Vaste conoscenze cliniche

Gli studenti di medicina acquisiscono molte capacità durante gli studi medici di base, che vengono poi generalmente ampliate durante la pratica medica. Queste capacità sono però assai frammentate in un'ampia varietà ed un gran numero di specializzazioni. Il tirocinio integrato potrebbe essere assicurato organizzando per gli studenti di medicina delle esperienze "dirette" in tre aree principali: capacità nella cura dei pazienti, consolidata dalle capacità di laboratorio/ricerca e capacità amministrative e dirigenziali. Queste sono le *capacità professionali dei medici.* Le capacità nella cura dei pazienti sono consolidate dal lavoro in clinica medica in collaborazione con pediatri, geriatri, psichiatri; in clinica chirurgica, e nelle specializzazioni chirurgiche; in ostetricia ed in ginecologia. Le capacità di laboratorio ed esplorative si acquisiscono lavorando in clinica patologica, in clinica radiologica, e nei reparti di esami clinici. Le capacità amministrative comuntarie si sviluppano lavorando ed imparando assieme agli altri durante gli incarichi pratici che riguardano la salute comunitaria, statistiche sanitarie, pianificazioni e amministrazione sanitaria, finanziamenti sanitari, ed il lavoro in gruppi comunitari, come ad esempio i comitati sanitari, i comitati per lo sviluppo, e la partecipazione agli studi di comunità.

6. Conoscenze professionali – Basilari ed integrate

Le conoscenze professionali si sono notevolmente ampliate con il progresso della scienza e della tecnologia. Gli insegnanti dei medici devono "concentrare" le conoscenze essenziali alla pratica medica. Ciò è stato riassunto in tre temi principali, quali il riconoscimento della malattia, la gestione della malattia, e la prevenzione delle malattie negli individui e nelle comunità. Le *conoscenze professionali dei medici* riguardano una serie incredibile di discipline, ma possono essere generalmente classificate nelle tre seguenti categorie:

– *riconoscimento della malattia*: patologie mediche, chirurgiche e ginecologiche, e discipline relative;

– *gestione della malattia*: medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia, pediatria, geriatria, psichiatria, ecc;

– *prevenzione delle malattie*: sanità pubblica e relative discipline; epidemiologia, nutrizione e condizioni ambientali, salute della madre e del bambino, salute professionale e controllo dei disturbi.

7. Educazione medica qualificata

I medici indirizzati verso la cura completa dei malati e della loro comunità, il cui profilo corrisponde alle summenzionate caratteristiche: medici, medici di famiglia, medici comunitari, con il ruolo principale di curare, dovrebbero avere un'*educazione medica qualificata.* Essi dovrebbero anche essere in grando di insegnare ad altri operatori sanitari, e di impegnarsi nella ricerca sanitaria qualificata, nell'arte e nella scienza del guarire le malattie. È stato suggerito che la *qualità* (una caratteristica difficile da apprendere) dipende da due variabili, apparentemente contraddittorie: la *perfezione* e la *pertinenza.* Una scuola di medicina ed i suoi allievi possono essere apprezzati dalla comunità scientifica (perfezione) e dalla comunità locale (pertinenza). Le facoltà mediche del mondo ed i loro singoli dipartimenti possono, con tutta probabilità, essere caratterizzati dalla ricerca della perfezione e della pertinenza, o dall'ottenimento della qualità (delle cure), unendo assieme la perfezione e la pertinenza.

8. Unire alla scienza l'aspetto umanitario

Un ambiente fortemente scientifico, che sottolinei l'applicazione della scienza e della tecnologia, aiuterà a risolvere i problemi che derivano dalla riflessione professionale. L'acquisizione delle capacità e delle conoscenze aiuteranno il medico a risolvere il problema, a "fare qualcosa" e a dimostrare la propria capacità di "curare il malato". Ma, in ultima analisi, sono le attitudini professionali del medico che determineranno fino a che punto queste capacità e queste conoscenze apporteranno benefici al paziente. In altre parole, si tratta del grado delle cure. Come nella parabola del Buon Samaritano il passante continua il suo viaggio senza fermarsi, e confida sui suoi mezzi per il viaggio di ritorno, anche le migliori intenzioni e le più auspicabili attitudini professionali possono risultare inadeguade se manca la riflessione professionale (la capacità di risolvere i problemi). La base scientifica e quella umanitaria della pratica medica devono andare di pari passo.

9. Rinascita dell'aspetto umanitario in medicina

Le facoltà di medicina di tutto il mondo hanno acquisito una notevole esperienza nell'insegnamento della scienza biomedica; la seconda metà di questo secolo ha visto lo svilimento dell'aspetto umanitario in medicina, e con esso una diminuizione significativa del ruolo e del posto dei medici nella società. Una importante sfida per le scuole mediche e per la professione medica nel XXI secolo, sarà

quella di favorire un'inversione di tendenza. Per questo motivo, un'ulteriore considerazione del tirocinio integrale del medico si concentrerà sull'insegnamento e sull'inculcamento consapevole delle attitudini professionali consigliabili. In quest'area, i modelli dei ruoli sono importanti; un piccolo "esempio" risulta più importante di molti "discorsi". Gli insegnanti di medicina influenzano significativamente il comportamento dei loro studenti, ed il modo in cui si pratica la medicina in una società determinerà come la medicina stessa viene insegnata.

10. Coltivare le attitudini umane

Da un punto di vista pedagogico, i prerequisiti per l'ammissione degli studenti ed i metodi per la loro selezione sono importanti. I metodi attuali favoriscono gli scopi conoscitivi, ma si esamina attentamente anche la valutazione di scopi non-conoscitivi e la qualità delle esperienze universitarie o scolastiche; in modo particolare la partecipazione dei candidati ad attività supplementari agli studi. Talvolta si fa una valutazione del carattere e dell'ambiente socio-culturale. E, una volta alla scuola di medicina, il progresso dello studente nello sviluppo attitudinale dovrebbe essere controllato parallelamente al progresso fatto nel risolvere i problemi, nelle capacità e nella conoscenza. Un certo numero di temi sulla base umanitaria della pratica medica dovrebbe essere integrato con l'attività centrale della vita pratica di un medico: i *metodi clinici.* Seguono alcuni di questi temi.

11. Cura del malato

La cura del malato, la sollecitudine verso le persone, l'impegno nell'aiutare gli altri (uscendo dalla propria strada, come il Buon Samaritano), essere alla portata delle persone, essere disposti all'accoglienza in modo amichevole, l'aver cura vengono prima del denaro o di ogni altra considerazione. Occuparsi con cura delle persone, rispettando la loro autonomia e il rapporto confidenziale medico/paziente, interessarsi alla situazione della vita di una persona non solo come "ad un caso interessante", e fornire una continuità, integra la cura completa dell'intera persona. Questa cura comprende l'acquisizione di alcune qualità proprie di un buon infermiere.

12. Interesse per la salute della comunità

Estendere la cura per il singolo al suo entourage ed alla sua comunità; una cura centrata sulla persona che ha come punto focale una situazione nella vita del cittadino: neonato, bambino, adolescente, giovane, adulto, anziano; una cura basata sulla comunità organizzata per i membri della famiglia in determinate comunità (villaggi rurali, quartieri cittadini) così come in un centro o in un ufficio sanitario, con il coinvolgimento dei leader ed i consiglieri della comunità; salute della comunità gestita localmente mediante attività di base, pianificazione e gestione sanitaria a livello locale, informazione sanitaria, finanziamenti per la salute della comunità; forniture di mezzi sanitari essenziali (medicinali, vaccini, ecc.).

13. Consapevolezza dei limiti professionali

La consapevolezza dei propri limiti professionali e delle proprie capacità da parte di un medico, così come della capacità operativa di un ospedale, di un centro o istituzione sanitaria al quale il medico appartiene; adattarsi a questa capacità operativa; informare i pazienti sui centri meglio attrezzati, sugli specialisti e sui servizi più adatti. La consapevolezza dei limiti professionali dovrebbe essere aiutata da professori e colleghi, da riviste, lezioni private e dibattiti, ecc. Agli studenti dovrebbe essere consigliato di tenere un diario delle proprie esperienze.

14. Equità e giustizia sociale

Si deve avere la stessa considerazione per ogni persona, uomo o donna, appartenente ad un ceto sociale alto, medio o basso, senza distinzione di razza, religione, tribù, ricchezza, paese, provincia o zona d'origine. Alcuni particolari gruppi di persone dovrebbero usufruire di cure particolari, come ad esempio i tossicomani, gli alcolisti, chi ha particolari disturbi sessuali, chi è affetto da AIDS, ecc. Gli studenti ed i tirocinanti devono cercare con coscienza di riconoscere le proprie tendenze discriminatrici, siano esse preconcette o inconsce, e sforzarsi di superarle.

15. Consapevolezza dei costi per la sanità

Il medico dovrebbe essere consapevole dei costi che comportano le cure sanitarie per il paziente, i suoi familiari, gli amici; ed ovviamente anche per la comunità e la nazione. I costi per le cure del malato non sono soltanto economici, ma implicano anche una perdita di tempo che viene sottratto alla scuola o al lavoro, con conseguente perdita di produttività e di opportunità per i rapporti interpersonali e familiari. I medici sono consapevoli che le persone indigenti si ammalano più frequentemente, e più spesso in modo grave. Il peso delle malattie è più oneroso nei paesi più poveri.

16. Adattarsi alle diverse circostanze

I medici apprendono ad adattarsi agli ambienti socio-culturali che cambiano. La loro prima sfida può essere la lingua, la cultura e le persone intorno alla scuola di medicina. La lingua locale è di importanza vitale nella pratica clinica. Il risolvere i problemi locali predominanti che riguardano la salute è il primo passo verso la celebrità, a livello nazionale e persino a livello internazionale. Adattarsi ad una cultura locale o nazionale è il passo più importante verso la capacità di lavorare in modo efficiente in un altro paese, se chiamati a farlo. I medici dovrebbero conoscere a perfezione almeno una delle principali lingue straniere. Tutto ciò richiede una certa "apertura mentale", l'impegno e l'umiltà di imparare, e di continuare ad imparare

molte cose oltre alla scienza biomedica. Adattarsi non significa però abbassare gli standard professionali ed etici.

17. Rispetto etico per la vita

Un intenso rispetto etico per la vita ci fa entrare nelle profondità dell'etica nelle cure mediche, che inizia con la stessa considerazione per tutte le persone ed il rispetto per l'autonomia dell'individuo.

Essa personifica il principio, ben conosciuto, del non fare alcun male *(primum non nocere).* I cambiamenti nel comportamento sociale (o ciò che si intende per comportamento sociale) e gli sviluppi della tecnologia impongono oggi ad ogni medico di comprendere appieno e di assumersi le proprie responsabilità nel campo dell'etica: l'aborto, l'eutanasia, la cura o il sacrificio dei bambini nati malformati, la cura o meno delle malattie mentali, il trapianto di tessuti e di organi (donatore, ricevente, rapporti con il medico), procreazione in-vitro (bambini concepiti in provetta), il morire dignitosamente, la non partecipazione alla tortura, per non menzionare l'impatto in rapida crescita dell'ingegneria genetica in campo medico. Questi temi complessi non possono essere appresi attraverso gli studi di casi astratti, ma analizzati nel momento in cui si verificano, durante il corso delle esperienze di ogni giorno accanto alle questioni biomediche.

Conclusione

Crediamo che il tirocinio integrato del medico, nella cura del malato, richiederà un nuovo orientamento dei programmi di educazione medica secondo le linee qui proposte. Gli insegnanti e gli studenti dovranno far sì che mentre osservano gli alberi in dettaglio, essi non dimentichino di vedere i contorni della foresta. Crediamo che tutti gli istituti medici possano prefissarsi l'obiettivo di forgiare medici che siano *totalmente competenti e premurosi.* Ciò non richiederà alcuna riorganizzazione o ristrutturazione delle facoltà. Richiederà però una fondamentale accettazione, sia da parte degli insegnanti sia da parte degli allievi, del fatto che gli istituti medici esistono innanzitutto e soprattutto per il tirocinio integrato dei medici nella cura delle malattie.

Dr. GOTTIEB MONEKOSSO
Direttore Regionale Emerito
per la sezione Africana
dell'Organizzazione Mondiale
della Sanità
Camerun, Africa

FRANCISCO EDUARDO TRUSSO

La medicina e il cristianesimo

Il titolo di un precedente convegno è già una definizione del concetto della vita per il cristiano: *"Gloria Dei Vivens Homo"* (La Gloria di Dio è l'Uomo Vivente).

Nella Bibbia il salmista torna ripetutamente sul tema della vita come benedizione speciale del Signore:

"Non i morti lodano il Signore,
né quanti scendono nella tomba.
Ma noi, i viventi,
bendiciamo il Signore
ora e per sempre."
(Salmo 115)

"Preziosa agli occhi del Signore
è la morte dei suoi fedeli!"
.....
"Non morirò, resterò in vita
e annunzierò
le opere del Signore.
Il Signore
mi ha provato duramente,
ma non mi ha consegnato
alla morte."

Al tempo stesso, si qualifica come Benedizione del Signore per il giusto una vita tanto lunga da vedere i figli dei propri figli, fino alla terza e alla quarta generazione.

Ma la Bibbia non parla soltanto della morte come di un male e della vita come di una Benedizione, bensì ci dice la stessa cosa rispetto alla malattia, e il salmista invoca il Signore affinché ritrovi la salute e possa rendere grazie per questo recupero:

"Stolti per la loro iniqua
condotta,
soffrivano per i loro misfatti;
rifiutavano ogni nutrimento
e già toccavano
le soglie della morte.
Nell'angoscia gridarono
al Signore
ed egli li liberò
dalle loro angustie.
Mandò la sua parola
e li fece guarire,
li salvò dalla distruzione."
(Salmo 107)

"Sono infelice
e morente dall'infanzia,
sono sfinito,
oppresso dai tuoi terrori.
Sopra di me è passata la tua ira,
i tuoi spaventi
mi hanno annientato."
(Salmo 88)

"Tu Signore mi hai sollevato
dagli abissi
e mi hai fatto rivivere,
quando ero tra coloro che
scendevano nel sepolcro."
.....
"Tutto il giorno ti chiamo,
Signore,
verso di te protendo le mie mani.
Si celebra forse la tua bontà
nel sepolcro,
la tua fedeltà negli inferi?"

E il samista parla per bocca di colui che è stato curato e del giusto che vive in salute una vita lunga:

"Il giusto fiorirà come palma,
crescerà come cedro
del Libano;
piantati nella casa del Signore,
fioriranno negli atri
del nostro Dio.
Nella vecchiaia
daranno ancora frutti,
saranno vegeti e rigogliosi."
(Salmo 92)

Il tema della medicina e del medico è trattato ampiamente anche nella Sacra Scrittura; così nell'*Ecclesiastico,* 38, 1, leggiamo: "Onora il medico come si deve secondo il bisogno, anch'egli è stato creato dal Signore. Dall'Altissimo viene la guarigione, anche dal re egli riceve doni. La scienza del medico lo fa procedere a testa alta, egli è ammirato anche tra i grandi. Il Signore ha creato medicamenti dalla terra, l'uomo assennato non li disprezza. Dio ha dato agli uomini la scienza perché potessero gloriarsi delle sue meraviglie. Con esse il medico cura ed elimina il dolore e il farmacista prepara le sue miscele".

Inoltre si dettano le norme per curare la salute in caso di malattia, chiedendo al Signore di ricorrere per la guarigione anche ai medicinali: "Figlio, non avvilirti nella malattia, ma prega il Signore ed egli ti guarirà. Purificati, lavati le mani; monda il cuore da ogni peccato. Fa' poi passare il medico – il Signore ha creato anche lui – non stia lontano da te, poiché ne hai bisogno. Ci sono casi in cui il successo è nelle loro mani. Anch'essi pregano il Signore perché li guidi felicemente ad alleviare la malattia e a risanarla, perché il malato ritorni alla vita".

Durante i primi secoli del Cristianesimo, così come vi erano gli anacoreti che si allontanavano dal mondo per dedicarsi esclusivamente alla gloria del Signore unicamente mettendosi nelle sue mani, c'era altresì un certo ascetismo che disprezzava tutto ciò che era corporale e che vedeva nella malattia e nella trascuratezza del corpo una sorta di benedizione del Signore. Questo modo di pen-

sare e di agire andava di pari passo con il rinnegare totalmente la cultura umana per dedicarsi esclusivamente alla contemplazione della teologia e della Sacra Scrittura. La cura per la cultura dello spirito e del corpo era associata ad un atteggiamento pagano.

Questa concezione, nella quale si nota l'influenza platonica ed agnostica, non fu condivisa dai principali padri della Chiesa, né fece scuola nella tradizione del cristianesimo. In contrapposizione a Platone, secondo il quale il corpo è la prigione dell'anima che è legata dai castighi, per i quali costituisce un impedimento per ottenere la piena virtù, il cristianesimo risponde con Tertulliano *"caro cardo salutis"* (la carne è il cardine della salvezza - *De Resurrecciones Carnis,* 8) spiegazione del punto centrale della nostra fede: il Verbo si fece carne.

Da Sant'Ireneo, con le cui parole abbiamo iniziato questa relazione, è la frase "caro possidere in regno a spiritu potest" (la carne è posseduta dallo spirito).

Questo principio esige che il corpo sia curato con l'igiene, con il riposo, con un'attività utile e controllata ed allo stesso tempo evitando quell'attività, quegli alimenti e quei tipi di vita che distruggono il corpo, o che mettono in serio pericolo la salute. A questo proposito, è interessante ricordare che San Tommaso d'Aquino indicava tra i mezzi per curare l'"accidia" o la tristezza, quella che noi chiamiamo la depressione, anche fare il bagno e dormire; il santo teologo cioè vede in queste cure specifiche del corpo dei mezzi per la salute totale dello spirito umano. Già all'inizio dell'evangelizzazione dell'America Latina, i Concili celebrati in America prescrivevano la cura della salute e l'igiene della popolazione indigena, il necessario riposo, le attività adeguate, un'abitazione igienica e salutare (Concili di Lima e di Quito). Gli stessi missionari in America si dedicarono molto agli studi di medicina, sia a quelli che si riferivano alla tecnica degli indigeni, sia a quelli nuovi che si andavano sviluppando in Europa.

Nella liturgia cristiana viene mostrato che il sacramento dell'eucarestia è l'alimento dello spirito e del corpo, e si riserva uno dei sette sacramenti all'unzione degli infermi, che dev'essere vista non soltanto come un passaggio nell'altra vita, ma anche come un mezzo di cura. Per questo motivo si insiste sul fatto che esso non debba essere somministrato solamente agli infermi che si trovano in imminente pericolo di vita, ma anche a coloro che stanno soffrendo a causa di qualche malattia, e che possono recuperare la salute per mezzo di questo sacramento dell'unzione degli infermi.

Nei Vangeli si ripete che Gesù esercita il proprio ministero curando i malati. Non dobbiamo vedere in ciò solamente l'aspetto miracoloso mediante il quale Cristo manifesta la sua divinità e la potenza del Padre, ma anche la preoccupazione del Figlio dell'uomo per la salute dei suoi fratelli: il suo pianto per la morte dell'amico Lazzaro ne è la prova evidente.

Il cristianesimo, credendo che il fine ultimo dell'uomo sia la vita sovrannaturale, nella quale i corpi resusciteranno gloriosi, non ha paura dei corpi malati, menomati, feriti o sofferenti; al contrario si occupa di essi in modo particolare. Secondo il principio della sua predica terrena, si è occupato di questi corpi ed ha dedicato gran parte della sua opera ad apportare conforto e aiuto. Naturalmente vede nell'infermità e nella malformazione un male, ma non un male assoluto, che deve essere allontanato ad ogni costo, senza badare alle norme di umanità e di moralità. Dice Cristo al paralitico "alzati e cammina", e dice anche "Chiunque vuole essere mio discepolo prenda la sua Croce e mi segua". E la Croce è il nostro corpo con i suoi dolori, le sue malattie, con i quali ci uniamo all'opera redentrice.

La dualità apparente tra ciò che il cristianesimo proclama circa la necessità di mantenere il corpo in bellezza ed in salute curandolo adeguatamente, e circa la rassegnazione e la pazienza di fronte alla malattia e al dolore, è un aspetto del cristianesimo che San Paolo chiama sconsideratezza presso i pagani e scandalo presso i giudei. La parabola del Buon Samaritano è stata sempre presente nell'insegnamento del cristianesimo, non solo come opera di misericordia, ma anche come oggetto di studio e di ricerca per lo sviluppo della scienza e della tecnica nel senso più ampio.

Il consenso informato del paziente, il rapporto tra il trattamento medico ed il destino dello stesso paziente, il limite di utilizzo dei mezzi per la conservazione della vita e della salute, la tecnica di rianimazione, l'eutanasia, i limiti della terapia, ecc. sono altri temi il cui studio da parte del cristianesimo è stato ed è attualmente promosso dalla medicina. Pio XII ha fatto riferimento, in diversi discorsi, a questi temi (in particolare, si può vedere il discorso su alcune questioni relative alle nuove tecniche di rianimazione del 14 novembre 1957); la Congregazione per la Dottrina della Fede ha riflettuto sul tema dell'eutanasia; si veda inoltre l'articolo di Manuel Cujás S. J., *Il rifiuto della terapia.* Quest'ultimo autore, in un altro suo lavoro, ha scritto: "La salute e la vita, concepite in modo organico e psicologico, non costituiscono l'obiettivo ultimo del comportamento morale. Sono un mezzo, la cui importanza deve essere misurata in funzione della propria convenienza per raggiungere il proprio destino e la propria perfezione, è questo il fine per il quale siamo stati creati al culmine del progetto della propria vita. La teologia morale ha elaborato sempre concetti sufficientemente precisi, che permettono di delimitare negativamente e positivamente la libertà dell'individuo nella onesta disposizione della sua vita e della sua integrità psicofisica". E Pio XII, nel discorso già citato, delimitò il dovere di conservare la vita e la salute, segnalando l'obbligo di ricorrere esclusivamente ai mezzi ordinari, lasciando quelli straordinari all'arbitrio del malato, e tenendo conto delle circostanze.

S.E. FRANCISCO
EDUARDO TRUSSO
Ambasciatore di Argentina
presso la Santa Sede

ELIO TOAFF

Ebraismo*

Il titolo di questo convegno, *"Da Ippocrate al Buon Samaritano"*, è per me piuttosto problematico. Il nome di Ippocrate rimanda agli inizi della tradizione medica occidentale, e alla codificazione greca delle prime norme di etica professionale; ma l'orizzonte del giuramento che porta il nome di Ippocrate è ancora limitato da un'iniziale evocazione idolatrica e da certe angustie sul segreto della trasmissione della dottrina e dell'esercizio della professione. Il nome del Buon Samaritano, d'altra parte, è considerato nell'uso comune come il simbolo della dedizione nell'assistenza ai malati, di un amore che supera le differenze nazionali e religiose, e che vede nel malato, chiunque egli sia, solo un essere umano da aiutare. Tuttavia la parabola del Buon Samaritano, così come è formulata in Luca 10, porta i segni di una lacerazione polemica che sembra investire direttamente l'ebraismo. La società ebraica di allora, come ancora quella di oggi era divisa in tre stati: sacerdoti, leviti, e semplici ebrei. Nella parabola, il sacerdote prima, e il levita dopo, si rifiutano di assistere il ferito, e finalmente interviene un terzo, il Samaritano, appartenente a una comunità differente, che dà la sua grande lezione di umanità. Nella parabola c'è dunque un grande assente, il semplice ebreo. Qualcuno ha suggerito che l'originaria versione del racconto dovesse parlare proprio di lui; sta di fatto che il testo ufficiale parla di un Samaritano, e che una delle possibili morali del racconto è che bisogna uscire da Israele per trovare umanità e solidarietà. In questo modo il grande messaggio della parabola, dell'amore e della solidarietà senza distinzioni, è contaminato da questo "amaro di fondo" per cui si predica tanto amore ma insieme anche un po' di ostilità.

In questo momento, mentre ringrazio per l'invito a partecipare a questo importante convegno, desidero sottolineare che il mio ruolo è proprio quello di parlare in nome di quell'assente, di quel semplice Ebreo che non avrebbe potuto apprendere la medicina nel tempio di Ippocrate, e che nella parabola di Luca non viene neppure considerato come possibile soggetto di atti di carità.

Ho parlato finora dei limiti dei modelli da cui ha origine questo convegno; ma sono ancora di più convinto che il senso autentico delle nostre discussioni dovrebbe essere quello di definire, proprio alla luce delle incomprensioni del passato, una strada comune al servizio dell'uomo e in particolare di chi soffre. Bisogna cogliere nei modelli del passato le grandi intuizioni di progresso, trovarne le radici nella propria tradizione di cultura e di fede, e metterle al servizio della collettività.

Proprio partendo dalla parabola del Samaritano vorrei sottolineare inizialmente tre punti. Il primo riguarda la critica ai sacerdoti. Un brano talmudico (Joma 23a) racconta quasi con orrore una storia di sacerdoti che si erano accoltellati nel Tempio per una questione di precedenze nel servizio; il commento rabbinico a questa storia, che – si noti – è contemporaneo se non antecedente alla parabola, è che per certi sacerdoti le questioni tecniche di purità rituale erano molto più importanti della vita umana, anche della vita degli stessi figli dei sacerdoti. E la diagnosi sconsolata e l'autocritica di un mondo religioso che avverte i limiti e i rischi del ritualismo e del tecnicismo giuridico, anche se considera il rito e la legge come elementi fondamentali della vita religiosa. Un sistema religioso sano e vitale non può fare a meno di porre in essere in ogni momento questa critica. L'ebraismo lo fa dal tempo dei profeti, e non ha mai smesso di farlo, attraverso i suoi Maestri più ispirati. Ma, come doveva essere chiaro fin dall'antichità, e come oggi deve essere chiaro ed esigenza pressante, il problema non si limita certo ai sacerdoti di una religione; sacerdote non è solo l'uomo investito di cariche sacre, ma, nel senso etimologico della parola ebraica che indica il sacerdozio, è soprattutto il "servitore", per cui ogni società ha i suoi sacerdoti, i dirigenti e i funzionari che la "servono", e che possono dimenticare, nell'ossessivo rispetto del ritualismo della loro carica, i valori fondamentali di rispetto della vita umana. Alle religioni, che forse sono le prime a cadere nei rischi della perdita dei valori, ma sono anche le prime a fare autocritica e pulizia, spetta un ruolo primario per ricondurre le società organizzate alla riscoperta dei valori.

Il secondo punto è una riflessione sulla frase che conclude la parabola ed è il titolo di questo convegno *"Vade et tu fac similiter"*. Il comportamento corretto di un uomo è additato come esempio da imitare. Vorrei osservare come nelle radici ebraiche di questo invito c'è una dimensione nascosta molto più ampia e grandiosa. Non c'è solo l'imitazione dell'uomo che si comporta rettamente, c'è anche e soprattutto l'imitazione di Dio:

* Si deve sottolineare che questo articolo ed il successivo presentano delle tesi riguardanti la bioetica, formulate in base ai dettami della religione ebraica ed islamica.

"Siate santi – dice il Levitico 19, 2 – perché sono santo Io che vi consacro". Nella Cantica del Mare, in Esodo 15, 2, è detto: "questo il mio Dio, e lo innalzerò". "Innalzerò" è in ebraico *weanveu*, che senza vocali può leggersi *aniwahu*, io e Lui come se io e Lui potessimo essere simili. I rabbini si chiedono: come è possibile realizzare questa idea? Semplicemente, imitandolo: "Così come Egli è clemente e misericordioso, così sii tu clemente e misericordioso" (Shabbat 133b). E ancora, il Deuteronomio (13, 5) dice: "procederete appresso al Signore vostro Dio". Il Talmud (Sotà 14a) si chiede: Ma come è possibile camminare dietro al Signore? Praticamente significa imitarne gli attributi: come Egli ha visitato gli ammalati, come è detto che il Signore apparve ad Abramo presso le querce del Mamre (Genesi 18, 1), nel momento in cui Abramo malato si riposava alla porta della tenda – si era appena circonciso –, così tu recati a visitare gli ammalati.

L'uomo, come insegna la Genesi (1, 26), è stato creato ad immagine e somiglianza divina. È un concetto difficile da capire, se si pensa ad un Dio assolutamente indescrivibile e incomparabile alla realtà umana. Abitualmente si pensa che l'immagine divina dell'uomo sia la sua intelligenza. Ma questi insegnamenti superano e integrano questa concezione. L'immagine divina dell'uomo è anche nelle sua capacità morali, nella possibilità di esercitare attributi come la misericordia e la solidarietà che sono qualità umane, ma discendono dall'essenza divina. Per l'uomo esercitare queste virtù, il *"fac similiter"* riferito al piano divino, significa scoprire, rivalutare, far vivere e realizzare la parte divina che è in sé.

Di qui si arriva al terzo punto, forse il più delicato del ragionamento. L'obbligo soggettivo della solidarietà e della misericordia discende dalla natura divina che è in noi. Ma dalla stessa natura divina che è in ogni uomo deriva anche la sacralità di ogni essere umano e di ogni vita, l'oggetto della nostra solidarietà. Di qui l'imperativo biblico "amerai il prossimo tuo come te stesso" (Levitico 19, 18); imperativo che è tuttora una sfida per ogni persona. Ma il problema drammatico, che è proprio quello discusso nella parabola, è la definizione del "prossimo". È legittimo tracciare un limite nell'ambito dell'umanità, che separi il "prossimo" dal "non prossimo"? È troppo comodo e molto sbagliato, dal punto di vista storico, pensare che a questa domanda gli ebrei cattivi abbiano risposto sì e i cristiani buoni no. In realtà la domanda attraversa e divide in ogni momento religioni e istituzioni, e ogni società e ogni stato che oggi si proclama civile e democratico. Le tentazioni a chiudersi sono onnipresenti; anche Gesù si era inizialmente rifiutato di guarire la donna siro-fenicia, volendo riservare la parte migliore delle sue forze al solo Israele (che definiva figlio, in contrapposizione agli altri che chiamava cani: Matteo 15, 21-28, Marco 7, 24-30). Ogni rivoluzione abbatte delle barriere, ma ne crea subito delle nuove, diverse, forse più ampie numericamente, ma non meno anguste concettualmente; e al posto dei circoncisi si mettono i battezzati, al posto degli oppressi i concittadini o i tesserati, e così di seguito. Anche qua bisogna rivalutare insieme le potenzialità costruttive delle religioni: dal comune messaggio biblico, l'affermazione del Salmista, che "la misericordia divina è su tutte le creature" (Salmo 145, 9); all'insegnamento rabbinico, che si chiede perché la Bibbia racconti che l'umanità intera discende da un unico uomo, e risponde perché se ne impari che ogni uomo è potenzialmente un'intera umanità, e quindi chi distrugge un singolo individuo è come se distruggesse un mondo intero, e chi salva un solo individuo è come se salvasse un mondo intero" (Msanhedrin 5, 5). Un messaggio che l'Islam ha raccolto e diffuso in termini identici. E per tornare alle comuni radici bibliche non possiamo ignorare, pur tra i numerosi esempi, la grandiosa immagine alla fine del libro di Giona, simbolo – secondo l'interpretazione tradizionale ebraica – del conflitto tra gli attributi della giustizia e dell'amore, in cui è quest'ultimo a prevalere: il profeta voleva che la città peccatrice di Ninive, la capitale assira, fosse punita per le sue colpe; ma il signore dette questa lezione a Giona: "tu hai avuto pietà per un albero, cresciuto in una notte e

morto in una notte, e io non dovrei avere pietà per Ninive, la grande città dove vi sono più di 120mila persone che ancora non sanno distinguere la destra dalla sinistra?" (cap. 4, 10-11). Queste idee dovrebbero essere una delle strutture qualificanti delle religioni abramitiche. Dice il Talmud: "Chiunque abbia misericordia delle creature rivela chiaramente di appartenere alla stirpe del nostro patriarca Abramo" (Betzà 32b).

Queste considerazioni fondano il senso religioso della solidarietà umana in generale e della attività medica in particolare. Se ogni uomo è segnato e consacrato dal suo essere immagine divina, e come tale degno di rispetto, l'uomo che soffre lo è ancora di più. Non ci si avvicina a un malato come ad ogni altro essere umano. Appoggiandosi all'espressione del Salmo 41, 4 che dice "Il Signore ci sosterrà sul giaciglio della sofferenza", il Talmud (Nedarim 40 a) dice che al di sopra del malato, letteralmente sopra al suo letto, si posa la presenza divina, che lo assiste e ne condivide le sofferenze; l'esperienza dell'incontro con la malattia diventa quella dell'incontro con il sacro, *bidchilu urchimu*, per usare l'espressione cara ai mistici, con tremore e misericordia, con timore e amore.

Niente di più lontano, in questa prospettiva, dal concepire l'esercizio della medicina come un'attività di pura ricerca ed applicazione di tecnologie scientifiche. Dovere delle religioni oggi è ribadire che la medicina è incontro con il sacro, pratica di sacralità. Riprendendo le analisi precedenti, per chi lavora in questo ambito sacro ne derivano molti severi richiami e avvertimenti; ai suoi sacerdoti, che sono i medici e gli operatori sanitari a tutti i livelli, l'avvenimento di non perdere di vista la scala di valori che pone la vita umana come riferimento essenziale, e le questioni "rituali", la tecnica e le elaborazioni scientifiche, come strumenti. A chiunque coinvolto, la coscienza di agire realizzando la dimensione divina nell'uomo, e la fratellanza umana.

L'altro grande compito, o la sfida, che coinvolge le religioni oggi nel problema medico, è quello di ribadire la necessità di un'etica, di

regole di comportamento preciso. Ogni comportamento umano deve essere regolato da norme; ancora più la medicina, che coinvolge aspetti essenziali della condizione umana, e che deve essere intesa come ambito di incontro speciale con la dimensione del sacro.

Il dibattito bioetico diventa sempre più vasto, spesso sempre più drammatico davanti alle possibilità offerte dal progresso delle tecnologie. Ma insieme notiamo che, forse per la complessità delle materie trattate e le divergenze di opinioni, spesso si fatica a raggiungere una norma. Sembra essere una delle grandi difficoltà del nostro tempo: quella della lentezza giuridica in materia bioetica, rispetto alla velocità del progresso tecnologico, e questo pur nella consapevolezza, che va riconosciuta alla maggioranza degli operatori del settore, della necessità di una chiara regolamentazione degli aspetti etici e giuridici. E proprio dagli ambienti degli operatori tecnici partono le norme di autoregolamentazione, in assenza o in attesa delle decisioni della collettività e dello stato. Ciò contribuisce a dare una nuova importanza alla tradizione di nobilitazione etica della professione, così come viene espressa nei codici deontologici. Ma se lo sforzo etico di una categoria professionale merita stima e attenzione, non si può non vedere con preoccupazione la lentezza della società in generale nel seguire e regolamentare questioni così importanti. Ma c'è di più: se la voce e la coscienza degli operatori tecnici è parte in causa fondamentale, non si possono ignorare anche tutte le altre parti coinvolte. Lasciando codificare solo un gruppo, per quanto lodevole sia il suo intento, non tutte le esigenze e non tutte le tematiche sono discusse e garantite. Vorrei portare ad esempio quanto è successo in Italia negli ultimi mesi. In assenza di una normativa aggiornata su tutti i problemi della procreazione assistita, i medici italiani hanno deciso di autoregolarsi. Il Consiglio nazionale della Federazione degli Ordini dei Medici, riunitosi il 2 Aprile, ha adottato un ordine del giorno, nel quale, dopo aver chiesto con forza al Governo e al Parlamento un intervento legislativo sollecito, ha stabilito nel frattempo delle re-

gole per tutti i medici italiani; chi non rispetta queste regole è passibile di provvedimenti disciplinari. Esaminando queste regole, e i principi a cui si ispirano, emergono alcuni punti meritevoli di discussione più approfondita. In queste regole, il riferimento essenziale per la valutazione delle diverse opzioni creative è il bene del nascituro. Di conseguenza si vietano diverse procedure, tra cui "pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce". È probabile che questa decisione raccolga oggi un ampio consenso in molte parti del mondo, e credo che anche nel mondo ebraico molti rabbini la condividerebbero di fatto. Ma come appartenenti a religioni che trovano il loro fondamento nella Sacra Scrittura, nella Bibbia, non possiamo rilevare una stridente contraddizione. La Genesi racconta di Abramo e Sara, avanzati negli anni, e senza figli; e del dono miracoloso di una gravidanza a Sara, di cui esplicitamente è detto che era in menopausa (Gen. 18, 11). Il figlio che nasce, Isacco, porterà nel suo nome il ricordo della risata della matriarca all'annuncio dell'incredibile violazione di un ordine naturale. Con le tecniche oggi disponibili, oggi Abramo e Sara avrebbero potuto fare a meno di un miracolo, e paradossalmente, con le norme di oggi. Colui che è il Medico di tutte le Creature potrebbe essere sottoposto a provvedimenti disciplinari dall'Ordine dei Medici. Scherzi a parte, queste considerazioni ci devono far riflettere sull'insufficienza del dibattito e sulle conseguenze a cui può portare una pur lodevole urgenza di decidere, se non si tengono in dovuto conto tutte le componenti. E stato deciso, ripeto, che "il bene del nascituro debba sempre considerarsi il criterio di riferimento". Siamo tutti d'accordo che il bene del nascituro debba essere assolutamente tutelato; ma perché ignorare la legittimità di altre richieste, come quella della maternità anche tardiva? Si insiste tanto oggi sul diritto del nascituro ad avere due genitori giovani ed efficienti che lo allevino, e in assenza di questa garanzia non si dà atto alle procedure di procreazione assistita. È un criterio giusto e condivisibile, ma fino a quando deve essere un valore assoluto?

Quando mai in passato questo è stato considerato un diritto assoluto in ogni società? E vero piuttosto il contrario, che si è invece cercato di far nascere i bambini, con minore cura del fatto che i loro genitori biologici fossero in vita. E questo perché, e qua veniamo all'altro lato della questione, la società era organizzata in famiglie allargate, in cui se veniva meno una madre (quante donne morivano di parto?), c'era spesso in famiglia un'altra donna (una zia, una nonna ecc.), pronta ad allevare l'orfano. E allora c'è da chiedersi se l'attuale forte proclamazione del diritto, peraltro legittimo, del nascituro, non premi troppo acriticamente il modello e l'idea di una famiglia nucleare e ristretta, a scapito del modello di famiglia allargata, la cui disgregazione è dovuta a molti gravi motivi sociali, ma in parte è espressione di incapacità di convivenza, di individualismo e di egoismo.

Tutto questo serve a sottolineare la complessità del dibattito bioetico, la necessità di ascoltare le diverse esigenze, l'obbligo di delineare dei percorsi e individuare soluzioni al servizio dell'uomo che soffre, senza facili permessivismi, ma anche senza cadere nella tentazione di negare tutto per paura del nuovo o per tutelare dei modelli sociali la cui legittimità non è assoluta, malgrado la loro diffusione, come eredi di una tradizione che riteniamo ispirata, abbiamo qualche vantaggio e forse anche qualche privilegio, perché la nostra strada è in qualche modo segnata, e la nostra scelta guidata. Ma questo non toglie, anzi moltiplica le nostre responsabilità.

La medicina è, come scriveva Maimonide, "un'attività speciale, tra le più importanti dell'uomo, una grande strada che introduce alle qualità e agli attributi superiori dell'intelletto umano, da un lato, e alla vera conoscenza divina, dall'altro" (*Gli otto capitoli*, cap. 5). Il profondo senso del sacro che ispira questa concezione della medicina è una garanzia e una sfida per tutti, per una medicina migliore al servizio dell'uomo e al servizio del Creatore.

Prof. ELIO TOAFF
Rabbino Capo della Comunità Israelitica di Roma

AHMED ZRIBI

Etica medica e Islam

1. Definizione di Islam

L'Islam è cronologicamente la terza religione monoteista apparsa dopo l'Ebraismo e il Cristianesimo ai quali si riferisce di frequente.

La base dell'Islam è il Corano (libro santo) rivelato a Maometto dall'arcangelo Gabriele. La rivelazione del Corano è iniziata nel 610 d.C. ed è proseguita per venti anni.

L'Islam è un sistema completo che regola tanto l'aspetto spirituale quanto quello civile della vita dell'individuo da una parte e della comunità dall'altra; l'Islam abbraccia tutti i campi dell'attività umana: spirituale e materiale, individuale e sociale, economico e politico.

2. Fonti della *Chariâa*

La *Chariâa* è l'insieme delle leggi islamiche che si applicano a tutti i musulmani. Le fonti della *Chariâa* sono di quattro tipi:

1. Il *Santo Corano,* o vera parola di Dio, è un insieme di dogmi composti di 114 capitoli (Sure).
2. La *Sunna* è l'insieme delle parole e dei comportamenti del Profeta Maometto riuniti da specialisti dell'*Hadith.*
3. Il *Kyas,* o analogia, è un metodo con il quale si può dedurre una regola religiosa, morale o giuridica a partire da un'altra regola posta da una delle due prime fonti dell'Islam *(Corano* e *Sunna).*
4. L'*Ijmaa* è l'elaborazione di nuove regole da parte dei teologi musulmani o *Aimmas.*

L'*Ijtihad* abbraccia le due ultime fonti della legge islamica (Kyas e Ijmaa). È uno sforzo intellettuale degli *Aimmas* che permette di trovare soluzioni a problemi non risolti dal Corano e dalla Sunna. Ciò dà ai precetti dell'Islam una dimensione evolutiva che gli permette di far fronte ad ogni nuovo problema, ad esempio d'etica medica, generato dall'evoluzione della scienza. Noi esamineremo le diverse soluzioni trovate dagli "Aimmas" di fronte ai nuovi problemi d'ordine etico.

3. I fondamenti della morale musulmana

La *Chariâa,* o legge islamica, comprende cinque principi che il singolo individuo e la comunità devono rispettare.

Essi sono:
– La testimonianza della Fede
– Il rispetto della vita umana
– La ragione
– La filiazione
– Il denaro

Il rispetto della vita significa il rispetto dell'integrità fisica e psichica dell'uomo. Lo testimoniano diversi versetti del Corano.

"In verità, noi creammo l'uomo in armonie di forme", Sura 95 (versetto 4).

"Non modificate la creazione di Dio", Sura 30 (versetto 30).

"Dio soffiò il Suo Spirito nell'uomo", Sura 32 (versetto 9).

"Noi concedemmo la nobilità ai figli di Adamo", Sura 17 (versetto 70).

Il rispetto della filiazione significa la salvaguardia della perennità genealogica e della filiazione stessa.

In un Hadith Maometto ha detto: "Abbiate delle vostre genealogie una conoscenza che vi permetta di essere attenti al legame di parentela di sangue".

Il Corano dice:

"Dio proibisce di considerare i figli adottivi dei veri figli", Sura 33 (versetto 4).

"I figli adottivi portino il nome del loro padre", Sura 33 (versetto 5).

Così il rispetto della vita, della filiazione e della ragione sono i tre fondamenti alla base dell'etica medica nell'Islam.

4. Natura dell'Islam: spirito di tolleranza e di liberalismo

La nozione di tolleranza si ritrova in svariati versetti del Corano.

"Dio vuole per l'uomo la felicità e non che abbia a soffrire", Sura 2 (versetto 185).

"Dio non impose agli uomini pesi impossibili da portare", Sura 6 (versetto 152).

"Dio non chiede agli uomini più di quanto essi siano in grado di fare", Sura 7 (versetto 42).

"Non vi dà alcuna costrizione nella fede, poiché il retto sentiero si distingue da solo dal sentiero dell'errore", Sura 2 (versetto 256).

Nell'Islam tanto gli obblighi quanto i divieti sono relativizzati. Il Corano dice: *"Egli vi proibisce di cibarvi delle carni degli animali morti, del sangue e della carne del maiale e degli animali macellati, ma chiunque sarà costretto con la forza a mangiare di queste cose proibite, non sarà da Noi considerato né un ribelle, né un trasgressore. In verità, Dio è il Clemente e il Misericordioso"* Sura 16 (versetto 116).

Dopo aver ricordato alcune ca-

ratteristiche della religione musulmana in particolare i fondamenti della sua morale e del suo spirito, passiamo a considerare in primo luogo l'etica ippocratica che ritroviamo in gran parte nella morale musulmana e in secondo luogo il punto di vista dell'Islam circa le soluzioni apportate ai nuovi problemi d'etica originati dallo sviluppo della biologia e della terapeutica negli ultimi tre decenni.

5. L'etica Ippocratica (7)

Il termine "etica" è stato spesso confuso con quello di "morale".

Attualmente il termine morale si riferisce piuttosto ai comportamenti reali di un individuo o di una comunità mentre il termine etica si riferisce piuttosto ad una riflessione su questi comportamenti. Tanto l'uno quanto l'altro variano da una società all'altra e da uno spazio all'altro (5).

Malgrado questa variabilità, i quattro principi d'etica medica ammessi dalla totalità dei medici da 25 secoli (Ippocrate) sono l'autonomia, il beneficio, il desiderio di non nuocere e la giustizia.

L'autonomia include il rispetto e la libertà dell'individuo. Il beneficio consiste nell'apportare il bene agli altri esseri. Il desiderio di non nuocere è il dovere di non fare del male alle altre persone.

La giustizia in etica medica è l'apporto delle cure ai pazienti senza discriminazione di razza, religione, ricchezza o condizione sociale, ecc.

1. Principio dell'autonomia

Ogni persona si sente libera e indipendente. Ella è controllata e comandata soltanto da Dio creatore. L'Islam ha accordato un grande valore alla riflessione ed all'apprendimento.

Il primo versetto rivelato da Dio a Maometto dice: *"Leggi in nome del tuo Dio che ha creato l'uomo"*, Sura 96 (versetto 1).

Diversi Hadits o parole del profeta insistono sul rispetto della persona, sulla riflessione e sul ragionamento.

"Nessuna preghiera è pari alla riflessione e alla contemplazione".

"Sventura a coloro che leggono e non comprendono".

"Un'ora di riflessione è meglio di una notte di preghiera".

Inoltre abbiamo visto che la ragione è uno dei fondamenti della religione musulmana. L'Islam ha insistito sulla libertà anche in materia di credenza religiosa.

In questo modo il principio dell'autonomia si ritrova chiaramente nella morale musulmana.

2. Il beneficio

Il Corano incoraggia la beneficenza e la ordina tanto per gli individui quanto per la comunità.

L'elemosina o *Zakat* è uno dei dogmi della religione musulmana. Il Corano promette una ricompensa per ogni persona che fa del bene. Anche l'Hadit incoraggia la beneficenza.

"Il musulmano non intraprende un'azione o una piantagione da cui deriva nutrimento per l'essere umano, un animale o un uccello, per la quale non è ricompensato nell'aldilà".

"Una persona può evitare una punizione nell'aldilà per delle cattive azioni piantando una palma".

3. Il desiderio di non nuocere

Il principio di non fare del male è stato menzionato dal Corano e dall'Hadith.

L'Hadith dice:

"Non abbiate relazioni difficili, non siate gelosi l'uno dell'altro e siate fratelli nella preghiera".

"Ogni persona dovrebbe rispettare i sentimenti dei suoi vicini e non trattare in modo brusco con le azioni, la parola o le mani".

4. La giustizia

Ritroviamo il principio della giustizia in diversi versetti del Corano e in diversi Hadiths.

Il Corano dice:

"Coloro che perseguitano i credenti e le credenti senza che questi l'abbiano meritato, si fanno carico allora di una calunnia e di un peccato manifesto", Sura 33 (versetto 58).

"Nessun soccorritore per i prevaricatori", Sura 22 (versetto 7).

"Se due gruppi di credenti si combattono, fate la pace tra di loro. Poi se uno si ribella all'altro, allora combattete quello che si ribella, finché obbedisca all'ordine di Dio; se obbedisce, allora fate la pace tra di loro con giustizia", Sura 49 (versetto 9).

Così ritroviamo nella morale musulmana i principi dell'autonomia del beneficio, del non nuocere e della giustizia.

Ritroviamo questi principi nei differenti giuramenti dei medici che hanno esercitato in terra d'Islam.

All'inizio dell'era islamica, i saggi musulmani si sono molto ispirati alla civiltà greca per sviluppare la propria.

Citiamo alcuni testi d'etica in terra d'Islam.

a) *Giuramento Maïmonide Moses* (1135-1204 d.C.)

Di cultura giudaica, Moses è stato il medico privato di Saladino il Grande. Il suo giuramento insisteva sulle nozioni del beneficio e del non nuocere.

b) *Giuramento del medico musulmano* (1981).

Adottato dalla prima Conferenza internazionale di medicina islamica, svoltasi nel Kuwait e pubblicata dall'Organizzazione medica islamica nel Kuwait nel 1982, tale giuramento stabilisce che il medico deve rispettare la dignità e l'intimità dei pazienti e non ne deve divulgare i segreti. Indica anche il beneficio, il non nuocere e la giustizia.

Così i principi dell'etica ippocratica sono stati adottati non soltanto dai medici in terra d'Islam ma anche dai medici di altre culture religiose, in particolare giudaica e cristiana.

Tuttavia, da due o tre decenni, la duplice rivoluzione biologica e terapeutica ha suscitato nuovi e gravi problemi d'ordine etico. Come ha concepito il medico questi problemi e quali soluzioni ha trovato?

Come abbiamo già visto, i due primi fondamenti della *Chariâa* (Corano e Sunna) sono inalterabili, mentre il *Kyas* e l'*Ijmaa* permettono una riflessione sull'etica secondo le circostanze ed una soluzione ai problemi non risolti dal Corano e dalla Sunna.

6. Islam e nuovi problemi d'etica medica

Da una ventina di anni, i nuovi problemi d'ordine etico posti dal

progresso della biologia e della terapeutica hanno dato vita a diversi seminari e conferenze islamiche che hanno riunito operatori sanitari, uomini di religione e uomini di legge al fine di trovare soluzioni a questi problemi secondo la Chariâa islamica.

1. La pianificazione familiare

L'Islam incoraggia certamente la procreazione ma permette la pianificazione familiare a certe condizioni.

1.1 Metodi anticoncezionali

La tecnica del coito interrotto per evitare la gravidanza non è vietata dall'Islam. Se tale problema non è citato nel Corano, diverse parole del profeta (Hadith) autorizzano questo metodo.

Il *Kyas*, o "analogia", ha permesso agli *Aimmas* di autorizzare gli altri metodi anticoncezionali a condizione che essi non nuocciano alla salute della donna: preservativo, diaframma, pillola ormonale, ecc. (2).

1.2 La procreazione artificiale

L'Islam ha ordinato con molta insistenza il rispetto e la salvaguardia della perennità genealogica e della filiazione (2) (4).

Il Corano dice: *"Dio proibisce di considerare i figli adottivi dei veri figli"*, Sura 33 (versetto 4).

"I figli adottivi portino il nome del loro padre", Sura 33 (versetto 5).

Un Hadith del profeta precisa: *"Abbiate delle vostre genealogie una conoscenza che vi permetta di essere attenti ai legami di parentela di sangue"*.

Così Corano e Sunna sottolineano la necessità di assicurare con la perennità genealogica l'eliminazione del rischio di incesto e la salvaguardia del patrimonio familiare.

1.2.1 L'inseminazione artificiale

Questa tecnica, che consiste nel deposare direttamente lo sperma nella cavità uterina in caso di sterilità coniugale, è tollerata dall'Islam a condizione che lo sperma utilizzato sia quello del coniuge legale (2) (4).

1.2.2 La fecondazione in vitro e il trasferimento embrionale

Si procede in questo caso ad una fecondazione in vitro. Si raccoglie l'ovulo da un lato e lo spermatozoo dall'altro, poi li si riunisce in una stessa provetta. L'ovulo quindi viene fecondato dallo spermatozoo.

Dopo 48 ore, questo inizio d'embrione viene depositato nella cavità uterina. Questa fecondazione in vitro è tollerata dall'Islam a condizione che l'ovulo fecondato provenga dall'unione dell'ovulo di una donna e dello spermatozoo dello sposo. Il dono dello sperma è così permesso dall'Islam (2 - 4).

1.2.3 Le madri in affitto

Se una madre non può portare avanti una gravidanza, ma ha le ovaie, si possono prelevare da lei uno o più ovuli che saranno fecondati in vitro con lo sperma del marito. L'embrione così ottenuto dopo 48 ore viene depositato nell'utero di un'altra donna che lo restituisce dopo nove mesi. Questa tecnica è vietata dall'Islam (2 - 4).

1.3 La sterilizzazione

La sterilizzazione temporanea considerata come un metodo anticoncezionale è tollerata dall'Islam (2) (4).

La sterilizzazione definitiva è vietata dall'Islam a meno che essa non miri a preservare la salute della persona da sterilizzare (2) (4).

1.4 L'interruzione volontaria della gravidanza

Abbiamo visto che l'Islam ordina il rispetto dell'integrità fisica dell'individuo.

D'altronde, secondo la religione musulmana, l'embrione è considerato come persona umana soltanto a partire dal 120.mo giorno di vita intrauterina.

Il Corano dice *"Ivi trasformammo lo sperma in un grumo di sangue e il grumo in un pezzo di carne informe, al quale demmo ossa che esso rivestì: ciò rappresentò una nuova creazione. Sia dunque lode a Dio, l'Onnipotente"*, Sura 23 (versetto 14). Maometto ha detto (Hadith): *"La creazione di una persona nel grembo della madre passa per le tappe seguenti: 40 giorni sotto forma di terra, 40 sotto forma di una aderenza, altri 40 sotto forma di un pezzo di carne, quindi Dio gli invia un arcangelo che gli infonde lo spirito"*.

Questo spiega la posizione dell'Islam in materia di interruzione volontaria di gravidanza. Gli avvisi degli *Aimmas* su questo punto sono diversi ed a volte divergenti tra la tolleranza dell'aborto prima di 120 giorni di gravidanza, la tolleranza con motivo e il suo divieto totale.

La posizione attuale della morale musulmana in materia di interruzione volontaria di gravidanza è stata riassunta da Jel El Hakm, mufti d'Egitto (2).

L'interruzione volontaria della gravidanza è tollerata prima del 120.mo giorno se esiste un motivo valido: vita della madre in pericolo o embrione con difetti genetici gravi che non permettano la sua sopravvivenza dopo la nascita o che saranno trasmessi alla sua discendenza.

Dopo 120 giorni di gravidanza, l'interruzione volontaria è vietata salvo se la vita della madre è in pericolo.

2. Sviluppo attuale della genetica e Islam

Tre principi della morale musulmana ci permettono di trovare una soluzione al problema: il rispetto dell'integrità della persona umana, il beneficio e il non nuocere.

2.1 Inchieste genetiche e carta d'identità genetica

Il genoma definisce la specie e l'individuo.

Si tratta di una impronta specifica che permette di riconoscere un individuo. F. Ben Hamida (4) ha detto:

"L'Islam deve approvare l'utilizzo delle impronte genetiche per stabilire un diritto di filiazione.

L'Islam deve approvare anche l'utilizzo di impronte genetiche come prova di colpevolezza o della non-colpevolezza di una persona (giustizia)".

2.2 Diagnosi prenatale

La diagnosi prenatale di alcune malformazioni congenite o di malattie ereditarie pone il problema dell'interruzione volontaria della gravidanza (cfr. sopra).

2.3 Manipolazioni genetiche – terapia genetica (4)

Le manipolazioni genetiche consistono nel modificare un gene o nell'introdurre un gene a livello di un organo o dell'intero organismo.

La modificazione di un organo attraverso il gene genetico è tolle-

rata dall'Islam se il suo obiettivo è quello di guarire una malattia.

La modificazione di un intero organismo è formalmente vietata dall'Islam in quanto l'operazione consiste nel modificare una creatura divina.

3. Trapianti d'organi

Il trapianto d'organi ha conosciuto uno sviluppo considerevole negli ultimi tre decenni.

Nel 1990, si è svolto nel Kuwait il secondo Congresso della Società di trapianti d'organi del Medio Oriente (4). Tale Congresso ha incoraggiato il trapianto d'organi e l'ha considerato come una buona azione *(Hasana)* ed anche come un'elemosina *(Sadaka).*

D'altra parte, il Consiglio dei Ministri arabo-musulmani ha adottato un progetto relativo ai trapianti d'organi.

La legge tunisina del 25/3/91 relativa ai trapianti d'organi si avvicina al progetto del Kuwait (6).

3.1 Il trapianto d'organi è tollerato dall'Islam tranne che per gli organi riproduttivi da una parte per rispetto alla perennità genetica, e per gli organi vitali dall'altra.

3.2 Donatori vivi

Il trapianto è possibile a condizione che il donatore sia maggiorenne e goda delle facoltà mentali e della sua capacità giuridica e di aver liberamente ed espressamente acconsentito a donare i suoi organi.

3.3 Donatori morti

Prevelamenti possono essere effettuati a fini terapeutici o scientifici sul cadavere di una persona a condizione che essa, quando era in vita, non abbia fatto conoscere il proprio rifiuto ad un tale prelevamento, o che non si sia opposta una delle seguenti persone con piene capacità giuridiche e nel seguente ordine: i figli, il padre, la madre, il coniuge, i fratelli e le sorelle, il tutore legale.

Il prelevamento d'organi dal cadavere di un minore o di un incapace non può essere effettuato in vista di un trapianto che dopo il consenso del suo tutore legale.

4. Accanimento terapeutico ed eutanasia

Come abbiamo visto, preservare la vita è uno dei fondamenti della

religione musulmana.

Nell'Islam, nessuno è autorizzato a mettere fine ai suoi giorni e a quelli di un'altra persona, anche se questa è affetta da malattia incurabile.

L'Islam quindi proibisce l'eutanasia anche se il malato la richiede.

5. Ricerca medica

I cinqui primi versetti del Corano, con il loro elogio della penna come strumento della scienza umana, cioé della civilizzazione e della cultura dell'uomo, costituiscono la primissima rivelazione a Maometto. Sura 96 (versetti da 1 a 5).

Ciò a dire l'importanza accordata dall'Islam alla conoscenza e alla ricerca.

Il primo Congresso Internazionale sulle norme etiche della ricerca in materia di pianificazione familiare nel mondo musulmano (Cairo, 10-13 dicembre 1991), ha formulato le seguenti raccomandazioni (2):

1 – La ricerca medica sull'uomo non rappresenta che una parte della ricerca in generale.

2 – È necessario mettere in atto norme etiche per la ricerca medica.

3 – L'etica della ricerca medica riposa sulle seguenti basi:

a) deve essere di beneficio per l'uomo;

b) non deve portare pregiudizio all'individuo o alla società;

c) deve essere giusta in modo tale che nessuna ricerca venga fatta su di un gruppo (o una classe) a profitto di un altro gruppo (o classe);

d) fiducia totale, non soltanto nella creazione di un progetto di ricerca e della sua esecuzione, ma anche nella comunicazione dei risultati e nella loro pubblicazione.

Conclusione

L'etica medica nell'Islam, basata sui fondamenti della religione musulmana (Corano, Sunna, Kyas e Ijmaa), riunisce i principi etici ammessi dalla maggior parte dei medici del mondo, dall'epoca di Ippocrate fino ai nostri giorni.

D'altra parte, abbiamo visto che grazie alla tolleranza ed allo spirito liberale dell'Islam ed allo sforzo di riflessione e di ragionamento (Ijtihad) degli Aimmas, l'etica medica nell'Islam ha potuto adattarsi facilmente ai nuovi problemi posti dalla duplice rivoluzione biologica e terapeutica che stiamo vivendo da una trentina d'anni.

Prof. AHMED ZRIBI
Direttore del Dipartimento di Medicina Interna e delle Malattie Infettive presso l'Ospedale della Rabta di Tunisi (Tunisia)

Bibliografia

1) *Il Santo Corano.*

2) SEROUR J. - OMRANE A., *Guide des normes éthiques dans la recherche sur la planification familiale dans le monde musulman* (Le Caire, 10-13 décembre 1991), Centre International Islamique pour les recherches et les études des populations, Université d'Al Azhar, Le Caire.

3) SEROUR J., *Biothics in biomedical research in the muslim world.* Paper presented at the workshop in Reproductive Health Research Methodology, Dubai - UAE, 25-29 March 1995.

4) BEN HAMIDA F., *Problème de bioéthique et morale musulmane,* Conférence (12 mars 1995).

5) BERNARD J., *De la biologie à l'éthique,* Ed. Hachette Pluriel, Paris 1991.

6) *"Loi relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains"* (Tunis - Journal Officiel: Loi n. 91 - 25 mars 1991 - République Tunisienne).

7) PORTES L., *A la recherche d'une éthique médicale,* Masson et Cie Editeurs (1964).

ALESSANDRO BERETTA ANGUISSOLA

Il linguaggio della divulgazione in medicina

La comunicazione è una tecnica che deve essere appresa. Il problema del linguaggio e della struttura della informazione scientifica è infatti molto complesso e varia grandemente a seconda dell'obiettivo che si vuol raggiungere, in particolare secondo la dimensione-oggetto della comunicazione.

Questo apprendimento dovrebbe rientrare nel processo di formazione del ricercatore scientifico e quindi anche del medico, che innanzitutto è un biologo (anche se non è solo un biologo ma qualcosa di più, o comunque di diverso). L'insegnamento universitario, invece, così come è ancora oggi concepito almeno nell'ambito dei corsi di medicina, si ispira fondamentalmente a criteri ormai superati, espressione di una *weltanschaung* che le prestigiose Scuole medie tedesche imposero, pressoché universalmente, nella seconda metà del secolo scorso. Modello ispirato certamente a un grande rigore metodologico ma che non risponde più compiutamente – ed è logico che sia così – alla domanda che nasce da una società radicalmente mutata. Uno degli aspetti peculiari della nuova domanda è appunto costituito dalla richiesta di informazione nel campo tecnico e scientifico, in primis nel settore biologico e medico.

Non basta più, cioè, che l'acquisizione di un dato nuovo, scientifico, venga inserita nel contesto del sapere codificato. L'aspetto "novità" richiede molto spesso la divulgazione, specie quando destabilizza la posizione concettuale preesistente e incide pertanto sul modo di pensare e di comportarsi vigente. Questa considerazione è particolarmente valida per il settore della ricerca in medicina.

Si è detto che il medico non è soltanto un biologo. Oggetto del suo studio è infatti l'uomo e l'uomo malato. Il rapporto con l'obiettivo della sua ricerca è pertanto complesso: non è solo conoscitivo, ma è anche etico, non è soltanto scientifico, ma nella sua totalità, umano (o umanistico, secondo l'accezione in uso nei Paesi di lingua inglese). Attinge infatti ai valori esistenziali non solo del corpo ma anche dello spirito, non solo dell'individuo ma anche della società.

Per questo l'informazione medica acquista una particolare risonanza: ha cioè – come si dice – un indice di gradimento altissimo. Ma la comunicazione medica, proprio per la sua intima complessità (risvolti scientifici, giuridici, etici, sociali) è anche sul piano tecnico particolarmente ardua. E meriterebbe appunto che in qualche modo fosse oggetto di apprendimento, corretto e rigoroso, nel corso degli studi.

Per maggiore chiarezza vorrei suddividere, sia pure un poco arbitrariamente, gli aspetti della divulgazione medica a seconda delle sue dimensioni: rivolta al singolo – il malato –, ai famigliari, alla comunità. In ogni caso il problema fondamentale è sempre quello del linguaggio. Come si può informare senza usare un linguaggio idoneo, e in primo luogo aperto e comprensibile? Al contrario, ogni professione – e quella medica forse in misura maggiore di altre – si serve di un linguaggio "proprio", tecnico e specifico, così da essere comprensibile solo agli addetti ai lavori. Parlare e scrivere in modo chiaro e semplice non è mai facile, ma risulta di fatto assai difficile in medicina.

Acquistare questa capacità è invece necessario per il medico, specialmente oggi. Il malato e il suo ambiente famigliare, oggi, non sono più del tutto privi di conoscenze biologiche e mediche. Bisogna riconoscere che i mezzi di informazione hanno portato fuori dalle torri eburnee delle varie discipline un gran numero di nozioni. È largamente diffuso un back-ground culturale sia pur di regola elementare, lacunoso e soprattutto non ordinato ma sufficiente però per porre domande, chiedere chiarimenti, talvolta perfino sollevare obiezioni non immotivate.

Occorre quindi che il medico parli, informi e spieghi (naturalmente con misura e con prudenza) e che il linguaggio usato dal medico sia chiaro ed esauriente. Il malato ha il diritto di essere informato circa la natura della sua malattia, circa l'iter delle indagini a cui viene avviato e sui loro risultati e circa le terapie proposte (non di rado cruente). Perché anche se non in modo formale egli dà di fatto un consenso all'operato del medico, che non può non essere consenso informato.

Nella pratica bisogna riconoscere che questa informazione da parte del medico è molto spesso insufficiente sia per il linguaggio che per il contenuto. Specie nelle corsie degli ospedali e delle cliniche la necessaria, doverosa comunicazione tra medico e malato non ha luogo o si riduce a espressioni frettolose e generiche o a frasi tecniche incomprensibili o magari – specie da parte dei medici giovani – a informazioni spesso imprudenti, perturbanti e premature.

Anche con i famigliari la informazione si riduce spesso a poco o a niente – pochi momenti, in piedi, in pubblico – quasi che per il fatto di essere degente in un determinato reparto (dove magari il malato è giunto avviato dall'accettazione a seconda della disponibilità di letti e senza conoscenza alcuna dei sanitari e dell'ambiente) al medico ricevente fosse perciò stesso conferita una delega in bianco, senza obbligo di informazione e di chiarimento, soprattutto senza obbligo di ottenere un consenso informato per le decisioni da prendere. Ma oltre che doverosa l'informazione, se ben comunicata come linguaggio e come contenuto, costituisce un'arte sottile, di straordinaria efficacia nell'umanizzazione del rapporto malato-medico e di straordinario ausilio nell'assistenza stessa dell'infermo.

Altra cosa è invece la divulgazione di nozioni mediche alla comunità. Si è già detto dell'indice altissimo di gradimento per le rubriche mediche giornalistiche, radiofoniche, televisive. In realtà è una delle forme di volgarizzazione che ha maggiore successo.

Volgarizzazione di per sé non significa affatto divulgazione deteriore, approssimativa e superficiale. Significa soltanto – come scrive Escarpit – la messa in circolazione dell'informazione scientifica e tecnica tra i "profani". Se è attuata con linguaggio chiaro, comprensibile, spoglio di termini tecnici ma consono al rigore scientifico, cioè con assoluta esattezza dell'informazione, la volgarizzazione medica, prudente e discreta, scevra di ogni finalità pubblicitaria, esente da ogni forma di protagonismo rappresenta una irrinunciabile componente della educazione sanitaria della popolazione. A tal fine andrebbe anzi maggiormente sviluppata e soprattutto ben indirizzata.

La televisione, in particolare, potrebbe veramente "istruire", se si indirizzasse non soltanto a pubblicizzare dibattiti e interviste concernenti la patologia umana e la terapia, ma anche a "informare" direttamente il pubblico sui grandi problemi della prevenzione (inesauribile ed essenziale campo di informazione), quelli che toccano tutti da vicino, dall'infanzia alla terza età. È vero che la società di oggi si comporta in modo irrazionale per quanto concerne la salute ma una informazione di medicina preventiva documentata e obiettiva, presentata con linguaggio corretto ed efficace, potrebbe nel tempo ottenere grandi risultati, contribuendo a modificare comportamenti lesivi della salute. Si pensi ad esempio ai grandiosi successi nella lotta contro il fumo ottenuti dall'educazione sanitaria nei Paesi anglosassoni. Si pensi solo allo stretto rapporto uomo-ambiente e quanto utile riuscirebbe una informazione diffusa a questo proposito. Ma anche la divulgazione ai profani è difficile e, come è stato detto, uno o ce l'ha nel sangue o non ce l'ha e questo accade anche tra i ricercatori. È facile cadere in errori anche grossolani, per eccesso di zelo o per un linguaggio improprio. Per esempio uno degli errori più comuni è rappresentato dal cosiddetto linguaggio metaforico. Parlare per metafora facendo riferimento all'ambiente che circonda l'uomo moderno, per esempio comparando l'organismo umano a una macchina, complessa fin che si vuole, costituisce una tecnica di volgarizzazione grossolanamente erronea. L'uomo non è una macchina, è *homo sapiens*. Il medico non è un meccanico che ripara i guasti: è una coscienza che accoglie una fiducia.

Una divulgazione nel settore della medicina, che non abbia presenti sempre gli aspetti umanistici, legittima la preoccupazione che la medicina moderna vada impoverendosi sul versante umano in misura proporzionale all'aumento della capacità tecnica. Già la scienza medica, portando sempre più avanti la conoscenza analitica degli eventi morbosi, rischia di smarrire il suo oggetto – cioè l'uomo malato. Ma se in più non riesce ad arrestare quella che è stata definita l'"emorragia d'anima" essa rischia di fallire il suo traguardo più ambito proprio nel momento in cui tocca il vertice delle conoscenze. Ecco perché una corretta divulgazione può assolvere oggi a un compito di incomparabile valore.

Prof. ALESSANDRO BERETTA ANGUISSOLA
Presidente dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, Italia

MASSIMO BALDINI

Il rapporto medico-paziente nei galatei medici del XVIII e del XIX secolo

"La scelta del medico deve farsi sull'appoggio delle di lui buone qualità morali e personali, o del sapere e della perizia di lui, che vuol dire sopra basi che inspirino fiducia e confidenza, poiché senza di ciò l'ammalato riuscirà ingiusto o molesto verso se stesso o verso il medico".

Salvatore Mandruzzato

1. La "piccola medicina" e la "grande medicina"

Nel ventesimo secolo la scienza e il lavoro degli scienziati hanno subito profonde modificazioni. Di fatto, nel nostro secolo si è passati, per usare una espressione cara a De Arice[1], dalla "piccola scienza" (scienza questa caratterizzata da ricercatori isolati che, sovvenzionati da un mecenate, ma talora anche a loro spese, compivano esperimenti e osservazioni: la scienza per intenderci, così com'era ai tempi di Galileo, ma anche quella degli inizi di questo secolo) alla "grande scienza" (la scienza delle équipe di ricerca e che ha bisogno di grandi investimenti economici).

Nella "grande scienza" scompare la figura dello scienziato dilettante, del ricercatore *amateur,* che sino a tutto il Settecento e per buona parte dell'Ottocento aveva fornito contributi anche interessanti al progredire delle conoscenze scientifiche. La "grande scienza", inoltre, al pari di molte altre attività della fine di questo secondo millennio, è affollata e accelerata. L'uomo di scienza vive oggi in una situazione che si è fatta fortemente competitiva. Il consiglio che Ehrlich dava ai propri allievi ("lavorare molto, pubblicare poco") non è seguito ormai più da nessun ricercatore[2].

Infine, la "grande scienza" è la scienza degli specialisti e degli specialismi, di quegli scienziati che maneggiano conoscenze raffinatissime su ambiti sempre più ristretti della realtà. E, per concludere, la "grande scienza", a differenza della "piccola scienza", è strettamente legata al mondo della produzione. In altre parole, via via che l'industria si scientificizzava, la scienza tendeva a industrializzarsi.

Così come nel Novecento si è realizzato il passaggio dalla "piccola scienza" alla "grande scienza", parallelamente si è verificata anche la transizione dalla "piccola medicina" (quella di un Redi, ma anche quella di un Murri) alla "grande medicina". La medicina che abbiamo davanti ai nostri occhi presenta alcuni tratti distintivi che la rendono profondamente diversa dalla medicina così come è stata praticata sino ai primi decenni del Novecento.

In particolare, l'esercizio della medicina è stato segnato da un macroscopico sviluppo tecnologico. Le conseguenze positive di siffatta trasformazione sono sotto gli occhi di tutti, anche se non sempre se ne colgono gli aspetti negativi: come il rischio, ad esempio, che il medico finisca col divenire un'appendice dello strumento tecnologico, assumendo un atteggiamento di passività teorica. In altre parole, il progresso tecnologico rischia di provocare nella classe medica un progressivo declino della logica medica.

Inoltre, la "grande medicina" – al pari della "grande scienza" – è stata segnata profondamente nel Novecento dalla nascita della specializzazione. Se nell'Ottocento il fenomeno della specializzazione all'interno della repubblica dei medici iniziò a fare la sua timida comparsa, nel nostro secolo è divenuto macroscopico. Ora, il fenomeno della specializzazione è al tempo stesso un fenomeno positivo e negativo. Esso, infatti, consente che le nostre conoscenze scientifiche progrediscano, ma nel contempo mina l'organicità delle scienze e ci fa perdere la comprensione delle cose nella loro unità.

In terzo luogo, la "grande medicina" è non solo una medicina che tende a perdere, a causa degli specialismi, il rapporto col malato come una unità psicofisica, ma, contemporaneamente, è incline anche a burocratizzare i rapporti con i pazienti. Il medico, cioè, tende a dimenticare che la prima medicina è lui stesso, diventando sempre più un "vertebrato a sangue freddo", un burocrate grigio e stanco.

Il passaggio dalla "piccola medicina" alla "grande medicina" ha avuto conseguenze notevoli sul ruolo occupato dal medico nella società, sul suo prestigio sociale ed anche sui suoi obblighi etici e deontologici. Se sapere è potere, come scriveva Francesco Bacone, è ovvio che tanto più il sapere medico si espande tanto più complessi sono i problemi di ordine etico e deontologico che gli "esercenti dell'arte" sono chiamati a risolvere. E ciò è tanto vero che agli inizi degli anni ottanta Stephen Toulmin, un noto epistemologo di lingua inglese, ebbe ad affermare

che le scienze bio-mediche avevano risuscitato l'etica. A suo avviso, infatti, da qualche decennio le riflessioni in campo etico si trovavano, per così dire, in uno stato di animazione sospesa, erano state cioè progressivamente marginalizzate dal dibattito culturale più vivo. Sono stati i progressi in alcune branche del sapere scientifico, soprattutto quelli avvenuti nelle discipline bio-mediche, a far uscire gli studiosi di etica dal ghetto in cui erano stati rinchiusi.

2. I Galatei per i medici e per gli ammalati

In verità nelle opere di molti medici, da quelle di Ippocrate a quelle dei clinici dei nostri giorni, sono solitamente contenute riflessioni di ordine deontologico. Tuttavia, queste si sono moltiplicate in quei periodi di crisi del ruolo medico e, in particolare, esse sono divenute diluviali all'inizio dell'Ottocento. Negli anni successivi alla rivoluzione francese, infatti, ebbe inizio un complesso e travagliato processo teso a ridefinire la figura del medico, le sue conoscenze, il suo ruolo nella società[3].

Per tutto l'Ottocento, in Italia e negli altri paesi europei, si stamparono trattati, prolusioni accademiche, catechismi e galatei medici, dissertazioni inaugurali volte a evidenziare le qualità del medico ideale. Questi scritti ebbero toni diversi (polemici, apologetico-propagandistici, moraleggianti) e da essi traspariva, come osserva Maria Luisa Betri, "l'immagine di una classe medica disorientata, indebolita da dilacerazioni intestine, quasi assediata dall'«idra dalle cento teste» del ciarlatanismo, oggetto di un'acre satira popolare o dello scetticismo dei colti e tuttavia consapevole della necessità di ricomporre le frammentarietà dottrinarie, di adeguare la pratica a principi unificanti, di affermare e imporre la dignità categoriale e sconfiggere l'esercizio illegale"[4].

Si trattava di scritti rivolti in primo luogo ai giovani medici che muovevano i primi incerti passi nella loro professione, ma talora anche a "ogni classe di colte persone"[5]. Ed anche in quelli indirizzati ai medici, di tanto in tanto, tra le righe traspare che l'autore covava la segreta speranza che fossero letti anche da non addetti ai lavori. "Ho sperato – scrive Giuseppe De Filippi – che questo mio *Galateo* potesse ancora cadere nelle mani di persone estranee all'arte di sanare. Oh potesse esso meritarsi qualche occhiata da tutti gli uomini che hanno a che fare co' medici! Oserei dire che se il medico può trovarvi qualche utile consiglio, la società possa attingervi alcuna splendida verità che la illumini sul conto de' medici e della medicina"[6].

Le cause della proliferazione di scritti di questo tipo sono molteplici ed emergono con maggior chiarezza se si esaminano insieme alle funzioni che siffatti lavori intendevano assolvere, funzioni che non si presentano in genere isolate, ma tra loro, di volta in volta, diversamente gerarchizzate.

a) Funzione apologetico-propagandistica

Tra la fine del Settecento e i primi decenni dell'Ottocento la figura del medico era circondata di diffidenza e sospetto, di ostilità e rifiuto. Al fine di creare una nuova fiducia nelle capacità della classe medica, al fine cioè di ottenere una sua legittimazione da parte dello stato e degli utenti furono pubblicati galatei e catechismi, trattati e lezioni inaugurali traboccanti di elogi nei confronti dell'operato dei medici. Queste opere avevano una funzione apologetico-propagandistica, si prefiggevano di far riconquistare credibilità al medico esaltandone meriti e sacrifici, intendevano "far conoscere alla civile società in qual conto si abbiano a tenere i medici"[7].

Chi è, si chiede retoricamente Giuseppe De Filippi, il medico? È un uomo, risponde, che "passò indefesso le sue ore ne' più severi studi, si trasse a tutte le annegazioni, vegliò le sue notti, si strusse negli ospedali e sui cadaveri per fatiche le quali non possono compararsi a verun'altra dell'umana capacità. Cresciuto nel pratico esercizio di sua professione accettò la missione di offrirsi in ogni caso vittima volontaria pel pubblico bene. E di vero la classe dei medici vanta forse più tratti di eroismo e di freddo coraggio, che non tutta la schiera de' guerrieri che può mettere in campo la storia politica delle nazioni"[8].

b) Funzione di coscientizzazione della classe medica

Dato che i medici erano, per lo più, circondati da una generale disistima e dato che numerose erano le malignità rivolte nei loro confronti, questi scritti cercavano anche di fugare lo scoraggiamento che serpeggiava tra i cultori dell'arte di Esculapio sottolineando la loro importanza sociale, in breve fornendoli di una più salda coscienza di classe.

La medicina versava nella prima metà dell'Ottocento in una profonda crisi di crescenza, di là da venire erano i successi della batteriologia. Tuttavia, sebbene le terapie fossero ancora per lo più inefficaci, il sapere medico stava acquisendo nuove rivoluzionarie metodiche per esaminare l'organismo malato: "la percussione da Avenbrugger, la stetoscopia da Laennec, la plessimetria da Piorry"[9]. Su queste limitate conquiste scientifiche, ma animati dalla fiducia nel progresso del sapere medico gli estensori degli scritti sopracitati si sforzarono di ricompattare i medici che erano allora sostazialmente dei professionisti sfiduciati e per di più divisi in scuole in guerra tra loro.

In questa situazione socio-culturale le seguenti affermazioni contenute in un celebre e fortuna-

to lavoro di Robero Sava *(Sui pregi e sui doveri del medico)* avevano la funzione di chiamare a raccolta i medici nella difesa unanime del valore e dell'importanza della loro arte: "Per la dignità della sua professione – scriveva Sava – il medico innalzasi al primo rango della società"[10]. Ed aggiungeva: "Il medico non conosce altra professione più nobile della sua, e nessun altro posto superiore al suo. I sovrani più possenti al di lui sapere affidano i loro giorni, e alle di lui ordinazioni ciecamente si sottopongono. Un gran medico è il primo degli uomini: per i progressi co' quali perfeziona l'arte del guarire, egli diviene il benefattore dell'umanità; e per l'impero che esercita sopra la morte, in qualche modo egli è l'immagine della divinità sulla terra. Nell'esercizio delle funzioni del medico, tutte le virtù si contengono.

Il di lui ministero impone il rispetto degli uomini e attira l'ammirazione de' saggi"[11].

c) Funzione polemica contro i ciarlatani e il ciarlatanismo medico

La libera professione medica era sottoposta agli inizi dell'Ottocento alla feroce concorrenza di numerosi personaggi. In una grande e spaziosa città, scrive ancora il Sava, è difficile per un medico giovane farsi conoscere, in quanto lì "si accumulano una prodigiosa quantità di dottori d'ogni genere: uffiziali di salute, chirurghi d'armata, chirurghi condotti, ostetricanti, medici titolati, medici senza titoli e senza nome, levatrici eccetera. Colà pullulano i ciarlatani di tutte le specie, dall'erborista, dall'omeopatico, dal chirurgo ortopedico, sino all'operatore erniario ed al guaritore delle malattie veneree: i farmacisti medesimi colla sciringa o il pestello in mano, mutilando le formole, danno consulti"[12].

Contro i ciarlatani si scagliarono implicitamente, ma più spesso esplicitamente, tutti gli autori degli scritti sopraricordati. Con "intrepido coraggio e inalterabile costanza" i medici erano chiamati a combattere "faccendieri praticoni", "acconciaossa", "comari" e "ciurmadori". In questa battaglia contro gli impostori dell'arte medica, i figli di Esculapio si schierarono anche contro il "ciarlatanismo medico". Contro cioè quei colleghi i cui atteggiamenti e le cui pratiche erano troppo prossime a quelle dei ciarlatani.

Tra i ciarlatani e gli insetti vi sono, nota il Sava, numerose somiglianze: "come gl'insetti, i ciarlatani sono sparsi in copia veramente prodigiosa; e più volte cambiano d'esteriore, mille forme diverse rivestendo. Alcuni sembrano avere le ali come le farfalle, son questi i ciarlatani titolati, giunti alle più alte dignità; altri

trascinansi come le cimici, e si manifestano per l'infetto loro umore, come questi esseri sempre ributtanti per l'alito pestifero che tramandano: altri oscuramente menano la trista loro esistenza, e, simili agli acari sono quasi impercettibili; ed altri ancora brillano in pieno giorno, abitano i salotti ed a sé richiamano lo sguardo dell'osservatore e del curioso per lo strepito che fanno e il rumore che giungono a produrre, come i grossi scarafaggi per la grandezza e singolare loro forma"[13].

d) Funzione polemica contro i detrattori

I medici si sentivano accerchiati dai detrattori, di fatto erano in balia dei sarcasmi dei "filosofi e dei poeti", ma anche degli ammalati e dei loro familiari che li accusavano spesso di "calunniose imputazioni". Molte prolusioni accademiche, come quella tenuta nel 1826 da Emmanuele Basevi, ebbero essenzialmente la funzione di dimostrare che la medicina esisteva e di ribadire che i medici erano utili e necessari[14]. Contro i detrattori, contro quanti erano disposti a malmenare il medico "con ingiuste pretese, con pregiudizi ed errori d'ogni sorta, con giudizi incompetenti e fallaci, colla derisione della sua scienza e col vilipendio dell'arte che professa"[15] fu intrapresa una operazione di public relations, unica nella storia della professione medica.

Si insistette da parte di molti autori nel sottolineare i lunghi studi che i medici avevano portato a termine ("un medico amante dello studio ha languito quindici anni nelle scuole e negli anfiteatri fisici ed anatomici")[16], sulle pessime condizioni della sua vita (ha trascorso gli anni più belli "nell'aria infetta degli ospedali")[17], sulle sue fatiche e sulle sue veglie per concludere che la "civile società" doveva fare giustizia e riconoscere il valore dell'arte medica e consentire ai medici di sedere "nell'umano consorzio a quel posto cui l'importanza e la nobiltà della loro professione gli innalza"[18].

e) Funzione deontologica

Gli studi medici negli anni a cavallo tra il Settecento e l'Ottocento subirono profonde modificazioni. In primo luogo, nella professione medica si erano ricongiunte "le componenti teoriche e pratiche, così da rendere obsoleta la figura del medico filosofo, distaccato e contrapposto al chirurgo o al flebotomo. Nella nuova sintesi, l'abilità manuale al letto del malato, prima delegata a una gerarchia di inferiori, assumeva nuova veste e importanza"[19]. In secondo luogo, alle facoltà di medicina cominciavano ad iscriversi anche membri delle classi medie e di quella piccola borghesia che avrebbe fornito gran parte dei membri di quella burocrazia professionale di cui aveva bisogno il nascente stato liberale.

Le facoltà mediche, dunque, si andavano facendo, per i tempi, sempre più affollate ("i medici studi – scriveva il Ranzi – quasi a calca di popolo si assalgono")[20] con la conseguenza ovvia di uno scadimento della preparazione dei

futuri medici. L'arte di Esculapio si riempiva così di *novi homines* che non avevano tra i loro antenati un medico o un farmacista, persone che non potendo attingere insegnamenti alla tradizione familiare necessitavano di una attenta educazione sul piano etico e deontologico.

Molti scritti di medici provetti furono così diretti a precisare lo statuto deontologico della professione o addirittura le norme elementari di "bon ton" alle quali i medici avrebbero dovuto attenersi. Contro il decadimento della professione a "mestiere vilissimo"[21], contro gli "affamati vampiri", i "neonati saputelli"[22], gli avventurieri con la sete dell'oro, i "medici mal avvisati ed oziosi", i "dottoroni intemperanti", i medici "faccendoni" e quelli "sciupatori di malati"[23], i *Galatei* medici presero una netta posizione delineando quelle che erano le caratteristiche di fondo del medico ideale. Non fu questa un'impresa facile, anche perché si trattava di combattere vizi professionali radicati nel tempo, che si andavano aggravando per l'aumentare degli esercenti dell'arte medica. Tuttavia, si trattava di una battaglia importante, poiché come ricordava A. Dechambre "la dignità dell'arte medica e i doveri del medico sono tra loro strettamente correlati"[24].

f) Funzione metodologica

A medici che nella loro quasi totalità vivevano nella "miseria o nella umile mediocrità[25], che dovevano contendere i pazienti a ciarlatani ignoranti, ma sfacciati e arditi, che magari avevano condotto, per le precarie condizioni economiche delle loro famiglie, "esami nientemai rigorosi"[26], gli autori dei *Galatei* medici e dei vari trattati deontologici si preoccupavano di ribadire loro anche consigli metodologici elementari.

Consigli che vertevano sul modo di interrogare i malati, di raccogliere le loro storie cliniche, di prescrivere i farmaci. Si sottolineava l'opportunità di non cadere vittime del "mestierismo", cioè di un "esercizio macchinale" della professione medica come erano soliti fare, si scriveva, gli ospedalieri. Per non divenire dei "medici rutinieri", vittime dell'infingardaggine dello spirito, si ribadiva l'importanza di un aggiornamento continuo. Si invitavano altresì i medici a diffidare dei sistemi ("al letto del malato – scriveva il De Filippi – non bisogna recare idee preventive, occhi allucinati dai sistemi"[27] e si ricordava loro che "come il medico fa la pratica, così la pratica fa il medico"[28].

g) Funzione educativa degli utenti

Nell'Ottocento si amplia il numero di coloro che si rivolgono, con una certa continuità, ai medici. Strati sempre più larghi della società, dapprima la borghesia, poi il popolo minuto delle città e, molto più tardi, gli abitanti delle campagne, bussano alle porte degli "studioli" dei medici e ciò a differenza di un tempo, anche per sottoporre casi di pazienti che non versano in situazioni di massima gravità.

Medici illuminati iniziano a scrivere così dei *Galatei* che sono espressamente indirizzati ai pazienti. E ciò al fine di ottenere la loro collaborazione, il loro consenso, per indirizzare le loro scelte verso il "dotto filantropo medico" e non già verso "l'empirico impostore". Si tratta, invero, di scritti che contengono anche un messaggio del tipo: dico-a-tenuora-perché-suocera-intenda.
Infatti, essi, pur essendo rivolti ai pazienti, servono di fatto anche da pungolo nei confronti dei medici al fine di correggere le loro peggiori abitudini. Il pubblico educato adeguatamente, ritengono gli estensori, fuggirà i medicastri e gli avventurieri della medicina, non sarà inosservante, coadiuverà il medico nel reperimento dei dati anamnestici, creerà, infine, quel consenso sociale di cui la professione medica aveva bisogno.

3. Il rapporto tra il medico e il paziente

Nel *Galatei* rivolti a medici e ammalati erano contenute le regole che avrebbero dovuto consentire un corretto, efficace rapporto tra medico e paziente. I medici, si diceva, devono essere "caritatevoli, prudenti, segreti e modesti"[29], essi devono blandire "con accortezza i malati"[30]. Il medico, scrive ancora Macoppe, non deve mostrarsi con i pazienti "troppo severo o troppo compiacente perché l'eccessiva severità procura l'ostilità del paziente e l'eccessiva condiscendenza la sfiducia"[31]. Egli deve avere "un atteggiamento misto di cortesia, serietà e disponibilità"[32] se vuol guadagnarsi la fiducia, la stima e il rispetto degli ammalati.

I pazienti, d'altro canto, erano invitati a non essere creduli e amanti del meraviglioso poiché questo loro atteggiamento li avrebbe portati a favorire "i ciarlatani e il ciarlatanismo in ogni ordine di persone"[33]. Inoltre, l'ammalato ideale avrebbe dovuto "usare diligenza nello eseguire l'amministrazione delle prescrizioni mediche"[34] e non cercare mai "d'ingannare il medico con falsi rapporti intorno l'esecuzione e i fenomeni quinci osservati"[35]. Infatti, "chi inganna il medico offende se stesso ed il suo prossimo".

Tutti gli estensori dei galatei riservarono un'attenzione particolare ai problemi inerenti la comunicazione tra medico e paziente. Il medico, scrive Coletti, "lasci parlare più che non parli: ascolti anche il superfluo, non dica che il necessario"[36] e, in un altro aforisma aggiunge: "diligente non frettoloso, nella stanza del malato, il medico entri; parli, non cianci; interroghi, non suggerisca"[37]. L'eloquenza del medico, scrive da par-

te sua Del Chiappa, deve essere "ingenua, schietta e nobile"[38], ma anche e soprattutto "chiara e limpida"[39]. Egli, cioè, deve "argomentare e ragionare con sì fatta chiarezza e semplicità che qual si sia ne possa sentire la forza; che ciascuno ne comprenda il senso, ed ognuno rimanga investito e convinto dalle sue ragioni. Lunge da lui quel frasario tecnico infetto da un improprio grecismo od ammorbato di barbarismi"[40].

In verità, una delle cause di diffidenza degli ammalati nei confronti dei medici era proprio da imputarsi all'oscurità del loro linguaggio, alla loro "vana logomachia"[41]. Tra il linguaggio dei ciarlatani e quello dei malati era difficile per i pazienti, anche se colti, trovare differenze sostanziali, entrambi erano un enigma. Ebbene, se i medici volevano distinguersi dai ciarlatani dovevano trovare un linguaggio più rigoroso e cercare di tradurre i loro concetti in una lingua che non fosse sconosciuta ai pazienti. In altre parole, dovevano fornire prestazioni linguistiche diverse da quelle praticate dai loro predecessori.

Nei suoi cinici aforismi medico-politici Alessandro Knips Macoppe aveva già preso posizione, nel diciottesimo secolo, contro quei "medici che sfoggiano espessioni ampollose, si dichiarano onniscenti, usano un linguaggio incomprensibile alla gente comune"[42] ed aveva consigliato i suoi colleghi di "non tollerare tale modo di esprimersi che a mala pena si può ammettere nella bocca dei ciarlatani e degli imbonitori. Chi usa questo linguaggio – concludeva – mira ad ingannare i malati, non a curarli"[43]. Tuttavia, egli aveva anche prima affermato qualche aforisma: che il medico doveva "essere sempre ambiguo nel formulare previsioni sul decorso della malattia"[44]; che egli cioè doveva barcamenarsi "formulando vaghe previsioni secondo lo stile delle profezie delle antiche sibille"[45].

Questo ambivalente atteggiamento oscillante tra un vivo desiderio di chiarezza e la necessità dell'oscurità verrà lentamente abbandonato a partire dai primi decenni dell'Ottocento. Il medico dotto, si scriverà in quegli anni, non deve usare un "gergo affettato e bizzarro"[46], né "schiccherare ricette con istraordinario apparato di cose e di nomi ricercati e strani"[47]. Per il Del Chiappa, infine, il medico se non vuol comportarsi da cerretano e ciurmatore deve fare a meno di "quel gergo scolastico, fatto sol pei pedanti, e mirabilmente acconcio a velare la ignoranza e l'insipienza di certi medici. Ma non basta che il medico adopri una locuzione nitida e purgata quale si addice a nobile artista, conviene oltreciò che il suo dire nulla abbia del sofistico e del misterioso, perocché ciò darebbe segno di poca perizia, e forse di cuor corrotto e di mal costumato, vizi che si vogliono fuggire come cosa la più detestabile"[48].

E dopo aver ricordato che la parola del medico è il primo strumento con il quale "si ammansano" le malattie, egli ritorna a criticare quei medici che parlano oscuramente. "Se un medico ciarlatore è, a detta di Menandro, una nuova malattia per l'ammalato, un medico che abbia un favellare misterioso e grottesco, – egli scrive – una nuova e peggior malattia per l'ammalato medesimo: mentre che il primo co' suoi cicaleggi può talvolta dispiacere ad alcuno, laddove il secondo, parlando in enigma, non può piacere a veruno, e tutti malamente infastidisce e ammorba"[49].

Prof. MASSIMO BALDINI
Professore di Storia della Filosofia nell'Università di Perugia (Italia)

[1] Cfr.: DEREK J. DE SOLLA PRICE, *Sociologia della creatività scientifica,* trad. it. di Roberta Rambelli, Bompiani, Milano, 1967.

[2] Cfr.: ROBERT K. MERTON, *La sociologia della scienza,* ed. it. a cura di Mauro Protti, Angeli, Milano, 1981.

[3] Su queste tematica si vedano i seguenti bei saggi: MARIA LUISA BETRI, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale* (1815-1859), in AA.VV., *Malattia e medicina,* a cura di Franco della Peruta, Einaudi, Torino, 1985 (Storia d'Italia, Annali 7), pp. 209-232; ID., *La crisi del ruolo medico. I galatei dell'Ottocento,* in "Federazione medica", 1987, XL, 7, pp. 685-688.

[4] MARIA LUISA BETRI, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale* (1815-1859), op. cit., p. 209.

[5] Si veda: ROBERTO SAVA, *Sui pregi e sui doveri del medico,* Martinelli, Milano, 1845.

[6] GIUSEPPE DE FILIPPI, *Nuovo galateo medico ossia intorno al modo di esercitare la medicina,* presso Pasquale Pagni, Firenze, 1839, p. 15.

[7] *Ibidem,* p. 12.

[8] *Ibidem,* p. 7.

[9] ROBERTO SAVA, *Sui pregi e sui doveri del medico,* op. cit., p. 154.

[10] *Ibidem,* p. 10.

[11] *Ibidem,* p. 11.

[12] *Ibidem,* p. 113.

[13] *Ibidem,* pp. 105-106.

[14] Cfr.: EMMANUELE BASEVI, *Degli uffici del medico,* in "Giornale critico di medicina analitica", 1826, II.

[15] GIUSEPPE DE FILIPPI, *Nuovo galateo medico,* op. cit., p. 5.

[16] ROBERTO SAVA, *Sui pregi e sui doveri del medico,* op. cit., p. 30.

[17] *Ivi.*

[18] GIUSEPPE DE FILIPPI, *Nuovo galateo medico,* op. cit., p. 159.

[19] MARIA LUISA BETRI, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale* (1815-1859), op. cit., pp. 217-218.

[20] ANDREA RANZI, *Delle principali cagioni che portarono la decadenza della professione del medico,* Firenze, 1851, p. 23.

[21] O. TURCHETTI, *Dell'influenza delle scienze mediche sull'incivilimento ed il ben essere dei popoli e dell'attuale infelice condizione dei medici,* Pistoia, 1839, p. 56.

[22] D. B. G. R., *Galateo di un morto e commenti di un vivo ossia il galateo dei medici,* per Placido Maria Visaj, Milano, 1829, pp. 22.

[23] GIUSEPPE DE FILIPPI, *Nuovo galateo medico ossia intorno al modo di esercitare la medicina,* op. cit., p. 73.

[24] A. DECHAMBRE, *Déontologie, in "Dictionnaire encyclopédique des sciences medicales",* Masson, Paris, 1882, t. 27, p. 489.

[25] SALVATORE DE RENZI, *Sui mezzi di migliorare l'educazione medico-chirurgica in Italia,* in "Corrispondenza scientifica in Roma", 1847, p. 15.

[26] ROBERTO SAVA, *Sui pregi e sui doveri del medico,* op. cit., p. 26.

[27] GIUSEPPE DE FILIPPI, *Nuovo galateo medico,* op. cit., p. 139.

[28] *Ibidem,* p. 68.

[29] LUIGI PETRINI, *Galateo de' medici,* nella tipografia Grossiana, Aquila, 1924, p. 18.

[30] ALEXANDRI KNIPS MACOPPE, *Centum aphorismi medico-politici,* volgarizzati da Tito Berti, Casamassima, Patavii, 1991, p. 35.

[31] *Ivi.*

[32] *Ibidem,* p. 67.

[33] SALVATORE MANDRUZZATO, *Galateo pegli ammalati,* nella stamperia Mazzoleni, Bergamo, 1821, p. 19.

[34] *Ibidem,* p. 23.

[35] *Ivi.*

[36] FERDINANDO COLETTI, *Galateo de' medici e de' malati,* Padova, 1853, p. 13.

[37] Ibidem, p. 16.

[38] G.A. DEL CHIAPPA, *Dell'eloquenza del medico,* in ID., Raccolta di opuscoli medici, nella tipografia di Pietro Bizzoni, Pavia, 1828, vol. I, p. 107.

[39] *Ivi.*

[40] *Ivi.*

[41] G. GIACOMINI, *Riflessioni intorno al linguaggio dei medici,* in "Memoriale della medicina contemporanea", 1840, vol. III.

[42] ALEXANDRI KNIPS MACOPPE, *Centum aphorismi medico-politici,* op. cit., p. 55.

[43] *Ivi.*

[44] *Ibidem,* p. 37.

[45] *Ivi.*

[46] ROBERTO SAVA, *Sui pregi e sui doveri del medico,* op. cit., p. 101.

[47] GIUSEPPE DE FILIPPI, *Nuovo galateo medico,* op. cit., p. 26.

[48] G.A. DEL CHIAPPA, *Dell'eloquenza medica,* op. cit., p. 108.

[49] *Ibidem,* p. 130.

DOMENICO DI VIRGILIO

Il medico: un uomo per tutti

Premessa

Il tema del mio intervento, "Il Medico, un uomo per tutti", è certamente inusuale e, diciamo pure, poco "frequentato", forse nuovo per la gran parte di noi perché se la figura del medico è stata analizzata, anzi "sezionata" sicuramente in tanti aspetti: scientifico, professionale, storico, artistico; quello che oggi tenterò di mettere a fuoco invece poca attenzione ha ricevuto nella letteratura e nelle assise scientifiche. A meno che non abbiate avuto la fortuna di avere tra le mani una copia di un libro, di oltre 250 pagine, ora introvabile, del 1972, scritto dall'allora Monsignor Fiorenzo Angelini proprio con questo titolo. Potrei allora fermarmi qui ed invitarvi a leggerlo. E vi trovereste un esauriente, interessante ed acuto saggio che dipinge la figura del medico da questa visuale, molto particolare, svelando a noi una faccia sconosciuta di questo professionista che nei secoli, già molto prima di Ippocrate, ha avuto un ruolo unico ed insostituibile nella vita di ogni uomo.

E la introduzione a questo tema, che nei pochi minuti a disposizione tenterò di presentare quasi per immagini più che in una successione logica, è presa proprio dalla presentazione del libro suddetto: "Chi ha avuto la sorte di una assidua consuetudine con l'ambiente medico nel suo costante rapporto con il mondo della sofferenza, sa bene che, a parte valutazioni parziali o faziose, il medico è e rimane un uomo per tutti, un uomo di cui tutti, in atto o in prospettiva, hanno bisogno... Chiamato a difendere la Vita, il medico più di ogni altro conosce la fragilità dell'uomo e, nello stesso tempo, quella sorgente di speranza, il cui estremo anelito è sovente affidato all'esercizio responsabile della sua professione...

Se il medico è un uomo per tutti è anche un uomo che tutti devono meglio conoscere"[1].

E se facciamo un salto indietro di alcuni secoli, nell'*Iliade* uno degli eroi del poema omerico pronuncia una frase molto significativa: "Il medico è quell'uomo che vale molti uomini".

La professione medica da sempre, anche se con limitazioni derivanti dall'ambiente e dalle diverse culture dei popoli, si è posta come servizio all'uomo, e poiché il servizio reso dalla medicina raggiunge l'uomo in ciò che più di ogni altra cosa lo accomuna, il dolore e la sofferenza, il medico può veramente individuare nella propria vocazione e nell'esercizio della sua professione una spinta esaltante capace di farlo ritrovare impegnato anche al di là delle più cocenti sconfitte e delle prove più ardue.

Perciò questo singolare professionista è stato nella storia universale parte integrante della vicenda umana, sia egli stato considerato mago o stregone, sciamano o sacerdote o infine scienziato, la sua figura ha assunto un carisma particolare avvolgendolo in un'aurea di mistero; ma soprattutto egli rappresenta punto di incontro inevitabile tra i bisogni dell'uomo sofferente e le capacità taumaturgiche di un individuo che pur sempre uomo è, pur se dotato di capacità particolari. Così, come nel taglio poliedrico di un diamante, nel medico si rifrangono le speranze e le angosce, il tormento e la quiete delle sofferenze umane, in esso si uniscono amicizia e rispetto, confidenza e ammirazione, attese e speranze.

E "l'uomo medico", nonostante gli eventi millenari delle vicende umane, è ancora uno sconosciuto, perché tra le realtà più grandi e più belle del creato, egli porta con sé il segno misterioso della collaborazione con il Creatore stesso nella conservazione della vita.

1. Uomo prima che scienziato – la risposta ad una chiamata

Cosa spinge un giovane a scegliere di "essere medico"? E come procede la "formazione" di questo professionista negli anni della università e poi ancora, e costantemente, nel corso della sua vita professionale?

Certo l'imitazione a seguire l'esempio di un familiare è frequente così come l'anelito di una condizione di prestigio e considerazione nella società; ma certamente queste non costituiscono la spinta più significativa alla scelta di una professione che pone alla sua base la capacità di risposta ad esigenze pregnanti di valenze etiche e di sofferta solidarietà che devono trovare nell'animo del giovane una disponibilità che trascende gli aspetti formativi tecnico e scientifico.

Ecco allora che gli anni di studio costituiscono un momento cruciale e delicato per i docenti che dovranno far emergere costantemente l'obiettivo, unico, cui tendere: il servizio all'uomo e quindi la necessità di saper coniugare le nozioni tecniche e scientifiche con le doti umane indispensabili per su-

scitare al meglio quel rapporto medico-malato foriero di successo di ogni azione terapeutica.

E specialmente nell'era post-moderna, con il convulso progresso tecnologico, più che in passato, si è accentuato il dovere dei docenti universitari di curare la formazione di una "coscienza professionale".

È evidenza quotidiana infatti che là dove questa formazione è stata trascurata nel periodo degli studi universitari o nei primi anni di professione, è più difficile che si acquisisca in seguito.

"La perizia scientifica e professionale del medico da sola non basta a costituire una relazione interpersonale autenticamente umana". Il futuro medico infatti dovrà essere "forgiato" sulla base di qualità che sappiano far sprigionare attitudini qualificanti quali:

– *La capacità di ascolto* tesa a creare un clima di fiducia, di accettazione, di accoglienza favorendo una stretta connessione tra i due artefici della prestazione medica;

– *L'empatia,* la capacità cioè di mettersi nei panni del malato e di accompagnarlo anche emotivamente nel percorso della malattia;

– *La simpatia,* la capacità di entrare in sintonia con il paziente in modo da calarsi nei suoi sentimenti e nei suoi stati d'animo, pur mantenendosi sempre sufficientemente distanziato da essi;

– *Il rispetto* per l'altro che comporta l'accettare il malato in quanto tale, per quello che è e non per quello che noi vorremmo che fosse;

– *La coscienza* ed il rispetto dei valori morali i quali determinano la bontà interiore della persona"[2].

Ma ormai da qualche decennio, almeno in Italia, la formazione umana ed etica del medico è trascurata generando un "vuoto" che un tempo veniva almeno in parte colmato dagli insegnamenti umani del "maestro". Questa figura ormai tramontata, infatti non solo era fonte di sapere scientifico ma anche umano e comportamentale. I vecchi maestri nella vita quotidiana nelle corsie degli ospedali non solo aiutavano a crescere scientificamente i giovani medici, ma costituivano per essi dei veri maestri di vita.

Insomma la formazione del medico per essere completa non dovrà limitarsi a quella scientifica ma dovrà essere indirizzata alla formazione della persona. "Occorre quindi condurre il medico e prima ancora lo studente alla piena consapevolezza della triplice dimensione della competenza professionale che non è fatta solo di *sapere* o di *saper fare* ma anche di *saper essere* cioè di capacità relazionali, di comprensione delle di-

mensioni valoriali sottese all'essere umano, di rispetto per la vita, di adeguata psicologia, di "amicizia per l"uomo". Come diceva un vecchio aforisma della scuola ippocratica "dove c'è amore per l'uomo c'è amore per l'arte (medica)".

Oggi però il sentimento della dedizione personale ai fratelli corre il pericolo di annebbiarsi nella coscienza per i molti diaframmi che possono frapporsi tra l'animo del medico e l'animo del paziente, diaframmi prevalentemente tecnici e tecnologici imposti dalla società e dagli ordinamenti. Ma anche nelle condizioni più sfavorevoli e spersonalizzanti *il medico resta un uomo* che pone la sua intelligenza, la sua cultura, la sua sensibilità, il suo cuore a servizio di un altro uomo che è in pena.

E quanto più le condizioni si faranno difficili ed anche critiche, tanto più è richiesto al medico di recuperare e ritrovare dentro di sé la freschezza e la vitalità che guidarono un giorno la sua scelta e la sua originaria vocazione.

2. Un uomo a servizio dei fratelli

"E chi è il mio prossimo?"

Più volte si è detto che nelle mani del medico l'umanità passa senza alcuna discriminazione con un abbandono totale sostenuto dalla convinzione di incontrare un uomo che sappia comprendere, condividere e partecipare alle sue richieste di salute, capace cioè di "prendersi cura in un momento del tutto particolare in cui il medico deve prestare attenzione alla unicità ed irrepetibilità della persona sofferente. Un incontro tra una fiducia ed una coscienza, la fiducia di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognevole, il quale si affida ad una coscienza di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo... il che esige amore, disponibilità, attenzione, comprensione, condivisione, benevolenza, pazienza, dialogo"[3].

Sembra invece paradossale che proprio nel momento dei successi più spettacolari della Medicina, si sia sempre più incurvata, indebolita, la tradizionale e fondamentale "figura" del medico, messa in discussione proprio per la sua crescente tecnicizzazione, per la carente carica di "umanità", per la sua apparente trasformazione in un prestatore di tecniche e di operatività sganciate dall'indispensabile componente etica con il rischio di mettere in crisi quel rapporto fiduciario che ha costituito il fulcro dell'arte medica per cui questi due poli invece di interporsi rischiano di non comprendersi o di trovarsi addirittura in posizioni antitetiche. Perché? Perché?

Lasciate che anch'io mi richiami alla parabola del Buon Samaritano, tante volte in questi giorni citata e commentata, per trovare una risposta ai tanti perché!

Ebbene, essa ci indica proprio quali carismi, quali virtù, debbano plasmare l'uomo-medico. A lui non è lecito passare oltre con indifferenza, ma di "fermarsi" e fermarsi non significa curiosità, opportunismo, gesti convenzionali, ma disponibilità e comprensione e queste devono divenire stimolo alla azione che mira a portare aiuto all'altro uomo che, come dice Giovanni Paolo II, "non può ritrovarsi pienamente se non attraverso il dono sincero di sé".

Non basta allora la pietà se essa non si fa operosa ed efficace, non basta una assistenza tecnico-scientifica non ispirata dalla misericordia, cioè dall'amore fraterno che si faccia partecipe della sofferenza altrui. Per il samaritano il ferito soccorso prima ancora che uno straniero e un nemico era uno sconosciuto; eppure il samaritano lo riconosce nella sua qualifica di uomo!

È di questo incontro, intenso, partecipato che la pietà si fa condivisione. "Da un lato esprime un atteggiamento psicologico di disponibilità che nasce non da una spinta emotiva ma da una conquista razionale rappresentata dalla acquisita consapevolezza della comunanza di destino scritta nella storia degli uomini, dall'altro si manifesta in una prassi, la quale si esplica in una serie di gesti e di azioni indirizzata alla accoglienza e alla comunicazione.

Questo complesso patrimonio di attività non esclude certamente le cure e lo sviluppo delle operazioni di tipo strettamente terapeutico, ma include fra di esse anche i comportamenti, idonei a rendere accettabili all'infermo le proprie sofferenze, a non respingere la preziosità e il valore della propria esistenza pur se colpita e disfatta dal male, infine ad esprimere, attraverso il dolore, una volontà di liberazione e di redenzione.

Così se il valore salvifico della sofferenza è una conquista della fede e della cultura cristiana, tuttavia, attraverso la scoperta della dimensione umana della malattia, questo discorso può coinvolgere credenti e non, al fine di aiutare l'uomo a ritrovare se stesso.

Se la sofferenza ed il patire costituiscono espressioni dirette del vivere dell'uomo, manifestazioni essenziali della sua qualità umana e non già accidenti fastidiosi e transitori da cancellare, qualsiasi attività che tocchi o incontri questi fenomeni parteciperà del loro carattere umano, aiutando a scoprire i requisiti propri dell'essere uomo"[4].

La partecipazione emotiva alle sofferenze del paziente, la comprensione della sua debolezza di uomo escluso, temporaneamente o permanentemente, da un bene si e-

sprime come sentimento di *"compassione"*.

E accrescere la propria capacità di essere compassionevoli significa migliorare la propria professionalità.

3. Ascolto – disponibilità e condivisione

L'ascolto è certamente una delle forme più efficaci per entrare in sintonia e stabilire un "feeling" tra medico e malato ed esprime un sentimento di grande rispetto. Quando ci si sente ascoltati si ha la calda percezione di essere presi in considerazione e quindi di "valere" agli occhi dell'interlocutore e in grado di tessere un rapporto la cui natura è atta a suscitare particolari reazioni nell'operatore essendovi implicate l'intimità fisica, la drammaticità dei sentimenti suscitati da situazioni anche tragiche, il contatto con il dolore e la morte.

E ascoltando attentamente il malato, il medico entra poco a poco nel suo mondo, si aprono vie altrimenti imperscrutabili che permettono di cogliere sentimenti che lo abitano ed il significato di tali sentimenti.

L'anamnesi che noi raccogliamo, spesso distaccati dal paziente, rappresenta in realtà la storia di un uomo chiamato ad analizzare la sua vita, a scomporla a volte fin nell'intimità del suo essere, offrendola ad un altro uomo cui affida fiducioso analisi e rimedi.

E dall'ascolto che nasce la giusta comunicazione, non sempre soltanto verbale (quale significato a volte assumono toccanti e intensi silenzi espressi da gesti ed emozioni che vanno al di là di ogni parola!).

È convinzione comune che l'ammalato, pur avendo a disposizione i mezzi tecnici e farmacologici più idonei, la competenza più raffinata degli operatori, la soddisfazione dei suoi più immediati bisogni, non sia soddisfatto. Lo dicono il bisogno frenetico di parlare, di essere compreso, di essere informato del suo stato, la sudditanza psicologica che deriva dalla sua condizione di inferiorità che spesso finisce per far piacere come fosse un segno di deferenza.

E non si insiste mai abbastanza invece sulla importanza del dialogo, della sollecitudine personale del medico che assumendo una condotta comprensiva e tollerante, superi il rifiuto dei lunghi e monotoni trattamenti, esercitando quella funzione che è stata definita come "placebo personale".

La *disponibilità* segna l'apice della professionalità perché essa è una virtù complessa che è fatta di altruismo, di pazienza, di resistenza fisica e psichica, di allenamento a determinate situazioni, di perseveranza.

Sul giornale dell'Associazione Medica degli U.S.A. il giornalista Norman Cousins in un saggio dal

titolo *Il medico come comunicante* scrive: "i medici e gli scrittori hanno almeno questo in comune, che la comunicazione è una parte importante della loro attività. Nella cura dei malati le parole usate dal medico hanno un effetto profondo sul loro benessere. Le parole del medico possono spalancare le porte o chiuderle con violenza; possono aprire la strada alla guarigione oppure creare il malato dipendente, tremante, spaventato ed ostile.

Ai medici è chiesto di prestare attenzione alla persona, dialogo, solidarietà e di essere esperti in umanità. La comunicazione deve essere attenta alla sua storia: occorre entrare nella storia del malato con quella discrezione e con quell'amore che rendono attenti a tutte le sfumature e a tutti i condizionamenti. Il rispetto del malato è anche capacità di comunicazione progressiva e delicata.

Le parole adatte possono sollevare il morale del malato, esaltare la sua volontà di vivere. Le parole sbagliate possono suscitare un senso di disperazione e di sconfitta e diminuire l'efficacia di qualsiasi cura prescritta".

Il Medico infatti non risponderebbe appieno all'ideale della sua vocazione se, mettendo a profitto i più recenti progressi della scienza e dell'arte medica, non usasse, nella pratica della sua professione, null'altro che intelligenza e abilità, e non vi portasse anche e soprattutto il suo cuore di uomo.

"La sofferenza, presente sotto diverse forme ed intensità tra gli uomini, è presente anche per sprigionare nell'uomo l'amore che si manifesta nel dono disinteressato del proprio io in favore degli altri uomini sofferenti". E "gli uomini sofferenti si rendono simili tra loro mediante l'analogia della situazione, la prova del destino, oppure mediante il bisogno di comprensione e di premura e forse mediante il persistente interrogativo circa il senso di essa" *(Lettera apostolica Salvifici Doloris* - 11 febbraio 1984).

4. Uomo – medico – cattolico

"Se lo spirito di elementare umanità e l'amore naturale dei propri simili, stimola e guida ogni medico coscienzioso nelle sue ricerche, che cosa non farà il medico cristiano, sospinto dalla divina carità, a prodigarsi senza risparmiare né le cure, né se stesso per il bene di coloro che, a giusta ragione e in conformità della fede, considera quali suoi fratelli"[5].

È l'invito forte a saper coniugare i parametri della scienza con quelli dello spirito, nella consapevolezza che i valori evangelici autentici non mortificano ma allargano le prospettive della scienza finalizzate sempre al servizio all'uomo.

E Giovanni Paolo II nel suo messaggio ai Medici Cattolici italiani riuniti a Firenze, nell'ottobre 1988, per il XVIII Congresso Nazionale precisava: "Nel dedicarsi alla cura del corpo il medico cattolico non può, né deve ignorare i problemi dello spirito, giacché destinatario della sua opera è l'uomo nella sua interezza. Il suo "ministero", pertanto, dovrà essere compiuto non solo con perizia scientifica e professionale ma anche con personale partecipazione alle situazioni concrete del singolo paziente".

Per il medico cristiano dunque il solo riconoscimento della umanità del paziente non è ancora sufficiente; l'ultimo obiettivo è quello di stabilire con lui un rapporto che assuma una dimensione ancora più profonda e specifiche motivazioni legate alla sua fede. In questa ottica il medico non può non offrire un atteggiamento di profondo rispetto, di autentica umiltà e di massima condivisione nella consapevolezza dell'interdipendenza dei due ruoli di cui non è lecito giudicare quale sia quello che più dà e quello che più riceve.

Nessun medico può essere di aiuto e di esempio senza una profonda vita interiore, senza mantenere un riferimento costante alla realtà del Cristo sofferente!

"Luca, che S. Paolo chiamò «medico carissimo», scrive nel Suo Vangelo «tramontato poi il sole, tutti quelli che avevano infermi, affetti da varie malattie, li conducevano a Lui ed Egli, imposte a ciascuno di essi le mani, li risanava». Senza ovviamente possedere tali prodigiose virtù, il medico cattolico, che è realmente quale la sua professione e la vita cristiana esigono, vedrà tutte le umane miserie cercare presso di lui un rifugio e chiedere alla sua mano benefica di stendersi e posarsi sopra di loro"[6].

Il vostro impegno "...non può limitarsi alla sola corretta professionalità, ma deve essere sostenuto da quell'atteggiamento interiore che opportunamente è chiamato «spirito di servizio». Il paziente, infatti, a cui dedicate le vostre cure, i vostri studi, non è un individuo anonimo sul quale applicare ciò che è frutto delle vostre conoscenze, ma è una persona responsabile, che deve essere chiamata a farsi compartecipe del miglioramento della propria salute e del raggiungimento della guarigione. Egli deve essere messo nella condizione di poter scegliere personalmente e non di dover subire decisioni e scelte di altri". [...] "In concreto ciascuno di voi non può limitarsi ad essere medico di organo e di apparato, ma deve farsi carico di tutta la persona e, di più, dei rapporti interpersonali che contribuiranno al suo benessere"[7].

"L'esperienza infatti insegna che l'uomo, bisognoso di assistenza, sia preventiva che terapeutica,

svela esigenze che vanno oltre la patologia organica in atto. Dal medico egli non si attende soltanto una cura adeguata... ma il sostegno di un fratello, che sappia partecipargli una visione della vita, nella quale trovi senso anche il mistero della sofferenza e della morte".

"Ma il medico incontra inevitabilmente il dolore e la morte nelle sue ricerche scientifiche, come un problema di cui il suo spirito non possiede la chiave, e, nell'esercizio della sua professione, come una legge inevitabile e misteriosa, di fronte alla quale spesso la sua arte rimane impotente e la sua compassione sterile. Egli può ben stabilire la sua diagnosi secondo tutti gli elementi del laboratorio e della clinica, formulare la sua prognosi secondo tutte le esigenze della scienza; ma nel fondo della sua coscienza, del suo credere di uomo e di scienziato, sente che la spiegazione di quell'enigma si ostina a sfuggirgli. Egli ne soffre; l'angoscia lo attanaglia inesorabilmente, finché egli non domanda alla fede una risposta che, sebbene non completa quale è nel mistero dei disegni di Dio, si farà palese nella eternità, vale tuttavia a tranquillizzare il suo animo".

"E come giustificare con i familiari l'*impotenza* dei rimedi che la scienza gli pone? È qui in questo momento drammatico e sublime, unico nella specificità ma tanto ripetitivo, che il medico si sveste dell'abito professionale e vede riemergere «l'uomo» con le sue doti intime di sensibilità, solidarietà, umanità, le uniche vie percorribili per apportare accettazione, serenità.

Ma soltanto un cuore penetrato da una viva e profonda fede saprà trovare accenti di intima sincerità e convinzione, capaci di far accettare risposte «trascendenti»"[8].

Conclusione

Il medico è certamente l'uomo che custodisce il maggior numero di umani segreti. Egli, operando per mezzo della sua scienza e delle tecniche che ha a disposizione, guarda all'uomo che sta dietro all'infermità. È questo guardare al di là che dà un significato profondo e totalmente umano all'arte medica e gli permette di discernere concretamente tra servizio dell'uomo all'uomo e asservimento dell'uomo all'uomo.

Il medico uomo e scienziato deve saper esprimersi interamente non solo attingendo alle pur indispensabili cognizioni tecniche ma particolarmente ad una chiara visione dell'uomo, della sua dignità, della sua libertà e del suo fine, della solidarietà che lega paziente e medico, facendone due componenti indissociabili di un comune sforzo teso ad affermare e difendere la reciproca umanità.

Il medico più di ogni altro professionista ha la possibilità di osservare l'uomo sollevato dalla propria malattia ma non guarito nell'animo, così come vivrà intensamente e con cocente mestizia la sconfitta di fronte a mali ineluttabili, avvertendo nel contempo la possibilità dell'uomo di superare in un contesto più ampio e sublime quale è la proiezione del dolore nella sfera del trascendente.

Poiché la medicina è per definizione servizio alla vita, professione e coscienza si incontrano in questo servizio; e poiché l'impegno del medico è innanzi tutto quello di servire la vita del suo prossimo, la coscienza professionale si incontra con l'amore e la carità trovandosi a confrontare la propria coscienza con quella degli ammalati.

Ed in questo incontro "il medico deve cogliere la consapevolezza dei propri limiti dallo sguardo, dal volto, dalle situazioni del malato che è chiamato a curare. Egli rimane la miglior sintesi della complessità del male che attinge alle radici del fisico e dello spirito, che abbraccia la persona in senso locale e globale, che convoglia nella sofferenza l'intera vita del paziente... Ed è proprio questa occasione di cogliere l'uomo nella sua unità, di situarlo nella sua globalità, che provoca la subordinazione o meglio la cooperazione tra scienza medica e valutazione etica, al punto che il medico può in certi momenti avvertire quasi visivamente la necessità del ricorso alla coscienza morale prima di accingersi ad intervenire con i mezzi e le tecniche della sua perizia professionale"[9].

Ammoniva il Santo Medico Giuseppe Moscati "Beati noi medici, tanto spesso incapaci di allontanare una malattia, beati noi se ricordiamo che, oltre i corpi, abbiamo di fronte delle anime immortali, per le quali urge il precetto evangelico di curarle come noi stessi: lì è la soddisfazione e non il sentirci proclamare risanatori di un male fisico, quando per lo più la coscienza ci ammonisce che il male guarì da sé".

Ed Albert Schweitzer, quando a 38 anni optò per la professione di medico rispondendo ad una lontana chiamata che si perdeva nel paradiso dell'infanzia dichiarò che solo così avrebbe potuto realizzare al meglio il suo grande sogno di servizio integrale alla vita.

E rispondendo, come Schweitzer, ad una antica chiamata il medico sa che verrà interpellato indifferentemente da qualsiasi persona, credente o ateo, povero o ricco, umile o potente; egli di sua volontà non bussa a nessuna porta ben sapendo che dovrà saper rispondere a tutti prima come uomo e fratello, e poi come professionista e scienziato auspicando a se stesso che, come Pio XII scrisse nella sua meravigliosa preghiera del medico, "siamo fraterni nel confortare, sinceri nel consigliare, solerti nel curare, alieni dall'illudere, soavi nel preannunciare il mistero del dolore e della morte".

Prof. DOMENICO DI VIRGILIO
Membro della Pontificia Accademia per la Vita
Consultore del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari,
Primario Medico,
Presidente dell'Associazione Medici Cattolici Italiani

[1] F. ANGELINI, *Il medico un uomo per tutti,* ed. Orizzonte Medico, 1972.
[2] A. DE NATALE, *Fenomenologia ed eticità della relazione medico-paziente – Bioetica e Cultura,* IV (1995), 7, 55-71.
[3] *Carta degli Operatori Sanitari.* Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Roma 1994.
[4] V. SARACENI, *Orizzonte Medico n. 2* - 1984.
[5] Pio XII al IV Congresso Internazionale dei Medici Cattolici - Roma 30 settembre 1949.
[6] Pio XII all'Unione Medico-Biologico S. Luca - 12 novembre 1944.
[7] Giovanni Paolo II al XV Congresso Mondiale FIAMC - Roma, 5 ottobre 1982.
[8] Pio XII all'Unione Medico-Biologico S. Luca - 12 novembre 1944.
[9] F. ANGELINI, *Il medico un uomo per tutti* , pagg. 151-152.

IGNACE DE LA POTTERIE

Le icone bibliche della vita

Introduzione

Questa X Conferenza internazionale cui partecipiamo è stata organizzata dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Dal titolo risulta già che si intendeva ottenere uno scopo immediato, concreto e pratico. Con ciò si spiega anche il fatto che sia stato richiesto ad un esegeta di preparare un'esposizione nello stesso senso: "le icone bibliche al servizio della vita". Ci si attendeva senza dubbio da lui una riflessione centrata sull'etica e sulle situazioni mediche del "Servizio *sanitario*".

Ma bisogna ben dire che, per un esegeta, utilizzare direttamente la Bibbia a questo scopo era impossibile. Si ricordi la regola classica dei quattro sensi della Scrittura, ripresi nel *Catechismo della Chiesa Cattolica* (nn. 117-118): al senso storico e letterale della Bibbia deve aggiungersi il senso spirituale che, a sua volta, comprende tre sottodivisioni: il senso morale, certamente, che secondo la vecchia regola mi dice "quel che devo fare"; ma questo senso morale non è il primo né il principale; esso deve essere preceduto dalla ricerca del senso simbolico e tipologico ("quel che devo *credere*"); tuttavia anch'esso deve restare ancora aperto sul futuro attraverso il senso anagogico "verso cosa devo *tendere*"), che ci indica il fine escatologico dei grandi avvenimenti della salvezza. Ecco qual è, secondo la grande Tradizione, la vera interpretazione della Scrittura: è dunque la ricerca del senso tanto profondo quanto totale della Parola di Dio; da quel momento essa è aperta contemporaneamente sul *passato*, sul *presente* e sull'*avvenire*.

Ora, senza che vi si sia probabilmente pensato, è così che ci orientano in realtà le due prime parole del tema che ci è stato proposto: "le icone bibliche". Poiché, nell'arte cristiana, anche le icone servono a rappresentare tutte le grandi fasi della storia della salvezza: il Vecchio Testamento, il tempo di Cristo, l'interiorità del credente e l'escatologia; precisamente per farne vedere l'unità e il *senso integrale*, per il cristiano. È in questo spirito che concentreremo la nostra riflessione su queste due prime parole; il titolo esatto del nostro intervento sarà quindi: "Le icone bibliche della vita". In che senso? Esamineremo anzitutto cos'è un'*icona dipinta* ispirandoci ad una lunga tradizione della Chiesa d'Oriente, ma che si sta riscoprendo anche in Occidente. Nella seconda parte presenteremo le principali "*icone bibliche* della vita", cioè cercheremo di comprendere il messaggio di alcuni personaggi essenziali della storia della salvezza, che ci orientano verso il mistero della vita e che, proprio a partire da questo, sono stati anche dipinti nelle icone dell'arte cristiana. Sono anzitutto Adamo ed Eva, nostri progenitori, all'inizio di tutta la storia umana; poi Abramo, che divenne il padre del popolo di Israele e il punto di partenza dell'albero genealogico che porterà al Messia; al centro della storia della salvezza si trova evidentemente Gesù, il Figlio del Dio incarnato, che era lui stesso "la vita" e "la luce del mondo"; ma dobbiamo anche parlare di Maria, sua madre, perché è stato attraverso di lei che l'Incarnazione ha potuto realizzarsi; è ancora ella che, a Cana, ci è presentata come sposa delle nozze messianiche; poi, alla croce, come madre della Chiesa; ed è sempre lei che sarebbe divenuta nell'Apocalisse la donna rivestita di sole, l'immagine della Chiesa che doveva essere nella Gerusalemme celeste la Sposa dell'Agnello; è lei infine che ci inviterà lassù a bere per sempre l'acqua della vita, cioé a vivere della stessa vita di Dio.

In totale dunque quattro icone bibliche: due del Vecchio Testamento e due del Nuovo, ma in un'unica prospettiva verso l'escatologia; e non è certo un caso se soprattutto queste ultime due – Gesù, il Figlio del Dio incarnato, e Maria la Madre di Dio – siano stati rappresentati innumerevoli volte nelle icone cristiane per ispirarci e guidarci. Al termine di tutta la storia della salvezza, è dunque *la vita* a trionfare.

1. L'icona

Quali sono le caratteristiche essenziali di una icona cristiana?

1) Anzitutto, e fondamentalmente, il simbolismo: nella rappresentazione pittorica di un personaggio biblico, l'icona ci invita a scrutare ed a scoprire il suo mistero, il suo senso profondo. Per questo precisamente un'icona è differente da un ritratto, ma anche da tante immagini religiose o pie che non fanno che rappresentare Cristo, la Vergine o i Santi con i loro tratti umani. Un'icona, al contrario, l'abbiamo detto, è "un'immagine dell'invisibile"[1], "un simbolo (o una manifestazione) del mondo spirituale"[2]. Quando si

tratta dell'icona di Cristo, il suo fondamento ultimo è l'Incarnazione del Figlio di Dio. Ecco come si esprime a questo proposito Chr. von Schönborn nel suo bel libro *L'icône du Christ:* "Dio divenuto visibile ai nostri occhi mortali: ecco l'avvenimento unico, centrale, che fonda il senso dell'icona di Cristo *(eikôn).* Cristo Gesù (diceva Paolo) 'è l'immagine *(eikôn)* del Dio invisibile' (Col 1, 15) [...]. Il Dio incomprensibile dà di se stesso un'immagine perfetta, suo Figlio [...] di modo che Gesù possa dire: 'Chi ha visto me ha visto il Padre' (Gv. 14, 9). Un volto umano è divenuto l'espressione perfetta del Figlio di Dio"[3]. Ma perché ciò sia possibile secondo il testo di Giovanni appena citato, è necessario che al di là dei tratti umani del volto di *Gesù,* il discepolo discerna e scopra in lui nella fede lo "splendore" di questo volto, il volto del *Figlio* rivolto verso il Padre (cfr. 1 Gv. 1, 2), il volto di colui che "vede il Padre" (Gv. 6, 46). Questa importanza dell'Incarnazione è stata spiegata molto bene da Massimo il Confessore, precisamente durante la battaglia per le icone: "Attraverso l'Incarnazione, il Signore è diventato il proprio precursore [...]. Egli diviene il proprio tipo e simbolo che *egli si manifesta,* egli conduce la creatura verso di lui, in quanto è *insondabilmente nascosto*"[4].

Quel che era vero una volta, al tempo del Gesù storico, per il Verbo che si è fatto carne fra di noi, vale allora ugualmente nella Chiesa per l'icona di Cristo che lo rappresenta. Da allora, dice ancora Chr. von Schönborn, "contemplare l'icona vuol dire lasciar penetrare questo Mistero purificatore e santificatore dell'Incarnazione. A causa di ciò l'icona è 'il segno più evidente dell'Economia' "[5].

2) Quando si tratta di altre icone, qui ancora lo sguardo contemplativo deve cercare di penetrare fino al mistero della persona che rappresenta. Pensiamo ad esempio alle icone della Vergine, la Madre di Dio. Ascoltiamo qui quel che dice Léonide Ouspenski nel suo *Essai sur la théologie de l'icône,* in cui egli vuol far cogliere tutta la differenza tra l'arte religiosa occidentale e le icone orientali (citiamo da T. Spidlik): "Istituendo un paragone tra la *Madonna del Granduca* di Raffaello e l'icona russa della Theotokos, Ouspenski conclude: il grande artista italiano (Raffaello) ci presenta una graziosa donna con un bambino meraviglioso. Egli sa dire cose sublimi sul loro amore reciproco, sui loro rapporti umani. Ma non ci dice che quella donna è la Madre di Dio e che quel Bambino è divino"[6]. Questo giudizio è senza dubbio troppo severo per Raffello, secondo un altro grande specialista delle icone russe, Pavel Florenskij[7]. Ad ogni modo questo confronto ci aiuta a comprendere meglio che non può esserci vera icona senza riferimento alla portata spirituale dell'immagine dipinta, essa stessa espressione di una esperienza spirituale del suo autore.

3) Va ancora sottolineato un altro punto. L'analogia tra l'icona dipinta e il testo scritto della Bibbia. Secondo il II Concilio di Nicea, che rappresentò nel 787 la vittoria dell'Ortodossia sull'iconoclastia, "la Santa Scrittura e la santa immagine [...] si spiegano l'un l'altra. Una sola testimonianza è espressa in due maniere differenti: attraverso la parola e attraverso l'immagine, trasmettendo entrambe la stessa rivelazione alla luce della stessa Tradizione sacra e viva della Chiesa"[8]; da allora, "venerare l'icona significa comprendere correttamente la santa Scrittura e viceversa"[9]. Si vede dunque in quale senso era legittimo parlare, come abbiamo fatto, di "icone bibliche". Il grande specialista russo dell'ortodossia, S. Boulgakoff, diceva che una parola del Vangelo è "un'icona verbale di Cristo". Ne consegue che la maniera con cui certi personaggi della Bibbia vengono rappresentati nelle icone ci indica anche, in qualche modo, come dobbiamo comprenderli nel testo stesso della Scrittura. Attraverso due vie d'accesso parallele, è la Tradizione della Chiesa a giungere fino a noi. Ciò vale anzitutto per l'icona di Cristo. "Il Concilio (di Nicea) avvicina dunque parola e immagine, in quanto tutte e due parlano della stesse cosa: del mistero di Cristo [...]: l'icona, così come il Vangelo, appartiene al mondo della Legge Nuova"[10].

2. Le grandi icone bibliche della vita

Quel che vorremmo fare in questa seconda parte, è di percorrere audacemente tutta la storia della salvezza per mostrare che, secondo la Scrittura, tutti i personaggi chiave di questa storia ci apportano, in definitiva, lo stesso messaggio, quello della vita, di una vita che è una partecipazione alla vita stessa di Dio.

1. Adamo ed Eva

Rammentiamo innanzitutto il testo biblico fondamentale sulla creazione dell'essere umano, uomo e donna:

Dio creò l'uomo *a sua immagine, ad immagine di Dio* lo creò, maschio e femmina li creò (Gen. 1, 27).

La vita è dunque una partecipazione alla vita stessa di Dio, poiché essi sono fatti a sua immagine. La vita stessa viene da Dio. Per la coppia umana, trasmettere la vita come fanno l'uomo e la donna nel matrimonio, vuol dire prendere parte all'atto creatore di Dio. Anfilochio, un Vescovo greco citato dal Papa nell'Enciclica *Evangelium vitae,* diceva che il matrimonio è "generatore dell'umanità, artefice di immagini di Dio"[11]. Per questo, ci dice la Genesi, dopo la creazione dell'uomo e della donna, "Dio li benedisse e disse loro: 'Siate fecondi e moltiplicatevi, riempite la terra e soggiogatela' " (Gen. 1, 28). Si comprende anche come, più avanti nel racconto della Genesi, la Bibbia segnali che "l'uomo chiamò la moglie Eva, perché essa fu la madre di tutti i viventi" (Gen. 3, 20).

Ma la Scrittura forma una grande unità: il Vecchio Testamento deve essere interpretato nell'ottica del Nuovo; la creazione di Adamo e di Eva apre una prospettiva sul tempo della salvezza, sull'escatologia e sulla vita futura. Rileggiamo alcuni versi di San Paolo, nella sua prima lettera ai Corinzi: "Il primo uomo, Adamo, divenne un essere vivente, ma l'ultimo Adamo divenne spirito datore di *vita* [...]; il primo uomo tratto dalla terra è di terra, il secondo uomo viene dal cielo" (1 Cor. 15, 45-47). E un poco prima, nella prospettiva della Resurrezione di Cristo, Pao-

lo aveva scritto: "Cristo è risuscitato dai morti, primizia di coloro che sono morti [...]. Come tutti muoiono in Adamo, così tutti riceveranno la *vita;* ciascuno però nel suo ordine: prima Cristo [...], l'ultimo nemico ad essere *annientato,* sarà la *morte"* (15, 20.22.26).

Nell'immenso sviluppo della storia della salvezza attraverso tutta la Scrittura, l'atto finale si compirà quando Dio assicurerà la vittoria sulla morte e il trionfo definitivo della vita.

Un tale orientamento dall'inizio fino alla fine, un tale valore prefigurativo di Adamo che annuncia Cristo, l'ultimo Adamo, è quel che in esegesi viene chiamato la *tipologia biblica.* Essa si applica anche ad Eva, che annuncia e prefigura Maria, la nuova Eva[12], ma anche qui per sottolineare il contrasto tra le due.

Dopo il peccato nel giardino dell'Eden, Dio aveva detto alla prima donna che avrebbe partorito i suoi figli con dolore (Gen. 3,16); per Maria, *la nuova Eva,* questa pena del peccato non esiste più, poiché con lei comincia il tempo della salvezza. Per questo Maria è stata "trasformata dalla grazia" *(kecharitômenê,* Lc. 1, 28) in vista dell'Incarnazione del Figlio di Dio: ella è rimasta vergine tanto nel concepire quanto nel partorire Gesù. È quel che i teologi chiamano la *virginitas ante partum* e *in partu.* Si coglie allora la bellezza simbolica e la profondità teologica della scena descritta da Romano il Melòde (uno dei maggiori poeti religiosi della Chiesa orientale), in uno dei suoi inni sulla Natività: in una audace visione poetica, egli non esita a descriverci Adamo ed Eva presenti a Betlemme, nel momento in cui Maria mette al mondo Gesù; Eva ricorda a Maria che lei stessa, dopo la caduta, ha dovuto partorire con dolore, ma ora presenta i suoi omaggi alla nuova Eva, questa donna trasformata dalla grazia che ha partorito verginalmente il Figlio di Dio: poiché così si realizza il riscatto della maledizione[13].

2. Abramo

È con Abramo che inizia la storia del popolo di Dio che diventerà la Chiesa. Abramo e i suoi due discendenti immediati, Isacco e poi Giacobbe, sono coloro che Paolo chiamerà "i padri", ma l'Apostolo aggiunge immediatamente, a proposito di Abramo: "da lui proviene Cristo secondo la carne, egli che è sopra ogni cosa, Dio benedetto nei secoli. Amen" (Rom. 9, 5-6). Paolo tuttavia è fiero di essere egli stesso "Israelita, della discendenza di Abramo, della tribù di Beniamino" (11, 1), ma egli è stato chiamato sulla strada di Damasco a diventare l'Apostolo delle nazioni. Tuttavia, "Dio non ha respinto il popolo che aveva eletto".

I pagani che si convertono partecipano a quel che la liturgia chiama la *Israëlitica dignitas*[14], il privilegio per le nazioni di divenire "figli d'Abramo" e di prendere parte così alla dignità di appartenere ad Israele, questo popolo che Paolo chiama "l'Israele di Dio" (Gal. 6, 16). Ora la "radice santa" (Rom. 11, 16) d'Israele è Abramo, da cui proviene il popolo di Dio, a motivo dell'Elezione divina e delle promesse fatte al Patriarca. Ma i veri figli di Abramo, per Paolo (Rom. 9, 8) e per Giovanni (Gen. 8, 31-37), non sono tutti coloro che discendono da lui secondo la carne, ma quelli che, come lui, accettano le promesse e vivono la *fede* di Abramo, anche se vengono da nazioni pagane. "Il padre di *tutti* noi" (Rom. 4, 16), può dunque dire Paolo, è Abramo poiché anche se, nella sua vecchiaia, il suo corpo era già morto, e morto era anche il grembo di Sara, sua moglie, egli *ha creduto* a Dio poiché "Dio dà la vita ai morti" (Rom. 4, 17). I veri figli d'Israele e i veri cristiani sono dunque coloro che vivono la promessa fatta ad Abramo e la fede di Abramo.

L'avvenimento decisivo della vita di Abramo era l'Alleanza che Dio aveva concluso con lui e le promesse paradossali che gli aveva fatto: "Padre di una moltitudine di popoli ti renderò. E ti renderò molto, molto fecondo" (Gen. 17,5). È questa promessa che le icone cristiane rappresentano spesso, ad esempio quella molto nota di Roublev, che è stata chiamata il più incomparabile monumento della pittura russa. Essa rappresenta, come si sa, l'apparizione a Mambre, in cui tre angeli vengono ad annunciare al patriarca che, malgrado la sua vecchiaia e la sterilità di sua moglie, egli diventerà padre di un popolo inumerevole (Gen. 18, 1-15). I tre angeli, per Roublev, rappresentano la Trinità, ma la loro indissolubile unità, suggerita dalla composizione circolare dei loro rapporti silenziosi, fa comprendere che è Dio stesso ad inviargli questo messaggio.

Il mistero della fede di Abramo, spiega Sant'Ambrogio, sta nel fatto che se anche egli vide tre visitatori, era in effetti Dio a parlargli: *"Deus illi apparuit et tres aspexit"*[15], ma dal testo della Volgata (Gen. 18, 2) la liturgia trasse, cristianizzandola, la formula: *"tres vidit et unum adoravit"*.

Ma "il genio di Roublev, come è stato ben detto, aggiunge alla densità del messaggio centrando la scena sulla coppia contenente la testa del vitello sacrificato (da Abramo) che diventa sotto gli sguardi carichi di tristezza delle due figure laterali, un calice simbolo della Passione"[16]. Il simbolismo dei tre angeli dell'icona di Roublev ci orienta dunque anzitutto verso la Trinità, ma anche verso la cristologia e verso la croce.

Questa visione simbolica suggerita nell'icona russa ci aiuta a meglio comprendere una parola misteriosa di Gesù nel IV Vangelo. Nel corso di una discussione con i Giudei sulla posterità di Abramo, Gesù si presenta come il vero oggetto della promessa fatta al patriarca, la vera causa della sua gioia, l'Isacco spirituale. Egli fa così arrivare alla propria persona la gioia messianica di Abramo, quando questi crede veramente

che diventerà il padre di Isacco e di tutto Israele; è senza dubbio quel che Gesù voleva dire ai Giudei: "Abramo vostro padre, esultò nella speranza di vedere il mio giorno; lo vide e se ne rallegrò" (Gv. 8, 56). Abramo, aprendosi nella fede alla prospettiva di un adempimento che doveva realizzarsi in Gesù, diveniva per noi un'icona biblica della *fede* in Cristo.

Ma Abramo è ancora più direttamente un'icona della *vita,* e anche della vita eterna, secondo alcuni testi del vangelo di Luca. Ad una domanda insidiosa dei Sadduceni, che negavano la resurrezione dei morti, Gesù risponde riferendosi a Mosè: "Il Dio di Abramo, Dio d'Isacco e Dio di Giacobbe [...] non è Dio dei morti, ma dei *vivi,* perché tutti *vivono* per lui" (Lc. 20, 37-38). E nella parabola del cattivo ricco e di Lazzaro, il posto della vita eterna in cui Lazzaro è portato dagli angeli è chiamato da Gesù "il seno di Abramo" (Lc. 16, 22), il punto di adempimento finale di tutta la storia della salvezza. Ed è nel "seno di Abramo", cioé nella *vita eterna,* che la Chiesa, nella liturgia dei defunti, augura a quanti muoiono di giungere a loro volta.

3. Gesù il Figlio di Dio incarnato

Eccoci arrivati al cuore del nostro intervento. Come abbiamo già detto, il fondamento teologico dell'icona di Cristo era l'Incarazione del Figlio di Dio: in Gesù, che era un uomo, l'invisibile diventava visibile. Due scene dei Vangeli erano particolarmente adatte a far cogliere la portata simbolica di un avvenimento storico della vita di Gesù: la Trasfigurazione sulla montagna, poi il costato aperto di Gesù dopo la sua morte in croce.

a) Nella tradizione orientale, l'icona più importante di Cristo era senza alcun dubbio quella della Trasfigurazione sul monte Tabor. Era la scena che doveva rappresentare ogni giovane pittore, dopo il suo apprendimento tecnico e la sua formazione spirituale, quando dipingeva per la prima volta una vera icona destinata al culto. Lo si capisce facilmente: di tutti gli episodi dei Vangeli, la Trasfigurazione è quello in cui si manifesta maggiormente la rivelazione anticipata della gloria pasquale ed escatologica di Gesù, una rivelazione che fu già accordata qui a tre apostoli dopo l'annuncio della passione. Rileggiamo il racconto nel Vangelo di Marco:

"Dopo sei giorni, Gesù prese con sé Pietro, Giacomo e Giovanni e li portò sopra un monte alto, in un luogo appartato, loro soli. Si trasfigurò davanti a loro e le sue vesti divennero splendenti, bianchissime: nessun lavandaio sulla terra potrebbe renderle così bianche" (Mc. 9,2-3).

Secondo la tradizione orientale,

l'icona indica la santità, ma in maniera tale che essa sia resa visibile ai nostri occhi carnali, nell'immagine di Gesù. Citiamo ancora L. Ouspenski: "Immagine della santificazione dell'uomo, essa rappresenta la realtà che si rivelò nella *Trasfigurazione* di Cristo, sul monte Tabor". Ed aggiunge questo commentario liturgico del II Concilio di Nicea in 787: "Cadendo a terra sulla montagna santa, i più grandi degli apostoli si prostrarono vedendo il Signore rivelare l'alba della luce divina; ed ora siamo noi che ci prostriamo di fronte al santo Volto che risplendette più del sole"[17].

Innegabilmente, nel testo del Vangelo il racconto della Trasfigurazione era la più bella delle "icone *verbali* di Cristo" (S. Boulgakoff); per questo la sua ricchezza simbolica avrebbe dovuto essere abbondantemente sfruttata nelle icone dipinte in Oriente. Il "candore folgorante" di cui parla Luca (9, 29) sarebbe stato ampiamente rappresentato in queste icone; la rivelazione fatta sulla montagna agli apostoli sarebbe stata chiamata, nel XIV secolo, "luce taborica", per distinguerla dalla profondità insondabile dell'essenza di Dio.

b) L'altro episodio evangelico che vogliamo ancora presentare per la vita di Gesù è quello di Giovanni (19, 34), che ci mostra Gesù in croce col costato aperto, dopo il colpo di lancia del soldato. In poche parole, non si tratta qui di un'icona, in quanto il valore simbolico dell'avvenimento è stato percepito e sviluppato piuttosto in Occidente, in cui si è largamento diffusa la devozione al cuore di Gesù (cfr. la mistica tedesca nel Medio Evo e le rivelazioni di Paray-le-Monial nel XVII secolo); ma il punto di partenza di questa lunga tradizione latina era il commento d'Augustino sul testo di Giovanni di cui riportiamo l'essenziale: "*Uno dei soldati gli aprì [aperuit] il costato* con la lancia. Il Vangelo è stato attento alla scelta dei verbi; non ha detto colpì, ferì il costato [...] ma aprì. Esso voleva indicare che a questo punto, per così dire, era stata aperta la *porta della vita [vitae ostium];* (senza di essa) non si può entrare nella *vita,* nella vera *vita* ..."[18].

Un'esegesi attenta del testo di Giovanni permette di farne vedere la portata simbolica e tutta la profondità teologica. Bisogna partire dal testo stesso. Il *sangue* che *esce* dal costato aperto di Gesù simbolizza quel che era la sua vita profonda prima della morte, la sua obbedienza totale al Padre, il suo amore per i suoi, la sua coscienza messianica di adempiere tutta la Scrittura e di fondare la Chiesa in quel momento, nelle persone di Maria e di Giovanni. L'*acqua* che esce dal costato è, diceva Ippolito, "l'acqua dello Spirito"; essa simboleggia quello Spirito che Gesù, con la sua morte, comunicava alla sua Chiesa ("*tradidit spiritum*", 19, 30).

Bisogna dunque dire, seguendo una tradizione universale tanto orientale quanto occidentale, che la Chiesa *è nata* sul Calvario dal fianco aperto del nuovo Adamo. Questa interpretazione si fonda anzitutto su un avvicinamento del nostro passaggio con la dichiarazione di Gesù alla festa dei Taber-

nacoli: "Dal suo seno scorreranno fonti di acqua viva" (7, 39) che – come spiega lo stesso Giovanni – va qui intesa come Spirito. La Chiesa "nacque" dunque direttamente dalla piaga del costato, ricevendo lo Spirito di Gesù. La vita di Cristo, a partire dalla Croce, si prolunga così *nella vita della Chiesa.* Il costato aperto di Gesù in croce, per coloro che lo contemplano con fede, diventa veramente "la porta della vita". Per questo, nelle litanie al Cuore di Gesù, la Chiesa mette sulle nostre labbra queste invocazioni: "Cuore di Gesù, fonte di *vita* e di santità", "Cuore di Gesù, nostra *vita* e nostra resurrezione".

4. Maria, madre di Gesù e madre di Dio

Se Gesù è la porta della vita, Maria, sua madre, colei che ci dà Gesù e ci conduce a lui, sarà necessariamente anche lei un'icona importante della vita. Ed è così che istintivamente la Tradizione l'ha rappresentata innumerevoli volte nell'arte cristiana, tanto in Occidente quanto in Oriente. Le due scene evangeliche più importanti sono: l'annuncio a Maria (Lc. 1, 26-38) e le nozze di Cana (Gv. 2, 1-11).

a) Per quanto riguarda l'Annunciazione, stiamo attenti ai due aspetti essenziali messi in luce dall'evangelista e che ritroveremo nelle icone cristiane: la verginità di Maria e la sua maternità. Anzitutto la sua verginità: nel suo saluto iniziale, l'Angelo chiama Maria *kecharitômenê,* mal tradotto nella Volgata e in numerose versioni moderne come *gratia plena,* piena di grazia. Con la vecchia versione latina anteriore a San Gerolamo, bisogna piuttosto tradurre *gratificata* (= *grata facta Deo*). Maria, da tempo, è stata "trasformata dalla grazia", una grazia che l'aveva *"resa gradita* agli occhi di Dio". Questa grazia, diceva San Bernardo, era la grazia della verginità. Da tempo, per effetto di questa grazia, Maria provava il desiderio di restare vergine, di vivere in un rapporto sponsale con Dio. Così Dio l'aveva preparata ad una maternità che doveva essere verginale. Ma Maria non ne aveva ancora compreso tutto il mistero. Per questo ella fu turbata all'annuncio della sua prossima maternità. Ma quando l'Angelo le spiegò che ella avrebbe "concepito dal suo seno" per mezzo dell'azione creatrice dello *Spirito Santo,* tutto divenne chiaro, ed ella diede il suo consenso nella gioia. Maria divenne così lo strumento scelto da Dio per rendere possibile l'Incarnazione di suo Figlio: Maria sarà contemporaneamente e necessariamente vergine e madre. Per questo l'Angelo le aveva detto che avrebbe "concepito *nel* suo seno", cioè verginalmente. Ella darà la vita ad un figlio che chiamerà Gesù, ma che sarà Figlio di Dio. Il fatto che Dio stesso sia stato il Padre di Gesù e che Maria sia divenuta verginalmente sua madre è, in sintesi, il mistero centrale della nostra fede, cioè dell'Incarnazione.

Ma poiché parliamo di icone bibliche, chiediamoci ora come questi due aspetti del Mistero di Maria, cioé la sua verginità e la sua maternità, siano stati rappresentati nell'arte cristiana. Le variazioni, qui, sono evidentemente innumerevoli. Ricordiamo due modelli particolarmente suggestivi. Per il Rinascimento italiano, pensiamo alla bella Annunciazione lasciataci da Andrea della Robbia, in un bassorilievo bianco e blu, che si conserva a La Verna. La verginità di Maria vi viene indicata in tre maniere: si vede la colomba dello Spirito Santo dirigersi verso Maria, in quanto sarà lui a fecondarla; Maria è separata dall'Angelo inginocchiato che le parla da un mazzo di gigli che simboleggiano la sua maternità; ed in alto a destra appare Dio Padre che guarda attentamente Maria, il che ci fa comprendere che il bambino che ella metterà al mondo sarà Figlio di Dio, in altre parole che Dio sarà suo Padre. Nelle icone orientali la simbolizzazione è più semplice: spesso con tre stelle apposte sul mantello di Maria si vuole significare la sua triplice verginità: prima, durante e dopo la nascita del bambino.

La rappresentazione della maternità di Maria era evidentemente più facile, a tal punto che forse ora ci è divenuta banale: ci sono tanti quadri e tante icone che ci presentano la Madre e il Bambino! Riflettiamo tuttavia sul fatto che tali rappresentazioni diffuse ovunque sono proprie del cristianesimo; non c'è nulla di simile nelle altre religioni; e la ragione è semplice, è che l'Incarnazione è il mistero specificamente cristiano; di qui la loro grande diffusione. Inoltre il simbolismo deve far comprendere che questa donna che porta il bambino è la Madre di Dio e che suo figlio è il Figlio di Dio. Esaminiamo da questo punto di vista tre tipi di icone mariane: anzitutto quella che viene chiamata la *Galactotrofousa,* la madre che allatta, che sottolinea chiaramente l'aspetto interamente umano di questa maternità; poi il tipo dell'*Eleousa,* della tenerezza, perché vi si vede il Bambino abbracciare teneramente la madre (ad esempio nella celebre icona della Madre di Dio di Vladimir), ma in cui lo sguardo della Madre è già velato di tristezza perché prevede la passione di suo Figlio; infine, e soprattutto, il modello frequente dell'*Odigitria* (da *"hodos",* via) perché, con la mano destra, la madre indica suo Figlio che ci guarda, perché è lui che deve essere la "via" che ci conduce alla vita (cfr. Gv. 14, 6). Ma in quasi tutte queste icone, vicino all'aureola che circonda la testa della Vergine, troviamo una iscrizione che ricorda il ruolo essenziale ed unico di questa donna nel mistero cristiano: *Mêtêr Theou* o *Theotokos,* "Madre di Dio". Si comprende da qui che l'icona mariana è divenuta l'icona per eccellenza dell'Incarnazione, cioé del mistero teandrico del Figlio di Dio fatto uomo e della maternità umana del tutto reale di questa donna che sarebbe divenuta la Madre di Dio.

Nelle chiese bizantine, questa icona è come un ricordo del trionfo dell'ortodossia, al II Concilio di Nicea nel 787, dopo la lunga crisi che aveva rappresentato in Oriente l'iconoclastia, la lotta contro le immagini nell'VIII secolo.

b) Ancora alcune parole sul secondo episodio che abbiamo annunciato, le nozze di Cana. Qui è necessario un breve accenno al Vecchio Testamento: i profeti parlano spesso della figlia di Sion; questa donna simbolica rappresenta il popolo di Israele e il ruolo che svolge nel mistero dell'Alleanza: ella è essenzialmente la Sposa di Yahvé, con cui precisa-

mente Dio ha concluso l'Alleanza come in un matrimonio; ma ella è anche chiamata la Vergine Israele *(Virgo Sion),* per far comprendere che la figlia di Dio non poteva avere altro Sposo, commettendo l'adulterio dell'idolatria; ella è infine la Madre Sion, verso tutti i figli di Israele che vivono nell'Alleanza. Nel Nuovo Testamento, è Maria che diventa "la figlia di Sion per eccellenza", come dice il Concilio. Le prerogative del vecchio Israele si realizzano in lei, che diventa così l'immagine del nuovo popolo di Dio, l'icona della Chiesa.

Ma in quale senso il titolo di Sposa può anche valere per Maria (è stata chiamata *Sponsa Verbi, Sponsa Spiritus Sancti*)? Dobbiamo qui partire dal racconto di Giovanni delle nozze di Cana, che ha evidentemente un profondo significato simbolico. Le nozze di Cana sono un grande simbolo delle nozze messianiche. Il vero sposo di queste nozze è Gesù; la Sposa è la Figlia di Sion, rappresentata da Maria e dal gruppo dei discepoli[19]. Lo stesso tema sarà ripreso alla Croce dove Maria, con il discepolo prediletto, diventa "la Chiesa nascente". Ma questo simbolismo acquista tutta la sua ampiezza soltanto nelle visioni grandiose dell'Apocalisse, anzitutto al capitolo XII, che ci presenta "una donna vestita di sole, con la luna sotto i suoi piedi e sul suo capo una corona di dodici stelle" (12,1): Questa donna è qui l'archètipo, il simbolo, della Chiesa trionfante[20]. Ella è contemporaneamente vergine, madre e sposa. E si comprende come la Chiesa, nella liturgia del 15 agosto, applichi questo grande simbolo alla Vergine per celebrare la sua vittoria sulle forze del male e la sua assunzione nella gloria.

Ma questa visione simbolica acquista ancora maggiore ampiezza negli ultimi due capitoli dell'Apocalisse, che ci descrivono l'escatologia finale, la conclusione definitiva dell'Alleanza nella Gerusalemme celeste. La città santa vi è rappresentata "come una sposa adorna per il suo sposo" (21, 2). Questa sposa è la Moglie-Chiesa, alla quale possiamo dare un volto umano, quello di Maria nella gloria. Ella viene chiamata più avanti "la sposa dell'Agnello" (21, 9). Ma ascoltiamo il messaggio proclamato da una voce potente proveniente dal trono di Dio: "Ecco la Dimora di Dio con gli uomini [...] Non ci sarà più la morte" (21, 3-4). Ciò è molto attuale, ora che Giovanni Paolo II nella *Evangelium vitae* ha denunciato la cultura di morte che domina la nostra epoca. È contrario al dinamismo profondo che attraversa ed unifica tutta la storia della Chiesa. Paolo aveva detto ai Corinzi: "L'ultimo nemico ad essere annientato sarà la morte" (1 Cor. 15,26). E l'Apocalisse annuncia allo stesso modo: "Non ci sarà più la morte" (Ap. 21,4). L'ultimo messaggio che ci lascia è quello della vita: "Lo Spirito e la sposa dicono: *vieni!* E chi ascolta ripeta: *Vieni!* Chi ha sete *venga.* Chi vuole attinga gratuitamente l'*acqua della vita"* (22, 17). Questa acqua viva che siamo invitati a bere nella città santa è la vita stessa di Dio.

Cerchiamo di condensare in alcune parole il nostro immenso percorso attraverso tutta la storia della salvezza, dalla creazione all'escatologia finale. Questo lungo percorso ci scopre il senso profondo della nostra esistenza di cristiani: è un cammino costante verso la vita. I nostri progenitori creati ad immagine di Dio avevano tuttavia commesso il peccato; ma Dio, pur annunciando loro che dovevano morire a motivo del loro peccato, tuttavia promette loro la salvezza; più tardi egli annuncia ad Abramo che sarebbe diventato il figlio del popolo eletto, quello da cui doveva nascere il Messia, figlio d'Abramo e figlio di David, ma anche Figlio di Dio. Lui d'ora in poi sarebbe stato la vita del mondo; il suo costato aperto sulla croce sarebbe diventato per il popolo di Dio fonte dello Spirito, porta della vita. Attraverso la sua resurrezione egli sarebbe stato d'ora in poi "i colui che è vivo" (Lc. 24,5). Ma è Maria, con la Chiesa che rappresenta, che ci invita a ricevere questa vita, secondo la promessa fatta alla chiesa di Efeso: "Al vincitore darò da mangiare dell'albero della vita, che sta nel paradiso di Dio" (Ap. 2, 7).

P. IGNACE DE LA POTTERIE, SJ
Professore Emerito presso il Pontificio Istituto Biblico, Roma

Bibliografia

[1] Cfr. E. STENDLER, *L'icône, image de l'invisible,* Desclée de Brouwer 1982; o ancora V. MELCHIORRE (a cura di), *L'icona dell'invisibile. Studi per una interpretazione simbolica di Gesù Cristo,* Milano 1981.

[2] T. SPIDLIK, *L'icône, manifestation du monde spirituel,* Greg 61 (1980) 539-554.

[3] Chr. VON SCHÖNBORN, *Art e contemplation: les icônes du Christ,* nel volume collettivo C. VON SCHÖNBORN e al., *L'art et la techque. Die Kunst und die Technik,* Fribourg (Suirre) 1979, 9-20 (cfr. p. 12s); dello stesso autore, una delle migliori opere sulla questione: *L'icône du Christi. Fondements théologiques élaborés entre le I. et le II. Concile de Nicée,* (325-787) (Paradosis XXIC), Fribourg 1976. Riguardo la frase misteriosa di Gv. 14, 9, cfr. il nostro studio: *"Chi vede me vede il Padre" (Gv 14, 9). Dalla storia al mistero,* in AA.VV., *L'ombra di Dio. L'ineffabile e i suoi nomi.* Atti del primo convegno teologico, Cinisello, 15-17 giugno 1990, Ed. Paoline 1991, 53-71.

[4] *Ambigua* (PG 91, 1253 D); questo testo è stato presentato e commentato da H. URS VON BALTHASAR, *Liturgie cosmique. Maxim le Confesseur* (Théologie, 11), Paris 1947, 153.

[5] Chr. VON SCHÖNBORN, *L'icône du Christ,* 234.

[6] T. SPIDLIK, *art. cit.* (n. 2) 550s; l'autore si riferisce qui alla prima edizione del libro di L.OUSPENSKI: *Essai sur la théologie de l'icône dans l'Eglise orthodoxe,* Paris 1980; il paragone tra l'icona russa della Vergine dal Bambino e la Madonna di Raffaello non vi si trova più tale e quale; ma esse sono riprodotte rispettivamente alle pp. 164-165 (ill. 18 e 19).

[7] PAVEL FLORENSKIJ, *Le porte regali. Saggio sull'icona,* Adelphi, Milano 1981 (2), 74-75; questa testimonianza sull'esperienza di Raffaello sembra basata su una leggenda; ad ogni modo il giudizio dell'autore sulla pittura religiosa dell'Occidente a partire dal Rinascimento è anch'esso troppo severo (cfr. pp. 63-64).

[8] L. OUSPENSKI, *Théologie de l'icône,* 120.

[9] L. OUSPENSKI, *op. cit.,* 181.

[10] Chr. VON SCHÖNBORN, *L'icône du Christ,* 145s.

[11] V. *Evangelium Vitae,* n. 43.

[12] V. A. M. DUBARLE, *Les fondements bibliques du titre marial de la nouvelle Eve,* R-SR 39 41951) 49-64.

[13] ROMANO IL MELODE, *Hymnes,* II: "2° hymne de la Nativité", strofe 6-11 (SC 110, 95-101).

[14] Orazione dopo la terza lettura (sull'Esodo) nell'ufficio del sabato santo: "…ut in Abrahe filios et in Israëliticam dignittem, totius mundi transeat plenitudo"; il testo risale al sacramentario gelasiano (MOHLBERG, n. 435).

[15] *De Abrahamo* (PL 14, 457, 33).

[16] M. P. BADIENVILLE, *Roublev (Andrei),* in *Catholicisme* XIII, 136.

[17] L. OUSPENSKI, *La théologie de l'icône dans l'Eglise orthodoxe, Cerf.,* Paris 1980, 144; alla pagina seguente egli riproduce un'icona russa del XII secolo rappresentante la Trasfigurazione.

[18] *Tract. in Ioh.,* 102, 2 (PL 35, 1953).

[19] H. SAHLIN, *Zur Typlogye des Johannesevangeliums,* Uppsala 1950, 8-9; v. anche la nostra opera *Marie dans le mystère de l'Alliance,* Desclée, Paris 1988, ch. V: "Epouse des noces messiniques" (pp. 183-231).

[20] Cfr. *Marie dans le mystère de l'Alliance,* ch VII: "La Femme couronnée d'étoiles (pp. 261-283).

PASCUAL PILES

L'Ospedale: tempio dell'umanità sofferente

1. La sofferenza nella vita

Senza entrare in motivazioni filosofiche e teologiche, tutti abbiamo sperimentato la sofferenza, fisica e morale. Alcuni di noi l'hanno provata di più, altri hanno avuto meno occasioni o, come si suole dire, più fortuna.

Di fronte alla sofferenza nasce in seguito la preoccupazione. Non mi sento bene, non so cosa mi sta succedendo, ma sto male. Di qui inizia tutto un processo per cercare di eliminare la sofferenza, per sradicarne, se possibile, la causa.

Di fronte alla sofferenza lottiamo, resistiamo, cerchiamo quel che riteniamo sia la cosa migliore, alla nostra portata. A volte perfino compiamo sforzi che mai avremmo pensato di poter fare.

Può accadere di sperimentare la sofferenza da soli, normalmente però della nostra sofferenza entrano a far parte gli altri. Essa colpisce chi ci circonda. Quel che ci accade arriva a coinvolgere la nostra famiglia, i nostri amici, coloro che intervengono per cercare di risolvere la situazione. Ciascuno si impegna secondo il livello di relazione che ha con la persona che soffre.

Con molto rispetto diciamo che la persona colpita, il malato, pur senza volerlo svolge un proprio ruolo, segue un processo di accettazione della malattia, assume certi atteggiamenti nel viverla, ha risposte che, rispettando la singolarità di ognuno, sono state standardizzate. Un proprio ruolo l'hanno anche i terapeuti, i professionisti con le loro conoscenze e modi di applicarle, con i loro riti che si ripetono nel processo della malattia.

Un proprio ruolo, infine, l'hanno quanti circondano il malato, colpiti dall'incertezza non tanto della sofferenza, quanto della portata della malattia.

2. L'Ospedale tempio dell'umanità sofferente

Un tempio è un luogo sacro che le diverse religioni costruiscono per realizzare il culto ai loro dei, consacrandolo a questo scopo.

Ovvio un discorso sull'importanza del tempio nella fede di Israele e della Chiesa. Possiamo celebrare la nostra fede in altri luoghi, ma è il tempio soprattutto a consacrare le espressioni della fede della comunità cristiana come luogo preminente della presenza di Dio. In esso fondamentalmente si celebrano i sacramenti, soprattutto quello dell'Eucaristia, celebrazione del mistero pasquale di Gesù Cristo.

Metaforicamente possiamo denominare l'ospedale tempio dell'umanità sofferente, perché è il luogo i cui viviamo momenti intensi della nostra vita. Prima o poi tutti vi passiamo. È il luogo in cui appaiono molti perché sulla nostra esistenza, in cui guardiamo al futuro con un'ottica differente, in cui si uniscono una serie di forze a favore del servizio e della promozione della vita, in cui alcuni soffrono per la loro realtà e altri partecipando alla sofferenza dei loro simili.

È il luogo in cui si ottengono grandi risultati di cui tutti godiamo e il luogo in cui sperimentiamo l'impotenza del fallimento di fronte ad una vita che si spegne o alla realtà della morte, che non possiamo fare altro che accettare.

È il luogo in cui malato, famiglia e professionisti partecipano al dolore ed è il luogo in cui più che in altre parti la scienza si pone al servizio della vita, dovendo essere arricchita da grande sensibilità.

È questo quel che dà all'ospedale l'appellativo di tempio. Luogo consacrato, sacro, perché parlare di dolore, di vita e di morte, ci fa entrare nel sacro, nel misterioso e definitivo, nel profondo della nostra realtà.

San Paolo parla del nostro essere come di un tempio dello Spirito (1 Cor. 6, 19). Nella nostra essenza entra la qualità del sacro. Nell'ospedale come tempio e a partire dalla sofferenza dell'essere umano come tempio dello Spirito, celebriamo una delle liturgie più importanti della vita.

3. Il mistero pasquale delle persone fatto liturgia nell'Ospedale

Parliamo di Mistero Pasquale di Gesù Cristo per esprimere la sua liturgia di donazione all'umanità, con la sua Morte e Resurrezione. Quando celebriamo l'Eucaristia rendiamo presente questo mistero in quel che ha di sacrificio, di morte, ma allo stesso tempo con la sua apertura alla Resurrezione.

Mediante l'identificazione con il mistero pasquale di Gesù Cristo parliamo di mistero pasquale nella vita delle persone. Siamo con gli altri. Il processo normale di realizzazione di ogni persona, è di donazione agli altri, nonostante gli egoismi, e per questo possiamo dire che donando la nostra vita esiste un mistero pasquale, che si realizza soprattutto nell'insieme della sofferenza, della morte e della resur-

rezione, coscienti o senza esserlo.

Metaforicamente diciamo che questo mistero pasquale di ogni malato si realizza nel tempio dell'ospedale. Possiamo definire ogni processo di malattia come una liturgia, in cui si celebrano, non come sacramento bensì esistenzialmente, la sofferenza, la morte e la resurrezione.

In ogni intervento chirurgico c'è una sofferenza fisica e una morale. Chiunque passi per la sala chirurgica cade in un sonno paragonabile al sonno della morte, benché sia presumibile un risveglio.

Nel momento in cui ci si risveglia, si sperimenta la sensazione della sofferenza, parte negativa del mistero pasquale, poi però giunge la resurrezione con il recupero progressivo, con l'uscita dall'ospedale, che ci porta a vivere nuovamente e con animo rinnovato il senso della vita.

Processi meno vistosi, ma simili, possono avvenire in diverse malattie mediche.

Questo mistero pasquale è presente anche in quelle situazioni il cui esito non sarà tanto brillante. La parte della sofferenza e della morte sarà maggiore, quando di tutto il processo l'esito sarà la morte; però, quando è vissuta nella fede, la morte diviene la porta che ci conduce alla vita. Coscienti di questo passaggio, dobbiamo essere capaci di farlo con il rispetto e l'intenzione di avvicinarsi a Dio, affinché sia passaggio alla vita.

Pertanto, invito quanti sono al servizio dei malati, a celebrare la liturgia del mistero pasquale di ogni malato, a contribuire a far sì che l'ospedale sia un tempio, che nella sua vita ordinaria integra la partecipazione del mistero pasquale di ogni malato.

4. Celebrazioni del mistero pasquale in piccolo nell'ospedale come tempio della sofferenza

Questa X Conferenza si svolge sotto il principio evangelico conclusivo della Parabola del Buon Samaritano "Va' e fa' anche tu lo stesso".

Gesù si identifica con il Buon Samaritano ed invita il giovane a fare altrettanto. È un appello che egli fa ad ognuno di noi e da cui non possiamo prescindere.

È importante fermarci a riflettere su tre elementi che intervengono nell'ospedale come tempio.

4.1. È necessaria una cura del tempio

Non tutti i templi sono uguali esteticamente, bisogna però curarne la costruzione perché la comunità di credenti possa essere facilitata a porsi in contatto con Dio. Inoltre, ogni celebrazione necessita di una propria preparazione.

Dobbiamo far sì che i nostri ospedali siano veri templi per la persona sofferente. Bisogna curare le nuove costruzioni, i loro spazi; bisogna rinnovare le costruzioni vecchie; bisogna tenere in modo adeguato le stanze per i malati e per i loro familiari; bisogna preoccuparsi dei pasti dei pazienti; bisogna dotare il tempio degli apparati necessari per attendere le necessità dei pazienti.

È difficile che una persona si senta bene quando sta male, però possiamo far sì che senta meno male, creando un ambiente gradevole, ponendo al suo servizio quanto necessario, facendo sì che anche nella malattia e nel dolore una domenica non sia come un giorno qualunque e il giorno del Natale non sia come il terzo mercoledì del tempo ordinario.

Non tutti i luoghi né tutte le situazioni hanno la stessa forza emotiva. La morte nell'unità di cure intensive senza la presenza dei familiari, o quella di un bambino dentro un'incubatrice sotto lo sguardo penetrante e vicino dei suoi genitori, benché separati da pareti di cristallo, non è la stessa cosa della morte di una persona anziana circondata dai suoi familiari in casa. L'esperienza di chi si sente morire e dopo un'intervento riuscito esce guarito e come risuscitato, non è la stessa di chi desidera vivere e la malattia lo sta portanto irrimediabilmente alla morte. Tuttavia, bisogna far sì che nel tempio dell'ospedale, nonostante l'esperienza di morte inerente in ogni processo, esista anche quella della resurrezione.

4.2. I celebranti devono essere in funzione della comunità

Molti sono coloro che lavorano negli ospedali. Divisi in sezioni, non tutti sono conosciuti da ogni malato. Medici, infermieri, personale amministrativo, operatori sociali, psicologi, cappellani, religiosi, religiose, tutti intervengono, da vicino o da lontano, nel mistero pasquale di ogni malato.

Questo intervento deve essere realizzato con professionalità. La diagnosi e il trattamento che il medico prescrive costituiscono una parte importante di questa liturgia. Allo stesso modo lo sono le cure infermieristiche che includono l'applicazione del trattamento. Ne fanno parte inoltre, tutte quelle attenzioni relative al soggiorno che cercano di rendere gradevole al malato la permanenza in ospedale.

L'assistenza deve essere realizzata con umanità. È quel che dà il senso di sacralità a quella che abbiamo chiamato "celebrazione" all'interno dell'ospedale come tempio dell'umanità sofferente, pensando alle necessità dei malati e di quanti li circondano. Il programma deve essere arricchito dei valori che definiscono l'ospitalità e deve porli in pratica nel servizio ai malati. L'umanizzazione esige un progetto etico di assistenza che, impiegando i mezzi necessari, difenda i diritti del malato, rispetti il

segreto professionale, informi al momento giusto di quel che il paziente ha bisogno e deve sapere, accompagni l'angoscia che appare, soprattutto quando il processo della malattia è grave, e che è difficile elaborare.

Siamo in un forum credente, cristiano, illuminato dalla parabola del Buon Samaritano; la partecipazione alla sofferenza nell'ospedale deve portare i celebranti, suoi protagonisti, ad offrire un'assistenza olistica, integrale, preoccupata delle necessità fisiche, psicologiche, sociali e spirituali dei malati.

Negli ospedali, soprattutto in quelli promossi dalla Chiesa, dobbiamo, con una visione ecumenica, avere un servizio organizzato di pastorale per i malati, che li aiuti a scoprire il senso della loro vita e ad accettare la salvezza di Gesù Cristo come elemento liberatore, la cui presenza diventa fattibile con il silenzio, con l'affetto, con il sostegno, con la parola, come nel caso della celebrazione dei sacramenti: penitenza, eucaristia, unzione dei malati, battesimo, ecc.

Quanti di noi hanno lavorato in ospedale con professionalità ed umanità, desiderando giungere alla realtà di ogni malato, hanno sperimentato con emozione la partecipazione al mistero pasquale di ogni paziente e dei suoi familiari.

Quanti hanno fatto questa presenza a partire da una dimensione pastorale, hanno avuto la lieta esperienza di tante persone che hanno aperto loro totalmente il proprio cuore, che li hanno arricchiti con la loro forma di sofferenza o di accettazione della morte, che li hanno fatti gioire della loro guarigione, quando c'è stata. Abbiamo tante volte partecipato al dolore dei familiari per la perdita di un essere caro, tanto più forte quanto più è stata repentina, insperata o sperata ma accettata con difficoltà.

Rendo grazie a Dio perché, senza avermi troppo oppresso, mi ha fatto sperimentare la sofferenza, ma soprattutto perché mi ha dato la possibilità di celebrare tante liturgie della malattia, di partecipare nel tempio dell'ospedale al recupero morale di tante persone, che ho cercato, senza essere invadente, di avvicinare a Gesù Cristo e ai valori della vita.

4.3. La comunità che si riunisce

La comunità che frequenta il tempio dell'ospedale è formata da due grandi gruppi: i malati e i loro familiari e i professionisti che sono al loro servizio.

Il tempio dell'ospedale è stato costruito in funzione dei malati e dei loro familiari, e sempre in funzione loro abbiamo parlato di professionalità ed umanità. Come i contraenti nel sacramento del matrimonio, così nella celebrazione del loro mistero pasquale i malati sono i veri ministri del loro sacramento. I celebranti, benché attuino, sono dei testimoni.

In una riflessione interna dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, abbiamo detto che i malati sono la nostra università, non annullando il valore della scienza, desiderando però affermare che dobbiamo essere attenti ai suoi processi ed integrarli positivamente nella nostra dimensione personale.

Solo colui che si umanizza è capace di umanizzare. Solo colui che integra il mistero pasquale di ogni malato è capace di continuare a celebrare e ad intervenire con senso nel mistero pasquale di tutti quei malati che continueranno a frequentare il tempio dell'ospedale.

Nella comunità del tempio dell'ospedale ci sono anche i professionisti. Si deve un grande sforzo perché si continui a chiamare metaforicamente l'ospedale tempio. C'è il pericolo di rendere abitudinario il nostro servizio, di dimenticarci della persona che sta soffrendo, di perdere i valori che rendono la nostra professione una vera vocazione. Quanti sono coscienti di ciò, sono chiamati ad operare per rivitalizzare la fede dei celebranti e dei professionisti del tempio dell'ospedale perché si continui ad agire con lo spirito del Buon Samaritano. Dobbiamo continuare insieme al malato, certamente non passando lungi da lui e fare quel che fece il Buon Samaritano.

5. Celebrare in spirito e in verità

In tutti i templi i sacerdoti debbono celebrare in spirito e in verità. Le celebrazioni abitudinarie e vuote di contenuto non sono gradite agli dèi e ancor meno al Dio vero. Ciò è chiaramente espresso nell'Antico e nel Nuovo Testamento.

Gesù Cristo, che è colui che proclama che è giunto il momento in cui i genuini adoratori adoreranno il Padre in spirito e in verità (Gv. 4, 23), che scaccia dal suo tempio i mercanti che lo avevano profanato (Gv. 2, 16) e che ci dice che non necessitiamo soltanto dei templi per celebrare ma che possiamo celebrare ovunque (Gv. 2, 21) il mistero pasquale di Gesù e porci in contatto con Dio, ci dà motivo per sacralizzare l'ospedale e proclamarlo tempio dell'umanità sofferente.

Lo possiamo proclamare perché quando celebriamo il mistero pasquale della sofferenza della vita e della morte dei malati, creati ad immagine e somiglianza di Dio (Gen. 1, 27) e con cui Cristo si identifica (Mt. 25, 35), stiamo celebrando un vero sacramento, che con il suo valore redentivo completa quel che manca alla Passione di Cristo.

Conclusione

Parlare dell'ospedale come di un tempio non è per sacralizzare uno spazio che in sé è secolare. Il sacro viene dal rispetto che merita l'esperienza di tante persone che lo frequentano: il loro vivere, il loro soffrire, il loro morire, il loro resuscitare.

Tutti noi che ci troviamo qui riuniti siamo vincolati per vocazione alla cura delle persone malate. Oggi esse si pongono maggiori domande sul perché della loro presenza negli ospedali piuttosto che nei veri templi e ci sono per loro maggiori possibilità di aprirsi a Dio a partire dall'esperienza della malattia che non dalla celebrazione di una fede esterna e mediocre.

Accettiamo, come cristiani ed operatori sanitari, l'invito fattoci da Gesù e facciamo nel tempio dell'ospedale quel che fece il Buon Samaritano.

Fra. PASCUAL PILES, O. H.
Priore Generale dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio

ANTON NEUWIRTH

Che cosa pensano i laici della missione del medico

1) Non esiste un uomo che non abbia un'esperienza diretta, personale con la sofferenza. Infatti, viene piangendo a questo mondo ed è con gli occhi arrossati che lo abbandona, e fra questi due momenti vive diverse esperienze dolorose.

Ogni uomo, è per così dire, un esperto nella materia della sofferenza, e malgrado questo, i respondenti hanno formulato così diversamente le loro risposte alla domanda: "In che cosa consiste, secondo lei, la missione del medico?".

Hanno risposto secondo le loro condizioni del momento: o erano malati, o erano sani, o erano giovani, o erano vecchi, o soffrivano qualche dolore, o subivano le conseguenze delle malattie, o sentivano la morte che si avvicinava. Per tutte le risposte, però, si poteva trovare una constatazione-base comune:

"La missione del medico è quella di minimizzare la sofferenza dell'uomo".

È una caratteristica della quale nemmeno il tempo, in sostanza, ha cambiato nulla.

Così come non è cambiato nulla del resto, nemmeno del grido dell'uomo che soffre: "Hominem non Habeo" (Gv. 5, 7) – "Non ho un uomo".

Ma quale uomo gli manca, chi è quell'uomo al quale è indirizzato il suo richiamo? Ecco, un uomo sofferente chiama qualsiasi altro uomo che sarebbe in grado di capirlo e che vorrà aiutarlo. Chiama qualcuno che gli potrebbe essere vicino, e gli è vicino ognuno che capisce un tale richiamo, un tale grido. E capirlo deve soprattutto il medico, senza prendere in considerazione chi è quello che chiama. (cfr. Lc. 10, 30-37)

2) Il dolore e la malattia, ecco il dominio del medico – ma visto che ambedue provocano sempre la sofferenza, il medico deve dedicarle sempre una debita attenzione. In certe circostanze, se non si riesce a sopportare la sofferenza, questa può gradualmente sfociare fino all'ansia, alla consapevolezza della propria disgrazia, alla cieca disperazione con una fine infelice.

La sofferenza investe tutto l'essere del paziente, in tutte le sue dimensioni umane, differentemente di come lo fanno la malattia e il dolore che sono più o meno locali.

3) L'uomo soffre perché vive il concreto stato della sua salute oppure un'altra situazione simile a questa, la quale gli rende impossibile il raggiungimento della meta della sua vita. E questa meta, per ogni uomo, è uguale: il raggiungimento della piena realizzazione di se stesso, la quale, in sostanza, non è altro che il raggiungimento di uno stato della felicità totale e duratura; solo questo può soddisfarlo pienamente.

Il medico aiuta il sofferente persuadendolo che la sofferenza non può impedire la sua felicità, essendo il paziente una persona ragionevole e libera, in grado di prendere le decisioni indipendentemente dal tempo e dallo spazio. Per di più, la sofferenza può operare e in verità opera nel senso dell'avvicinamento alla meta della vita.

4) Abbiamo detto che l'uomo fa tutto, consciamente o meno, per essere felice. Questo è naturale, fa parte della natura umana. L'uomo, però, non desidera di raggiungere una felicità qualsiasi, bensì una felicità assoluta, vale a dire che, per lui, non finirà mai e di cui l'intensità non può essere ulteriormente rafforzata. Una felicità di questo tipo non è raggiungibile nel tempo e nello spazio. Una tale felicità può avere le sue origini solamente nel raggiungimento dell'Assoluto il quale Assoluto è il Bene, è la Verità, è la Bellezza assoluta, la sommità di tutto il positivo. Questo Assoluto deve essere trascendente, per un credente è Dio e per un credente cristiano il Dio personale. Vediamo, dunque, che le direzioni degli uomini sono identiche e nemmeno la meta della loro vita impedisce loro di diventare fratelli, di essere veramente vicini uno all'altro.

5) Perché allora l'uomo dovrebbe soffrire se tutto in lui tende verso la felicità assoluta? Se l'uomo non affrontasse la sofferenza ed essendo contento dello stato in cui si trova non si impegnasse per raggiungere la felicità assoluta, lui non si realizzerebbe. L'uomo, un essere libero ed intelligente, è però stato convocato alla collaborazione sulla sua felicità L'uomo non è stato creato nella felicità ma per la felicità. La vita è stata data all'uomo come un'occasione per la felicità. (Cfr. *Evangelium vitae*)

In questo consiste la sofferenza dell'ottimismo cristiano ed io credo che essa possa costituire anche un fondamento solido dell'ottimismo di ogni altra concezione del mondo.

Ed è questa "speranza reale" (Sinodi, 1985) come soluzione di ogni sofferenza che il medico deve rendere accessibile al suo paziente se lo vuole aiutare a superare l'ansia di sofferenza e se vuole impedire che diventi infelice.

Un certo studente di medicina si è tagliato la mano durante l'autopsia legale e la ferita non voleva chiudersi. Per mesi la diagnosi oscillava tra sifilide e tubercolosi. Bisogna sottolineare che si trattava dei tempi senza penicillina e antitubercolotici. Lo studente scrisse ad un suo amico: "Noi possiamo soffrire infinitamente ma questo non vuol dire che dobbiamo essere infelici".

6) Ed è questa idea principale che il medico deve far radicare nell'anima del suo paziente. Questa esigenza è però condizionata dalla sua capacità di sapersi identificare con lui.

Esattamente questo intendeva Gesù quando ha detto del Buon Samaritano che lui "ebbe compassione" di un ebreo ferito (Gv. 10, 33). La sua compassione era così grande che gli curò le ferite e, camminando lui a piedi, lo fece portare dal suo asino ad una locanda dove pagò per lui tutte le spese future e lo raccomandò alle cure del proprietario per risparmiargli l'umiliazione dell'indigente.

Gesù con questo ci diede l'esempio del complesso servizio sanitario e dell'assicurazione mutua. Quello che è importante però, è che Lui sottolineò la necessità che il soprannominato comportamento fosse il risultato di compassione e di pietà.

Perché se il medico vuol far in modo che il suo paziente affronti la sofferenza con ottimismo deve assolutamente identificarsi con lui, deve raggiungere l'integrale empatia con il paziente. Questo significa non solo saper giudicare dal proprio punto di vista, ma saper assumere il punto di vista dell'altro, amandolo. Seguire l'esempio del Buon Samaritano significa volere bene al proprio paziente come a se stesso e cioè essere veramente il suo prossimo.

Non significherebbe questo atteggiamento verso il paziente il dovere accontentarlo in tutti i suoi capricci? Al contrario. Qual è l'idea principale con la quale ogni paziente cerca di guidare la sua sorte? È quella di cercare la strada verso la felicità assoluta, verso la realizzazione del proprio personaggio, delle proprie capacità. Per il cristiano questo significa cercare

la strada verso il raggiungimento della salute.

7) Questa concezione della sofferenza non significa in nessun modo l'atteggiamento masochistico verso questo problema. Non significa che dobbiamo compiacerci della sofferenza e della morte. Ogni cristiano però sente la gioiosa sicurezza sapendo che la strada della sofferenza porta alla felicità e che dopo ogni sofferenza e con ogni istante di sofferenza si avvicina sempre di più alla meta desiderata. Ripetiamo che si tratta di una ottimistica visione della vita, del programma efficace della "speranza reale". Ed è il compito del medico di conservare e rinforzare questo ottimismo di "speranza reale" anche in ogni situazione della sofferenza, anche della sofferenza gravissima.

8) Sentire la compassione per qualcuno nello spirito dell'amore significa sentirla anche nello spirito dell'umiltà, significa non imporre mai la propria convinzione al malato. È necessario svelare la verità al paziente quando questo non ha dei dolori intensi e quando lui è psicologicamente aperto e preparato ad accettarla. Per poter aiutarlo nei momenti difficili e dolorosi dobbiamo spiegargli il senso dei dolori e della sofferenza nei momenti sereni e nei momenti dello splendore del suo animo. Questo significa dedicare al malato il suo proprio tempo e aspettare il momento opportuno. Bisogna soprattutto approfittare dell'occasione quando il paziente da solo ne dimostri l'interesse.

9) Naturalmente certi casi non permettono di aspettare ed in queste occasioni, sussurrando direttamente all'orecchio una piccola preghiera, bisogna aiutare a far nascere nell'animo del paziente il pentimento. Qualche volta, il paziente da solo, con gioia, dimostrerà l'assenso. Inizialmente capita di incontrare anche una reazione negativa, ma dopo un certo periodo, il paziente da solo richiederà la consolazione e i sacramenti.

10) Allo spirito del Buon Samaritano corrisponde anche un aiuto, da parte del medico, nella prepara-

zione del paziente a prendere, in anticipo, certe decisioni sostanziali. Questo significa che la persona che prevede certe situazioni molto complicate, anche se rare, le quali esigono un sacrificio importante o addirittura il rischio della vita, si consulta con qualcuno, per esempio con un medico o un sacerdote, chiarendo con loro le eventuali obiezioni: ed in questo modo si prepara ad accettare il rischio o il sacrificio potenziale. Vale a dire che bisogna prendere in considerazione anche il fatto che nel momento decisivo la pressione psicologica potrebbe essere così notevole ed acuta da impedire di prendere una decisione adeguata senza una preparazione preventiva. Per la preparazione a prendere tali decisioni preventive possono servire i preparativi prematrimoniali o esercizi spirituali, per esempio prima di entrare nel processo lavorativo, nella vita pubblica e nella politica, etc.

11) L'ultimo atto del Buon Samaritano è stato il pagamento. "Il giorno seguente, estrasse due denari e li diede all'albergatore dicendo: «Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più, te lo rifonderò al mio ritorno»". Un altro atto dell'esempio della carità il quale vuole mettere in evidenza che la compassione è un'empatia integrale rispettante tutte le dimensioni dell'uomo, la sua sfera biologica, psichica e spirituale.

12) Come vedere allora la medicina nella luce della dottrina cristiana? La medicina è un rapporto interpersonale fra il medico ed il paziente orientato alla conservazione, lo sviluppo e la restituzione della salute, al rendere sopportabile la vita con le sequele delle malattie ed all'aiuto nel momento importantissimo della vita, cioè nell'ora della morte.

Essendo la medicina un rapporto interpersonale integrale non è soltanto il medico colui che assicura le necessità materiali, la salute del paziente, ma anche il paziente deve aiutare le esigenze materiali del medico. La salute dell'uomo è un bene inestimmabile, allora il medico può ricevere in ricompensa della sua fatica, soltanto un onorario il quale deve essere adeguato alle sue esigenze personali e familiari. L'onorario non può essere mai tale da poter cancellare i sentimenti di gratitudine e di un legame spirituale tra medico ed il suo paziente.

Il concetto che il paziente potrebbe assicurarsi la sua "libertà" nei riguardi del medico pagando un onorario abbastanza alto è un concetto falso di mercantilizzazione della medicina e la sua ulteriore disumanizzazione.

Il fondamento della medicina non è soltanto una alta professionalità ma anche una *empatia integrale mutua del medico e del paziente che rende possibile conservare l'ottimismo che vuol dire la "speranza reale" di una felicità completa e duratura del paziente anche durante le sue sofferenze.*

Dott. ANTON NEUWIRTH
Ambasciatore della Repubblica Slovacca presso la Santa Sede

SALVINO LEONE

La famiglia come soggetto di salute e malattia

1. La famiglia come soggetto interagente col malato

Nelle complesse dinamiche che il tempo della malattia instaura, un ruolo di primo piano spetta senz'altro alla interazione tra il malato e la sua famiglia. Tale rapporto non consiste solo nelle reazioni di tipo regressivo (per cui essa diventa un grande ventre materno in cui raggomitolarsi) né a quelle conflittuali che esasperano e rendono manifeste preesistenti tensioni coperte da un'apparente normalità. La malattia non va vista superficialmente come semplice fastidio che interferisce con una *routine* familiare consolidata o con un legittimo desiderio di vita serena. In effetti ogni malattia, soprattutto se cronica o in fase terminale comporta un "adattamento" della famiglia che non sarà più quella di prima. I problemi possono essere di apparente banalità (come il dover accompagnare i bambini a scuola o il dover uscire prima dall'ufficio per arrivare nell'ora delle visite) o di estrema complessità (come il dover assistere un paziente politraumatizzato o il convivere con un malato di mente).

D'altra parte anche nel malato scattano una serie di processi psicologici che hanno come oggetto specifico la famiglia: problemi di carattere economico-lavorativo, dolore nel veder soffrire gli altri "per causa propria", preoccupazioni per un futuro che potrà essere diverso e le cui prospettive non si vogliono rendere note alla famiglia.

Tale quadro è ulteriormente aggravato dalla fuga da parte della collettività. La famiglia con un parente ammalato non può più svolgere la sua normale vita sociale: non può più uscire con gli amici né questi la frequentano come prima, non può andare al cinema, a teatro, in vacanza. Persino la comunità ecclesiale, che dovrebbe essere in qualche modo presente, spesso ignora le famiglie con persone malate presenti nel proprio territorio.

Su un piano più analitico, al di là delle individuali reazioni dei suoi componenti, vi sono vari modelli di interazione all'interno della famiglia. Seguendo l'analisi fatta da Sandrin possiamo identificarne almeno quattro[1].

Il primo è quello *lineare*. In esso la malattia interpella direttamente la famiglia suscitandovi varie reazioni emotive e comportamentali che vanno dalla negazione alla sfiducia o all'aggressività nei confronti dei sanitari, dalla regressione e dall'autoisolamento alla fiducia realistica. La linearità del modello consiste in una certa semplicità direzionale dell'interazione psichica per cui l'evento malattia afferisce al malato e, attraverso di questo alla famiglia. Il soggetto che ne è colpito, in rapporto alla malattia si trasforma in "malato" ma in rapporto ai legami familiari diventa il "familiare malato" costituendo una sorta di *trait-d'union* tra malattia e famiglia. Attraverso di lui, tutta la famiglia è interessata dalla malattia.

Vi è poi un modello *circolare* nel quale è più evidente la reciprocità di reazioni del malato e della famiglia vicendevolmente "contagianti". In questa tipologia reattiva compaiono da parte dei familiari fenomeni di iperprotezione o da parte del malato (soprattutto se bambino) la possibile rimozione della sua malattia perché inconsciamente colpevolizzante la famiglia che non ha saputo proteggerlo. Il modello viene definito circolare perché a differenza del precedente evidenzia un maggior dinamismo interattivo. È come se la triade malattia-malato-famiglia instaurasse una sorta di "circolo vizioso" in cui ognuno dei tre soggetti incide sull'altro costringendolo a una reazione di adattamento che, a sua volta condiziona il successivo elemento del ciclo.

Un ulteriore modello è quello *sistemico* in cui la malattia diventa espressione di crisi totale del "sistema famiglia". La malattia diviene allora una vera e propria minaccia alla sua stabilità (specie se questa era già precedentemente precaria). La struttura "a rete" che i suoi vari componenti determinano viene così a scompaginarsi potendo assumere nuove interconnessioni che possono convergere tutte sul malato o, al contrario fuggirne. Detto in altri termini se la famiglia viene intesa come una sorta di "impalcatura" in cui ogni elemento ne sostiene un altro, ecco che l'alterazione di uno di questi elementi comporta un nuovo riassetto per mantenere l'equilibrio del sistema. In tale processo il malato potrebbe venire escluso, e quindi emarginato, quale elemento di instabilità.

Infine il modello *narrativo* presente soprattutto nelle malattie croniche. In esso la malattia non è più fatto transitorio e accidentale ma evento incidente profondamente nella storia della famiglia che ne viene irreversibilmente modificata. L'ammalato inserito nel nucleo familiare, a causa della

sua malattia viene ad essere per così dire "condiviso" con le realtà sanitarie che lo accompagneranno nell'iter della sua patologia. Il rischio è che, proprio in ragione di tale estensione temporale, egli venga – psicologicamente se non materialmente – "ceduto" a chi lo ha in cura, enucleandolo dal contesto familiare.

2. La famiglia come soggetto interagente col medico

Se finora si è parlato della diade famiglia-malato bisogna adesso ampliare l'orizzonte includendovi un terzo soggetto che è il medico. Un medico che, una bella dizione tuttora incerta tra permanenza e scomparsa, chiama ancora *di famiglia.* In effetti al di là delle giuste e dovute specializzazioni, il medico di famiglia rimane una figura assolutamente insostituibile. Se c'è una figura professionale in grado di sopportare globalmente i problemi sanitari della famiglia (e non solo dei suoi singoli membri) è proprio il medico di "famiglia", vero e proprio "cronista" della sua storia sanitaria. Sarebbe auspicabile, in tal senso, una maggiore attenzione non solo da parte degli Stati ma anche delle istituzioni sanitarie (come ad esempio gli Ordini dei medici e le Facoltà di medicina) perché la formazione di questa figura professionale sia orientata non solo alla doverosa competenza tecnica ma anche alla specificità di un ruolo che lo vede protagonista di un'assistenza "a misura di famiglia".

Ma non è solo questo l'ambito di interazione tra medico e famiglia (anche se rimane quello più importante e ordinario). Vi sono altri momenti di grande delicatezza e impegno etico che vedono la famiglia come interlocutrice privilegiata e, in un certo senso, vicaria del malato.

Il primo è costituito dalla *comunicazione di diagnosi infauste.* Purtroppo si nota spesso la tendenza all'occultamento sistematico della verità al malato sollecitato proprio dai familiari e assecondato dal medico (che in fondo si vede alleviato da un compito ingrato ed emotivamente coinvolgente). Nascono così i castelli di bugie, la congiura del silenzio, i doppi referti, la presa in disparte del medico prima di entrare nella stanza del malato, defraudandolo di un diritto che gli appartiene e instaurando un processo "sfiduciario" anche nei confronti della credibilità del medico.

Affine a questo è il problema dell'*accanimento terapeutico* che, se è in parte imputabile al medico, spesso preoccupato che un potenziale magistrato lo possa imputare per un comportamento negligente, è il più delle volte direttamente indotto dai familiari sinceramente preoccupati perché sia fatto "tutto il possibile". Tale attitudine della famiglia, peraltro, è spesso sostenuta da presunte considerazioni di ordine religioso, ignorando o quasi ogni valutazione circa la "proporzionalità delle cure" che la Chiesa cattolica incoraggia e sostiene[2].

Un ambito in cui "costitutivamente" deve essere interpellato il familiare in luogo del paziente è quello *pediatrico* (almeno per l'epoca neonatale e la prima infanzia). Anche in questo caso, il diritto decisionale appartiene alla persona malata e non altri. La "tutela" da parte dei genitori, è istituto etico prima ancora che giuridico, per il quale pur rimanendo la persona (cioè il bambino) titolare della responsabilità decisionale, questa viene trasferita ad altri, per la sua incapacità di esercitarla[3]. L'alleanza terapeutica che si realizza tra medico e paziente diventa così una sorta di alleanza a tre: medico, genitore e bambino.

Un altro problema che coinvolge (loro malgrado) i familiari è quello del *consenso all'espianto.* Anche qui si sovrappongono substrati affettivi, culture religiose e disinformazione medica. Il coinvolgimento emotivo di chi deve già elaborare la difficile situazione della morte di un congiunto, il più delle volte improvvisa, è già il primo ostacolo a una decisione che dovrebbe essere lucida, serena, ponderata. A questo si aggiunge una cultura che, almeno nel mondo occidentale, non ha del tutto assimilato una matura antropologia della corporeità e, sul piano religioso, tende a identificare il culto dei defunti col culto dei cadaveri. Infine questo è offuscato dalla nebbia di notizie o credenze su "morti" risvegliati, corpi depredati, respiratori tolti anzitempo.

Trattando del rapporto tra famiglia e sanitari, infine, non possiamo sottovalutare la delicata questione inerente il *segreto professionale* e le sue possibili deroghe in favore di un familiare. Non intendiamo riferirci solo a classiche e tradizionali questioni di deontologia medica relative al non rivelare ad altri una data diagnosi ma a più "moderne" problematiche, quali ad esempio quelle relative allo stato di tossicodipendenza o alla condizione omosessuale.

Anche in questo caso deve sussistere il vincolo del segreto che, se da un lato non tradisce il rapporto fiduciario che il giovane ripone nel medico, dall'altro – proprio per questo – diventa premessa perché il medico possa instaurare con il giovane una sempre più proficua relazione d'aiuto.

Da quanto detto emerge chiaramente l'esigenza di una maggiore valorizzazione dei familiari soprattutto se il malato è ospedalizzato. In primo luogo occorre riservare ad essi adeguati spazi e tempi informativi. Non si può parlare frettolosamente in corsia o davanti la porta di casa. Bisogna dedicare il giusto tempo, in ambiente adeguato, con la cartella clinica sotto gli occhi, senza alcuna approssimazione.

In secondo luogo occorre che il medico affini la sua sensibilità nel prendere in considerazione problematiche familiari che per il malato non sono meno pressanti di quelle strettamente assistenziali: un matrimonio, il giuramento del figlio militare, una conflittualità tra parenti per la quale serve la propria mediazione... Anche questa è "cura" della salute nella sua più ampia accezione.

È necessario, poi, che il medico "si abitui" alla presenza del familiare, anzi si sforzi a favorirne la vicinanza al malato: programmando adeguati tempi di visita in ospedale, non allontanandolo da eventi quali il parto o piccoli interventi ambulatoriali, non escludendolo sistematicamente dalle visite.

In tale prospettiva, e perché possa essere effettiva questa "vicinanza" soprattutto in istituzioni di alta specializzazione con bacini di u-

tenza regionali se non addirittura nazionali, è necessario che il problema venga affrontato anche politicamente creando le adeguate strutture di supporto (pensionati, residenze, mense, ecc.) nei pressi dell'istituzione stessa.

Infine non va trascurato l'ambito educativo. Se si vuole organicamente valorizzare la presenza del familiare, non basta lo sforzo da parte del medico di superare il semplice "rapporto a due" col malato che non coinvolga anche i familiari, ma è necessario che i familiari stessi, a loro, volta, si abituino a tale nuova reciprocità. È un opera impegnativa ma assolutamente necessaria, i cui frutti si vedranno solo a lungo termine. Occorre fronteggiare la pseudo-informazione medica per cui il familiare "saputello" chiede informazioni circa l'esecuzione o meno di quel dato esame, superare l'arroganza di alcune persone (pur se comprensibilmente coinvolte sul piano emotivo), indurre a un maggior rispetto degli orari e delle strutture pubbliche, esigere quell'educazione che a sua volta il medico deve esercitare nei confronti del paziente.

È chiaro che tutto questo sarà tanto più facile quanto più, proprio nel medico e nella struttura sanitaria, verranno individuati quegli atteggiamenti a loro volta richiesti dal paziente e ai suoi familiari. Sul piano educativo-sanitario, poi, non si possono trascurare alcuni aspetti direttamente influenzanti scelte e orientamenti del paziente. Tra tutti un ruolo prioritario spetta all'aborto volontario del quale proprio il parente è spesso principale responsabile: dal marito che in uno pseudo-rispetto della libertà lascia la donna sola con la sua decisione, alla suocera che non vuole avere il carico di altri bambini.

Se realmente si vuole che la famiglia, quale comunità d'amore e non semplice aggregato sociale, "viva" la malattia di un suo membro e sia aiutata a farlo da parte del personale sanitario occorre che tutti, ai vari livelli, si facciano carico delle istanze di una maggiore partecipazione e delle implicazioni di un più diretto influsso sulla dinamica salute/malattia che può trovarsi a vivere uno dei suoi componenti.

3. La famiglia come soggetto che induce malattia

A volte nel complesso determinismo della malattia la famiglia viene ad acquisire un vero e proprio ruolo etiologico, più o meno consapevole.

È il caso, innanzitutto, delle *malattie genetiche* che, già nella comune dizione di "ereditarie", fanno riferimento alla famiglia. La trasposizione dal piano del puro riscontro biologico a quello della problematica esistenziale si attua a

livello della inconscia identificazione tra "casualità" e "responsabilità". È un fenomeno analogo a quanto avviene con l'autocolpevolizzazione da parte di un coniuge sterile ma che qui assume diversi, più forti connotati, a motivo del "danno" provocato nella prole. È significativo, ad esempio, il diverso atteggiamento dei genitori di un bambino Down qualora si accerti che l'anomalia è dovuta a una preesistente anomalia genetica in uno dei due genitori oppure a mutazione spontanea. In quest'ultimo caso, infatti il genitore si sente in qualche modo "alleviato" da una sua, sia pur involontaria, responsabilità.

Un fenomeno che sta registrando un preoccupante aumento e che coinvolge, anch'esso, una causalità familiare è l'*anoressia* (e il suo reciproco della *bulimia*). In questa, come in altre patologie di ordine psichico che riconoscono etiologie reattive nei confronti dei familiari bisogna essere molto attenti e prudenti. Indebite divulgazioni rischiano infatti di ipercolpevolizzare il genitore creando un disagio che a sua volta rende ancor più complesso il trattamento della patologia. Il dato più saliente in ordine alla tematica famiglia/salute è che in questo, come in casi simili, non è possibile trattare il malato se contemporaneamente non si tratta la sua famiglia.

Considerazioni simili (ma non del tutto analoghe) possono farsi per la *tossicodipendenza.* Il paradigma tradizionale, infatti, che vedeva in varie forme di "disadattamento" familiare una delle componenti nella genesi di tale condizione sta lentamente mutando verso un nuovo modello in cui il tossicodipendente è perfettamente inserito nel suo nucleo familiare, ha una regolare attività lavorativa, ecc. Si tratta di un modello che, per certi versi, tende ad assimilarsi a quello di altre dipendenze come il fumo o l'alcool. Ma proprio per questo non meno importante (anche se, forse, ancor più difficile) deve essere il ruolo assunto dalla famiglia nel suo superamento. Per puntare ad esso, probabilmente, non ci si potrà più orientare a un "risanamento" di un nucleo familiare la cui "patologia" è stata fattore causale della dipendenza ma bisognerà esigere da una famiglia già "sana" che riesca a trasmettere quei valori che sono l'unica vera ed efficace prevenzione, con ancor maggiore forza e autorevolezza.

Occorre infine che i membri della famiglia abbiano sempre presente l'assoluto, inderogabile dovere di *non danneggiarsi vicendevolmente.* Ben vengano le leggi che vietano il fumo nei locali pubblici ma, sul piano sanitario, il problema più grave è il fumo dei locali "privati" che sono proprio quelli della famiglia. Cosa si fa per tutto questo?

È in famiglia, inoltre, che ancora oggi vergognosamente si consuma il dramma della violenza sui minori e di ogni altra forma di violenza domestica che, se non sempre inci-

de in modo irreversibile sulla salute fisica, lascia profonde cicatrici in quella psichica.

Ma anche senza arrivare a tali eccessi non vanno trascurate le mille altre forme di conflittualità, più o meno manifeste, che quotidianamente avvengono tra le pareti di casa e che, per effetto di quel misterioso e ancora in gran parte insondato connubio tra soma e psiche, sono all'origine del numero sempre crescente di *patologie psicosomatiche.* Dietro un'ulcera o una gastrite, un attacco di asma o una psoriasi troveremo spesso se non un'etiologia specificamente familiare quantomeno una componente che in qualche modo è imputabile alla famiglia.

4. La famiglia come soggetto che promuove salute

Da quanto sopra esposto emerge una dialettica tra famiglia e malattia, complessa, poliedrica ma tutto sommato abbastanza ben delineata nelle sue linee fondamentali.

Contorni assai più sfumati ha invece il ribaltamento in positivo del problema, cioè il binomio famiglia-salute. In che termini la famiglia è coinvolta nel "sistema salute" dell'individuo e della società, nella sua tutela, nel suo mantenimento, nella sua promozione?

Conosciamo bene ormai la definizione OSM di salute come "pieno benessere psichico, fisico e sociale", un po' meno le obiezioni che a tale definizione sono state mosse, essenzialmente compendiabili nell'assenza di una prospettiva dinamica, nel mancato coinvolgimento della dimensione spirituale e in una certa assolutezza individuale che rischia di prevaricare la salute altrui. Tenendo presenti questi limiti (e quindi anche l'orizzonte del loro superamento) possiamo senz'altro dire che l'attuale comprensione della salute recupera pienamente il senso della *salus* latina che non era semplice *sanitas,* come una relazione di questo Congresso giustamente sottolinea.

Proprio per questo la famiglia non può eludere tale prospettiva essendo, anzi, da questa interpellata. Il problema credo debba essere impostato lungo alcune direttrici prioritarie.

La prima riguarda il dovere della famiglia di *tutelare la propria salute.* Certamente le maggiori responsabilità in tal senso gravano sui genitori ma anche gli altri membri sono, a vario titolo, coinvolti. Un ambito è quello della corretta educazione alimentare che è il miglior modo per contenere l'attuale incremento di allergie alimentari e contribuire alla prevenzione di future patologie quali le coronaropatie o i tumori del tratto gastroenterico. Un altro ambito è quello degli incidenti domestici (soprattutto a carico dei bambini) che costituiscono ancora una fetta troppo grande di patologia da incuria. Un altro ancora è quello dei "sani atteggiamenti psichici" quali ad esempio il coltivare sentimenti di reciproca benevolenza, lo sviluppare il senso critico nei confronti dell'invadenza televisiva, l'educarsi al reciproco ascolto in momenti comunitari come lo stare a tavola.

Una seconda direttrice è quella del *tutelare la propria salute come bene che non ci appartiene.* E forse una prospettiva di più difficile percezione. In effetti il dilagante "principio di autonomia" o il mito della "propria realizzazione" offuscano la non-appartenenza di beni che riteniamo "nostri" come, appunto, la salute. Il dovere di tutelarla allora diventa forma ed espressione dell'amore verso i nostri familiari. In quest'atteggiamento, poi, vi sono le premesse di quella "cultura del dono" che oggi tanto si invoca per la donazione d'organi.

5. Una prospettiva evangelica

Nell'affrontare la problematica relativa ai familiari del malato una prospettiva di un certo interesse credo possa ritrovarsi in alcuni episodi tramandataci nei Vangeli. Trattando delle guarigioni di Gesù si pone normalmente l'accento sull'episodio miracoloso trascurando gli elementi concettuali che lo circondano. Tra questi vi sono anche i familiari del malato, pienamente coinvolti nell'episodio narratoci. L'attenzione di Gesù nei confronti del malato, si rivela così attenzione "integrale" al suo mondo. Non solo ma in un certo senso sembra quasi "riscattare" alcune presunte svalorizzazioni della realtà familiare come ad esempio la strana risposta nel ritrovamento al tempio, il "disconoscimento" dei legami di sangue in favore di quella dello spirito, l'invito a lasciare che i morti seppelliscano i morti, l'"odio" familiare come requisito della sequela, ecc.

In molti dei racconti dei miracoli corporei vi è la presenza di un familiare che svolge sempre un ruolo attivo nella dinamica del fatto.

Nei tre miracoli di resurrezione: Lazzaro (Gv. 11, 1-44), il figlio della vedova di Naim (Lc. 7, 11-17) la figlia di Giairo (Mt. 9, 23-26; Mc. 5, 35-43; Lc. 8, 49-56) pur essendo evidente che, trattandosi di defunti, la richiesta non poteva che partire dai familiari, i Vangeli evidenziano una profonda partecipazione di Gesù alla loro vicenda umana. Non solo per Lazzaro (della cui famiglia era amico) ma anche per gli "sconosciuti": a suscitare la resurrezione del ragazzo di Naim è la compassione che prova per sua madre alla quale peraltro lo riporta (" ed egli lo diede a sua madre" Lc. 7, 15). Per la figlia gi Giairo poi è singolare la scelta degli spettatori: lasciati tutti fuori, infatti, Gesù lascia entrare solo Pietro, Giacomo, Giovanni e i ge-

nitori. Dopo il miracolo, poi, a dimostrare la piena realtà corporea invita a " darle da mangiare", anche questo elemento tipicamente familiare.

Oltre al caso della figlia di Giairo vi sono altre guarigioni direttamente "richieste" dai genitori: il figlio del funzionario regio (Gv. 4, 46); il fanciullo epilettico (17, 14, 27; Mc. 9, 14-29; Lc. 9, 37-43); la cananea (Mt. 15, 21-28; Lc. 7, 24-30), in cui l'elogio per la fede non deve farci dimenticare il coraggio di madre avuto da questa donna, che si reca in un ambiente ostile e controbatte, persino con un certo umorismo alle parole di Gesù. Senza contare che tutte le volte che "gli portano" malati da guarire è assai probabile che nel gruppo ci siano dei familiari.

A volte è Gesù stesso ad accorgersi di un familiare malato come nel caso della suocera di Pietro (Mt. 8, 14-15; Mc. 1, 29-31; 4, 31-37). A volte alla genesi del miracolo contribuisce forse anche la loro assenza come per il paralitico di Betezda che dice di non avere "nessuno che lo immerga nell'acqua" (Gv. 5, 2-18).

Non mancano tuttavia anche situazioni meno idilliache come quella dei genitori del cieco nato (Gv. 9, 1-41) che per paura dei Giudei si rifiutano di indicare l'operatore del miracolo "scaricando" la risposta al figlio.

Se è vero, come ama dire spesso il Papa, che il futuro dell'umanità passa attraverso la famiglia e se è vero che il binomio salute/malattia coinvolge profondamente ogni essere umano allora alla dimensione familiare di tale esperienza esistenziale non si potrà che dare in futuro, assai più di quanto non sia stato fatto finora, tutta l'attenzione che merita.

Prof. SALVINO LEONE
Professore di Bioetica
all'Università di Palermo
e alla Facoltà Teologica di Sicilia

[1] L. SANDRIN, *I risvolti della malattia nel tessuto familiare,* Atti del Convegno Nazionale AIPAS: "La famiglia e la pastorale sanitaria" in: *Insieme per servire* IX, 1 (1995) 5-20.

[2] Cfr. Congregazione per la dottrina della fede, *Dichiarazione sull'eutanasia,* 26 giugno 1980.

[3] M. CUYAS, *Il medico e il minore "KOS",* V, 38,20.

Bibliografia (oltre quella citata nelle note)

AA.VV., *Famiglia e salute,* Vita e Pensiero, Milano 1987.

AA.VV., *Anoressia,* Famiglia Oggi n. 60 (1992).

AA.VV., *The California Family Health Project,* Family Process, I, 3, 1992, 231-287.

DOYLE D., *Caring for a dying relative,* Oxford University Press 1994.

HENRICH C., *Rolle der familie* "Atti del XV Congresso della Federazione delle Associazioni Mediche Cattoliche", Orizzonte Medico, Roma 1982, 138-141.

IANDOLO C., *Parlare col malato,* Armando, Roma 1983, 166-171.

LEONE S., Voce *Familiari* in: S. LEONE - S. PRIVITERA (a cura di) *"Dizionario di Bioetica",* Dehoniane, Bologna-Acireale 1994.

LEONE S., *L'educazione sanitaria dei futuri sposi,* "Orizzonte Medico", 2 (1994) 15-16.

LEONE S., *La felicità a caro prezzo,* Famiglia Oggi 1 (1985) 8-16.

MOSCONI A., TIRELLI M., *Interazioni familiari e malattia neoplastica,* "Psichiatria generale e dell'età evolutiva", 30, 4 (1992), 605-614.

SANKAR A., *La comunicazione tra i familiari e i sanitari,* in: SPINSANTI S. (a cura di) *Bioetica e antropologia medica,* N.I.S., Roma 1991, 241-255.

JOHANNES BONELLI

La sfida tecnologica nella medicina moderna

Nel corso degli ultimi decenni la medicina ha registrato, in quasi tutti i campi, insospettati progressi, raggiunti principalmente attraverso una rivoluzione tecnica all'interno della medicina e che indubbiamente rappresentano un grande bene per l'umanità intera. Tale sviluppo ha però condotto ad un predominio della tecnica nella medicina, predominio che si pone in una certa tensione con la tradizionale concezione ippocratica del mondo, e al cui fascino né i medici né i pazienti riescono facilmente a sottrarsi. Questo dilemma, per così dire dialettico, tra un'esaltazione della tecnica e l'etica ippocratica mi sembra essere oggi la vera e propria sfida della medicina tecnica.

Dai tempi di Descartes scopo esplicito delle scienze naturali è stato di ergersi, con l'aiuto della tecnica, a signori e padroni della natura[1]. Così, l'Organizzazione Mondiale della Sanità è giunta a proclamare, non senza arroganza, quale scopo dichiarato della medicina la completa e sistematica eliminazione di ogni malattia, anzi, persino il superamento della morte per tutti gli uomini.

Di certo non si può negare che la medicina contemporanea, nonostante tutti i progressi compiuti, rimane lontana mille miglia da questo scopo; essa si pone, anzi, piuttosto confusa dinanzi ad una serie di problemi che hanno finito con l'autocrearsi e che paiono irrisolvibili, analogamente all'apprendista stregone davanti agli spiriti che egli stesso evocava.

A tale proposito alcuni esempi:

La tecnica della fertilizzazione in vitro ha fatto sì che innumerevoli embrioni, quindi esseri umani, attendano, in stato di congelamento, il loro destino, che in fondo altro non è che il loro stesso annientamento, perché di loro non si ha necessità. In una parola degli esseri umani vennero creati artificialmente, per essere poi annientati perché in sovrannumero.

Dall'altro lato la medicina moderna ha favorito un sensibile innalzamento dell'età media dell'uomo, senza che con ciò fosse anche garantita un'esistenza in ottima salute. Al contrario, un prolungamento della vita è per lo più ottenuto a prezzo di una infermità spirituale e fisica difficilmente sopportabile, cosicché l'invito ad una calcolata eutanasia si fa chiara esortazione. In questo senso, Giovanni Paolo II parla, nella sua enciclica *Evangelium vitae,* di una cultura della morte che attraversa il nostro secolo ed alla quale, come io ho inteso affermare, la medicina tecnica ha fornito un contributo non irrilevante.

In una siffatta situazione si può oggi parlare, a ben ragione, di una sfida tecnologica nella medicina, che è caratterizzata da una urgenza particolarmente evidente. Questa sfida si sviluppa, a mio parere, secondo tre aspetti:

1) Nel superamento di una immagine del mondo meccanicisticamente riduttiva.

2) Nel distacco dall'opinione, oggi corrente, secondo la quale ogni tecnica medica, da un punto di vista prettamente morale, non è né buona, né tanto meno malvagia ma riceve una sua rilevanza morale solo mediante le intenzioni e le circostanze nelle quali essa viene utilizzata.

3) Non è forse vero, infine, che la medicina odierna desta nell'uomo speranze che, in realtà, non è assolutamente in grado di realizzare? Del proclama della Organizzazione Mondiale della Sanità e delle sue utopistiche finalità già si è fatto cenno. Qui si rende necessaria una riflessione sulla immagine che il medico ha di se stesso e della propria professione, nella quale deve essere oltrepassata l'idea secondo cui egli avrebbe la vita in proprio potere e secondo cui sarebbe signore sulla vita e sulla morte.

In ciò che segue si desidera esporre più da vicino queste tre sfide.

1. Naturalismo e Teologia

Come già accennato, la moderna scienza naturale si è votata ad un naturalismo incondizionato. Esso prende le mosse dal presupposto che nessun ordine della creazione razionalmente fondato è insito in questo mondo, bensì è l'uomo stesso a determinare gli scopi della natura. Questa illusione di una soggettiva, illimitata libertà di determinazione da parte dell'uomo ha condotto non soltanto a quei danni ambientali di cui oggi ci si lamenta, bensì anche ad una estrema incomprensione, all'interno della medicina, per le esigenze dell'etica ippocratica. Aborto, diagnostica prenatale ed eugenetica, sterilizzazione, anticoncezione, ricerca sugli embrioni, trapianto dei tessuti embrionali da feti abortiti, e via dicendo, sono ad esempio, assolutamente inconciliabili con il *Giuramento di Ippocrate,* eppure, in tutto il mondo, sono tecniche di *routine,* praticate senza scrupoli.

Contrariamente al naturalismo la metafisica della creazione sia ip-

pocratica che cristiana riconosce nelle cose create un ordine creativo razionalmente fondato, che l'uomo, conformemente alla sua costituzione in quanto creatura di Dio, ha da rispettare[2].

Secondo l'antico insegnamento ippocratico, l'uomo non è padrone ma custode e difensore della vita; per questo motivo egli deve rispettare determinate invalicabili barriere, assegnate dal Creatore alla realtà creata e, in special modo, al corpo umano. Le cose create hanno infatti il proprio ordine, radicato nella propria natura (e la propria verità) e questo ordine deve riflettersi, secondo Ippocrate, anche nelle azioni del medico, nel momento in cui egli pone al servizio di questo stesso ordine la sua arte, ovvero la sua tecnica. Per questo ogni arbitraria manipolazione compiuta sul corpo umano, che non servisse quale trattamento terapeutico della salute del paziente, è un abuso dell'arte medica (quale esempio siano menzionate la sterilità diffusa a livello mondiale, in generale, le pratiche "antiprocreative").

Chi, infatti, concepisce la realtà e l'uomo stesso quale puro prodotto del caso, in conformità ad un evoluzionismo incondizionato, e nega Dio, non potrà scorgere nella creazione alcuna utilità prestabilita ed alcun significato immanente già dato. Tale significato viene, per così dire, stabilito dall'uomo stesso, cosicché la domanda circa la giustificazione del proprio agire risulta praticamente superflua. In questa prospettiva anche il medico, nel suo agire, non sarebbe più vincolato ad uno scopo assistenziale diretto alla guarigione.

Una tale concezione della tecnica medica deve essere naturalmente combattuta, dato che essa apre le porte ad un arbitrio, in cui non i diritti umani, bensì il diritto del più forte finisce con l'essere posto a fondamento dell'etica medica, come è sintomaticamente testimoniato dalla pratica dell'aborto, ormai internazionale.

Per riassumere, la prima, basilare sfida che si pone alla medicina tecnica consiste oggi nella scoperta e nel riconoscimento di un significato immanente alla creazione e per questo già dato, al quale ogni tipo di tecnica deve essere subordinato. Esso consiste soprattutto nel tenere conto, quale elemento prioritario, nonostante il fascino di ciò che è tecnicamente attuabile, della dignità dell'uomo in quanto persona corporea e spirituale. Il paziente non è una macchina che può funzionare più o meno bene, non è un prodotto casuale dell'evoluzione, ma creatura ed immagine vivente di Dio, che dal medico deve essere trattato innanzitutto e prima di tutto in conformità a questa dignità.

2. La medicina tecnica non è in ogni caso indifferente

La seconda sfida si delinea essenzialmente dalla prima. Sino a pochi anni or sono si poteva forse essere dell'opinione che la tecnica medica non è, come tale, né buona né malvagia e che essa riceve la propria rilevanza morale attraverso la motivazione di quanti sono coinvolti.

Giovanni Paolo II ha però chiaramente evidenziato nella sua enciclica *Veritatis splendor,* che vi sono anche delle azioni le quali, indipendentemente dalla intenzione o dal bilancio conclusivo, solo per il fatto che, per la propria natura, non possono essere indirizzate a Dio[3], rappresentano un male morale. Ed effettivamente certe tecniche mediche moderne prevedono sin dall'inizio tali azioni in sé malvagie. Come esempio siano riportate qui, ancora una volta, la fertilizzazione in vitro, la clonazione di embrioni, ma anche i metodi antiprocreativi. A simili tecniche, dal punto di vista di un'etica cristiana, si deve rinunciare sin dal principio, poiché rappresentano già in sé un comportamento moralmente errato. Chi nega decisamente un ordine naturale della creazione dato da Dio, non potrà nemmeno accettare questa sfida della medicina moderna, ossia la autolimitazione mediante la rinuncia a ciò che, in linea di principio, può essere realizzato.

3. La assolutizzazione della medicina tecnica

La terza sfida della medicina tecnica consiste nella sua costante tendenza ad un atteggiamento di

presunzione e di sopravvalutazione di sé. Una scienza medica che pone una tale fiducia nel proprio potere sulla natura, tanto che osa garantire non solo la salute ma addirittura la vittoria sulla morte per tutti, non deve stupirsi se poi i cittadini di questa società, da parte loro, reclamano, senza riserve, il diritto alla salute.

Recentemente un paziente ha rivolto alla propria dottoressa le seguenti parole: "Mi colleghi ad una macchina con la quale io possa mangiare di più e meglio sopportare il fumo". I limiti di queste utopie, tuttavia, divengono assai presto evidenti, e non ci si deve stupire se poi la insoddisfazione cresce e se alcuni pazienti disperano dinanzi ad una malattia incurabile e desiderano porre fine alla propria esistenza con l'aiuto del medico.

Sin dai tempi antichi la medicina ha visto il proprio compito non soltanto nella incondizionata guarigione ma anche nel sollievo e nella consolazione. Ippocrate ha interpretato la malattia non solo come un avvenimento fisico-chimico causalmente determinato, bensì anche come disturbo dell'essenza dell'uomo nella sua totalità.

L'utilizzazione categorica di tutti i mezzi tecnicamente possibili, senza tenere in considerazione la loro relatività e la loro parzialità, senza nemmeno avere riguardo per la volontà e i bisogni del paziente, significherebbe che l'agire medico si è ridotto ad un agire puramente tecnico. È, però, troppo riduttivo vedere il compito terapeutico della medicina solo ed esclusivamente nel dominio di leggi biologiche, perché la medicina umana non è una medicina animale di livello superiore; è, invece, una medicina per l'uomo che rimane pur sempre il nostro prossimo, così come è chiaramente espresso nella parabola del Buon Samaritano. Medico e personale sanitario, non possono soltanto considerare e trattare isolatamente la malattia come tale: essi hanno sempre a che fare con l'uomo nella sua totalità.

Colui che ha, nella medicina, un approccio puramente tecnocratico, non tratta più l'uomo come soggetto, bensì come oggetto. Così, i progressi della tecnica non debbono sfuggire al controllo del medico e del personale sanitario, che sono

invece, in maniera del tutto specifica, chiamati a difendere l'umanità di un uomo contro ogni presa di dominio da parte della tecnica. Qui si richiede, comunque, qualcosa che oltrepassi le abituali esigenze di una professione nella sua quotidianità. Così, nel corso della storia, si è sempre visto il servizio al malato primariamente e principalmente come una vocazione, una missione, nella quale, la nostra intera esistenza, la nostra intera umanità deve essere trasfusa. Il bene del malato deve costituire, sempre e ovunque, il principale e supremo motivo ispiratore del nostro agire. L'aiuto verso il malato deve necessariamente andare oltre il semplice adempimento del dovere, il servizio compiuto solo tenendo conto delle norme. Si tratta di aiutare, anche quando dobbiamo prendere su di noi fastidi, sacrifici, rischi, anzi anche quando tutto questo viene accolto dal paziente come scontato e ovvio, o quando ci troviamo a raccogliere soltanto incomprensione, ingiustizia, talvolta persino insolenza e irriconoscenza. Per soddisfare una tale richiesta, occorrono eroismo, un grande cuore ed una particolare educazione sentimentale. La domanda, ad esempio, se una determinata terapia debba o meno essere applicata ad una paziente è troppo complicata per poter essere risolta con le semplici nozioni tecniche. Essenziali per una tale decisione sono anche la personalità del paziente, le sue concrete condizioni di vita in questo mondo, la sua scala di valori, la sua composizione psichica, il suo ambiente, la sua parentela, e via dicendo. A delle tali domande, però si può rispondere soltanto con cuore ed altruismo e solo in un comunitario consenso di tutte le persone coinvolte.

Al fine di evitare malintesi su quanto sinora detto: io vorrei mettere in guardia, tra l'altro, da certe tendenze che pongono cuore ed intelletto l'uno contro l'altro, l'attenzione al paziente contro la competenza tecnica, una medicina totalizzante contro una medicina scolastica. Grande è oggi il pericolo che il pendolo si sposti dall'altra parte, che umanità venga confusa con zelo fanatico ed utopistico e sentimentalità[4]. Le conseguenze sarebbero, quanto meno, altrettan-

to negative. Una vera umanità non esclude la competenza professionale ed il sapere tecnico, che ne rappresentano, invece, un fondamento presupposto. Una medicina personalistica, che si sviluppasse solamente nella compartecipazione e nella immedesimazione, non sarebbe né un adeguato contrappeso al pericolo della manipolazione programmata, né valuterebbe rettamente il valore e la forza d'effetto della ragione umana. Ad un modo universale di considerare la vera umanità si è voluto qui dedicare il nostro discorso.

Per riassumere: di fronte al progresso nella medicina, legato in primo luogo ad una tecnica che esercita un crescente dominio sull'uomo, medici e personale medico non possono più sfuggire la domanda riguardante il senso che le loro azioni debbono avere. Tutte le domande dell'etica professionale, che al giorno d'oggi incessantemente si pongono nella pratica, sia nella decisione di quale diagnosi e di quale terapia applicare, sia nel problema della modalità con cui il rapporto con i pazienti deve essere instaurato, e via dicendo, tutte queste domande, dunque, riflettono in ultima analisi la domanda dell'uomo di oggi circa il senso del soffrire, o più in generale circa il senso della vita e dell'essere; perché da questo dipende pure, in fondo, la soluzione per la concreta situazione. La grande differenza rispetto agli altri ambiti professionali consiste propriamente nel fatto che, tanto i medici, quanto il personale sanitario non possono ritrarsi in una attività puramente professionale, in un adempimento del dovere avulso dal significato profondo dell'essenza umana nella sua totalità, senza che con questo le nostre azioni divengano automaticamente disumane. A noi si chiede di essere sempre specialisti competenti e, al tempo stesso, uomini, ossia prossimi dei nostri pazienti.

Costantemente è accompagnata la nostra attività dal rischio di ledere la dignità umana; per questo motivo, senza rinunciare all'aspetto scientifico, la medicina deve riscoprire il suo primo ed ultimo punto di riferimento, ossia l'uomo in quanto persona, che al di là di tutte le scienze naturali possiede storia e futuro, che è un essere libero e dotato di un suo significato e di un suo scopo, immagine di Dio, chiamato all'amore e alla devozione, corona del creato. Ad un tale uomo non ci si può avvicinare con un semplice patrimonio tecnologico e la conoscenza di singole funzioni organiche e di disturbi. Per soddisfare questo compito, che è sicuramente molto di più di un semplice compito di natura terapeutica, occorre una riabilitazione della formazione genericamente umanistica del medico e del personale sanitario verso una cultura antropologica e filosofica, una cultura del cuore e dell'amore, che solo nel senso del Buon Samaritano può essere conquistata. Solo così, a me sembra, si potrebbe fare fronte alla sfida che oggi la medicina tecnica ci pone.

Prof. JOHANNES BONELLI
Presidente dell'Istituto di Medicina, Antropologia e Bioetica in Vienna (Austria)

[1] E. PRAT, *Naturalismus und menschliche Fortpflanzung* (Naturalismo e riproduzione umana) in: IMAGO HOMINIS, Band (Vol.) II/ Nr. 2, S. (Pagg.) 121 ff.

[2] Cfr. a questo proposito CH. LICHTENTHAELER *Der Eid des Hippokrates, Ursprung und Bedeutung* (Il Giuramento di Ippocrate. Origine e Significato"), Deutscher Aerztverlag, Koln, 1984, S. 189 ff.

[3] *Veritatis splendor,* 80

[4] Cfr. a tale proposito R. BUTTIGLIONE: *Die Achtung des unschuldigen lebens, ein Prufstein unserer Kultur* (Il rispetto della vita innocente, una prova della nostra cultura), in "Der Status des Embryos" ("Lo stato dell'embrione"), Verlag Fassbaender (IMABE Hrsg.), 1989.

ERWIN ODENBACH

Il rispetto per l'intimità del paziente

"Il rispetto per l'intimità del paziente" è il tema che mi avete proposto con il vostro invito, che è stato un onore per me ricevere, e per il quale vi ringrazio sinceramente. Su questo tema si possono fare affermazioni importanti anche con poche parole.

Meditando un po' su questo argomento, ed in particolare ricordando le nostre esperienze personali al riguardo, ci vengono in mente molte cose, specialmente se siamo noi stessi dei medici, alcune delle quali possono sembrare banali.

Vorrei suddividere la mia presentazione in diverse sezioni:

1. L'importanza della personalità del paziente.
2. La gravità della malattia o delle ferite.
3. L'importanza dei fattori relativi allo spazio (nella pratica medica o negli ospedali, occasionalmente anche all'esterno).
4. L'importanza del personale sanitario, e cioè dello staff medico.
5. L'importanza della fede e del ministero.
6. Cos'è che insidia e limita l'intimità in ospedale, e cosa dev'essere fatto per proteggerla e rispettarla?

Permettetemi di non addentrarmi nel significato inglese, o meglio americano, del termine *"privacy"* e del termine francese *"intimité"*.

La lingua tedesca traduce questo termine nel senso di "settore privato" o "sfera privata". Ciò che esattamente è l'"intimità", e ciò che esattamente concerne, si capisce molto bene quando è violata o quando è assente, come nei sistemi totalitari.

1. L'importanza della personalità del paziente

Non c'è alcun bisogno di sottolineare qui l'unità del corpo, della mente e dello spirito dell'essere umano e della sua anima immortale. Ciò nonostante, troppo spesso ce ne dimentichiamo nella nostra vita quotidiana. L'indistruttibile dignità della persona umana è il requisito primo per una vera libertà e dopo queste riflessioni mi introduco nell'argomento. Il rispetto per l'intimità del paziente è un diritto del paziente.

Tratteremo qui i problemi che si incontrano nel mettere in pratica questo diritto.

Bisogna prestare attenzione al fatto che la personalità dipende da vari fattori, come:

a) l'età;
b) la diversità e l'intelligenza (il paziente è religioso?);
c) la sua socievolezza (è una persona estroversa o introversa?), la sua sincerità;
d) le sue inclinazioni e i suoi interessi (ama leggere? ascolta la musica?);
e) l'ambiente sociale, come la famiglia, gli amici e quelli che gli rendono visita, o la loro assenza;
f) la situazione etnica. Ci può essere una grande differenza anche nello stesso paese, e certamente nel caso di persone distanti e alle volte con una grande famiglia.

2. L'importanza della malattia o delle ferite

Si tratta si una malattia acuta o cronica? Si tratta di:

a) un osso rotto? un incidente?
b) cancro?
c) un'infezione (che forse richiede l'isolamento)?
d) un handicap?
e) una menomazione che ostacola la funzionalità (incontinenza fecale o urinaria)? il paziente può camminare? è perennemente costretto a letto? non riesce a parlare?
f) si trova in un reparto di cure intensive?
g) sespira artificialmente?
h) si trova in uno stato di incoscienza?
i) è menomato mentalmente, o mentalmente malato? Si trova in uno stato confusionale?

Quando qualcuno è malato o si trova sotto trattamento bisogna esaminare molte cose, non soltanto le controversie economiche ed il patrimonio. Alcune cose devono essere discusse con i parenti, tra i coniugi, con i figli o con gli amici, talvolta bisogna risolvere le tensioni interpersonali. Il rapporto con Dio, la dipendenza dalle cure mediche e dall'aiuto infermieristico sono importanti. Queste considerazioni ci conducono agli elementi relativi allo spazio.

3. L'importanza per l' intimità dei fattori relativi allo spazio (nella pratica medica o negli ospedali, occasionalmente anche all'esterno)

L'intimità dipende molto da fattori relativi allo spazio (camera singola, camera a più letti, corsia aperta, reparto cure intensive). La possibilità di ricevere chi viene a rendere visita (familiari, amici), l'orario delle visite, le camere dove poter passare il tempo ed il bar hanno un ruolo importante nella

considerazione della malattia del paziente (si tratta di una malattia maligna, prolungata, di una gamba rotta o di un'operazione che non comporta pericolo di vita?). Il paese, il continente, il clima, le disponibilità finanziarie, e le malattie più diffuse influiscono a livello locale sulla progettazione architettonica.

Le camere singole sono l'elemento più importante. Nelle grandi corsie aperte (come quelle che ancora esistono in alcuni ospedali molto vecchi), è stato raggiunto un compromesso installando delle "cabine" con gli allacci dei servizi (telefono, radio, ecc.), che permettono di avere un certo grado di intimità. Comunque, le grandi corsie aperte, senza separazioni, difficilmente permettono che si rispetti l'intimità.

Per contro, talvolta le camere singole non sono ciò che i giovani desiderano, per esempio in caso di una gamba rotta o durante un breve periodo di recupero in seguito ad un'operazione non complicata. Questi pazienti vorrebbero giocare a carte, chiacchierare tra di loro o guardare le partite di calcio alla televisione. Per un altro tipo di persone, gli intellettuali, dipende dall'indole del paziente compagno di camera quando si trovano in una camera doppia, o dagli altri pazienti nel caso di una camera a tre o più letti: c'è il tipo tranquillo, quello loquace o quello che ascolta continuamente la radio. Nei casi di malattia possono esserci problemi estetici o di revulsione. Semmai, è compito dello staff tenere conto di questi fattori quando assegnano ai pazienti il letto e la camera.

Nell'*esercizio* medico o in un reparto di non-degenza , ad esempio in una sala d'aspetto, le domande che vengono fatte alla presenza di altri pazienti o di altri membri dello staff che si trovano nella stessa stanza, spesso sono indiscrete. "Quanti anni ha?" "Che lavoro fa suo marito?" "Con quale compagnia è assicurato?" "Pagherà privatamente?" Niente di tutto ciò è affar loro! E certamente non sono domande di carattere medico!

Sia lecita, a questo punto, una breve nota sulle camere singole. Durante diverse visite in America, ho notato in varie occasioni che le camere singole negli ospedali-modello avevano talvolta due porte: una porta normale che si chiudeva per intero ed una "mezza porta" per così dire, che mi ricordava le porta delle stalle, sebbene non in senso negativo. Mi fu detto che alcuni pazienti non amavano chiudere le porte normali, perché volevano rimanere in contatto con l'ambiente circostante. Molto spesso, i pazienti stavano presso queste mezze-porte, guardando verso il corridoio, così che i loro piedi e la loro testa si potessero vedere dal corridoio. È questo un modo per dare ai pazienti un certo

grado di libertà, in quanto sono essi stessi a decidere quando e come chiudere o aprire le porte senza essere visti da tutti. La possibilità di scegliere una sistemazione di questo tipo dipende principalmente dai finanziamenti disponibili. Bisogna tenere conto della debolezza del paziente quando vengono assegnati i fondi necessari.

Un numero crescente di *cure a domicilio,* che sono prestate sempre meno dai familiari e sempre più da persone competenti, esperti che si spostano, a volte supportati dai metodi moderni della telemedicina, che permette al paziente ed al centro sanitario di essere costantemente in contatto, dovrebbe facilitare molte cose, come la possibilità per il paziente di rimanere nel suo ambiente familiare.

Nascono però nuovi problemi. Ciò è certamente dovuto anche alle possibilità offerte dai nuovi metodi di trasmissione e registrazione dei dati che, mentre consentono di avere a disposizione molte informazioni in modo rapido, possono causare dei problemi per l'accesso a questi dati da parte di terze persone.

Il *vincolo della confessione,* mantenuto, custodito e difeso dalla chiesa e dai sacerdoti per secoli, è la prova evidente nel tempo del rispetto per la dignità dell'individuo e della sua intimità.

Comunque, l'intimità non è solo una questione di comodità e di tendenza a creare un'atmosfera da albergo negli ospedali. È qualcosa che coinvolge anche la psiche, lo spirito ed il modo di pensare, e di conseguenza l'anima.

E ciò particolarmente in un'epoca in cui molte persone sembrano incapaci, o faticosamente in grado di sopportare più il silenzio. Strettamente legato ad esso è il *problema* della camera, ma anche quello della cappella e dell'assistenza data dai sacerdoti, sebbene ciò non dica niente sul fatto che alcuni pazienti preferiscono il cambiamento ed il divertimento.

Migliaia di persone nel mondo si trovano costantemente coinvolte in incidenti. Anche quando ricevono un soccorso di primo intervento ed un trattamento medico d'emergenza – generalmente in strada – il loro diritto all'intimità non dev'essere dimenticato. I filmati trasmessi alla televisione, in cui spesso si mostra per intero la brutalità della scena, sono un'evidente violazione della dignità umana. Lo stesso vale per gli spettatori curiosi che non sono in grado di fornire un'idonea assistenza e rimangono per la strada.

4. L'importanza del personale sanitario, e cioè dello staff medico, negli ambulatori dell'ospedale, le norme etiche ed i doveri del medico

Lo staff dei "reparti chirurgia" e degli ospedali sono molto importanti per poter garantire la massima intimità possibile. Essi hanno, in questo contesto, la responsabilità maggiore, ma purtroppo spesso se ne dimenticano. Oltre alla competenza professionale, il rapporto umano dello staff è il fattore più importante. Il riguardo verso la persona, che essi apprendono quando studiano per diventare medici o infermieri, è un impegno

che dev'essere mantenuto durante la propria esistenza. Il fattore umano dello staff è l'elemento prioritario per il benessere del paziente, e viene prima della situazione economica del paese e della comunità. L'intimità non può essere garantita *unicamente* per mezzo di articoli, e non *unicamente* facendo buone promesse e offrendo camere. I membri dello staff devono prendere in considerazione numerosi fattori quando assegnano il letto al paziente. Ho già sottolineato questo punto, così come la mancanza di tatto nelle domande che vengono poste alla presenza di terze persone.

Vorrei però a questo punto citare, tra gli specialisti tedeschi, l'anziano professore K. D. Bock: "Chiunque segua pazienti malati gravemente o incurabili, giorno dopo giorno per ore sino alla morte, non può farlo senza una certa dose di 'protezione' interna, una soppressione parziale della compassione e dei sentimenti. I più esprimono la loro empatia e capacità spontanea di condividere le sofferenze, i meno non riusciranno a farlo. È impossibile calarsi in una situazione umana infelice che vi si trova di fronte ed agire in modo razionale...".

Ciò ci fa comprendere – considerando alcune imperfezioni della routine quotidiana – come la situazione del Buon Samaritano venga spesso dimenticata. Ciò può essere facilmente perdonabile. Tuttavia, cose che "noi" consideriamo come *routine quotidiana* sono *situazioni eccezionali* per i pazienti, e perciò non perdonabili dal loro punto di vista, come le loro preoccupazioni, le sofferenze e la loro sensibilità. Dobbiamo perciò sforzarci costantemente di cambiare il cosiddetto comportamento "di routine", ma senza esagerare ostentando delle premure eccessive, che alcuni pazienti potrebbero trovare troppo familiari. Il lavoro educativo che è stato fatto durante gli studi medici di base è molto importante. La specializzazione adatta e i continui studi medici sono altresì essenziali in una vita professionale, così come il dare il buon esempio – un aspetto dove le personalità-leader hanno delle responsabilità particolari. I colloqui con i collaboratori favoriscono la comprensione dell'individualità di ogni paziente e mettono in luce gli errori e le manchevolezze.

Anche il seguente codice è molto importante per l'intimità del paziente: la 47ª Assemblea Generale della World Medical Association (WMA) di Bali, Indonesia, ha approvato, il 7 settembre 1995, la *Dichiarazione dei Diritti del paziente.*

La dichiarazione è molto più ampia della precedente che è stata redatta sullo stesso argomento, e che è stata adottata a Lisbona nel 1981. Essa consiste di una *introduzione* e di *principi* che riguardano questi campi:

1. Diritto a cure mediche di qualità.
2. Diritto alla libertà di scelta.
3. Diritto all'autodeterminazione.
4. Il paziente inconsapevole.
5. Il paziente incompetente dal punto di vista legale.
6. Procedimenti contro la volontà del paziente.
7. Diritto all'informazione.
8. Diritto alla confidenzialità.
9. Diritto all'educazione alla salute.
10. Diritto alla dignità.
11. Diritto all'assistenza religiosa.

In tutti questi campi, il punto centrale è la protezione del paziente, la sua personalità e le sue decisioni. L'espressione esatta è "Diritto alla dignità" che viene espressa come segue:

a) la dignità del paziente ed il suo *diritto all'intimità* devono essere sempre rispettati nelle cure mediche e nell'insegnamento, così come la sua cultura ed i suoi valori;

b) il paziente ha diritto al sollievo dalle proprie sofferenze, secondo le attuali conoscenze;

c) il paziente ha diritto a cure umane nella fase terminale della propria vita, e ad avere tutta l'assistenza per poter morire dignitosamente e nel modo più confortevole possibile.

Inoltre, al punto 11, "Diritto all'assistenza religiosa", si legge: "Il paziente ha il diritto di ricevere, o di rifiutare, il conforto morale e spirituale, compreso l'aiuto di un ministro della sua religione".

Il progetto di questa nuova e sostanzialmente estesa versione dei diritti del paziente è stata sottoposta alla "Finnish Medical Association". La versione ora adottata dai medici mondiali dovrebbe essere convenientemente pubblicizzata e fatta rispettare dalle organizzazioni mediche in tutti i paesi del mondo, sebbene dovrebbe essere osservato, in questo contesto, che questi diritti del paziente non sono tali soltanto di fronte ai medici e agli altri operatori sanitari. L'introduzione dice infatti che: "I medici e le altre persone o gruppi coinvolti nelle cure sanitarie hanno la responsabilità congiunta di riconoscere e sostenere questi diritti. Qualora la legislazione, la politica del governo o di qualsiasi altra amministrazione o istituzione, negasse questi diritti ai pazienti, i medici dovrebbero cercare i modi adatti per assicurarli o ristabilirli".

Consentitemi di dare risalto al punto 10, "Diritto alla dignità", che fa riferimento espressamente al termine *intimità,* che "dovrebbe essere rispettata nelle cure mediche e nell'insegnamento, così come la sua cultura e i suoi valori". Il compito è ora quello di assicurare che questa decisione che riguarda i diritti del paziente non rimanga soltanto una dichiarazione, ma diventi un *codice di comportamento che è una cosa di ordinaria amministrazione* per tutti coloro che lavorano con i pazienti, e nei confronti dei quali hanno delle responsabilità. Sarà difficile che ciò venga raggiunto ovunque durante la notte, ma è nostro dovere compiere degli sforzi ripetuti per raggiungere questo obiettivo.

Il *Giuramento di Ippocrate* afferma: "[...] e ai discepoli impegnati da un patto o da un giuramento conforme alla legge della

medicina, ma a nessun altro. Seguirò questo sistema di disciplina che, secondo la mia competenza ed il mio giudizio, considero adatto per il bene dei miei pazienti, e faccio a meno di quanto sia deleterio e dannoso. Non darò alcuna medicina mortale a nessuno qualora mi venga richiesto, né suggerirò consigli in merito ed allo stesso modo non indurrò alcuna donna ad abortire". E prosegue: "Qualunque cosa, relativa o meno alla mia pratica professionale, io veda o senta, della vita di un uomo, e che non debba essere detta al di fuori, non sarà da me divulgata, considerando che tutto ciò dovrebbe essere tenuto segreto".

Quando la World Medical Association è stata fondata, nel 1947, essa adottò la cosiddetta *Dichiarazione di Ginevra,* come una nuova versione del *Giuramento di Ippocrate.*

Questa dichiarazione è stata riveduta e integrata negli anni che seguirono. Il "Codice Internazionale d'Etica Medica" di questa Associazione dichiara, tra gli altri compiti del medico verso il malato, che: "Un medico deve sempre avere in mente l'obbligo di preservare la vita umana"; "Un medico deve dare ai suoi pazienti la completa devozione e tutta la sua abilità". Inoltre: "Un medico deve mantenere l'assoluta confidenzialità su tutto ciò che sa sul suo paziente, anche dopo la morte del paziente stesso".

La *Dichiarazione di Ginevra* del settembre 1948 dice inoltre: "La salute del mio paziente dev'essere la mia prima considerazione". "Rispetterò i segreti che mi sono stati confidati, anche dopo che il paziente è morto". "Non permetterò che tra i miei doveri ed il mio paziente intervengano considerazioni di età, malattia o infermità, credo, origini etniche, sesso, nazionalità, associazione politica, razza, orientamento sessuale, o classe sociale". "Avrò sempre il massimo rispetto per la vita umana sin dal suo inizio, anche se in pericolo, e non userò le conoscenze mediche per scopi contrari alle leggi dell'umanità".

I diritti del paziente sono stati trattati in altre dichiarazioni della World Medical Association relativamente ad altri soggetti, sebbene siano troppo numerose per poter essere menzionate tutte in questa sede.

Non vi è alcun dubbio che la *noncuranza* delle persone che lavorano con i pazienti è solo raramente intenzionale, ma porta a situazioni in cui il paziente avverte che la sua intimità sia stata violata.

5. L'importanza della fede e del sacerdote

"La persona è al centro di tutte le cose", è questo il principio-guida di tutte le nostre attività mediche. Tuttavia, come rifugio finale

nel momento della malattia o di difficoltà, Dio è il centro di tutte le cose per molti pazienti, anche se essi non pregavano o hanno soffocato ogni pensiero a Dio in anni di indifferenza religiosa. In questo modo, la religione acquisisce un'importanza speciale nella malattia, non soltanto quando la morte è prossima. Dev'essere possibile parlare ad un sacerdote, confessarsi e ricevere la Santa Comunione. Una chiesa o una cappella, che dovrebbe essere sempre aperta, ed un sacerdote sono importanti per la pratica religiosa, per ricevere la Santa Comunione, per confessarsi e per la Santa Messa. Quando viene pianificata la costruzione o la ristrutturazione di un ospedale, bisognerebbe tenere conto della possibilità di portare i pazienti alla Santa Messa (nei casi di lunga malattia o di impossibilità a camminare).

Ci sono segni inequivocabili di un crescente confronto e di un allontanamento dell'"io" dal "noi" (anche nella chiesa, nello stile della preghiera, nella devozione; particolarmente importante è anche l'evoluzione della confessione individuale verso quella ampiamente diffusa e le devozioni penitenziali anonime). La persona malata, il paziente, non vuole essere disturbato ed essere solo quando comunica con Dio. Visto il crescente rilievo che hanno il "gruppo", la "comunità" e la "società", la domanda che scaturisce è: cosa succede all'aspetto individuale, alla personalità, all'intimità? Il termine mancanza, "colpa" (e perciò anche peccato) è un concetto che viene associato ad una singola persona.

I rapporti tra Dio e l'uomo, tra voi e me, tra padre e figlio, tra creatore e creato sono essenziali, particolarmente durante le malattie. Il *vincolo della confessione,* mantenuto, custodito e difeso dalla chiesa e dai singoli sacerdoti per secoli, è l'evidenza del rispetto per la dignità dell'individuo e perciò della sua intimità. L'importanza del sacerdote negli ospedali è un elemento che in molti paesi sta ricevendo sempre meno attenzione. Ciò può essere dovuto in parte allo spirito del tempo, ma non da ultimo anche in conseguenza del problema che non vi sono abbastanza sacerdoti. Per quanto possano essere validi i ministri laici, essi non possono rimpiazzare il sacerdote consacrato che può ricevere il sacramento della confessione e dare l'assoluzione. Ai sacerdoti negli ospedali vengono poste grandi domande, e non si deve credere che essi siano stati "messi da parte".

6. Che cos'è che insidia e limita l'intimità in ospedale, e cosa dev'essere fatto per proteggerla e rispettarla?

Le visite dei familiari e degli amici sono generalmente molto desiderate. Tuttavia, esse possono diventare una fatica, in dipendenza della loro durata, degli argomenti discussi e del numero dei visitatori, e per il malato possono essere un peso e creargli ansie. È molto importante che gli studenti di medicina e gli infermieri tirocinanti siano riguardosi anche verso i "dettagli minori". La mancanza di tatto, di sensibilità ed un'eccessiva familiarità nei confronti del

paziente da parte dello staff, sono spesso persino peggiori dei visitatori prolissi. Il fattore umano dello staff, e la situazione finanziaria del sistema sanitario nel paese e nella comunità hanno un'influenza decisiva sull'intimità. La politica ed i sistemi totalitari, così come la situazione economica di un paese e la povertà della famiglia sono gli elementi principali.

Ci vuole una certa dose di coraggio, in questo importante congresso, per parlare di presunte futilità che possono apparire banali, ma che in effetti non sono fatte per il *paziente* nella sua situazione *attuale.* Il continuo via vai, le persone che aprono la porta senza bussare, il movimento, l'atmosfera agitata che regna in alcuni momenti, possono irritare molto i pazienti. Chiunque veda aprirsi la propria porta mentre si sta lavando, o mentre si trova nella mini-toeletta della sua camera, si sente gravemente importunato nella sua intimità, che si tratti della donna delle pulizie o del pasto che arriva. Credo sia naturale bussare ad una porta prima di entrare, e veramente poche persone tra quelle dello staff lo considerano seccante. Debbo sottolineare che di notte le porte dovrebbero essere aperte piano, per poter dare un'occhiata ai malati.

Il segreto professionale e l'obbligo di mantenere il segreto medico sono importanti come il sigillo della confessione, sebbene – siamo onesti – dobbiamo ammettere che essi non sono sempre rispettati. Nonostante le opportunità positive che offre una tale rapida disponibilità di scoperte – come ad esempio la compartecipazione dei dati in caso di un'emergenza acuta – dovrebbe far tenere in mente che l'ampia istituzionalizzazione della medicina rappresenta una minaccia all'intimità come risultato dell'aumento dell'eccessiva raccolta, dell'immagazzinaggio e dello scambio dei dati. D'altro canto, nelle situazioni dove la tempestività è essenziale, lo scambio dei dati via computer e schede è diventato un'abitudine visto che viene fatto milioni di volte al giorno, quando c'è bisogno di uno studio sistematico di questi problemi dal punto di vista della protezione del paziente e, perciò, della sua intimità.

Il libro dal titolo *The Catholic Hospital Today? The Future of Hospitals Operated by Charitable Sponsors* (L'ospedale cattolico oggi? Il futuro degli ospedali gestiti dalle opere di carità), contiene un capitolo degno di nota intitolato "Attention to minor details" (Attenzione ai dettagli minori) nella sezione "The Hospital as a Moral Subject" (L'ospedale come soggetto morale) di Gonzalo Herranz e Hans Thomas. Si dice che quando i pazienti ed i loro parenti giudicano un ospedale, essi spesso attribuiscono più importanza ad alcuni dettagli minori che sembrerebbero insignificanti per i livelli tecnologici dell'istituzione o per quelli scientifici dei medici e dei buon esiti dei trattamenti importanti.

L'ospedale deve avere un'atmosfera invitante e dev'essere un posto dove le persone si sentano al riparo e sicure. Inoltre, essi dicono che "gli altoparlanti funzionano contemporaneamente ai segnali e ai campanelli d'allarme", può svilupparsi allora un'atmosfera impersonale e la televisione diventa la prima fonte di rumore nelle camere. Il diletto di alcuni diventa un fastidio per gli altri, in modo particolare nelle camere a più letti. Un ospedale dovrebbe essere un luogo ospitale, come dice il nome, e anche chiunque vi lavora dovrebbe essere ospitale.

7. Cosa si può fare per salvaguardare l'intimità?

Forse vi avrà deluso il fatto che ho trattato il soggetto dell'intimità più da un punto di vista pratico che non da quello teorico, filosofico e sociologico, ma per il paziente l'intimità è una cosa molto importante proprio dal punto di vista pratico.

Una soluzione dignitosa al problema dello spazio – camere singole o a due letti – è il problema principale quando ci si trova di fronte ad una scarsità di fondi. Ho già detto che un esperimento con le "cabine" come soluzione di ripiego è migliore di una corsia aperta. Chiunque si trovi coinvolto nella malattia può soltanto ricevere un beneficio dalla *propria esperienza personale* che riguarda la malattia, le ferite, le operazioni o le infermità. Soltanto *dopo* si può comprendere quali *cose di ordinaria amministrazione* i medici e gli infermieri si dimenticano nelle *situazioni quotidiane.* Non mi sentirei di dirlo se non avessi fatto l'esperienza personale di una malattia grave che ha messo in pericolo la mia vita, dopo un trauma cranico e dopo le operazioni, la chemioterapia e le radiazioni che ho subìto per curare un tumore maligno.

La codificazione dei diritti del paziente da parte della World Medical Association, nella sua dichiarazione del settembre scorso, ha una grande importanza per l'intimità. Tuttavia, solo dei paragrafi, per quanto importanti possano essere se le persone sono costrette a vivere insieme, non sono abbastanza se noi stessi non abbiamo un profondo rispetto per i pazienti, esseri umani nostri simili, anche se in alcune occasioni potremmo trovarli non particolarmente piacevoli! In questo contesto, vorrei ricordarvi i molti "dettagli minori" che potrebbero essere evitati anche senza denaro. Bisognerebbe soltanto pensarci tutte le volte! È perfettamente naturale che l'amore e la compassione del Samaritano, che vede la vittima derubata e picchiata che giace lungo la strada, non è sempre presente nella pratica quotidiana, nei suoi continui confronti con innumerevoli persone malate e sofferenti. Dobbiamo però ricordarci sempre dell'insolita situazione di bisogno in cui il paziente si affida a noi. Il diritto naturale del paziente ed il nostro dovere di preservare la sua dignità personale potrebbero essere difficili da realizzare in circostanze iniziali, quando si lotta contro la scarsità di mezzi o si è sommersi da un gran numero di pazienti. Dobbiamo fare del nostro meglio per preservare quanto più possibile questa dignità, anche in queste situazioni: è un'esigenza tutt'altro che nuova e che non dev'essere considerata banale. Facciamo del nostro meglio per non dimenticarlo mai, ma per portarlo a compimento!

Dr. ERWIN ODENBACH
Neurologo e Psichiatra
Colonia, Germania

KARL-OTTO HABERMEHL

L'esempio di Ippocrate sulla neutralità e sulla universalità della medicina

Nella nostra vita si verificano molti eventi ed emozioni. Gioie e timori, successi e fallimenti, gentilezze e minacce sono i diversi tipi di esperienze a cui gli esseri umani attribuiscono grande importanza. Tutti noi ci troviamo costantemente di fronte a problemi sanitari; tuttavia, una malattia seria che ci colpisce personalmente può influenzare profondamente o cambiare le opinioni che avevamo in precedenza. Il fatto di essere malati ci fa rivalutare la nostra esistenza, e ci fa comprendere che la vita umana è limitata.

Quando ci troviamo di fronte alla malattia, di solito ci rivolgiamo ad un medico, credendo che egli farà del suo meglio per aiutarci. Ciò è vero se la malattia si può curare, se le nostre condizioni di salute possono migliorare, o se cerchiamo comprensione ed empatia quando ci capita una malattia incurabile. A seconda della gravità della malattia, dell'età del paziente e della sua presa di coscienza della situazione, il medico deve emettere un giudizio sul modo migliore per venire incontro ai bisogni del paziente. Qualunque sia il caso, il rapporto medico-paziente influenzerà profondamente la vita di quest'ultimo.

Dopo aver menzionato il rapporto di base medico-paziente, dobbiamo concentrarci su alcuni criteri differenti sui quali si basano le decisioni del medico.

Ovviamente l'interesse del medico verterà sul metodo più avanzato scientificamente per il trattamento del suo paziente. Tuttavia, è decisivo che il medico scelga una terapia che sia veramente per il bene del paziente, e che non sia influenzato da considerazioni sociali, economiche e filosofiche, o peggio dalla "moda".

Negli ultimi decenni, questo problema si è aggravato, in quanto la medicina si è evoluta. Da una parte, abbiamo visto progressi rivoluzionari in campi come la tecnologia genetica, i trapianti, e lo sviluppo della farmaceutica.

Dall'altra, i mezzi economici sono distribuiti in modo più irregolare di prima, e la scelta di una terapia è spesso influenzata da criteri economici. Questa dicotomia "crea un dilemma morale per il medico, che si trova sempre più in situazioni dove ciò che egli può fare non è ciò che gli è consentito fare. Ci possono essere situazioni in cui il principio morale non è più evidente, ma diventa un problema" (von Kress).

Gli sforzi fatti dalla società per stabilire norme etiche che guidino i medici in situazioni ambigue risalgono a 3500 anni fa. Possiamo trovare una guida etica ancor valida oggi nel *Corpus Hippocraticum*. Il *Giuramento di Ippocrate* chiede al medico di alleviare il dolore del paziente, di sostenere la natura ed il suo equilibrio naturale nella guarigione del paziente, sempre agendo per il bene di quest'ultimo. Il medico non dovrebbe somministrare trattamenti insensati ad un paziente incurabile, che è stato sopraffatto dalla malattia.

Sebbene parte delle richieste riguardino i ruoli professionali, esse non sono meno importanti per il paziente, in quanto garantiscono un trattamento ottimale, prendendo in considerazione lo stato dell'arte. Inoltre, in questo senso, esse aiutano a stabilire un rapporto di fiducia reciproca tra il medico e il paziente. Formulate nell'antichità, queste guide di Ippocrate ai comportamenti etici sono ancora valide; ad esempio, si ritrovano nel *Genfer Aerztegeloebnis* del 1948.

È evidente che i medici si confrontano con situazioni complesse, dove le norme classiche dell'etica medica non sono sufficienti a guidarli nel senso indicato da Ippocrate. Questi problemi sono universali ed indipendenti dalle nazioni o dai confini geografici.

Nonostante le molteplici decisioni, c'è una massima che rimane immutabile:

"La consapevolezza del medico della propria responsabilità nei confronti della vita eterna del paziente".

1. Criteri per la decisione

La molteplicità delle decisioni, la grande variabilità delle indicazioni mediche, le situazioni individuali dei pazienti, e le condizioni socio-economiche, richiedono un'attenta considerazione del procedimento.

Tra i diversi criteri che influenzano le nostre decisioni, vorrei evidenziare alcuni esempi. Di attuale importanza è il problema della base della decisione medica. Successivamente, bisogna discutere la cosiddetta "medicina super-tecnologica" e il problema di come la società possa sostenere i costi di questi sviluppi della tecnologia. Per concludere, vorrei sollevare la questione di chi abbia la responsabilità ultima della decisione del medico da un punto di vista morale e legale.

2. Le basi scientifiche della decisione medica

Il trattamento del paziente se-

condo i modelli etici richiede una pratica medica obiettiva e notevole. Soltanto quando il comportamento del medico è guidato da modelli strettamente scientifici, egli sarà in grado di ottenere un trattamento ottimale per i suoi pazienti. Nozioni vaghe sul corso di una malattia o su una terapia, a cui talvolta si fa riferimento come "metodi naturali di guarigione", si risolvono in trattamenti che non sono soltanto inadeguati, ma completamente disonesti. Non possiamo ignorare il legame ben determinato tra teoria e pratica nella medicina moderna, ed il modo scientifico di somministrare la terapia necessaria. Non troppo tempo fa, vi era ancora una netta distinzione tra la teoria e la pratica, basata su una nozione della scienza che fu sviluppata durante il rinascimento, ed ha avuto inizio con Bacone e Cartesio. L'idea era quella di trovare delle leggi universali attraverso l'esatta osservazione metodica dei singoli fenomeni (Schieder). La medicina era considerata una scienza applicata. Oggi, questa nozione della scienza non è più valida. Secondo una definizione del *British Medical Council*, la scienza oggi è pertinente se continua, ad un livello avanzato di ricerca, a produrre nuovi criteri, siano essi di tipo pratico o teorico. Su questa base, le scienze mediche cercheranno sempre di ottimizzare i benefici per il paziente.

3. Il problema della cosiddetta "Medicina super-tecnologica"

Avanzando in modo sorprendente, la medicina moderna è riuscita ad abbinare le conoscenze più recenti della patofisiologia e della biologia molecolare, così come le complicate innovazioni tecniche, con il lavoro pratico del medico. L'immenso apparato tecnico di un grande ambulatorio spesso spaventa il paziente. Egli ha paura di essere trattato come un oggetto, in una "catena di montaggio" o, peggio, di essere l'oggetto di un esperimento. Il caso opposto si verifica se seguiamo la guida etica della nostra professione.

Consideriamo gli sforzi tecnici che sono stati fatti in medicina con l'ausilio di relazioni appropriate. Anticamente, un medico avrebbe posto uno stetoscopio di legno sul torace del paziente; oggi, egli usa un fonocardiogramma. Una volta un'infermiera avrebbe misurato la pressione del paziente manualmente; oggi usa un apparecchio per la registrazione. Questi sono soltanto dettagli, che non modificano il principio del trattamento. Ma dobbiamo porre attenzione a non perdere di vista l'importanza delle norme etiche che non è venuta meno, e del rapporto medico-paziente che si basa sulla fiducia. Ciò è possibile soltanto se consideriamo il supporto tecnico così com'è: un supporto e basta, niente di più e niente di meno.

Solamente un'attenta analisi costi-benefici – basata sulla raccolta dei dati effettuata in modo imparziale – può aiutare il medico a prendere la decisione di quanto una certa terapia possa essere efficace, promettente e sopportabile. Un'analisi completa presume una conoscenza dettagliata di tutti gli eventi relativi alla malattia. Nella medicina moderna, l'acquisizione di tale conoscenza non è possibile senza un esteso supporto tecnico. Applicata correttamente, l'attrezzatura tecnica apporterà benefici al paziente, in quanto può proteggere dal prendere decisioni soggettive.

4. Problemi finanziari

Congiuntamente all'uso sempre più diffuso dei supporti tecnici nella medicina moderna, si discute costantemente a proposito dei relativi costi, e di come essi debbano essere distribuiti. Quelli che parlano di "impennata dei costi nei nostri ospedali" dovrebbero avere delle esatte priorità. Vorrei che fosse chiaro che non possiamo permetterci di fare a meno delle moderne innovazioni tecnologiche.

Contrariamente all'opinione di un gruppo di persone che vorrei chiamare "pessimisti culturali", il progresso tecnico e scientifico in medicina è importante per il beneficio dei pazienti.

In linea di principio, è contrario alla morale negare al paziente una terapia per ragioni economiche, qualora questa terapia fosse troppo costosa secondo il parere di una certa amministrazione. Prendere una decisione simile è certamente una delle prove più difficili, perché da un lato dobbiamo considerare il fatto che ogni beneficio terapeutico sarà limitato e che con ogni probabiltà sarà seguito da altri disturbi. Inoltre, bisogna tenere conto della natura limitata della vita umana. Ciò che rimane, è di solito un miglioramento a breve termine, o forse "soltanto" la speranza di questo miglioramento. Ma proprio questa speranza è la cosa più importante per il paziente in quel momento. D'altro canto, la società ha l'obbligo di adempiere agli obblighi sociali nei confronti della comunità. Questi sforzi possono in effetti migliorare la qualità della vita o perfino contrassegnare un evento secolare. Di conseguenza, il paziente, incapace nel suo stato di darsi un aiuto, ha bisogno di un avvocato che rappresenti i suoi interessi. Il medico dovrebbe compiere il suo dovere nel senso cristiano, "vedendo nel paziente l'immagine di Dio che vive in lui, e che domanda di rispettare la dignità del paziente" (Nakamura et al.).

5. Chi si prende la responsabilità delle decisioni mediche?

Anche se le decisioni mediche si basano sulla chiara conoscenza dell'argomento e su un'analisi scientifica precisa, esse sono continuamente influenzate da altri argomenti, di tipo politico e di tipo ideologico. La natura opportunista del processo politico, alcuni modi di ragionare in voga, o semplicemente disattenti di alcuni legislatori, hanno talvolta portato a leggi che non possono essere tollerate da un punto di vista morale. In particolare, mi sto riferendo alla legalizzazione dell'eutanasia, ed all'obbligo per il medico, da un punto di vista legale, di informare il paziente su tutti i dettagli della sua malattia, che comprensibilmente produce disperazione. A volte, i pazienti possono essere così terrorizzati dalla rivelazione di tutte le verità mediche da rifiutare i trattamenti salvavita.

Questa ed altre mancanze della legislazione, che regolano la professione medica, sono dovute agli sforzi dei nostri governi per regolare in modo esatto le decisioni

mediche che possono riguardare l'intimità del paziente. È questo un orientamento inquietante.

In realtà, il rapporto medico-paziente è troppo complesso ed individuale per adattarlo ad un semplice modello. Citerò Jaspers, il quale una volta disse che "il trattamento di un medico nei confronti di un paziente deve basarsi sulla conoscenza e sull'umanità". La conoscenza, così come il progresso scientifico, è soggetta a continui cambiamenti. L'umanità si misura incessantemente con mezzi convenzionali. Il mio insegnante e consigliere, il Professor von Kress – uomo prudente e attento – postulava il privilegio di un'élite per le questioni mediche quando diceva: "Le richieste sulla disposizione medica dei medici praticanti sono espresse più in questo campo che in altre professioni". Come disse Victor von Weizsaecker "è il medico stesso che deve subire le conseguenze delle sue azioni, senza cercare una guida da parte di leggi criminali o di statuti sui diritti umani. Non esiste nessuna filosofia morale che possa sostituire la sua ultima responsabilità". Per queste ragioni, le decisioni del medico non sono sempre in accordo con le norme nazionali. La neutralità e l'universalità della medicina è il fattore dominante.

Oggi, il rapido progresso nei campi scientifico, tecnologico, ed economico sta causando molteplici problemi. I cittadini dei nostri paesi stanno chiedendo che questi problemi siano risolti al più presto per mezzo di regolamenti governativi, e senza l'implicazione personale o la responsabilità del singolo. Così sono state create innumerevoli leggi, più o meno pragmatiche, che sono entrate in vigore, invadendo sempre di più l'intimità del singolo. Ciò che è peggio, è nella natura di queste leggi essere riviste frequentemente, col risultato di un tormento di revisioni ed emendamenti.

6. Correlazione tra legge e etica

Quando critico la frenesia legislatrice dei nostri governi, non voglio dire che il campo della medicina non dovrebbe essere regolato da leggi.

A proposito del "compito della legge e l'ordine di regolare la coesistenza umana e di evitare o risolvere i conflitti" (Lauffs), dovremmo puntare ad un sistema in cui "la legge ed un senso di etica personale siano il complemento l'una dell'altro, e fornire una struttura che permetta – e rispetti – il giudizio morale del medico" (H. G. Koch). Con un tale corpo legislativo, sarebbe possibile aiutare il paziente nello spirito del Giuramento di Ippocrate. I requisiti essenziali della pratica medica scrupolosa, poi, sono l'oggettività scientifica, un'alta qualificazione professionale, ed un rapporto medico-paziente fondato sulla fiducia. Il paziente può essere sicuro che il medico non farà mai niente che possa nuocergli, anche qualora gli venga chiesto.

Lasciate che veda il rapporto privilegiato medico-paziente in un contesto più ampio, legato alla società. Secondo Mitscherlich, due problemi opposti di adattamento stanno influenzando lo sviluppo individuale nella nostra società. Da una parte, siamo in grado di adattarci abilmente all'ambiente; dall'altra, siamo conservatori nel proteggere i nostri valori individuali ed i diritti. Il problema è, se nello sviluppo dell'umanità si debba favorire la personalità del singolo, in grado di pensare in modo alternativo, o la capacità umana di perfezionare il ruolo che ognuno è destinato a svolgere. Qual è lo standard con il quale ci dobbiamo misurare: se siamo in grado di difendere i nostri valori e i diritti riconoscendo quelli degli altri? O se siamo in grado di adattarci senza attrito alle organizzazioni, alle leggi e ai regolamenti che governano la nostra vita? Nell'ultimo caso, misureremmo le nostre capacità in modo da modificare la nostra mentalità, e distruggeremmo così le basi della nostra libera esistenza.

"La responsabilità presume la libertà", come disse Dietrich Bonhoeffer. Nessuna autorità ha la competenza per sganciare il medico dalla sua libertà per quanto riguarda una decisione medica. Siamo sicuri che l'integrità del nostro lavoro continuerà, per giustificare il sottolineato principio che il nostro servizio medico debba essere svolto nella "libertà della responsabilità", al servizio della vita eterna del paziente.

Prof. KARL-OTTO HABERMEHL
Professore Emerito di Virologia Clinica e Sperimentale nella Libera Università di Berlino, Germania

JESÚS CONDE

La sofferenza e il significato della vita

Introduzione

Forse come nessun'altra realtà umana, la sofferenza è stata descritta, studiata, meditata e espressa a partire dalle sue molteplici manifestazioni. E, senza dubbio, è una realtà che non può essere ridotta alla pura analisi scientifica, all'addomesticamento mediante la tecnica e la riflessione filosofica. Forse per questo motivo la scoperta di un significato e di un sentimento nel caso di un'esperienza tanto universale è estremamente problematica e polemica, ed al tempo stesso tanto oscura per la sete umana di comprensione e di dominio. Da questo punto di vista, e in un primo approccio, si potrebbe forse dire che gli esseri umani si dividono in due grandi gruppi: quelli che affermano che nella sofferenza, pur essendo essa un male, c'è la fonte di un sentimento costruttivo e benefico per la vita; e quegli altri che negano vi sia una qualche possibilità di sentimento o le attribuiscono esclusivamente un significato ed una carica puramente distruttivi.

Per trattare un tema tanto ampio come quello che mi è stato proposto, credo sia necessario fare diverse *precisazioni iniziali*. In primo luogo, distinguere il fatto che questa Conferenza Internazionale, come quelle precedenti, è stata promossa dal dicastero della Santa Sede destinato alla promozione della Pastorale Sanitaria nella Chiesa universale, e nel mondo, che si adopera di servire nel nome di Gesù Cristo. Bisogna aggiungere che è proprio in questo campo pastorale che ho acquisito, durante ventisei anni, l'esperienza che mi permette di dire qualche parola utile a proposito della *sofferenza ed il significato della vita.* E voglio aggiungere altresì la mia convinzione che la Pastorale è – e dev'essere – l'attività nella quale si integrano saggiamente e forzosamente la *pratica* assistenziale che proviene dall'imperativo evangelico assunto dalla Chiesa, e la *recta ratio agibilium*, e cioè la *riflessione* che viene ripristinata sotto forma di *saper fare* nel campo dell'azione pastorale e verso le altre conoscenze assistenziali cristiane e profane, da cui la teologia dogmatica e la medicina – risvegliandone la sintomatologia eloquente e la scienza occulta nei fatti e nell'esperienza.

Un'ulteriore precisazione viene dal titolo di questa Conferenza: *Da Ippocrate al Buon Samaritano*. La storia della cultura, della medicina e dell'assistenza sanitaria occidentale ha conferito a questi due personaggi figure emblematiche per il trattamento della sofferenza altrui provocata da ferite o da malattie, di modo che quando oggi li collochiamo davanti a noi, essi costituiscono due modelli carichi di significati e pertanto due fonti che apportano un senso agli operatori sanitari che desiderano *alle volte guarire, spesso alleviare e sempre consolare*, ed a coloro i quali a partire dalla propria professione o con il volontariato assistenziale e pastorale, desiderano realizzare la sfida del Sermone del Monte: *Beati quelli che soffrono, perché saranno consolati.*

Partendo da queste precisazioni, penso di poter dire qualcosa a proposito di: 1) quale specie di *significato* può apportare alla propria vita, ed offrire alla vita degli altri esseri umani che tendono oggi ad identificarsi più o meno coscientemente con Ippocrate e con il Buon Samaritano, quando si accostano ai *pazienti* – nel senso letterale della parola – con l'intenzione di assisterli a partire da questa identificazione; 2) quali *aspetti convergenti* e quali *divergenti* mostra oggi, a grandi linee, l'incarnazione di queste figure dopo la loro lunga evoluzione storica; 3) cosa può apportare la Chiesa, e più concretamente, la Pastorale Sanitaria, per ottenere un'*unione* il più completa e soddisfacente possibile tra gli *ippocratici* e i *samaritani* attuali, per quanto riguarda il conferimento di un vero sentimento umano e cristiano ad una vita che tutti continuiamo a fare come *via dolorosa.*

1. Ippocrate e il Buon Samaritano di fronte alla sofferenza

Come sacerdote destinato dalla Chiesa a dare un aiuto pastorale non solo ai pazienti infermi, ma anche ad un'altra ampia gamma di pazienti che sono coloro che li curano – familiari, operatori sanitari e volontari – sono stato e sono attualmente testimone di come i componenti di questa seconda categoria di pazienti vanno incontro alla sofferenza altrui e da questa si sentono colpiti, e manifestano questa impressione in modi diversi e peculiari. In non poche di queste persone, soprattutto gli *operatori* ed i *volontari* impegnati in compiti sanitari, vedo la figura incarnata ed alcuni tratti tanto di Ippocrate quanto del Buon Samaritano.

Lascio agli storici della medicina ed ai biblisti il compito di precisare minuziosamente sino a che punto e in quali aspetti le due figu-

re in questione possono essere trasportate nell'attualità. Da ciò che la storia della medicina e la esegesi biblica dicono al riguardo, mi interessa distinguere, come sacerdote, soltanto i tratti suscettibili di dare un senso alla vita, a partire dalla sofferenza *sperimentata nell'assistenza* ai malati afflitti. Sulla base di questo quadro preciso mi propongo di intravvedere Ippocrate ed il Buon Samaritano negli operatori sanitari di oggi. Ciò mi obbliga senza dubbio a dare uno sguardo, seppur superficiale e selettivo, agli studi storici ed esegetici su queste due figure.

1) Tre testi presi dalla *tradizione ippocratica* credo siano sufficienti per illustrare gli atteggiamenti dei seguaci di fronte alle sofferenze dei malati, e cioè: "*Il medico tramuta in propria preoccupazione il dolore altrui*" (Escribonio Largo)[1]; "*il medico, di fronte ai dolori altrui, soffre pene proprie*" (*De flatibus*, L. VI,90)[2]; "*lo scopo della medicina è quello di liberare gli infermi dalle sofferenze, alleviare gli attacchi acuti delle malattie, ed astenersi dal trattare coloro nei quali la malattia ha avuto il sopravvento, posto che in questo caso si sappia che la medicina non può più fare nulla*" (*De arte*)[3]. Dalla prima citazione, salta agli occhi che il medico ippocratico si *appropriava* in qualche modo del dolore del malato; nella seconda risalta il fatto che questa appropriazione portava *lo stesso* medico a soffrire; e dalla terza si deduce che questi due fatti – l'appropriazione del dolore altrui da parte del medico e la sua conversione alla sofferenza – erano una conseguenza non casuale o imprevista, ma coscientemente assunta con lo stesso obiettivo dell'assistenza medica, che induceva a *liberare gli infermi dalle loro sofferenze e ad alleviare gli attacchi acuti della malattia*. Ecco quindi gli inventori della medicina, in quanto tecnica razionale applicata, presentarsi come compartecipi del dolore e della sofferenza dei pazienti malati.

Per quale motivo, in quale direzione e fino a che punto gli ippocratici giudicarono assumibile e vincolante la *compassione assistenziale?* Il motivo basilare risiede nel fatto che la lotta ippocratica contro la sofferenza aveva profonde radici *religiose*, e persino *teologiche*[4]. La loro concezione di essere come *natura* (*physis*) e *principio* (*arkhé*) dell'ordine in ognuno degli elementi (*isonomía*) nella loro totale unità (*kósmos*), portava il medico ippocratico a considerare l'infermità come uno squilibrio (*monarkhía, dyskrasía*) e un disordine (*kaos*), e la sofferenza come la sua conseguenza dolorosa (*pathos, lypé*)[5]; vedevano cioè l'una e l'altra come realtà innaturali. Perciò, il dover combattere la sofferenza aveva un significato quasi religioso, e così lo esprime un apotegma latino di origine chiaramente ippocratico: *Divinum opus sedare dolorem*[6], quindi la naturalezza è per principio indifferente, apatica (*apathés*) e pertanto nel suo ordine divino non c'è la sofferenza. La medicina che oggi chiamiamo ippocratica nacque nella Grecia coloniale sulla base di questa *religiosità fisiologica*.

Il principale orientamento, il corso e la direzione che detta medicina adottò nella sua lotta contro il dolore consisteva nell'elaborazione di una *tecnica* (*tékhne*), parola che esprime la geniale scoperta dei greci nell'ambito dell'influenza del sapere applicato alla natura. Di fronte alla concezione magica, teurgica o puramente empirica della medicina che derivava dalle culture antiche, la scuola ippocratica (e con essa quelle di Crotone, di Cnido, ecc.) applicò le capacità della *mente umana* per comprendere, in termini di natura, le sofferenze associate alle malattie e per combatterle mediante la *tékhne iatriké*, un sapere che si atteneva al *quale* e al *perché* razionali dei procedimenti che dovevano essere adottati nei suddetti casi di sofferenza. La medicina ippocratica ha apportato alla storia dell'assistenza alla sofferenza umana, tra le altre cose, l'*imperativo del saper fare assistenza*, l'esigenza chiara e piena che, di fronte alle sofferenze degli infermi, non basta la *buona volontà* se non è seguita da una *buona attuazione*. Perciò, il terapeuta che vuole essere (eticamente) idoneo sappia che, per esserlo, è necessario che sia, anzitutto, un terapeuta ben preparato, competente.

Fino a che punto la compassione assistenziale vincolava il medico ippocratico nell'esercizio della sua professione con l'infermo sofferente e lo portava a dolersi con lui e per lui? La risposta, guardando una volta di più agli scritti del *Corpus Hippocraticum*, sembra chiara: fino al punto in cui le leggi inesorabili della natura gli permettevano di mitigare e di eliminare le sofferenze del malato, mediante l'applicazione della professione medica. E cioè, il medico ippocratico poteva unire al trattamento la compassione attiva verso l'infermo *solo* fino al punto in cui giudicava che la sua tecnica potesse essere efficace. Il summenzionato scritto *De arte* precisa che "*la medicina ha* [anche] *per scopo* […] *di astenersi dal trattare gli infermi nei quali la malattia ha avuto il sopravvento, posto che in questo caso si sappia che la medicina non può più fare nulla*".

Secondo la patologia ippocratica, certe malattie sopravvenivano per necessità della natura (*kat'anánken tes physeos*) e nei loro confronti l'impiego della tecnica medica non solo risultava inutile, ma persino peccaminoso perché equivaleva ad andare *contra naturam*; erano malattie tecniche, morali e religiosamente incurabili. Altre malattie, viceversa, sopraggiungevano per puro caso (*thyké*) e costituivano, unitamente alle sofferenze che arrecavano, l'oggetto proprio della professione del curare e dell'alleviare. Il naturalismo

radicale degli ippocratici estendeva la comprensione e la pratica della *filantropia* (amore per l'uomo) del terapeuta nei confronti dell'infermo sofferente, solo fino a dove fosse stato possibile ristabilire in lui la perfezione della natura, e cioè fino al suo ristabilimento. L'etica e la religiosità del medico ippocratico impedirono di oltrepassare questo punto. L'essere umano veniva considerato *solo natura*, e a tale convinzione bisognava attenersi. La concezione personale dell'essere umano, compreso il malato sofferente, fu estranea al pensiero greco; emerse con il cristianesimo, che oltrepassò i limiti del naturalismo ippocratico e diede una prospettiva all'assistenza dei malati, un imperativo e delle alternative di azioni nuove e, sotto certi aspetti, illimitate.

2) Accanto alla figura di Ippocrate, e di fronte ad essa, questa Conferenza Internazionale colloca la figura del Buon Samaritano. Credo che ciò non sia dovuto soltanto al fatto che egli è un modello cristiano di assistenza ai sofferenti ma, secondo l'espressione di Giovanni Paolo II, al fatto di essere "*diventato una delle componenti essenziali della cultura morale e della civiltà universalmente umana*"[7]. In effetti, il Papa dice che "*non senza motivo, anche nel linguaggio abituale si chiama* opera del buon samaritano *ogni attività in favore degli uomini che soffrono e di tutti coloro che hanno bisogno di aiuto*". Cosa c'è in questa figura che le ha fatto trascendere il suo tempo di origine storico-letteraria, giungere fino a noi e continuare ad essere un simbolo per coloro che assistono i sofferenti di oggi? Giovanni Paolo II risponde a questa domanda in modo schietto e sicuro, mediante tre affermazioni progressive[8], relativamente al significato e alle implicazioni, e cioè:

a) Buon Samaritano è "*ogni uomo che si* unisce *alla sofferenza di un altro uomo, qualuque essa sia* [...] *ogni uomo sensibile alla sofferenza altrui*". Di fronte al ferito, che la parabola presenta come il tipico rappresentante degli uomini nei confronti dei quali bisogna avere misericordia, il Samaritano è il segno di un atteggiamento umano universale di fronte alla sofferenza, e che consiste nella commozione e nella conseguente decisione di *avvicinarsi* spontaneamente a chi soffre. Nell'ambito concreto dell'assistenza ai sofferenti, il Samaritano è la viva espressione del fatto che "*assistere un infermo senza la volontà di perfezione deve essere sempre, sia chi pratica quest'opera di assistenza un medico o un profano, un* atto d'amore [...] *di un amore che viene prima della conoscenza tecnica e della prescrizione dei farmaci*"[9].

Ma quale significato – quale ca-

pacità di richiesta – ha la parola *amore* nel contesto puramente cristiano a cui appartiene la parabola del Buon Samaritano? Pedro Laín Entralgo, eminente medico e cristiano di vocazione, risponde a questa domanda in modo a mio giudizio tanto sicuro che non posso non riassumerlo:

"*Per i cristiani, l'amore – l'agape – possiede una coerenza religiosa e metafisica che esige un triplo comandamento:* a) Ama il tuo prossimo *come te stesso* (intendendo cristianamente per *prossimo* qualunque essere umano al quale ci si *avvicina* vedendolo in stato di bisogno). *È questo l'insegnamento della parabola del Buon Samaritano. La novità rispetto al pensiero greco è tanto chiara quanto fondamentale*. b) Ama il tuo prossimo *come se* fosse Cristo. *Così si può formulare la lezione morale contenuta nel passaggio escatologico di* Mt. 25, 39s: I miei fratelli più piccoli *sono, in generale, tutti gli esseri umani che, per un motivo qualsiasi, hanno bisogno di compagnia e di aiuto*. c) Ama il tuo prossimo come se *tu stesso* fossi Cristo. Così dichiara, tra gli altri, il passaggio di Giovanni 15,12: Amatevi gli uni gli altri, come io vi ho amati. *Il cristiano deve amare gli altri come Cristo amò gli uomini*"[10].

L'apporto della donazione amorosa ai sofferenti è per il seguace di Cristo, all'inizio, illimitato e frenato solo dalla prudenza e dalla umiltà operativa che la sua *fragilità umana* gli impone.

Cristo è l'incarnazione più pura del Buon Samaritano in questo atteggiamento iniziale di porsi accanto ai sofferenti. I vangeli mostrano con molta chiarezza come Gesù non potesse essere testimone di una sofferenza senza rimanerne profondamente commosso. Alla vista delle persone, che accorrevano a lui *stanche e sfinite* (cfr. Mt. 9, 36) *provava compassione* (cfr. anche Lc. 7, 13) e dispiacere. Questi sentimenti erano l'indole emotiva e l'impulso primario che metteva umanamente in marcia la sua attività come terapeuta dotato di una *filantropia* universale, senza eccezioni. Per il Cristo Samaritano, dirà Paolo, *non c'è giudeo né greco, non c'è schiavo né libero* (cfr. Gal. 3, 28) al momento di accostarsi a chi soffre, di essere fondamentalmente prossimo oltre ai limiti mosaici o ippocrati. *Chi è debole, che anch'io non lo sia? Chi riceve scandalo, che io non ne frema?* dirà lo stesso Paolo (2 Cor. 11,29).

b) Buon Samaritano, dice inoltre Giovanni Paolo II, "*è colui che* offre aiuto *nella sofferenza...di qualsiasi tipo essa sia. Aiuto efficace, fino a dove è possibile*". Questa azione è cio che fa diventare il Buon Samaritano un simbolo allegorico degli *operatori sanitari* – professionisti e volontari – di tutti i tempi[11]. Non è esagerato dire che i ministeri e le attività della Chiesa verso i sofferenti, durante tutta la sua storia, sono sorte da un'atteggiamento basato sul volontariato, promosso dal modello di Cristo, Buon Samaritano, Pastore "*venuto ad offrire liberamente la propria vita*" (cfr. Gv. 10, 17), mandato "*a fasciare le piaghe dei cuori spezzati*"

(Is. 61, 1); esempio che giunge fino ai nostri giorni e che ispira *tutti coloro che svolgono il proprio servizio verso il prossimo sofferente, impegnandosi volontariamente nell'aiuto da buon samaritano"*[12]. E lo stesso dicasi dei medici e degli altri operatori sanitari cristiani[13]. Da quando il cristianesimo incorporò in modo deciso la medicina ippocratico-galenica nel suo progetto assistenziale, la figura del Cristo Medico[14] è stata per i medici terapeuti cristiani la versione adattata alla circostanza della figura del Buon Samaritano. Così si uniscono la *filantropia* ippocratica e la *caritas* operativa cristiana, la capacità tecnica e l'apporto del volontariato assistenziale: in questa offerta di aiuto ai sofferenti, nel suo intento comune di convertire la compassione in apporto efficace di conforto di fronte al dolore. Ma risalta anche la novità del sentimento cristiano e la radicalità del suoi imperativi.

Già il cristianesimo primordiale seppe creare una valida struttura sanitaria, partendo dalla base del *volontariato,* visto che durante il primo secolo e mezzo della sua storia poté contare a stento sull'aiuto della medicina ippocratica[15]. Le prime comunità cristiane mostrarono come la scarsità di mezzi economici e tecnici non fosse un ostacolo insormontabile per poter fornire ai sofferenti un'assistenza all'altezza delle loro necessità più profonde, compensando questa scarsezza con *cure umane e spirituali.* La infrastruttura di detta assistenza si basava soprattutto sulle risorse umane che emergevano quasi sempre dalla propria base comunitaria. Da allora è stata questa, per i volontari, la forza dominante nella storia dell'assistenza cristiana fino ai giorni nostri[16].

Rispetto all'assistenza professionale da parte dei cristiani, bisogna esaminare una serie di novità, a partire dalla comprensione evangelica, e cioè: il superamento del contrasto tra *assistere* e *curare,* contrasto tanto radicato nella medicina moderna e contemporanea[17]; la pratica di "*una specie di psicoterapia verbale o psicologica di tipo morale e religioso* [...] *indirizzata ad una corretta collocazione intellettuale ed affettiva del malato nella prova dolorosa che la sua infermità rappresenta"*; l'accettazione di assistere i malati incurabili e i moribondi da parte del medico cristiano, di fronte all'astensione tecnica e morale del medico greco, e ancora da parte di molti medici fino ad arrivare ai giorni nostri; e, da ultimo, il valore terapeutico e morale della *convivenza con il dolore.* Questa ultima novità mi porta alla terza affermazione di Giovanni Paolo II.

c) Buon Samaritano è *l'uomo capace di donare se stesso.* È radicato qui l'aspetto più profondo di

ciò che ho voluto far risaltare nel mio intervento: il raggiungimento dell'implicazione personale che si richiede al volontario o all'operatore sanitario cristiano nell'assistenza ai pazienti. Dalla tradizione ippocratica appare chiaro che questa assistenza comporta per il terapeuta un certo *dolorido sentir,* per dirlo con una bella espressione di Garcilaso de la Vega y Azorín, ma fino a che punto arrivano le sue implicazioni? Credo che, ancora una volta, sia la tradizione cristiana a rivelare la profondità e l'esigenza di queste implicazioni. Vediamolo brevemente.

Il vangelo di Matteo, nella sua descrizione dell'attività terapeutica di Gesù, illustra il *prezzo personale* che l'assistenza sanitaria richiede a chi la pratica – sia esso un professionista o un volontario – sempre che sia vera, completa e profondamente umana. Secondo il testo di Matteo (8, 16s), Gesù curando compiva la profezia di Isaia: "*Egli ha preso le nostre infermità e si è addossato le nostre malattie"*. Leggendo questo testo, e quello di Isaia (53, 4), al quale si fa riferimento in chiave assistenziale, bisogna dire che l'elemento tecnico è necessario, ma *non sufficiente,* in ogni azione terapeutica che non sia meramente precisa; in altre parole, che detta azione non si riduca all'emissione di una diagnosi e all'applicazione di un trattamento tecnicamente impeccabile fino a che, per essere una relazione umana continua e *scambievole,* dia forza al terapeuta per *donare se stesso* e *farsi carico delle sofferenze*: dare una parte, maggiore o minore, secondo i casi, di sé, della sua intimità; e farsi carico di parte delle sofferenze patite dal malato, siano esse di indole organica, fisica o psichica. Il terapeuta che desidera essere tale ad immagine di Cristo, Buon Samaritano e *Medico delle anime e dei corpi,* dev'essere consapevole del fatto che curare le sofferenze altrui richiede di *ammalarsi anch'egli* in una certa misura, per essere *terapeuta ferito* dalle sofferenze dei pazienti ed apportare in questo modo "*quello che manca alle tribolazioni di Cristo, attraverso* [la consolazione del] *suo corpo, che è la Chiesa"* (cfr. Col. 1,24).

2. La sofferenza nell'assistenza ai malati

Questo argomento purtroppo attira a malapena l'attenzione delle attuali istituzioni sanitarie, compresa la pastorale generale della Chiesa, eccezion fatta per gli studi psicologici e pastorali che cominciano a comparire relativamente al *burn out,* alla successiva arsura della pratica assistenziale di fronte alla sofferenza. Nonostante ciò, si tratta di un fatto constatabile da qualunque osservatore attento e senza dubbio apprezzabile giornalmente da parte di coloro che esercitano la Pastorale Sanitaria. Per questo motivo, ho creduto opportuno fissare la mia attenzione su questo lasciando da parte altri aspetti compresi nel tema generale della *sofferenza e del senso della vita.* Questo richiede il carattere

pastorale del mio lavoro in nome della Chiesa. Il giusto esercizio della Pastorale Sanitaria non consiste soltanto nella pura esecuzione delle azioni che le sono proprie; è al tempo stesso un osservatorio privilegiato dei segni obiettivi e dei sintomi soggettivi manifestati nei destinatari; segni e sintomi che devono ottenere l'attenzione di tutte le discipline assistenziali, così come dell'antropologia e della teologia[18].

Vorrei iniziare poi ad esporre brevemente e schematicamente la semiologia e la sintomatologia che l'osservatore pastorale percepisce nei sanitari che curano i sofferenti[19]. Comincerò dai *volontari*. Agli occhi della società e della Chiesa essi appaiono come la reincarnazione di una filantropia che si credeva quasi estinta, e che per questo motivo costituiscono un *simbolo* prezioso che tutti cercano di far risaltare al massimo. Inoltre, per numerose istituzioni, orientate al mondo della sofferenza, essi costituiscono un *filone* di persone per vocazione propense e disposte a realizzare compiti la cui indole si scontra con la mentalità propria di una società propensa alla superficialità e all'edonismo. Di solito sono persone ben preparate a portare a compimento queste missioni con adeguata competenza e con abilità, ma l'aiuto di cui hanno bisogno supera di molto questa preparazione. Il *prezzo del dolore* che devono pagare per essere fedeli a questa loro vocazione di samaritani si manifesta nelle perplessità angosciose che mostrano rispetto al fatto di essere all'altezza dei compiti di cui si incaricano, nel non sapere come né dove, né chi alleggerire dalle sofferenze che vengono gettate su di loro e alle quali assistono, e con la sensazione di non essere oggetto di attenzione e sufficientemente considerati sotto questi aspetti dalle istituzioni per conto delle quali lavorano. Questi fatti, comprovati troppo frequentemente dalla sensibilità propria della Pastorale Sanitaria, provocano in non pochi di questi samaritani una sintomatologia di stanchezza, instabilità, disillusione e amarezza che, se non vengono debitamente percepite e trattate, possono recare perlomeno un abbassamento della loro efficienza, e che, in certi casi, può arrivare a provocare profonde crisi psichiche e spirituali.

Gli *operatori sanitari*, compresi quelli cristiani, si trovano a modo loro nella stessa situazione. È opinione comune che essi siano, come regola generale, *immunizzati* di fronte alle sofferenze dei malati che assistono, e a quelle dei loro familiari, già che si è soliti credere che la loro professione dia loro una specie di corazza emozionale. Di fatto, spesso gli operatori sanitari infondono sicurezza ai malati ed ai loro familiari: *Voi siete ormai abituati a vedere malattie e sofferenze*. Le *cause* di questa opinione possono essere riassunte nel numero di tre: in primo luogo, l'immagine che la società ha degli operatori sanitari, di quelli che vede come tecnici della salute e delle cure, la cui efficacia sembra debba essere accompagnata da una fredda oggettività scientifica, insensibile al dolore o alle emozioni altrui; influisce anche la stessa educazione ricevuta dagli operatori sanitari, nella quale lo studio delle discipline scientifiche ha avuto finora la priorità, a scapito degli *aspetti umani* – compresa l'assistenza spirituale – nei loro programmi di formazione; da ultimo, è d'obbligo menzionare lo sforzo che molti di loro fanno per difendersi dalla enormità della sofferenza alla quale sono esposti ogni giorno con il loro lavoro, sforzo con il quale cercano di stabilire una distanza di fronte ai propri pazienti, giustificandola con il numero della equanimità e dell'oggettività scientifico-tecnica, senza prevedere che l'angoscia è più contagiosa dei microrganismi patogeni. Quanti di questi samaritani ippocratici hanno bisogno oggi essi stessi di una diagnosi e di un trattamento umano e pastorale, lenitivo delle sofferenze inevitabili delle quali *si fanno carico*, e restauratore dei grandi sforzi che essi fanno!

In realtà chiunque abbia una minima sensibilità umana e pastorale può facilmente scoprire che gli operatori sanitari hanno bisogno di aiuto e di considerevoli appoggi che però non sono soliti vedere nelle istituzioni sanitarie né, nel caso dei cristiani, nella propria Chiesa. Ecco un'enumerazione sommaria di queste necessità:

– Necessità di *sfogo*, motivata dalla repressione sistematica che deriva dal ripetuto contatto con la sofferenza dei malati e dei loro familiari; e necessità di contare su canali adeguati allo scopo.

– Necessità di contrastare e compensare le non poche *lamentele* e i *reclami* che ricevono dai malati e dai familiari, alcune delle quali sono dovute a negligenza o a cattiva prassi da parte degli operatori sanitari, ma molte hanno per causa i difetti del sistema sanitario, del quale sono anche vittime dirette.

– Necessità di trovare – anch'essi – un *sentimento* soddisfacente per un lavoro duro e che non offre di solito molte gratificazioni.

3. Il senso che apportano alla vita gli ippocratici ed i samaritani di oggi

La questione dell'apporto di un senso alla vita a contatto con la sofferenza sperimentata assistendo i malati, può e dev'essere chiarita con altre due domande, per esporre la sua ampiezza e dare una risposta completa, seppur breve.

La prima domanda riguarda il fatto che la sofferenza è un *segno*, e il suo significato per chi lo sperimenta a contatto con i pazienti: quali aspetti significativi della vita, che passano impreparati in altre esperienze, gli operatori sanitari incontrano nella loro esperienza assi-

stenziale? La risposta è forzosamente progressiva. In primo luogo, essi incontrano una delle forme più laceranti della presenza del *male* nel mondo e, con essa, il segno della *infermità* congenita che San Paolo scoprì in tutto il creato[20]. Tutte le culture umane hanno considerato la sofferenza un male che non doveva esistere. Ma, al contrario di coloro che hanno sostenuto e sostengono che bisogna evitare e *passare lontano* dalla sofferenza propria o altrui, gli ippocratici e i samaritani di ogni epoca hanno scoperto nella sofferenza un'indigenza umana, suscettibile di essere trattata assistendo chiunque la patisce, e cioè un *motivo di progresso* umano, sia esso di tipo corporale o psichico, scientifico o spirituale. La tradizione ippocratica scopre nella sofferenza, e nelle infermità delle quali è il segno, una grande *sfida* alla capacità umana di infondere un certo ordine ed armonia al caos, mediante la ragione e le tecniche che è in grado di inventare. La tradizione samaritana, vale a dire cristiana, invita da parte sua a mobilitare di fronte alla sofferenza non soltanto le risorse razionali e naturali, ma l'*intera persona* di chi presta le cure, e da questa le risorse della redenzione di Cristo, *Medico* che si fa *Servo e Malato* e per mezzo di questo triplice atteggiamento, integrato nella sua Persona, *cura, allevia e consola.* Solo mediante il cristianesimo l'operatore sanitario che cura scopre il suo radicale carattere umano, di essere per costituzione *indigente ed offerente*, bisognoso ed al tempo stesso in grado di aiutare nel bisogno.

La seconda domanda ha a che vedere in modo diretto con lo stato d'animo: Quale orientamento imprime alla vita degli operatori sanitari l'esperienza di assistere i sofferenti? A contatto con la sofferenza presa in esame e patita nella assistenza agli infermi, gli ippocrati sono venuti costruendo il *continuo progresso della medicina* fino ad oggi e verso un futuro che si prevede ancora più straordinario; sono gli operatori del miracolo tecnico nei quali noi cristiani vediamo in esercizio la *potenza di Dio ordinata* per mezzo della beneficenza lenitiva; per quanto riguarda la loro parte, i samaritani sanitari ci incoraggiano a lavorare per un'assistenza sempre più integrale, che risponda alle ripercussioni della sofferenza nelle dimensioni organica, psichica, sociale e spirituale del paziente, e lo fa a partire da tutte queste stesse dimensioni presenti, e pertanto suscettibili di essere operative, nell'operatore volontario e in quello professionale. Il modello di questo *progresso integrale* è una volta di più Cristo il quale, in quanto *Uomo Nuovo* è la sintesi totale, in questo caso del sofferente e del terapeuta, che si attribuiscono, si integrano e si trasformano nella loro persona.

Da ultimo, Cristo è il sentimento che oggi, e per il futuro, esige una grande *alleanza* tra Ippocrate ed il Buon Samaritano, tra l'intelligenza ed il sentimento, tra la ragione e la volontà, tra la scienza e la fede, tra la tecnica e la carità, tra il *curare* e l'*assistere.* Lo percepiamo in questo modo nella Pastorale Sanitaria. E a partire da essa chiediamo al resto della Chiesa di dare risolutamente impulso a questa alleanza al suo interno, e di far sì che tutti i cristiani si preoccupino sempre più di *assistere coloro che assistono*, giacché grazie alle sue ferite, come a quelle di Cristo, tutti gli altri ed essi stessi *siano curati* (cfr. 1 Pe 2, 24).

P. JESÚS CONDE
Delegato Diocesano
di Pastorale Sanitaria a Madrid (Spagna)

[1] Citato da PEDRO LAÍN ENTRALGO nella *Historia de la Medicina,* Ed. Salvat, Barcelona 1987, p. 135.

[2] Citato dallo stesso autore ne *La relación médico-enfermo,* Alianza Ed., Madrid 1983, p. 98.

[3] Citato dallo stesso autore nella medesima opera, p. 99.

[4] L'affermazione è di DIEGO GRACIA GUILLÉN, ne *El dolor en la cultura occidental;* cf. *Fe cristiana y sociedad moderna,* vol 10, Ed. SM, Madrid 1982, p. 27.

[5] Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *Hist. Med,* p. 92-95; "La relación…" p. 68-70).

[6] D. GRACIA GUILLÉN, l. c.

[7] GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Salvifici Doloris, sul sentimento cristiano della sofferenza umana,* 11 febbraio 1984, n° 29.

[8] GIOVANNI PAOLO II, *o. c.* n° 28.

[9] P. LAÍN ENTRALGO, *La relación…* p. 105.

[10] P. LAÍN ENTRALGO, o.c. p. 107-108.

[11] *"La conception de la asistencia que dimana de la doctrina y conducta de Jesús imprimió una evolución decisiva a la cultura y la praxis sanitarias de Occidente y, a travs de ellas, a las de toda la humanidad"* (J. CONDE HERRANZ, *La aportacion de la Iglesia a sanidad,* da *Evangelio y su propria tradición,* in *Labor Hospitalaria,* Organización y Pastoral de la Salud, n° 223, 1992, p. 72).

[12] GIOVANNI PAOLO II, *o.c.* n° 29.

[13] Lo riconosce anche il Papa, in un paragrafo della precedente lettera: "*Quanto ha del buon samaritano la professione del medico, dell'infermiere, e degli altri operatori sanitari!".*

[14] A proposito di questo titolo, del suo significato e delle sue implicazioni, cfr. il magnifico studio di MANUEL GESTEIRA GARZA, *Christus Medicus, "Jesús ante el problema del mal",* nella Rivista española de Teologia 51 (1991) p. 253-300.

[15] Cfr. GRACIA GUILLÉN, *El cristianismo y a asistencia al enfermo,* in *Labor Hospitalaria,* Organización y Pastoral de la Salud, n° 184, 1982, p. 67.

[16] Per un'esposizione più dettagliata di questo punto e degli altri che seguono, cfr. J. CONDE HERRANZ, *o. c.* p. 73-77.

[17] P. LAÍN ENTRALGO, *o. c.* p. 128s.

[18] Un apporto pastorale più dettagliato e più completo su questo tema si può trovare in vari lavori pubblicati nel numero monografico del *Labor Hospitalaria* dedicato a "El sufrimiento en la enfermedad. Claves para vivirlo sanamente", n° 235, gennaio-marzo 1995.

[19] Cf. J. CONDE HERRANZ, *Los cuidadores del ser humano enfermo,* in *Introduccion a la pastoral sanitaria,* Delegación de Pastoral Sanitaria, arzobispado de Madrid, Settembre 1994, p.22-24 (documentazione ad uso interno).

[20] *Nostra debolezza* la chiama San Paolo in Rom. 8, 26, estendendola a tutta la creazione nei versetti 19-22.

[21] Per esempio, e per motivi diversi, lo stoicismo antico, il buddismo di ogni tempo, o la *moderna religione della "dicha",* ancora tanto estesa in Occidente.

STANISLAW GRYGIEL

La civiltà della tristezza e la cultura della gioia

"La tristezza secondo Dio produce una conversione irrevocabile che porta alla salvezza, mentre la tristezza del mondo produce la morte"
(2 Cor. 7, 10)

L'uomo desidera vivere più pienamente. Egli sa cosa deve fare per poter avere l'abbondanza. Non gli è chiaro, però, cosa debba fare per soddisfare il desiderio di essere più pienamente. L'essere in pienezza è qualcosa di molto lontano e le vie, sulle quali egli cammina nel suo misero presente, lo conducono solo ad un altro presente altrettanto misero e fuggevole.

L'uomo non solo desidera essere più pienamente. Egli anche si sente chiamato ad un tale essere ed è quindi responsabile della sua risposta. L'essere più pieno, allora, è affidato alla sua libertà come un compito. Ma dove iniziano le vie di questa libertà? Senza dubbio vi si accede "attraverso la fede"(Ebr. 11, 8-9) e nella speranza. Infatti, esse conducono oltre il tempo e lo spazio in cui si trovano soltanto le cose da possedere. Dove, però, si trovano quei confini oltre i quali comincia il regno della libertà? Di fronte a tali domande l'uomo viene preso da una grande tristezza e inquietudine, perché egli sa che da lui dipende se questa tristezza "si cambierà in gioia" (Gv. 16, 20) oppure comincerà a degenerare in una disperazione "irrevocabile".

"Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico..." (Lc. 10, 25-37). Con la parabola del Samaritano Cristo ha risposto alla domanda del dotto in Legge "che devo fare per ereditare la vita eterna?". Il dotto in Legge sapeva che l'uomo può parlare del regno della libertà, cioè della vita eterna, solo sotto forma di domanda. Non sapeva però che la risposta si trova non in una frase particolare, ma nel cambio della direzione di vita. Il desiderio di essere più pienamente apre all'uomo la dimensione religiosa della sua vita.

La parola religione deriva dal latino *relegere*, cioè legare, raccogliere in uno, leggere, camminare. L'uomo legge tutto ciò che è. In un modo particolare deve leggere quel testo che egli stesso è; deve raccoglierlo in un tutt'uno e legarlo con Colui che lo ha scritto, cioè con Dio. Il bene della verità scritta su ogni essere unisce l'amore dell'uomo con l'Amore di Colui che nell'atto della creazione ha amato per primo tutto ciò che è[1]. È proprio a partire da ciò che l'uomo cammina verso Dio o, in altri termini, è qui che egli Lo adora "in spirito e verità" (Gv. 4, 24) e viene raggiunto dalla libertà propria della vita eterna.

Cristo disse che la vita eterna attende tutti coloro che con tutto il cuore amano Dio e il prossimo come se stessi. Quando il dotto ha chiesto "e chi è il mio prossimo?", Cristo con la storia del Samaritano misericordioso gli ha mostrato che il problema è stato posto male: non devi chiedere chi è il tuo prossimo, ma tu stesso diventalo per gli altri! Cambia la direzione della tua esistenza!

Sulla via che portava a Gerico si trovavano anche il sacerdote e il levita.

Essi però oltrepassarono il ferito con indifferenza e senza riguardo; non si stupirono e non si "commossero" per l'altro; non lessero il contenuto e non amarono il bene che si svelavano nel suo essere ferito; non cambiarono la direzione della loro esistenza. Gli affari che dovevano sbrigare a Gerico rendevano "i loro occhi [...] incapaci" di vedere (Lc. 24, 16), così che non riconoscendo la verità e il bene nell'altro non gli resero giustizia.

Non la resero neanche a se stessi. Si fecero guidare non da ciò che si è svelato nell'esperienza della presenza di un altro uomo, presenza che ci obbliga moralmente, ma dalle cose da fare e da avere che li aspettavano a Gerico. Oltrepassarono, dunque, quell'uomo che chiedeva, come Giobbe, giustizia per la sua dignità ferita[2]. Nella loro mentalità, così vicina al nostro modo scientista di pensare, non c'è posto per il sacrificio delle proprie idee e dei propri affari per la verità e per il bene dell'uomo.

Il formalismo del sacerdote e del levita, che offusca a loro ciò che è, ha fatto sì che essi non si siano resi protagonisti di una storia degna di essere narrata. Il tempo della loro discesa "da Gerusalemme a Gerico" è un tempo vuoto; non vi succede nulla. Essi rimarranno nel Vangelo come immagine di persone che banalmente vanno in qualche luogo, convinte che proprio lì sbrigheranno le questioni legate al senso della loro vita. Trattano questo senso come se fosse un "indovinello" da risolvere con l'aiuto di ragionamenti. Pensano di sapere cosa è il male che consuma l'uomo. In fin dei conti, il progresso che essi, oltrepassando l'uomo aggredito dal male, credono di poter fare non è

che un succedersi dei gesti e dei canti vuoti, ritualmente ripetuti.

Il Piccolo Principe chiamerebbe gli uomini di questo genere funghi che si gonfiano di orgoglio[3]. Così la licenza monta in superbia e rifiuta di ricevere il dono dagli altri. Colui che ha già risolto l'"indovinello" dell'uomo, lo tratta come oggetto da cui non ci si può aspettare nulla. Lo oltrepassa dunque ed entra a "Gerico" con la stessa spensierata sfrontatezza con cui un giorno Edipo entrò a Tebe dopo aver risolto l'indovinello della sfinge. Non dimentichiamo che lì, pur avendo avuto il potere e il piacere, sia a lui stesso che ai suoi cari è toccata una sorte tragica.

Il sacerdote e il levita costruiscono una civiltà che allontana l'uomo dall'uomo e indirizza la loro estatica esistenza o in altre parole la loro vita spirituale verso il vuoto. Infatti, là dove non ci sono incontri c'è solo ciò che non è: il vuoto[4]. Nel mondo in cui l'uno non incontra l'altro un'allegria spensierata si identifica con una tristezza disperata. Il loro intelletto privato della verità di ciò che è presente, la loro volontà privata del bene, si piegano su se stessi e si perdono nella ricerca di metodi efficaci per creare comodità e piaceri. La menzogna delle illusioni intelligentemente costruite devasta il loro spirito; lo rende malato. Lo spirito decide la coscienza morale dell'uomo. Spirito malato, coscienza morale malata.

Nella Bibbia il vuoto e la tristezza che ne emana compaiono per la prima volta in Caino (Cfr. Gen. 4, 6). Caino crede di sapere in cosa consista il male che lo tormenta; vede la sua causa nella particolare presenza di suo fratello. Con invidia osserva la sua felicità, non accorgendosi che Abele la riceve, aprendosi con magnanimo realismo alle divine dimensioni della propria esistenza. Caino si muove sterilmente nel vuoto dei calcoli che aumentano solo l'abbondanza ma non trasformano l'essere umano. Perciò egli cessa di essere, come direbbe Platone[5], "un uomo demoniaco", cioè spirituale, esperto in questioni decisive per il senso della vita, e diventa "un semplice operaio", che conosce soltanto questo o quel "mestiere". Chiuso nel "mestiere" porta in sé la morte per gli altri, invece di diventare loro prossimo.

"Nessuno è così triste come me. [...] Ora guardo in me stesso e vedo che sono [...] morto.

Ho detto ch'ero triste? Ho mentito. Non è triste né gaio, il deserto, l'incalcolabile nulla delle sabbie sotto il nulla lucido del cielo: è sinistro. Ah! darei il mio regno per versare una lacrima!"[6]. Egisto, re di Argos, che nelle *Mosche* di Jean-Paul Sartre pronuncia queste parole, il "mestiere" che consiste nel dominare i meccanismi della

natura socio-politico-economica ha reso inutile la presenza dell'altra persona. Di conseguenza, egli non è presente neppure per se stesso. Secondo i calcoli, che gli permettono di essere qualcosa, ma non qualcuno, il tempo dell'amore generoso di Antigone, il tempo dedicato agli altri, è tempo perduto. In un mondo creato da persone spiritualmente malate ogni Antigone sarà condannata a morte.

La verità affida il suo mistero all'uomo nella misura in cui egli esiste nel dialogo con un altro uomo. Essa fugge da coloro che in solitudine e dunque sterilmente costruiscono opinioni, "ombre" di verità, quella meccanica *doxa* della caverna degli schiavi di Platone, oppure faccende da sbrigare a "Gerico". La verità e il bene non sopportano l'industria della verità e del bene.

La malattia dello spirito termina con l'accidia *(acedia)*. L'uomo è attaccato allora dalla tristezza, in cui la preoccupazione *(anxietas, angustia)* per il male in agguato e talvolta per il bene altrui, come se esso fosse male per lui stesso *(invidia*[7]), paralizza la mente e la volontà. L'uomo diventa inerte non solo nel conoscere la verità e nell'amare il bene *(agere)* ma anche nell'attività esteriore *(facere)*[8]. L'accidia confina con la disperazione.

Il sacerdote e il levita avevano certamente le loro cose, non avevano però la dimora, in cui essere se stessi. La dimora si edifica solo *in communione personarum*. La pusillanimità che non permetteva loro di fermarsi accanto all'altro uomo, li ha fatti diventare senzatetto. I senzatetto non costituiscono una società, ma una sua apparenza chiamata folla. La folla è sempre piena di accidia. Il suo attivismo non è che un'altra forma di accidia. L'incapacità delle persone spiritualmente ammalate di prendere decisioni creative e di svolgere un lavoro creativo fa sì che nella folla l'*ars gubernandi*, costituente il prolungamento dell'*ars creandi*[9], cede il posto a ciò che chiamerei *ars administrandi*. In una struttura amministrativa, l'*ars dominandi* diventa la logica delle relazioni sociali. La lotta per le funzioni nell'amministrazione va di pari passo con il servilismo. Quest'ultimo dà inizio ad una politica apparente, il cui compito, come avrebbe detto Aristotele, non "è il promuovere l'amicizia", e dunque anche la giustizia, poiché "la giustizia e l'ingiustizia hanno luogo soprattutto tra gli amici"[10]. Nella folla gli uomini si preoccupano non tanto della costruzione della casa comune, quanto piuttosto dei propri interessi contro le leggi governanti una dimora comune[11]. In questo modo comincia a prevalere un'apparente economia e un'apparente cultura, in cui la comodità e il piacere funzionano come principi del pensiero, dell'azione e dell'essere.

Non costruendo una casa familiare, la persona umana perde quel patrimonio che decide la sua identità e la sua dignità, così come la perse il figlio minore nella parabola evangelica, lasciando il padre e il fratello e partendo "per un paese lontano" (cfr. Lc. 15, 13).

Nel vuoto del "paese lontano" perisce l'uomo.

La via della libertà dalle apparenze della vita e della tristezza che "produce la morte" (2 Cor. 7,10) passa attraverso l'uomo ferito dal male. Ciò che avviene in *com-passione*, che lega il Samaritano all'uomo ferito dal male, crea la storia che, come avrebbe detto Platone, potrebbe salvarci se le "diamo fede"[12].

Nulla avviene nella vita degli uomini chiusi all'alterità. Il sacerdote e il levita non sono capaci di ricevere le cose nuove che li sorprendono, perché non sono liberi. Il Samaritano era aperto sicché quando la presenza dell'uomo ferito gli ha fatto "resistenza" si è fermato ed ha cambiato i suoi piani. La verità che gli si è rivelata nell'altro uomo lo ha posto davanti alle dure sfide. Rispondendo ad esse, il Samaritano dà all'altro la precedenza rispetto ai propri affari a Gerico. Il Samaritano non ha fretta. Dà all'altro il proprio tempo. È capace di darlo, poiché ne ha il dominio. Misura la propria libertà con il Futuro più grande del tempo. Questo generoso realismo gli permette di essere padrone di se stesso e dunque di esistere come dono per gli altri.

Il Vangelo dice che il Samaritano si è profondamente commosso per l'uomo assalito dal male; "ne ebbe la compassione". Le lacrime di commozione hanno purificato i suoi occhi, così che il Samaritano ha scorto ciò che né il sacerdote né il levita hanno visto. Le lacrime permettono al Samaritano di scorgere la verità che l'uomo può solo domandare. Proprio per questo esse lo introducono nel dialogo. La verità che decide la vita dell'uomo si rivela a quelli che attraverso la *com-passione* entrano nella *communio personarum.* È solo nel dialogo comunionale che si risveglia negli uomini la capacità di pensare nel senso più profondo del termine[13].

Che cosa ha commosso così profondamente il Samaritano? Il Samaritano è stato commosso per l'essere umano minacciato dalla morte. Egli si è commosso per la contingenza dell'essere dell'uomo. È proprio la contingenza dell'uomo che, commuovendo il Samaritano, gli indica una via diversa da quella che lo portava solo a Gerico. Ed è di questa altra via che il Dotto in Legge chiese a Cristo. Attraverso le lacrime, il Samaritano vede più profondamente ciò che è. Continuerà ad andare a Gerico. Però lo farà in un modo diverso. Compiendo atti, ai quali qui e ora lo obbliga questa presenza dell'altro uomo, atti nei quali c'è un momento divino di sacrificio che giustificherà sia l'essere del Samaritano, sia quello dell'altro; li rafforzerà tutti e due e li difenderà dal precipitare nel vuoto

della tristezza che "produce la morte".

Nella "commozione" del Samaritano c'è la tristezza che san Tommaso d'Aquino chiama misericordia[14]. È allora, in essa, che nascono sia il pensiero eroico che l'esistenza ugualmente eroica, cioè la filo-sofia nel senso socratico del termine. Sa pensare colui che sa vivere, e sa vivere chi sa soffrire insieme ad altri, cioè colui che si fa loro prossimo. Il pensare è dialogo; nella solitudine il pensiero muore, perché la solitudine è sterile. Il re Edipo comincia a comprendere la verità dell'uomo, che non ha nulla in comune con gli indovinelli, solo quando sua figlia Antigone, come il Samaritano, lo conduce nelle terre natali.

Il pensiero eroico e l'esistenza eroica che costituiscono l'essenza del lavoro creativo, aprono l'uomo, parlando religiosamente, alla risurrezione[15]. Non dimentichiamo che Cristo ha raccontato la storia del Samaritano in risposta alla domanda che fare per ereditare la vita eterna. La posta in gioco nella vita dell'uomo è la grandezza di Dio. Proprio per questo l'uomo può solo fare domande sulla verità del suo essere.

In *com-passione,* liberi dal calcolare, pensiamo ed esistiamo con responsabilità e fedelmente. In essa, le nostre azioni hanno il loro seguito nel nostro pensare ed esistere con l'altro e per l'altro uomo; *creatio est continua gubernatio.* Il Samaritano ha medicato le ferite del poveretto, lo ha accompagnato in un ostello, lo ha affidato all'albergatore promettendo di ritornare (Lc. 10, 34-35); egli "si prese cura di lui". La commozione del Samaritano crea uno spazio per le relazioni interpersonali. Nel suo lavoro, con il quale egli si rende prossimo dell'altro uomo, entrano gli altri. È così che nasce la società. Nella parabola evangelica, la società nasce quando nella *com-passione* nel lavoro che univano il Samaritano con il ferito entra il proprietario dell'ostello.

Della società di persone che creativamente si fanno prossimi gli uni degli altri, diceva la volpe al Piccolo Principe: "tu hai dei capelli color dell'oro. Allora sarà meraviglioso quando mi avrai addomesticato. Il grano, che è dorato, mi farà pensare a te. E amerò il rumore del vento nel grano [...] Non si conoscono le cose che si addomesticano. Gli uomini non hanno più tempo per conoscere nulla. Comprano dai mercanti le cose già fatte. Ma siccome non esistono mercanti di amici, gli uomini non hanno più amici. Se tu vuoi un amico addomesticami!"[16]. "Addomesticare" l'altro, dirgli *volo quod sis* (sant'Agostino), desidero che tu sia meglio di quanto sei, significa trasformare il mondo.

Se così stanno le cose con l'uomo, allora la società nel suo significato più profondo del termine nasce quando l'eros-desiderio di avere l'abbondanza, concepito nella Miseria umana, venendo riempito da quell'ἐρώμενον[17] che è l'Abbondanza Divina, diventa un desiderio di esistere in modo divino, di donare cioè se stesso agli altri. Platone intuiva questa verità, quando attraverso le labbra

di Diotima diceva, che "la divinità non si mescola all'uomo, ma per mezzo di Eros si svolge ogni rapporto ed ogni colloquio tra gli dei e gli uomini, desti o dormenti che siano"[18]. "L'uomo demoniaco", a differenza del "semplice operaio" *(homo faber)*, si comporta come *ponti-fex;* costruisce ponti tra gli uomini e Dio[19]. Li costruisce facendosi prossimo dell'altro uomo; il *ponti-fex* esiste per gli altri.

Il Vangelo non dice cosa è successo con il dotto in Legge, che ha interrogato Cristo sulla vita eterna, "per metterLo alla prova" (Lc. 10, 25). Certamente l'attaccamento alla scienza posseduta che era il suo Gerico gli rendeva più difficile il rendersi prossimo. L'abilità di Edipo nel risolvere indovinelli riguardanti solo le funzioni acquisite facilita all'uomo l'entrata a Tebe o a Gerico, ma gli rende più difficile entrare nella vita eterna (cfr. Mc. 10, 23-25). Il giovane ricco "se ne andò triste, poiché aveva molte ricchezze" (Mt. 19, 22). I surrogati della verità e del bene sbarrano la via alla felicità, chiamata *beatitudo*, poiché indeboliscono nell'uomo la capacità di ricevere la verità e il bene[20] che egli può solo divenire.

Cristo parlava della nuova vita a Nicodemo, che non venne per metterLo alla prova, ma per conoscere la verità del desiderio del suo cuore. Cristo parlava della nuova vita alla Samaritana, che facendo domande sulla vita eterna la chiedeva. La pace irradiata da Nicodemo e la gioia della Samaritana si comunicano agli altri. Uomini così felici portano agli altri la verità di Dio sull'uomo, verità presente in essi. Essi sono apostoli.

La gioia della felicità è frutto della reciproca presenza laboriosa delle persone: "quando tu guarderai il cielo, la notte, visto che io abiterò in una di esse, visto che io riderò in una di esse, allora sarà per te come se tutte le stelle ridessero"[21]. La gioia della felicità è frutto del coltivare comune la terra che Dio ha dato alla comunità dell'amore, Adamo ed Eva, e non ai singoli (cfr. Gen. 1, 28). Non parliamo del lavoro, della cultura e della felicità, se non le viviamo comunionalmente e se non ne parliamo religiosamente[22]. Non bisogna a riguardo aggiungere nulla alle parole di Platone: "Chi [...] ha seriamente coltivato l'amore del sapere e i pensieri veraci, e questa tra le facoltà proprie ha soprattutto esercitate, è, credo, affatto necessario che pensi cose immortali e divine, ove possa attingere il vero; e che a lui, fin dove alla natura umana è dato di partecipare all'immortalità, nessuna parte gliene faccia difetto; e come a colui, che cura sempre il divino e rispetta scrupolosamente il genio tutelare, il demone, che in lui coabita,

sia anche in particolar modo assicurata l'eudemonia, cioè la felicità della vita"[23].

Tutti siamo chiamati a farci prossimi l'uno dell'altro. Allo stesso tempo, però, tutti siamo assaliti dal male. Perciò, troppo spesso ci oltrepassiamo l'un l'altro senza misericordia. La nostra situazione è misera. Nella parabola del figlio prodigo il fratello maggiore non si è fatto prossimo del proprio fratello ferito. Avendolo oltrepassato senza misericordia verso il suo Gerico, anche lui ha sperperato l'eredità paterna. Se non fosse per la presenza del Padre, che non cessa di farsi prossimo di tutti i suoi figli, in quel canto che è la nostra esistenza dominerebbe una disperata tristezza e una ugualmente disperata allegria di uomini che si allontanano verso un "paese lontano", dove regna una selvaggia ingiustizia. Solo nella storia che si compie alla presenza del Padre "alla fine anche ciò che è selvaggio deve venire al luogo sacro dai paesi lontani" (F. Holderlin, *Friedensfeier).* In questo luogo sacro in cui *sunt lacrimae rerum et gaudium et spes,* comincia a regnare la misericordia giusta e la giustizia misericordiosa.

Prof. STANISLAW GRYGIEL
Professore di Antropologia Filosofica all'Istituto "Giovanni Paolo II" per gli studi su matrimonio e famiglia nella Pontificia Università Lateranense, Roma.

[1] I cosiddetti trascendentali della metafisica classica, p. es. l'essere, il vero e il bene *(ens, verum et bonum)* orientano l'intelletto e la volontà dell'uomo a Dio. La metafisica non ha senso, se, parlando di ciò che diviene per poter essere, non parla di Dio.

[2] Cfr. STANISLAW GRYGIEL, *Il senso della sofferenza in un mondo secolarizzato,* in: *"Il Nuovo Areopago"*, nr. 2/1995, p. 12-28. La parabola del Samaritano misericordioso mostra che l'obbligo morale non deriva dai ragionamenti, ma dalla presenza dell'uomo per l'uomo, presenza che ci chiama ad atti di misericordiosa giustizia.

[3] ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY, *Il Piccolo Principe,* Milano 1993, Bompiani, p. 37

[4] Conviene ricordare qui le parole di Aristotele, secondo il quale l'amicizia "è una cosa necessarissima per la vita. Infatti nessuno sceglierebbe di vivere senza amici, anche se avesse tutti gli altri beni" *(Ethica Nicomachea, 1155 a).*

[5] PLATONE, *Convito,* 203 a.

[6] JEAN-PAUL SARTRE, *Mosche,* II, 3 e 4.

[7] Cfr. *Summa Theologiae* I-IIae, 35, 8, c.

[8] Cfr. SAN TOMMASO DI AQUINO, *Summa Theologiae,* I, 63, 2, ad 2 *(Acedia* [...] *est quaedam tristitia qua homo reditur tardus ad spirituales actus).*

[9] Cfr. Il classico detto *creatio est continua gubernatio.*

[10] *Ethica Eudemia,* 1234 b.

[11] La parola economia deriva dal greco *oîkos* (casa) e *nómos* (usanza, legge).

[12] Cfr. PLATONE, *La Repubblica,* 621 c.

[13] Cfr. STANISLAW GRYGIEL, *Il senso della sofferenza in un mondo secolarizzato,* op. cit..

[14] Cfr. *Summa theologiae,* I-IIae, 35, 8, c; *(misericordia, quae est tristitia de alieno malo, inquantum aestimatur ut proprium).*

[15] Mi sembra che nel pensare eroico e nell'esistere altresì eroico ha inizio e si compie la cosiddetta terza via di San Tommaso d'Aquino. È nella profonda commozione per l'uomo che si manifesta la contingenza del nostro essere ed esistere.

[16] Cfr. come prima, pag. 93 e s.

[17] ARISTOTELE, *Metafisica,* A, 1072 b.

[18] PLATONE, *Convito,* 203 a. Cfr. anche 178 c, d.

[19] Cfr. PLATONE, *Convito,* 206 d, e.

[20] La parola latina *beatitudo* deriva dal *beatus,* che si riferisce a chi ha ricevuto il bene, *bonum.*

[21] ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY, *Il Piccolo Principe,* op. cit. p. 116.

[22] Le parole *cultus* e *cultura* derivano dalla parola *colo,* cioè coltivo. Solo lavorando in modo comunionale "coltiviamo la terra" così come conviene a persone libere, cioè persone legate alla verità e al bene che provengono da Dio. Lavoriamo dunque per l'uomo, adorando Dio nella verità e nel bene di ciò che è.

[23] PLATONE, *Timeo,* 90 b, c.

WANDA POLTAWSKA

La responsabilità del medico nella vita del paziente

Introduzione

Da secoli la professione del medico è oggetto di particolare stima. Alcuni l'hanno chiamata libera professione, altri vocazione; addirittura si è ritenuto che fosse non una professione, ma un'arte, *ars medica.*

Questo "mestiere", totalmente volto al bene dell'altro, ha sempre comportato una particolare responsabilità, che si rivela nella formulazione, fin dai tempi di Ippocrate, di una diversa e indipendente etica professionale, accettata da tutti i medici del mondo. Questo codice etico, applicato all'esercizio della medicina, giustifica la fiducia che la gente pone nei medici. La stima generale è la risposta alla specificità di questa professione, degna di rispetto.

Si è così determinata una particolare dipendenza del paziente dal medico; tale dipendenza esiste ancora, anche se l'opinione generale sui medici non è sempre piena di stima e di ammirazione. Negli ultimi decenni, infatti, l'ethos dei medici ha subito cambiamenti talmente sostanziali che è venuto necessario precisarne di nuovo i contenuti autentici. Si è cioè determinato un bisogno urgente di ridefinire in modo preciso doveri e diritti dei medici.

1. L'etica tradizionale dei medici e l'etica cattolica

L'etica tradizionale di Ippocrate non si opponeva in nessun modo all'etica cattolica, e per secoli i medici cattolici, prestando il giuramento richiesto, non hanno avuto alcun problema. Solo i cambiamenti introdotti nel testo del giuramento hanno provocato conflitti e lacerazioni. Poiché sotto i regimi totalitari spesso i medici erano esecutori di molteplici compiti politici, tali regimi hanno preteso di controllare e dirigere la loro attività professionale, togliendo alla professione del medico la propria indipendenza. Esemplifica bene questa situazione l'attività dei medici tedeschi durante l'epoca di Hitler, conclusa dalla infame condanna a morte per molti medici in seguito al processo di Norimberga. È stato infatti il Tribunale Supremo di Norimberga che, nel 1947, ha restituito alla medicina la propria indipendenza, stabilendo in modo univoco che il medico deve seguire esclusivamente la tradizionale etica professionale e la propria coscienza di medico, senza essere obbligato a sottomettersi a nessuna legge prescritta da altre istituzioni. Il medico è cioè autorizzato ad opporsi a eventuali richieste contrarie alla sua coscienza professionale.

Potrebbe sembrare che un'affermazione di questo tipo avesse salvato l'*ethos* della professione dai vari pericoli.

Potrebbe sembrare, cioè, che, a partire dal processo di Norimberga, nel campo della medicina mondiale la situazione fosse decisamente cambiata.

Al contrario, i crimini giudicati a Norimberga, come per esempio il fatto di uccidere i malati per accorciare una vita ormai inutile, o l'uso di persone per compiere esperimenti, giudicati allora in modo univoco "crimini", hanno avuto nel frattempo l'accettazione sociale, ed attualmente molti medici svolgono delle attività che al processo di Norimberga sarebbero state condannate in quanto crimini.

Questa significativa trasformazione dell'etica professionale crea, per i medici cattolici, un problema fondamentale, o in ogni caso dovrebbe crearlo, perché esiste un conflitto di base tra l'attuale pratica medica e i principi dell'etica cattolica, cui il medico cattolico è tenuto ad uniformarsi nell'esercizio della propria professione. D'altra parte anche il paziente credente ha diritto di aspettarsi, da parte del medico, comportamenti e consigli conformi ai principi del Decalogo. Simile situazione crea una inevitabile dicotomia tra i medici di tutto il mondo, che si evidenzia nella frequente creazione di organizzazioni di medici cattolici.

La tradizionale etica di Ippocrate obbligava i medici alla osservanza di alcuni punti fondamentali, che sono vincolati fino ad oggi per ogni medico onesto, indipendentemente dalla sua concezione del mondo:

a) Primum non nocere – soprattutto non fare male

Questo principio obbliga ad uno studio e ad un aggiornamento continuo per giungere a diagnosticare con esattezza la patologia in atto e, in caso di dubbi, obbliga a cercare l'aiuto di colleghi con maggiore preparazione ed esperienza (la tradizionale chiamata a consulto sta sparendo; ogni medico considera se stesso un'"autorità"); obbliga allo studio e alla ricerca continua di nuove e più efficaci metodologie di cura ma, nello stesso tempo, obbliga alla prudenza e alla riflessione a lungo termine, pone cioè in guardia dall'accettazione frettolosa delle novità, perché talvolta i metodi di cura proposti provocano

nel paziente effetti peggiori della malattia stessa. È importante innanzitutto prendere in considerazione le forze immulogiche dell'organismo e possibilmente rafforzarle. Obbliga ad una certa umiltà.

b) Salus aegroti suprema lex esto

Il dover mettere la salute del paziente al primo posto nell'esercizio della medicina determina la costruzione di un numero sempre maggiore di ospedali e case di cura, al fine di poter curare l'ammalato nei modi e nei tempi necessari.

Ma per il medico credente il concetto di salute deve includere qualcosa di più della semplice salute del corpo.

Nella concezione cristiana l'uomo non è mai solo corpo, ma una persona che ha la sua origine in dio, che ha un'anima e che ha quindi in sé una dimensione d'eternità ed è ad essa finalizzata, è cioè finalizzata alla felicità eterna.

Per tale concezione dell'uomo l'idea di *"salus"* deve comprendere l'intera prospettiva del destino umano. Di conseguenza né la terapia né i suoi effetti possono essere in opposizione alla dignità umana ed alle sue responsabilità.

Il medico cattolico non può praticare una terapia che comporti, per esempio, la necessità di togliere la vita ad un'altra persona, come avviene nella cura chirurgica di Alzheimer e in altre malattie curate mediante trapianto.

Da qui si origina la fondamentale differenza tra il comportamento dei medici credenti e quelli non credenti – una divisione ormai sempre più profonda – perché un cattolico non può prescrivere a un paziente un mezzo abortivo o anticoncezionale, non può proporre la sterilizzazione né la manipolazione genetica, ecc. Anche la cura della sterilità non può avvenire attraverso la fecondazione artificiale, indegna dell'uomo, né la cura delle neurosi sessuali può comportare la proposta di commettere adulterio, ecc.

Se la preoccupazione per la salute, che è il principio base di tutta l'attività del medico – *"suprema lex"* – deve prendere in considerazione non solo la vita terrena, ma anche la vita soprannaturale del paziente, allora i consigli del medico non possono nuocere nell'anima. Anzi, il medico cattolico deve accettare il primato dell'anima nei confronti del corpo e occuparsi del suo destino.

Per questo, se un neonato ha una salute incerta o vi è pericolo di vita, il medico cattolico deve preoccuparsi che sia subito battezzato o, se un paziente è gravemente ammalato, che abbia la possibilità di avere l'assoluzione e l'unzione degli infermi.

Tutti i consigli del medico, ri-

guardanti sia la terapia che la profilassi, devono prendere in considerazione la visione esatta ed integrale dell'uomo. A tal fine il medico deve non solo conoscere ma anche accettare i principi dell'antropologia cristiana e ad essa sempre adeguarsi.

2. La giusta concezione dell'uomo nel confronto tra antropologia cristiana, biologismo e utilitarismo

Il medico può trattare il paziente nel modo giusto solo quando accetta la concezione fondamentale dell'uomo rivelata da Cristo stesso che, se è stato "contro corrente" rispetto alla concezione del mondo dei suoi tempi, è ugualmente "contro corrente" rispetto alle idee predominanti nel mondo di oggi. Prima che il medico si avvicini a un paziente deve sapere chi egli è. L'etica cristiana, l'etica più rigorosa, esige che nella persona sottoposta alla sua decisione il medico veda ... Dio stesso; chiede al medico non di dominare il paziente, ma di servirlo; impone il rispetto derivante unicamente dal fatto di essere un uomo, perché per un cristiano essere "uomo" significa essere figlio di Dio, creato a immagine di Dio stesso.

Il medico cattolico deve accettare l'origine divina dell'uomo, di ogni uomo, indipendentemente dallo stato e dallo sviluppo del suo corpo. In ognuno deve vedere questo valore fondamentale che è la dignità della persona umana.

Questa persona è chiamata alla vita dello Spirito, e in questo punto l'etica cattolica si oppone totalmente ed univocamente al biologismo, che vede nell'uomo solo un insieme di cellule del padre e della madre, senza tener conto dello Spirito che dà e mantiene la vita. Il medico deve accettare il fatto che il vero datore nella vita non sono i genitori, poiché essi trasmettono solo la vita ricevuta da Dio Creatore; di conseguenza, esclusivamente il Creatore può essere considerato il Signore della vita, a Lui soltanto deve essere lasciata la decisione sia del momento della nascita che di quello della morte. Il rispetto verso la persona deve condurre al rispetto per il corpo umano e dettare il modo di comportarsi. Il diritto alla vita è il diritto primario di ogni uomo, compito del medico è quello di tutelare ogni vita, in particolare la vita minacciata, debole e malata. È ovvio che il medico non ha il diritto di uccidere né un bambino non nato, né una persona anziana la cui vita sta per finire. Il cattolico non può mai e in nessuna situazione togliere la vita.

"In dubio mitius": nel dubbio scegliere la soluzione più mite. Questa regola di comportamento del medico, specialmente degli specialisti, pur non volendo, finisce con il favorire una scelta non corretta, cioè l'accettazione del principio del cosiddetto male minore! Ma il medico cattolico non può mai scegliere il male, qualunque esso sia: né il male maggiore, né il male minore. La scelta del male è sempre un peccato.

Molto significative sono a tal proposito le parole di Gesù: "Guai al mondo per gli scandali! È inevitabile che avvengono, ma guai all'uomo per colpa del quale avviene lo scandalo" (Mt. 18, 7).

Ora, poiché le decisioni giuste dipendono dalle convinzioni personali del medico, non è ininfluente chi il medico sia e in che modo realizzi la propria vita. L'antropologia cristiana, che inquadra la vita umana nella prospettiva dell'eternità, pone delle esigenze univoche. L'uomo non ha solo la vita ricevuta in dono, ma anche i compiti ad essa relativi, deve cioè essere perfetto "come è perfetto il Padre celeste" (Mt. 6, 48). Il medico deve dunque esser .... santo, perché questo è il compito primario della vita di ogni persona, ed il cattolico ne deve essere consapevole. Così, a parte i doveri nei confronti dei pazienti, anche nei propri confronti il medico ha doveri precisi, e si può tranquillamente affermare che i primi condizionano i secondi (interessanti a tal proposito i consigli sulla vita sessuale dati alla TV da un medico che aveva avuto quattro mogli).

Infine, principio fondamentale dell'attività di un cristiano deve essere sempre l'amore verso il prossimo, un amore totale. "Amerai il prossimo tuo come te stesso" – dice il Vangelo, e non è possibile pensare di realizzare tale amore quando lo si condiziona ai vantaggi economici che se ne ricavano, nei confronti dei quali bisognerebbe conservare sempre una totale indipendenza. Nella storia dell'umanità vi sono molte figure eccezionali di medici, la cui attività è stata animata da un amore per il prossimo spinto fino all'eroismo; per esempio, i medici polacchi che hanno deciso di morire insieme ai loro pazienti durante le persecuzioni naziste (dr. Zdzisław Jaroszewski)[1].

Ma l'amore per il prossimo si deve dimostrare anche con il rispetto che si ha verso il corpo di ogni uomo, con la delicatezza e la cordialità con cui lo si tratta. Infatti, poiché la dignità della persona umana include anche il suo corpo, il paziente ha il diritto di essere trattato in modo che la sua dignità non sia né ferita né umiliata. Un problema a riguardo è quello di ritenere sempre indispensabile che il paziente si spogli senza rispettarne il pudore (per esempio, in radiologia: non è vero che il paziente deve spogliarsi; nelle cliniche private americane è impensabile. L'esame radiologico, infatti viene eseguito sul paziente coperto da una tunica, perché si sa che la stoffa non provoca ombre).

Infine, il medico è spesso presente al momento della morte. Ora, per un credente, la morte è l'incontro con Dio "faccia a faccia", e l'uomo deve prepararsi a questo

momento con infinita serenità. Di conseguenza il paziente non può essere buttato in un corridoio e nascosto dietro un paravento, lasciato come una cosa ormai inutile, e il medico cattolico ha il dovere, assistendo alla sua morte, di pregare per lui, di preparare con tutta la delicatezza possibile la sua famiglia ad affrontare questo momento, e persino di renderne possibile la presenza perché la morte sia davvero umana.

Il medico cattolico deve impegnarsi affinché nelle stanze dei malati su una parete ci sia la Croce e un prete possa assisterli, al fine di non creare *hiatus* tra la teoria e la pratica dell'*ethos*.

3. La casistica

Osservando l'attività dei medici che si dicono cattolici si nota una sostanziale divergenza tra l'affermazione di appartenere alla Chiesa, avendo ricevuto il Battesimo e in seguito i sacramenti della Cresima e del Matrimonio, e il loro comportamento nell'ambito professionale.

L'ambiente medico è semplicemente corrotto e di ciò sono colpevoli tutti i medici, anche quelli cattolici. Basta ricordare quanto è avvenuto il 13 dicembre 1993 in Polonia quando, pur essendo presenti i rappresentanti dell'Unione dei Medici, i cattolici votarono contro i principi dell'etica. I medici cattolici si caratterizzano per la debolezza e la prontezza al compromesso, per il loro sottomettersi con facilità alle pressioni dell'ambiente per trarne profitti e popolarità. Senza fine si potrebbero citare esempi di degrado morale degli ambienti medici, non per biasimarli, ma per intraprendere iniziative atte a migliorare tale situazione.

Un modo è la pastorale sanitaria, l'iniziativa della Chiesa cattolica che, per esempio, a Cracovia possiede una tradizione particolare, perché per molti anni è stata compito del Santo Padre.

Infatti la Chiesa, preoccupata per la salvezza dell'uomo, dà precise indicazioni. Ma la conoscenza dei documenti della Chiesa è tra i medici spaventosamente scarsa, anche se molti documenti papali riguardano proprio i problemi di cui essi si occupano o dovrebbero occuparsi.

Pertanto, primo compito del medico cattolico è avere una profonda conoscenza della dottrina della Chiesa e confrontare le proprie concezioni con i principi dell'etica cattolica: non solo le regole generali, ma anche la loro applicazione alle concrete situazioni della vita.

Attualmente esiste una enorme tentazione di seguire ambienti "progressisti" e liberali, tentazione dettata semplicemente dalla volontà umana. Al contrario, il medico deve trovare il suo posto di strumento della Grazia divina, non arrogarsi i diritti appartenenti al suo Creatore. Così, non spetta al medico decidere il momento della nascita, né chi deve avere il bambino, o quando è bene uccidere la nonna.

Anche la fecondazione "in vitro" costituisce una tentazione per

gli ambienti medici in nome del cosiddetto progresso della scienza. Indubbiamente essa rappresenta un certo sviluppo delle possibilità tecniche, ma per quanto concerne la dignità umana questo modo di nascere si oppone alla sua essenza: è a misura degli animali, che sono tutt'altra cosa dall'uomo. Ora, pur non negando il bisogno di curare la sterilità, è necessario porre contemporaneamente limiti precisi all'intervento della scienza.

Il medico cattolico:

1) mai, in nessun caso, può uccidere un bambino; non esiste nessuna diagnosi medica che autorizzi ad uccidere.

Possono esserci solo cure particolari quando la gravidanza presenta delle complicazioni, perché si tratta sempre di salvare due persone;

2) non può né porre né eseguire la fecondazione artificiale "in vivo" o "in vitro", indipendentemente dal fatto che sia etero o omologica;

3) non può indurre il paziente all'onanismo per controllare la quantità degli spermatozoi, anche perché i risultati non sono mai sicuri. Esistono infatti persone che hanno cinque figli, sebbene l'analisi dello sperma avesse dimostrato una scarsità quantitativa o qualitativa;

4) non ha motivo di fare in tutti i casi la diagnosi prenatale, che deve servire solo per una eventuale cura, mai per uccidere;

5) non può proporre alle persone malate di AIDS, o di altre malattie veneree, l'uso del preservativo, in quanto solo l'astinenza è il mezzo profilattico sicuro;

6) deve affermare in modo chiaro che la verginità non contraddice la natura e diffondere una visione autentica della sessualità umana. Non esiste nessun meccanismo fisiologico che costringa la persona all'attività sessuale;

7) nei conflitti matrimoniali non può mai consigliare il divorzio come soluzione della situazione conflittuale;

8) non può condizionare il suo servizio al vantaggio economico che ne trae;

9) non ha il diritto di uccidere una persona gravemente ammalata, adducendo come pretesto la cosiddetta misericordia. Nessuno sa quanto i momenti difficili della malattia possano essere necessari alla salvezza;

10) non può cedere a nessuna pressione di qualunque tipo, ma deve sempre lasciarsi guidare dal codice dell'etica cattolica, anche qualora questo comporti perdite finanziarie o addirittura di prestigio;

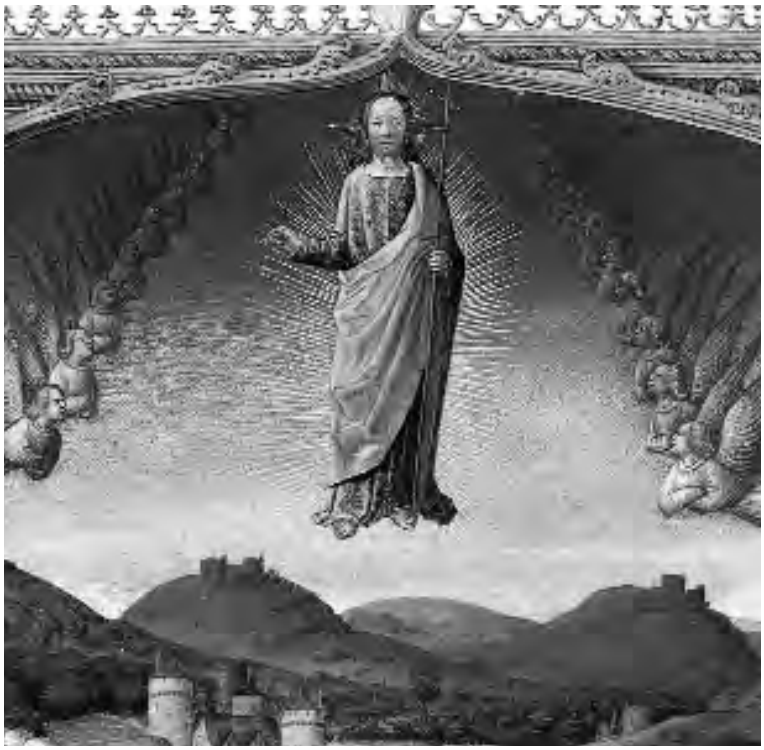
11) sul problema sempre controverso degli anticoncezionali deve definirsi in modo univoco, e se non ne comprende le motivazioni ha il dovere di farsi consigliare da un moralista o leggere i documenti della Chiesa.

12) nella propria vita deve giovarsi della grazia dei sacramenti, perché i suoi consigli siano illuminati dallo Spirito Santo. Il medico cattolico dovrebbe essere consapevole che la sua attività deve svolgersi coerentemente con le parole del Santo Padre rivolte a Cracovia ai medici: "Voi siete il mio braccio teso a coloro che non verranno da me".

"Sia il vostro parlare sì, sì; no, no" (Mt. 5, 7), senza chiaroscuri.

Prof.ssa WANDA POLTAWSKA
Direttrice dell'Istituto di Teologia della Famiglia, dell'Accademia Pontificia di Teologia Cracovia - Polonia
Membro della Pontificia Accademia per la Vita
Consultore del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

[1] *Sterminio dei malati di mente in Polonia 1939-1945*, Casa Editrice PWN, Warszawa, 1993.



ELIO SGRECCIA

L'embrione segno di contraddizione

Anzitutto rivolgo il mio sentito ringraziamento a Sua Eminenza il Cardinale Angelini per l'invito fattomi a dare l'avvio alla tavola rotonda. Insieme vorrei ripetere a Sua Eminenza l'ammirazione e le felicitazioni per il successo che sempre riscuotono queste Conferenze Internazionali, destinate fra l'altro a costituire un punto di riferimento anche per la letteratura etico-medica.

Saluto il pubblico e le autorità presenti e ringrazio in modo particolare i relatori che interverranno.

Il tema che viene posto in esame questo pomeriggio è diventato centrale nelle attuali discussioni che si svolgono nel duplice aeropago: quello della bioetica e quello del biodiritto.

Basta consultare la *Banca dati* della letteratura medica e bioetica. Sullo statuto dell'embrione e del feto negli anni '70-'74 esistevano poco più di 500 voci di letteratura biomedica e 27 in tema di letteratura filosofica-teologica; nel quadriennio '90-'94 abbiamo circa 4.200 voci di natura biomedica e 242 in ambito filosofico-teologico. Il perché è evidente. Non è più soltanto il problema dell'aborto, sempre vivo, doloroso e interrogante: basta ricordare l'audizione della speciale Commissione Giudicante del Senato USA tenutasi il 23 aprile 1981, voluta dal Presidente Reagan e alla quale partecipò come testimone il prof. Lejeune; ma si possono anche ricordare le numerose proposte di legge avanzate per vari tentativi di approvazione dell'aborto in Paesi dell'America Latina (Perù, Messico), proposte nelle quali il problema dello statuto dell'embrione e del feto viene coinvolto direttamente o indirettamente non fosse altro che per confrontare la vita del feto con quella della madre.

Ma oggi ci sono altri due problemi che hanno posto questa tematica al centro dell'attenzione:

a) il problema della procreazione in vitro, dove si determina il fatto del surplus di embrioni chiamati "soprannumerari" (nuova categoria di esseri umani) e si pone in atto una sequela di abusi: congelamento, trasferimenti mortali, sperimentazioni e periodiche distruzioni ordinate dai governi, utilizzazioni per prelievi di cellule;

b) il problema posto dai nuovi prodotti, strumenti e vaccini definiti contraccettivi, intercettivi, contragestativi; in realtà sono abortivi perché impediscono l'impianto o la prosecuzione dell'impianto di un ovulo già fecondato. Tra questi la spirale, la pillola del giorno dopo, il northplant, i vaccini. Si occupa di questo tema la *Evangelium Vitae* al n. 13.

È in relazione a questi ultimi temi, soprattutto in relazione alla procreazione in vitro, che sono state avanzate le teorie sofisticate e infondate del pre-embrione, l'embrione precoce prima dei 15 giorni, o del pro-embrione, l'embrione fino agli 8 giorni. Le presunte fondazioni di ordine biologico o filosofico saranno svolte ed esaminate qui, immagino, dai diversi relatori.

Mi preme ora richiamare il testo di un Padre della Chiesa, Tertulliano: *"homo est qui venturus est"*.

È ancora il più diffuso testo dell'Istruzione *Donum Vitae* ripreso dall'Enciclica: "Dal momento in cui l'ovulo è fecondato, si inaugura una vita che non è quella del padre o della madre, ma di un nuovo essere umano che si sviluppa per proprio conto. Non sarà mai reso umano se non lo è stato fin da allora [...]. Fin dalla fecondazione è iniziata l'avventura di una vita umana, di cui ciascuna delle grandi capacità richiede tempo, per impostarsi e per trovarsi pronta ad agire" *(Donum Vitae,* I 1, ; *Evangelium Vitae,* n. 60).

La dimostrazione di questa affermazione poggia anzitutto sul fatto biologico.

1. Dal momento della fecondazione siamo in presenza di un essere: *nuovo, attivo, autonomo, individualizzato,* che si sviluppa con *continuità.* Non c'è un momento che sia meno necessario di un altro (lo afferma anche il Rapporto Warnock) ed ogni stadio dipende strettamente dal precedente da cui è determinato.

2. Le obiezione fondate sulla gemellazione, sulla comparsa della stria primitiva e dell'abbozzo di sistema nervoso, sulla rilevanza dell'impianto come evento decisivo per la continuità dello sviluppo: nella divisione gemellare la parte residua non perde la individualità di essere umano, la parte nuova che si separa ha una nuova individualità; la comparsa della stria primitiva e del sistema nervoso, come l'insieme della organogenesi, sono il risultato di questo sviluppo attivo e individualizzato.

I due momenti di vera discontinuità nella vita di un individuo sono la fecondazione e la morte.

A partire da questa realtà, la stessa ragione umana, filosofica, deve andare al di là di ogni mentalità fenomenologista o funzionalista, che considerano i fatti in rapporto alle capacità operative e alla manifestazione di tale capacità. La ragione umana, se è ragione che cerca e dà la spiegazione dei fatti, non può non affermare che tale spiegazione profonda è data dall'esistenza di una singolare energia che informa ed anima tutto l'essere umano, lo vivifica e lo individualizza e che altro non è che un Io capace di spiritualità, perché porta in sé tutta la capacità attiva che si realizza nella persona.

Afferma un biologo molecolare (R. Colombo): "Nessuna delle conoscenze scientifiche in nostro possesso consente di sostenere con certezza le obiezioni sollevate alla natura razionale dell'embrione e del feto umano e alla sua individualizzazione"

Per approfondire questo tema l'Accademia per la Vita ha costituito una task-force pluridisciplinare che ha come scopo di studiare tutti gli aspetti del problema e pubblicare un'opera in merito.

È per discutere questo tema e per difendere questa posizione dell'Enciclica che ora debbo – con poca eleganza – ritirarmi per partecipare al gruppo speciale di lavoro del Comitato Nazionale di bioetica che discute a questa stessa ora su questo tema.

S. E. Mons. ELIO SGRECCIA
Vice Presidente della Pontificia Accademia per la Vita
Segretario del Pontificio Consiglio per la Famiglia

MARIE-ODILE RETHORÉ

Jérôme Lejeune, profilo scientifico e cristiano

Quando, nel 1952, il Sig. Lejeune mi chiese, su consiglio di sua moglie, di lavorare con lui "nella genetica", accettai subito ma non sapevo assolutamente quel che mi aspettava... A quell'epoca, la genetica non veniva insegnata nelle facoltà di Medicina.

Jérôme Lejeune lavorava, allora, nel servizio di pediatria del Professor Raymond Turpin. Fu lì che scoprì quei bambini che venivano chiamati "mongoloidi" ed ai quali avrebbe consacrato una grandissima parte della sua esistenza.

Il Professor Turpin era l'unico, a quell'epoca, ad aver creato una consultazione riservata ai bambini sofferenti di un handicap mentale. "Senza dubbio il più drammatico, diceva spesso il Sig. Lejeune, poiché solo l'uomo ne può soffrire e il più inumano poiché impedisce al paziente di essere pienamente se stesso".

Divenuto ricercatore, fece di tutto per poter avviare un laboratorio di ricerche, "una specie di macchina con cui afferrare l'occasione, la cui efficacia riposa su di uno stato di allerta permanente".

Poco più di dieci anni dopo, il 10 marzo 1965, nel corso della sua Lezione Inaugurale il Professor Lejeune ricordava questa installazione con un po' di nostalgia e molta emozione. "Il posto era bellissimo. Possedeva due grandi aperture sul cielo ma non c'erano né acqua né gas né piani d'appoggio. Il nostro microscopio, che fu l'orgoglio dell'ospedale Trousseau verso gli anni '20, si comportava ancora abbastanza validamente, soprattutto quando i denti limati della sua cremagliera erano ricoperti con un foglio di carta di cioccolata giudiziosamente inserito negli ingranaggi"[1].

Da quell'epoca, abbiamo avuto moltissimi apparecchi nuovi fiammanti, sempre più sofisticati ed efficaci... non ne ho visto nessuno che, fin dalla sua più giovane età, non sia stato trasformato, direi trasfigurato, a colpi di carta di marmellata, di cioccolata, di scotch... Tutti i rappresentanti e gli installatori ripartivano esterrefatti, contriti... ma mai convinti dell'efficacia della trasformazione così realizzata!

Ma torniamo alla descrizione principe del laboratorio e del suo microscopio. "Questa meraviglia d'ottica troneggiava su una carrozzina per malati che faceva da piano d'appoggio. Completava l'arredamento un'alta sedia, piuttosto simile a quelle che si vedono ancora nelle chiese di campagna dietro il vecchio organo. Era qui che la carrozzina rivelava tutti i suoi vantaggi: invece di spostare la sedia, impresa rischiosa a motivo della sua vetustà, prima ci si sedeva, in tutta tranquillità. Poi, come Grok faceva con il suo pianoforte, bastava avvicinare a sé la carrozzina per osservare tutto a proprio comodo. Si trattava veramente di un'istallazione di fortuna [...] – e concludeva – ci ha comunque portato fortuna". Aggiungerei volentieri: ecco come si può essere un uomo felice... egli non aveva bisogno d'altro!

Amava quel che faceva. Ci credeva profondamente ed è questo, ritengo, che gli ha permesso di fare, giorno dopo giorno, serenamente, quel che riteneva dovesse fare, anche nei momenti di grandi turbamenti. Quando il 26 novembre 1993, tornando a Roma scoprì di avere un cancro al polmone, mi chiese di pranzare con lui. Facevo fatica a mangiare quel che avevo nel piatto quando mi propose di prenderne ancora. Di fronte al mio rifiuto, mi disse: "Vede, questa porcheria mi impedisce di respirare, ma non mi toglie l'appetito", e si servì di nuovo!

Non ho mai sentito da lui amarezza, gelosia o invidia. Sì, era semplicemente felice e sapeva rendere felici.

In ogni circostanza, aveva lo spirito della battuta. Giocava con le parole, non poteva farne a meno. Ciò sconcertava tutti i suoi detrattori, anche i più coriacei! Spesso, mi chiedeva di leggere quel che aveva appena scritto. Quando trovavo un gioco di parole troppo duro, gli dicevo semplicemente: "Questo che ha scritto le ha fatto piacere [...] ora forse può cancellarlo...". Allora mi diceva: "È un peccato, ma senza dubbio ha ragione lei", e lo ritirava ...

Quando ero ferita dalle critiche che sentivo da tutte le parti o ero inquieta per l'avvenire della casa, mi diceva: "Perché inquietarsi, perdere tempo quando non si ha presa sugli eventi". Forse intuiva che i suoi giorni erano contati ... Quando si arrivava a strapparlo al suo lavoro, si aveva a volte la sensazione di aver fatto qualcosa di male. Durante la sua malattia, ho sentito un solo lamento: "È troppo stupido ... ci sono ancora tante cose da fare ...".

Non era preoccupato, non aveva paura. Ad un giornalista che gli domandava se avesse paura delle prodezze della tecnica che rischiavano di far saltare il nostro pianeta, rispose: "Sono per la fiducia assoluta, per la ragione molto

semplice che penso veramente che l'uomo sia immortale. Credo che l'uomo sia costruito per l'eternità ma non sono sicuro che l'umanità sia costruita per l'eternità. La vera domanda è di sapere se l'uomo è stato o no fatto ad immagine di Dio. Se Dio ha tanto amato o no gli uomini da assumerne l'immagine. Se rispondete sì, l'umanità assume una dignità eminente. Ma se pensate che l'uomo sia perfettamente fortuito, frutto del caso in un universo impassibile, perché non continuare a giocare l'umanità alla lotteria?[2]

"Mio padre fu una guida ammirevole, a lui devo tutto quel che so di realmente importante. Egli mi ha insegnato che l'esistenza di un uomo deve essere regolata da due imperativi: la rettezza del giudizio e l'entusiasmo per il vero. Mia madre mi ha insegnato la grandezza della devozione e la potenza della bontà". Ecco le radici del filo conduttore di questo ricercatore, medico, insegnante.

"La ricerca va compiuta con tutto il cuore, per tutta la vita, a tempo pieno [...] oppure non lo è! I ricercatori non ne sanno più degli altri. Non sono affatto sapienti nel senso statico del termine. Sono soltanto degli studiosi in cui la passione di comprendere non ha offuscato la facoltà d'ammirare. Questo entusiasmo di fronte alla natura è il solo vero contrassegno del ricercatore"[3].

Il suo atteggiamento ad immaginare teorie generali non gli ha fatto mai dimenticare l'importanza primordiale delle basi sperimentali: "Nel corso che avrò l'onore di presentarvi – diceva agli studenti nella sua lezione inaugurale – tutto quel che vi darò come sperimentalmente stabilito, potete accettarlo come pietra da costruzione di buona qualità. Ma tutto ciò che vi proporrò come ipotesi esplicativa, dovrete considerarlo un'impalcatura provvisoria che maschera, forse, l'architettura definitiva dell'edificio in cantiere"[4].

Il medico al servizio dei pazienti veniva sempre prima del ricercatore. "Basta aver conosciuto l'esperienza terribile di un'anima incatenata in un corpo imperfetto, di una intelligenza che sente se stessa ma che non può esprimersi per mancanza di un substratum finito, per comprendere che la medicina non deve capitolare di fronte a questa sentenza del destino, che non possiamo rassegnarci all'irreparabile ... Tutta la storia della medicina sta ad insegnarci che coloro che hanno liberato l'umanità dalla peste e dalla rabbia, non sono coloro che soffocavano i rabbiosi tra due materassi o che bruciavano gli appestati nelle loro case. La morale della medicina si riassume in una sola frase: l'odio per la malattia, l'amore per il ma-

lato. Se si dimentica questo, si è forse dei tecnici ma non si è più dei medici"[5].

Per meglio comprendere il collegamento tra le turbe genetiche e le loro conseguenze patologiche ma, soprattutto, di fronte all'urgenza di una soluzione terapeutica da proporre ai suoi pazienti, "è una questione di vita o di morte – mi diceva spesso – se non li si guarisce, li uccidono", divenne ricercatore in biochimica. Propose diversi modelli teorici che permettevano di rappresentare la superficie sensibile delle cellule cerebrali e così di prevedere i tipi di molecole suscettibili d'intervenire in questo metabolismo e di ridurre i disturbi. "Gli uomini non nascono uguali di fronte al destino. La sola dignità della nostra scienza è di cercare di restituire loro con mezzi tanto diversi quanto necessari, quel che la natura ha rifiutato loro o ha da loro ripreso"[6].

Tutto quel che colpisce l'uomo e la sua intelligenza era quasi sacro agli occhi di Jérôme Lejeune:

"I nuovi moralisti pretendono che l'uomo sia fatto dalla società, che sia questa che gli dà l'intelligenza e che, di conseguenza, essa ha diritto a disporre di lui in funzione delle leggi che si dà. Tuttavia, ogni conoscenza accumulata da millenni ci insegna il contrario. L'intelligenza umana e tutta la scienza non sono prodotti dell'evoluzione nel senso automatico del termine: l'intelligenza degli uomini esiste perché essi sono fatti così! E che essa ha dato loro interamente e gratuitamente"[7].

Paragonando il funzionamento dei moderni calcolatori all'intelligenza umana, "essi si rassomigliano – diceva – semplicemente perché sono fatte dall'uomo e non sorprende che noi ritroviamo nelle più meravigliose tra di loro una specie di specchio del modo in cui siamo conformati"; ma aggiunge subito "ciò vuol dire che i computers sono esattamente intelligenza disincarnata. Per questo il loro potere ci sembra a volte così temibile. Gli uomini sono tutto il contrario, essi sono esattamente un'incarnazione dell'intelligenza, per questo ognuno di noi è tanto prezioso"[8].

"Una voce molto diffusa considera l'uomo come un'anomalia senza causa il cui destino non è scritto da nessuna parte, oggetto per sempre incomprensibile, scaturito fortuitamente da un universo impassibile [...]. O l'intelligenza umana è il frutto del caso, semplice rappresentazione dei meccanismi evolutivi come alcuni vorrebbero e, secondo la vecchia aporia di Democrito, rimessa a nuovo da Monod, 'tutto nella natura è frutto del caso e della necessità'. Oppure la nostra intelligenza è, come vorrebbe Engels, una semplice conseguenza delle leggi psico-chimiche. La materia e l'energia genererebbero lo spirito al punto che questo appaia immancabilmente, un giorno, in qualche angolo dell'universo. Al di là di questo dilemma, resta una spiega-

zione più vera. Cioè che lo spirito che conduce l'universo e le sue leggi, ha creato, in un modo tutto particolare, la sola forma vivente capace di scoprirne le meraviglie. Allora il fatto che l'universo ci sia intelligibile diventa esso stesso intelligibile[9]!

La superiorità assoluta dell'uomo, la sua completa novità, è di essere la sola creatura capace di provare una specie di connivenza tra le leggi della natura e il suo sentimento di esistere. La facoltà di ammirare risiede soltanto nell'uomo!

Colui che, per primo, sapeva di dover morire e costruì delle tombe, colui che soccorse il suo simile ferito, lo curò, lo nutrì e protesse la sua debolezza, colui che scoprì l'arte ben al di là della tecnica, colui che è noi e che non ha centomila anni, possiede come una scintilla dell'Amore Intelligente".

E quest'uomo, semplicemente perché è uomo, ha diritto al rispetto assoluto della propria vita dal primo istante fino al suo termine naturale. È uno dei messaggi del Professor Lejeune che tutti ricorderanno: "Alcuni scienziati esprimono considerazioni estremamente nebulose per far credere che loro, gli scienziati, non sanno più cos'è un essere umano, né quando comincia [...] Ma noi sappiamo precisamente cos'è un essere umano, ne abbiamo una definizione estremamente semplice: è un membro della nostra specie. Se, in effetti, l'embrione non fosse fin dai primi istanti un membro della nostra specie, non lo diventerebbe mai"[10].

Ad un giornalista che gli domandava cosa pensasse dei Comitati d'Etica che decidono sul rispetto della vita e sugli embrioni, egli rispose:

"Quando sento parlare di etica, sto in guardia. Coloro che parlano di etica hanno spesso il desiderio di lasciare da parte la morale [...] Colui che parla di morale capisce che i costumi dovrebbero conformarsi a leggi superiori mentre colui che parla di etica sottende che le leggi dovrebbero conformarsi ai costumi"[11].

Parlava molto raramente della sua fede. La viveva, semplicemente: "Mi è stato spesso chiesto cosa sarei se non fossi cristiano. Sono costretto a rispondere che non lo so. Ugualmente mi è stato chiesto cosa sarei se non fossi medico. Anche qui sono costretto a rispondere che non lo so. Certo, abbiamo sfaccettature diverse, ma alla fine tutto è tagliato dalla stessa pietra"[12].

Quando gli si chiedeva se, come medico, ce l'avesse con Dio per tutte le sofferenze con cui veniva a contatto ogni giorno, rispondeva: "Di fronte al male intollerabile, il medico non accusa Dio [...] La

tentazione di accusare Dio... no, veramente, non mi viene".

Trovava la risposta al mistero della sofferenza nella spiegazione di Cristo di fronte al cieco nato: "In un senso analogo possiamo dire che quando gli uomini arrivano a vincere la malattia, a strappare un bambino alla morte, quando fanno avanzare la scienza, sono manifestate anche le opere di Dio"[13].

"Nel nostro tempo materialista – diceva a Notre Dame di Parigi il 10 ottobre 1982[14] – può sembrare fuori posto conciliare i dati della rivelazione con ipotesi fondate su constatazioni scientifiche. Questi due tipi di conoscenza sono profondamente differenti. L'uno, dato gratuitamente, si esprime in linguaggio poetico che il cuore comprende con gioia. L'altro, guadagnato laboriosamente, è un discorso difficile che la ragione domina a fatica" e concludeva "tale è la decisione di Dio che fece il cielo e la terra e rese tutte queste cose oscure ai sapienti ed agli abili e le ha rivelate ai bambini".

Al termine della lezione inaugurale, espresse una sua convinzione profonda[15]:

"Qualunque sia il nome che le viene dato, qualunque siano le qualità che le si offrono, o la struttura che si presuppone per essa, qualcosa deve esistere ai confini della materia e della forma, che le trascende tutte e due e, tuttavia, le unisce. Virus formativo, forma interiore o cifratura delle macromolecole, non sono che le trasformazioni progressive di una idea che è sempre la stessa: idea che ci sembra inevitabile, forse perché è realmente iscritta nel più profondo di noi stessi. Idea che non saprei riassumere meglio se non parafrasando l'inizio di un vecchio libro:

– All'inizio era un messaggio. Questo messaggio è nella vita e questo messaggio è la vita".

Prof. MARIE-ODILE RETHORÉ
Membro dell'Accademia Nazionale di Medicina di Francia
Professore Associato di Genetica presso l'Università di Parigi (Francia)

[1] Lezione inaugurale, 10.3.1965. *L'expansion Scientifique Française.* 15, rue Saint Benoît, Paris 75006.
[2] "Non amo che si parli d'etica quando si tratta di morale". 1.03.1985. *France Catholique,* n. 1993.
[3] Lezione inaugurale, 10.3.1965. *L'expansion Scientifique Française.* 15, rue Saint Benoît, Paris 75006.
[4] *Idem.*
[5] *Idem.*
[6] "Non amo che si parli d'etica quando si tratta di morale". 1.03.1985. *France Catholique,* n. 1993.
[7] *L'incarnation de l'intelligence,* 28.09. 1978. Congresso dell'Associazione Saint Benoist, Avigon (Francia). *Eaux Vives* n. 39, 26-37.
[8] *Idem.*
[9] *Idem.*
[10] *Idem.*
[11] "Non amo che si parli d'etica quando si tratta di morale". 1.03.1985. *France Catholique,* n. 1993.
[12] *Idem.*
[13] *Idem.*
[14] "Biologie, conscience et foi". 10.10.1982. *Recherches et expériences spirituelles.* Notre Dame de Paris (Francia).
[15] Lezione inaugurale, 10.3.1965. *L'expansion Scientifique Française.* 15, rue Saint Benoît, Paris 75006.

ADRIANO BAUSOLA

Antropologia culturale del diritto alla vita

L'approccio antropologico-culturale alla tematica della vita, del suo valore, della sua difesa, può essere compiuto a più livelli.

L'antropologia culturale, presa nella sua accezione più rigida, è indagine descrittiva e comparativa dei vari sistemi (o sottosistemi) di cultura, dei vari *ethe*, con particolare attenzione alle loro forme originarie, anche con sviluppi interpretativi, ma senza un atteggiamento valutativo (almeno dichiarato programmaticamente, perché nel fatto, le cose vanno poi spesso diversamente). Questo porta, tendenzialmente, a compiere la comparazione dei molteplici sistemi culturali a livello mondiale.

È però manifestamente impossibile compiere una *vindimiatio completa* su tutti i sistemi culturali mondiali, quali che siano i particolari temi che, all'interno di tali sistemi, si vogliono indicare.

Occorre perciò scegliere: io, conformemente anche alla mia specifica preparazione culturale, punterò, relativamente al tema particolare che ci impegna in questo grande convegno (il valore, la difesa della vita), sulla discussione propria dei sistemi di cultura occidentale del nostro tempo, per un confronto tra di loro, e, uscendo dal mero momento descrittivo, per una discussione critica di essi.

Trattare del diritto alla vita, in relazione alla minaccia verso di essa costituita dall'aborto, è molto difficile, senza, nelle nostre società occidentali, affrontare anche il tema dell'eutanasia. Se ci sarà tempo, affronterò perciò, brevemente, anche quest'ultimo.

Partirò da un rilievo di fatto. La discussione intorno all'aborto e all'eutanasia si concentra soprattutto sulla questione diretta della loro liceità, e della loro riconoscibilità da parte della legge positiva.

In questa discussione, vengono addotti argomenti, dai critici di aborto ed eutanasia, che per la loro oggettiva inoppugnabilità, dovrebbero conseguire agevolmente il consenso generale.

Eppure, è un dato di tutti i giorni la difficoltà di far accogliere tali argomenti: essi sono tanto spesso misconosciuti, o nettamente rifiutati. La cultura dominante li irride addirittura.

Una efficace azione antiabortista, sul piano delle argomentazioni e della persuasione, non può ignorare il fatto della scarsa presa, tra gli uomini d'oggi (almeno in Italia) di quegli argomenti, e deve interrogarsi, per poi cercare di operare di conseguenza, sulle ragioni del fallimento persuasivo di quanto in sé è valido, e neppure troppo difficile da comprendere.

Un'indagine storico-culturale sulle origini dell'abortismo oggi dilagante, specie nei più diffusi strumenti dell'informazione di massa, risulta perciò indispensabile.

Partirò, per tentare un abbozzo di indagine, da una osservazione di fondo compiuta da Luigi Lombardi Vallauri. Per questo autore, la forma di abortismo oggi prevalente è quella "libertaria" (l'aborto è legittimo perché il feto è proprietà della madre, *cosa* sua, e, comunque, la donna ha diritto di gestire il proprio corpo, senza interventi dello Stato o di altre autorità), piuttosto che quella "umanitaria" (l'aborto è "minor male" da prevenire ove possibile, anche se da tollerare, altrimenti). Bisogna allora sottoporre ad analisi i caratteri che accompagnano la dottrina abortistico-libertaria: la tendenza ugualitario-omosessuale che accompagna certe difese dell'aborto, specie da parte femminista; l'anticattolicesimo, l'anarchismo, eccetera.

Fatto questo, viene in primo piano la domanda centrale: come si è potuti arrivare a tanto?

Riprendendo la terminologia freudiana, si può osservare come l'etica cristiana – etica *anche* del dovere, del sacrificio, del superamento del mero interesse individuale, e, quindi, etica capace di tutelare *ogni* vita, anche quella che ancora non sa farsi valere – abbia avuto, rispetto ad oggi, minori difficoltà nella situazione scientifico-sociale pre-industriale, premoderna: "il principio di realtà", in una situazione del genere, richiedeva all'uomo sacrifici (data la limitatezza delle risorse allora disponibili), e rendeva credibile la prospettiva etica, con le sue indicazioni di rinuncia, di morigeratezza; il che, poi, rendeva disponibili ad accettare anche le norme che esigevano rinunzia a interessi propri, per salvaguardare i diritti altrui, ivi compresi quelli dei non ancora nati.

Con l'avvento della società industriale, con il trionfo della tecnologia, è sembrato che la disponibilità dei beni si fosse dilatata a tal punto, da non esigere più l'etica del sacrificio propria delle età precedenti.

In anni non lontani è diventata di massa la sensazione, nei paesi industrializzati, che ormai la penuria sia stata superata, e che "il principio di realtà" non richieda più le tradizionali inibizioni.

Come Augusto del Noce ha

scritto: "il dominio totale dell'uomo sulla natura coinciderebbe con la scomparsa dell'etica, per l'aspetto almeno in cui essa significa rinuncia, sacrificio, ascetismo. Alla vittoria della tecnica, sarebbe quindi correlativa la scomparsa a un tempo della religione e della morale. Il progresso tecnico renderebbe cioè possibile un completo naturalismo".

Ecco l'affermarsi a livello di massa di quanto, in precedenza, era sostenuto solo da certi filosofi: "il principio del piacere" è il criterio delle azioni umane, e il libertarismo etico è la formula che lo esprime adeguatamente. Alla radice osserverei, sta la crisi storica (non una crisi *di diritto*, dal momento che, *secondo verità*, le cose stanno ben diversamente), della concezione metafisica (e cristiana) che vedeva il mondo ricco di significati oggettivi, perché finalizzato da Dio, e quindi in sé orientato, e orientante l'uomo secondo norme morali oggettive. L'ateismo e il materialismo di taluni filosofi moderni hanno teorizzato, universalizzato la concezione meccanicistica dell'universo propria della scienza moderna nel suo nascere (è appena il caso di ricordare però che la stessa scienza, nel nostro secolo, ha ampliamente revisionato i propri principi, rimettendo nuovamente in questione lo stesso meccanismo.

La filosofia materialistica, incontratasi con il movimento di massa dell'industrializzazione, il quale ha dato l'illusione di una illimitata capacità dell'uomo di dominare la materia e di padroneggiare anche se stesso, senza limiti oggettivi, ha portato al libertarismo etico di massa (presente all'Ovest e all'Est, nel capitalismo e nel comunismo o socialismo).

Prevalendo, con questa cultura di massa, il principio del piacere sul principio di realtà, la morale sessuale e familiare tradizionale si è venuta a trovare talora sì con il supporto cristiano, ma anch'esso peraltro indebolito, presso molti. Di qui il dilagare, anche, del libertarismo sessuale: divorzismo, antifamilismo, omosessualità anche teorica, pornografia, abortismo.

Ma l'abortismo ha, in questo quadro una connotazione sua propria, che gli deriva dal particolare fenomeno sociale di cui èespressione.

L'abortismo è sintesi di edonismo e di disperazione.

Le centinaia di milioni di edonisti individualisti possessivi generati dalla cultura borghese emancipata, introiettata, trasferita alle masse dal socialismo e dal movimento sindacale, non si trovano *oggi* di fronte al superamento della penuria, ma di fronte ai limiti dello sviluppo, al disastro ecologico, alla pressione demografica, alla nuova delinquenza: insomma al parziale fallimento anche materiale (e non solo spirituale) del materialismo. Non si può, sembra non essere borghesi; ma oggi si rischia di non riuscire più a esserlo: il che significa trionfo ideologico della cultura industrialistica, e crisi umana e reale di essa.

L'abortismo libertario è appunto un fenomeno di sfrenatezza morale e di disperazione, ed è favorito, per la sfrenatezza, dal trionfo; per la disperazione, della crisi del materialismo. In un'età di crisi, una volta assunta l'insussistenza di norme etiche trascendenti, non vale la pena di salvaguardare vite che attentano al benessere di chi è già al mondo, e che sono viste – se venissero lasciate sbocciare – destinate a un mondo colorato con un cupo pessimismo.

Oltre al calcolo egoistico del "restiamo in pochi, e così potremo continuare a vivere bene nel mondo", va sottolineato molto questo motivo di pessimismo esistenziale proprio della nostra società in crisi, che porterebbe a sentire come un negativo in se stesso il far nascere oggi.

(Entro una pianificazione integrale dell'economia e della società-natura – scrive ancora Lombardi Vallauri – il momento libertario è perdente, e provvisorio, non si può non andare verso la socializzazione integrale. Entro il mondo fisicalistico del null'altroche (del null'altro che il mondo della quantità, della materia), l'uomo è privo di essenza ontologica, è un processo calcolabile, plasmabile, cui l'essenza umana viene distribuita, sovranamente, storicamente, dalla società; ed è la società che conferisce il diritto di esistere.

Nel progetto libertario questo diritto ontologico del nascituro èconfiscato dalla madre; non passerà domani al sindacato, al partito, all'ufficio della programmazione?

Entro l'immanentismo materialistico, l'abortismo totalitario ha almeno le stesse chances dell'abortismo libertario, anzi il collettivismo ha probabilità di prevalere, in definitiva, sull'individualismo".

Va qui osservato che, in molti ambienti, è venuta meno l'educazione a guardare con l'occhio della ragione, perché prevale il sensismo (o, al più, una versione più affinata di esso, il sentimentalismo etico), per il quale conta solo chi riesce a suscitare sentimenti, sensazioni di simpatia o di pietà: il bambino che già ride o piange; non il bambino che ancora non si vede (l'adulto, poi, lo si rispetta perché ha la forza delle braccia, o della mente).

Al fondo, c'è spesso ancora metafisicamente il materialismo, ma con un'applicazione psicologica che dovrebbe essere adeguatamente indagata a parte: si tratta di individuare concretamente, nelle ramificate radici psicologiche, il motivo della caduta della ragione,

senza della quale – senza il *concetto*, oltre alla sensazione – è difficile cogliere la verità per la quale anche una vita non pienamente sviluppata è pur *essenzialmente* vita, ed esiste il dovere di rispettare universalmente la vita.

Il libertarismo, va aggiunto, ha la sua matrice non solo nella civiltà della (creduta) abbondanza; è sua matrice anche la convinzione che, caduta la costruzione metafisica detta "ellenica" (sostenente un ordine nell'essere voluto da Dio), l'ordine al mondo lo dà l'uomo a sua placito.

Esistono oggi pur anche dei teologi, protestanti e cattolici, i quali dicono che Dio vuole un mondo in cui l'uomo dia, lui, senso delle cose, alla vita; e allora, sorge l'esigenza, pur non ignorando le difficoltà di trovare ogni udienza, di riprendere, ribadire, affinare le antiche verità metafisiche, oltre che etiche. È indubbio che esistano oggi forme di umanesimo laico non nichilistico, positivamente aperto ai valori interpersonali, al rispetto della vita altrui.

Nel passato, ci fu un'etica borghese della sobrietà e della disciplina; oggi, ci sono umanisti, socialisti e non, ieri e oggi ci sono stati e ci sono filosofi come Rousseau, Kant (i quali, a dire il vero, non erano però atei), Croce e altri ancora, i quali, pur non credenti, non condividono il libertarismo distruttivo e nichilistico. In essi opera implicitamente, spesso, l'eredità cristiana.

Un dialogo con essi, per mostrare le premesse cristiane (implicite, ormai) del loro umanismo, è possibile.

Gli umanisti laici, spesso, non difendono i loro valori per pura opzione, ma per sentimento (è una emozione, una passione che non sa trovare oltre di sé fondamenti teoretici). Ora, si può osservare, si tratta di far vedere non tanto che questa emozione è invalida, quanto che essa ha nel teismo la fondazione della sua validità. Laddove non è detto che tutti provino le emozioni che noi proviamo, una giustificazione rivelata (o filosofico-teorica, teistica) è invece di diritto universale. Si può aggiungere che una prospettiva che dia speranza di immortalità può conferire forza pratica effettiva alle indicazioni di rinuncia ad una illimitata soddisfazione delle esigenze degli uomini d'oggi, per salvaguardare un mondo abitabile dagli uomini di domani. In questo caso, certo, si potrebbe concludere, l'umanitarista laico non verrebbe – lui, personalmente – messo in crisi; sarebbe messa in crisi solo la sua fiducia nella larga diffusibilità delle sue convinzioni, fondata sulla semplice base dei suoi principi, che sono, nelle prospettive di fondazione, inadeguati.

Ma questo non basta: non basta invitare ad optare il Cristianesimo perché questo risulta il puntello più solido per una diffusione universale degli ideali umanitari.

Solo se si potranno portare argomenti oggettivi, si potrà passare ad una proposta cristiana di universale cogenza. E allora, il problema diventa quello di studiare gli argomenti pro-teismo (e pro-cristianesimo) che possano parlare agli umanisti laici; e questo esige che si indaghino le ragioni specifiche del loro rifiuto del teismo (e del cristianesimo); tali ragioni non saranno quelle stesse che hanno portato al libertarismo edonistico (non, perciò, quelle dell'industrialismo ecc.); ma pur dovranno esserci, e essere varie, se vari sono gli atteggiamenti teologici degli umanisti laici.

Considerazioni analoghe (anche se, ovviamente, non identiche) valgono anche in rapporto alle radici della difesa dell'eutanasia. C'è, anche qui, alla base, un radicale edonismo, per il quale la vita merita di essere vissuta solo nella felicità, con esclusione dell'infelicità.

Come scrive Claudio Magris, "sembra diffondersi sempre più una mentalità secondo la quale, per avere veramente il diritto di vivere bisogna essere in possesso della felicità; si è affermata sempre più la religione della felicità, che si illude di eliminare dalla nostra vita, individuale e sociale, la necessità di convivere con il dolore". O tutta felicità, o nulla.

A favorire un atteggiamento disponibile all'eutanasia, concorre anche un altro motivo, molto diffuso nella cultura contemporanea.

"L'accettazione del bisogno di autorealizzazione soggettiva conduce alla esasperazione della ricerca di modi di essere e di vivere, che tendono ad escludere qualsiasi prospettiva di limitazione del desiderio" (G. Piana).

Vivere da vecchi , vivere da malati gravi significa certamente – va qui detto – vivere accettando la rinuncia a molti valori.

Poniamo, allora, che si sia accolta una visione della vita spontaneistica, incapace di accettare una disciplina dell'impulso immediato, epperciò insofferente di rinunce, di sacrifici in vista di beni superiori futuri; ebbene, posto tutto questo, diventa logico concludere – vorremmo osservare – che se non si sa vedere la necessità, la positività della rinuncia là dove è più chiaro che essa serve, perché porta ad un bene futuro, non si saprà neppure vedere, a *fortiori*, l'accettabilità della rinuncia, là dove è meno evidente (anche se è reale) il positivo che si deve e si può cercare pur nelle privazioni della vecchiaia, o della dolorosa malattia.

Gli orientamenti culturali che abbiamo richiamato operano potentemente per produrre, oggi, un clima etico incapace di riconoscere la positività della vita in ogni situazione, in ogni suo stadio.

Opera anche un terzo motivo: il mondo moderno – al di qua delle

contrapposizioni tra capitalismo e socialismo – vive nella dimensione delle trasformazioni del mondo, epperciò nella dimensione del futuro: naturale allora che oggi si privilegi la giovinezza, che si cerchi spasmodicamente di essere sempre giovani, che si respinga l'idea della vecchiaia, che si guardi, come ai valori più alti, all'efficienza, alla capacità di lavorare e di produrre, all'utilità.

Occorre una riscoperta diffusa del valore della generosità, dell'oblatività. È, questo, un valore decisivo – sia consentita una breve digressione – anche per il recupero di un diverso atteggiamento nei confronti della generazione, delle nascite, e per ciò dell'aborto.

Questo valore della generosità nel donare la vita può essere riconosciuto anche sul piano dei suoi riflessi psicologici, direttamente sperimentabili.

Leggo in un libro recente del grande psicologo Erik Erikson: "Quando l'arricchimento generativo, nelle sue varie forme, fallisce del tutto, è facile riscontrare regressioni a stadi precedenti, sia nelle forme di un ossessivo bisogno di falsa intimità, sia in quello di un'eccessiva ed esclusiva preoccupazione per l'immagine del proprio sé e, in entrambi i casi, di un diffuso senso di stagnazione. Essa (la stagnazione) va capita nella specifica importanza del suo stadio.

Questo è particolarmente rilevante oggi, in un momento cioè in cui la *frustrazione sessuale* è riconosciuta come causa iatrogena, mentre la *frustrazione generativa* non è altrettanto riconoscibile, perché coperta dal dominante *ethos* tecnologico del controllo delle nascite".

Ma qui il discorso si allarga troppo, e io debbo concludere questa già lunga conversazione.

Prof. ADRIANO BAUSOLA
Rettore Magnifico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Italia

TADEUS STYCZEN

Alle origini del concetto della persona

Introduzione

Comincerò con una confessione. Quando ricevetti l'invito di trattare qui il tema "Alle origini della concezione della persona", il mio pensiero si soffermò sul Primo Uomo del Libro della Genesi al momento del suo impatto con il fatto del mondo[1].

Adamo guarda il mondo degli oggetti, vuole identificarli, dunque li definisce e attribuisce ad essi dei nomi opportunamente variati. Ma presto constata che tra tutti non ne incontra alcuno che – come lui – si stupisca del mondo. Con un crescente stupore nota di *essere diverso,* da tutto il mondo. E anche se il mondo è casa sua, si sente in questa sua casa a disagio, estraneo e stranamente *solo.* Lo stupore destato da uno sguardo su se stesso alla luce di tale contrasto, genera in Adamo il bisogno di porsi la domanda su se stesso: *Praticamente chi sono io?*

Presuppongo che per gli Organizzatori del Convegno: *Vade et tu fac similiter: da Ippocrate fino al Buon Samaritano,* che, nel suo ambito, mi hanno proposto di svolgere il tema "Alle origini della concezione della persona", non si tratta di illustrare proprio questo problema. Nella riflessione che segue voglio dunque proporre a chi mi ascolta, di accompagnare il Primo Uomo sul suo cammino verso la sua auto-genesi e di scoprire insieme ad Adamo in questa circostanza un autoritratto del nostro proprio volto spirituale, personale.

La questione dell'"auto-genesi" dell'uomo trattata sulle prime pagine del Libro della Genesi dall'ispirato autore dell'Antica Alleanza, si potrebbe dire che, ha anche una sua, parallela *"laica"* già nell'Antica Grecia. La sua espressione è l'introduzione, da parte di Socrate, della problematica della "svolta antropologica", al centro stesso della filosofia. Il Saggio di Atene vede la missione del filosofo riguardo alla necessità di "generare se stessi" mediante l'autoconoscenza ("Conosci te stesso!") e diventa egli stesso, per propria scelta, martire proprio di questa causa.

Questa problematica ottiene il suo zenit tuttavia e la piena illustrazione, soltanto nella Nuova Alleanza. Appare già all'inizio stesso della missione di Gesù Cristo nel suo colloquio notturno con Nicodemo, durante il quale il Maestro di Nazaret convince "un fariseo" stupito della necessità di "rinascere" (cfr. Gv. 3). E così la questione della nascita dell'uomo come la liberazione dell'uomo nell'uomo, mediante la conoscenza della verità e la scelta di essa: *"conoscerete la verità e la verità vi farà liberi"* (Gv. 8, 32) – si pone al centro stesso del messaggio del Vangelo. Intorno ad essa gira – quasi una passacaglia monotematica – tutto il suo messaggio verbale, coronato dalla testimonianza della morte in croce di Colui che la annunzia. Gesù Cristo è *il Nuovo Adamo,* che realizza in sé l'ideale dell'uomo, generandolo nei "dolori della passione", fino alla pienezza della libertà nella verità sino al vittorioso "Tutto è compiuto" sul Golgota. In questo contesto l'*"Ecce homo!"* di Pilato (Gv. 19, 5) è un commento sconvolgente e fino ad oggi altamente istruttivo, alla questione di Gesù di Nazaret. Infatti esso proviene dalla bocca di un uomo, che poco prima "aveva liquidato" con un'ironica osservazione di scettico: "Che cosa è la verità?" l'atto della solenne dichiarazione dell'Imputato: "Per questo io sono nato e per questo sono venuto nel mondo: per rendere testimonianza alla verità" (Gv. 18, 37-38).

L'"Ecco l'uomo" di Pilato unisce la questione dell'ideale dell'uomo con quella di Socrate. Getta su di essa la luce del Vangelo. Niente di autenticamente umano è estraneo a Dio, il quale a motivo dell'uomo appare sul suo cammino. Perciò osserverà S. Tommaso d'Aquino: *"Gratia non tollit naturam sed eam supponit et perficit"*. Ecco anche il motivo per cui "la questione di Socrate" fu costantemente presente nella storia della riflessione filosofica e teologica dei cristiani sul problema della nascita spirituale dell'uomo. Non conosciamo per nome il cristiano, così ben conosciuto e caro a noi tutti, il quale, pieno di stupore, scrisse su una pergamena in forma di croce il testo del giuramento d'Ippocrate. Ma conosciamo per nome un altro, colui che dopo secoli fece quasi lo stesso con Socrate, conferendo ad un proprio tratto di teologia morale il titolo *Scito te ipsum* e proponendo di completare le Litanie di tutti i Santi con l'invocazione: San Socrate, prega per noi! In base al "battesimo del sangue". Quel cristiano è Pietro Abelardo. È una parallela che colpisce. Etienne Gilson parla addirittura del "socratismo cristiano" dei Padri della Chiesa dell'Oriente e dell'Oc-

cidente, attirando l'attenzione all'eccezionale contributo di Blaise Pascal all'opera della cristallizzazione dell'approccio personalistico nel fare filosofia[2].

1. Il soggetto di fronte al mondo

Ho già menzionato sopra che "alle origini del concetto della persona" sta il contatto dell'uomo con il mondo. Esso avviene attraverso un atto – ed insieme un fatto – della conoscenza. In questo contatto l'uomo viene colpito dal *contrasto* tra il mondo e sé. L'uomo prova una scossa nella scoperta della propria *diversità* nei riguardi del mondo e vive la sua *solitudine* al centro stesso di esso. Sente la sua *estraneità* in esso. È proprio questo contatto conoscitivo con il mondo ad iniziare, insieme alla storia dell'autoconoscenza dell'uomo, anche la storia della genesi del concetto della persona. È esso – l'atto della conoscenza – a liberare nell'uomo l'inizio della storia di tutta la sua grande avventura con il mondo e con se stesso, sul palcoscenico del proprio intimo, che diventa per lui allo stesso tempo il palco centrale del suo mondo. L'uomo vede di essere l'unico attore su questo palco ed insieme l'unico spettatore del proprio dramma: *dramatis persona.*

Cercando nel mondo qualcuno che condividesse il suo stupore nei riguardi del mondo, Adamo lo scoprì esclusivamente in se stesso. Ed ora egli concentra su se stesso il proprio stupore scoprendo ciò che *lo fa diverso* dal mondo e ciò che allo stesso tempo lo *distingue* nel mondo[3]. La profondità dell'incantesimo che accompagna questa autoscoperta ha il suo corrispondente nella profondità del timore che cresce in Adamo a motivo della scoperta della propria *solitudine* in mezzo al mondo. "Il silenzio eterno degli spazi infiniti mi sgomenta... mediante lo spazio, l'universo mi circonda e mi inghiottisce come un punto; mediante il pensiero, io lo comprendo. [...] Non devo chiedere la mia dignità allo spazio ma al retto uso del mio pensiero"[4].

Ecco in che modo Pascal vede l'intimo di Adamo in sé: *la persona e la sua dignità.* Con uno sguardo spirituale Adamo tocca direttamente il proprio *io* come *soggetto* in contrasto con il *questo* degli *oggetti del mondo*[5]. Scopre in sé *la persona* come *soggetto della conoscenza.*

L'uomo però è una persona soltanto grazie al fatto che è il soggetto della conoscenza? Se così fosse, non sarebbe possibile, nella biografia di nessun uomo la drammatica confessione, fatta – a

nome di noi tutti – da Ovidio: *"Video meliora proboque deteriora sequor"*[6]. S. Paolo confesserà lo stesso con le parole: "Faccio ciò che io stesso mi proibisco" (cfr. Rm. 7, 19). Dunque, caratterizzando la persona come soggetto della conoscenza, non presentiamo soltanto una sua "definizione parziale", cioè una definizione che indicando *la prima parola* nella questione dell'essenza della persona, non pronuncia *l'ultima parola* in tale questione?

2. Il soggetto della conoscenza di fronte al soggetto della libertà

Ormai indoviniamo che ci poniamo accanto ad Adamo – e di fronte a noi stessi – come *un soggetto di fronte ad un soggetto della libertà,* cioè davanti a qualcuno che è se stesso grazie al fatto che *conoscendo la verità non cessa di continuare a dipendere da se stesso.* L'uomo però, conoscendo la verità, non *si* impegna a riconoscerla come tale anche con atti di libera scelta, al fine di poter rimanere fedele sino alla fine alla verità e a se stesso, cioè alla propria identità[7]? Infatti grazie al personale discernimento di questa verità egli non può non notare che guida e governa se stesso soltanto quando si lascia guidare e governare dalla verità. Vorrebbe egli, con la potenza della propria libertà, condannare se stesso alla tragedia della solitudine, dal cui fondo proviene quel grido di Paolo: "Sono un uomo sventurato!"?[8].

Dice Giovanni Paolo II: "Nella verità è contenuta la sorgente della trascendenza dell'uomo nei riguardi del cosmo in cui vive. Proprio mediante la riflessione sulla propria conoscenza, l'uomo si rivela a se stesso come l'unico essere del mondo che vede «dal di dentro», legato alla verità conosciuta – legato, e dunque anche «obbligato» a riconoscerla, se occorre, anche tramite la libera scelta, con atti di testimonianza a favore della verità. Questa è la capacità di superare se stesso nella verità. [...] L'uomo semplicemente nota di essere un soggetto personale, una persona. Si pone faccia a faccia con la propria dignità"[9]. È proprio qui dove l'uomo rivela a se stesso il problema della propria identità morale riconoscendosi un attore onorato dell'esclusiva responsabilità per la soluzione di tale problema come il dramma personale per eccellenza, come una questione del rango del suo esser o non essere se stesso.

Che cosa vuol dire questo più precisamente?

Primo, vuol dire che l'uomo-persona è qualcuno che continua a non vedere se stesso fino a quando non vede in sé qualcuno; a ciò *non è assolutamente lecito* negare, con un atto di libera scelta, la verità da lui stesso constatata con un suo atto conoscitivo.

Secondo, questo vuol dire, che

l'uomo tuttavia *può* negare ciò che *assolutamente non dovrebbe* negare: l'uomo è un attore, che può usare la potenza della propria libertà per negare la verità da lui stesso riconosciuta tale.

Terzo, questo significa, infatti, che l'uomo-persona, che de facto si decide a negare una verità da lui stesso constatata, *opera inevitabilmente la decomposizione della compattezza della sua struttura personale come unione del soggetto della conoscenza e della libertà,* cioè l'unione di un "io" razionalmente libero.

È infatti sufficiente considerare: che cosa avviene allora dell'attore, e più precisamente: che cosa fa a se stesso l'attore, quando con un atto di libertà nega la verità, che egli stesso come persona constata con un proprio atto conoscitivo? La verità rimane ugualmente tale. Ma il soggetto che come soggetto della libertà nega la verità, allo stesso tempo riconoscendola, come soggetto della conoscenza, come verità, continua a rimanere colui che era, cioè se stesso? Infatti accondiscendendo, come soggetto della libertà, a qualcosa che egli stesso non approva come soggetto della conoscenza, *egli falsifica liberamente il proprio "io", introducendo con lo stesso atto – nell'ambito del suo ontico "io" – un "io" da lui negato, cioè un "non-io"*. E lo fa sempre cedendo – non importa se liberamente – a qualcosa che egli stesso non approva, cioè a qualche sopraffazione. Dunque dà personalmente la propria autodipendenza, l'autonomia, in preda a qualche potenza esterna, all'eteronomia. E così rende se stesso e la propria libertà schiavi – con la potenza della propria libertà. È possibile pensare una maggiore schiavitù dall'autoschiavitù che è effetto di questa auto-ipocrisia?[10] È pensabile una frattura in se stesso, più profonda di questa?[11]

Ecco così il metodo: *per opposita cognoscitur.* Esso ci permette di completare più chiaramente la definizione della linea del nostro auto-ritratto come persona. Persona è autodipendenza di un soggetto ("io" da "io") che si attualizza nel suo proprio atto di rendersi dipendente dell'unica potenza che non rende schiavo il soggetto: della forza normativa della verità conosciuta dal soggetto[12]. Sono me stesso sempre e soltanto, quando da solo mi rendo dipendente da me stesso, ma mi rendo dipendente da me stesso sempre e soltanto, quando con atti di libera scelta mi rendo dipendente della verità *da me* affermata e riconosciuta come da me indipendente.

La verità mi supera[13]. Perciò rimango me stesso e mi confermo nella mia compattezza ed inte-

grità interiore sempre e soltanto quando supero me stesso verso la verità conosciuta, affermandola sino alla fine con atti di libera scelta. Nella mia essenza personale come unione del soggetto della conoscenza e della libertà, mi unifico sempre e soltanto come testimone della verità per eccellenza, come suo fiduciario e tutore. Davvero, *l'uomo persona è un sacerdote al servizio della verità a due inseparabili livelli di tale servizio: a livello di tutore della verità ed insieme a livello di tutore del tutore di essa – in se stesso...*

Perciò guai alla persona, non alla verità, se la persona tradisce la verità. Perciò S. Paolo non dirà: guai al Vangelo se non lo predicassi, ma dirà: guai a me se non predicassi il Vangelo. *Vae mihi!* Karol Wojtyla invece esprimerà l'essenza della struttura personale dell'uomo con le parole di un poema dal titolo significativo: *Nascita dei confessori:*

"Ma se c'è in me la verità – deve esplodere. Non posso rifiutarla, rifiuterei me stesso".

E se io la rifiutassi? Allora mi condannerei ad una tragica solitudine con me stesso, stretta parente della disperazione. La persona infatti come soggetto razionalmente libero, non può da un lato non condannare se stessa per la scissione causata da se stessa nella sua propria struttura, e dall'altro lato nota di non possedere in sé alcun potere per annullare gli effetti della scissione operata nel suo interno. Non ha il potere di rendere inesistente un fatto da essa compiuto, e di ciò che è la sua inevitabile conseguenza.

D'ora in poi deve ormai sempre rimanere testimone e giudice di se stessa come artefice della tragica vittima del suo atto suicida. La persona deve guardare senza fine l'opera della propria autodistruzione e senza fine condannare se stessa per il suo comportamento – come artefice, vittima e giudice, in una persona, della propria tragedia.

Dante nella *Divina Commedia* esprime la tragicità di tale situazione con le parole: "Lasciate ogni speranza voi ch'entrate". E pone queste parole sopra il cancello dell'inferno.

Sartre definirà lo stesso stato interiore della persona con il titolo di un dramma: *Huis clos* ("Alle porte chiuse"), il che fu reso bene dagli inglesi con due parole: *No exit.* Françoise Sagan invece, l'autrice proveniente dal paese del gallo che canta, saluta questa disperazione con le parole: Buongiorno tristezza! *Bonjour Tristesse!*

Per opposita cognoscitur.

La questione di scegliere di essere o non essere se stessi è un "sì" o un "no" alla verità. *Non mi è lecito negare la verità da me costatata!* Governo me stesso quando mi lascio governare dalla verità. Mi rendo dipendente da me stesso, quando mi rendo dipendente dalla verità. Quando disprezzo la verità disprezzo me stesso. Rimango me stesso, e

confermo me stesso in me, soltanto quando con un atto di libera scelta supero me stesso nella direzione della verità da me conosciuta. Soltanto la verità rende liberi...

La conclusione della riflessione fatta finora la vedo così: *noto me stesso in me come persona, e definisco i suoi contorni concettuali, quando mi noto come qualcuno a cui non è assolutamente lecito negare la verità da lui stesso constatata, quando – con altre parole – io stesso metto il segno dell'uguaglianza tra me e il depositario della verità*[14].

Nessuno, ovviamente, può sostituire qualcuno nel compiere l'atto di vedere personalmente questa verità, un atto che costituisce l'inizio della sua auto-genesi come persona. Ognuno deve conoscere personalmente la verità che fa liberi, e ognuno deve personalmente sceglierla, perché essa lo liberi effettivamente. Un altro si può aiutare – come ha osservato perfettamente Socrate – a vedere la verità e con ciò diventare l'ostetrico della sua nascita, in tal modo anche l'ostetrico della genesi della sua visione di se stesso come persona.

Ecco perché perfino l'Autore delle parole: "Conoscerete la verità e la verità vi farà liberi" (Gv. 8, 32) si ferma pieno di rispetto alla soglia della libertà dell'uomo, della libertà della persona. Cristo lascia a Nicodemo l'opera di far nascere se stesso, però fa del tutto, per mobilitarlo all'opera dell'autogenesi. Sotto questo aspetto Cristo, Nuovo Adamo, va infinitamente oltre a quanto riuscirà ad intuirlo l'autore del famoso Salmo 8[15]. Dio-Creatore – dopo aver gettato ai piedi di Adamo il mondo intero – getta ora ai suoi piedi se stesso come Dio-uomo, *Redemptor hominis*, per affascinare e toccare l'uomo con la verità sulla sua grandezza e con ciò a scegliere la propria grandezza e a reggerla fino alla fine. *Deus homo ut homo deus!* – esclamerà Gregorio Nazianzeno, stupefatto dall'offerta del Dio-Uomo Crocifisso[16]. Ma S. Agostino completerà giustamente: "Chi ti ha creato senza di te, non ti salverà senza di te"[17].

L'uomo deve nascere da solo. Dio tuttavia attende incessantemente che l'uomo gli permetta di aiutarsi in questa nascita. Attende provocandolo costantemente – in virtù del fatto dell'Incarnazione – a porsi il grande interrogativo di Anselmo d'Aosta: *Cur Deus Homo?*[18]

Perciò, appena l'uomo si porrà questa domanda, sarà un buon inizio. Con ciò infatti l'uomo stesso si pone nel campo visivo del Dio-uomo[19]. "Le doglie e il travaglio del parto" (Ap. 12, 2) dell'uomo in sé – insieme a ogni

possibile tentazione di rinunciare e di cadere nell'abisso della disperazione – d'ora in poi egli li condividerà sempre con "le doglie e il travaglio" del *Dio-Uomo*, il *Buon Samaritano* chinato su di lui[20].

Lasciamo ancora una volta la parola a Pascal: "La conoscenza di Dio senza la conoscenza della propria miseria genera l'orgoglio. La conoscenza della propria miseria senza la conoscenza di Dio genera la disperazione. La conoscenza di Gesù Cristo sta tra i due estremi, perché in essa troviamo Dio e la nostra miseria"[22].

P. Prof. TADEUS STYCZEN
Membro della Pontificia Accademia per la Vita
Professore di Etica all'Università di Lublino (Polonia)

[1] Cfr. Gn. 2, 18. Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Uomo e donna lo creò. Catechesi sull'amore umano.* Libreria Editrice Vaticana, 1986, Capitolo I, *Il Principio.* V. *Il Significato dell'originaria solitudine dell'uomo,* pp. 44ss.

[2] Cfr. ETIENNE GILSON, *L'esprit de la philosophie medievale,* Paris 1943 (1948), Capitolo XI, *Conoscenza di se stesso e il "socratismo" cristiano.* Questo viene anche sottolineato dall'insigne storico contemporaneo della storia della filosofia, ed ugualmente insigne insigne filosofo Augusto Del Noce recentemente scomparso. Cfr. ROCCO BUTTIGLIONE, AUGUSTO DEL NOCE. *Biografia di un pensiero,* Piemme, Casale Monferrato, 1991. Nello stesso spirito si pronuncia anche il contemporaneo filosofo italiano di diritto SERGIO COTTA: *Etica e diritto. Dall'unità al completamento,* in: *Studi in onore di Manlio Mazziotti di Celso,* CEDAM, 1995, pp. 287-294. Cfr. anche JOSEF SEIFERT: *Essere e persona. Verso una fondazione fenomenologica di una metafisica classica a personalistica.* Saggio introduttivo e traduzione di Rocco Buttiglione. Milano 1989.

[3] In un paragrafo con un significativo titolo (nella versione polacca): *"L'uomo in cerca della propria entità",* GIOVANNI PAOLO II così caratterizza la situazione del "primo uomo": "Ecco, l'uomo creato si trova, fin dal primo momento della sua esistenza, di fronte a Dio quasi alla ricerca della sua entità; si potrebbe dire: alla ricerca della definizione di se stesso. Un contemporaneo direbbe: alla ricerca della propria *identità.* La constatazione che l'uomo *è solo* in mezzo al mondo visibile e, in particolare tra gli esseri viventi , ha in questa ricerca un significato negativo, in quanto esprime ciò che egli *non è.* Nondimeno la constatazione di non potersi essenzialmente identificare col mondo visibile degli altri esseri viventi *(animalia)* ha, nello stesso tempo, un aspetto positivo per questa ricerca primaria, anche se tale constatazione non è ancora una definizione completa, pur tuttavia costituisce uno dei suoi elementi. Se accettiamo la tradizione aristotelica nella logica e nell'antropologia, bisognerebbe definire quest'elemento come *genere prossimo (genus proximum)". "Uomo e donna..." ibid.* In considerazione della sua importanza il testo di questo paragrafo andrebbe riportato per intero. Poiché ciò non è possibile, dobbiamo rimandare ad esso il lettore che si interessa di questo più da vicino.

[4] B. PASCAL, *Pensieri e altri scritti su Pascal,* Edizioni Paoline, 1987, Versione integrale dal francese, condotta sull'edizione di Brunschvicg (1897/1904), n. 206, 347, 348. Il testo riportato mostra che "il pensiero" di Pascal è sinonimo della conoscenza o della scienza ed è in opposizione nel confronto del modo di intendere, di Cartesio, la parola "penso" ("cogito"). Perciò anche "la svolta antropologica" di Pascal si distingue radicalmente dalla "svolta antropologica" di Cartesio e degli idealisti tedeschi che si ricollegano a lui.

[5] Di fronte a tutti questi è "diversamente" ed è "più in alto" di tutti.

[6] OVIDIO NASO, *Metamorfosi.*

[7] Cfr. A. SZOSTEK MIC, *Wolnosc - prawda - sumienie* (Libertà - verità - coscienza), "Ethos" n. 15/16 (1991) p. 27.

[8] Cfr. Rm. 7, 24.

[9] Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Responsabilità per la verità conosciuta e trasmessa.* (Al mondo della scienza polacca). L'aula magna dell'Università Cattolica di Lublino, 9 giugno 1987 in: *"La traccia",* n. 6, anno VIII, luglio 1987, p. 724.

[10] Vale la pena qui far notare il contesto, in cui nel Vangelo di S. Giovanni cadono le parole di Cristo: "conoscerete la verità e la verità vi farà liberi". Le parole che seguono poco dopo: "chiunque commette il peccato è

schiavo del peccato" sono già la risposta di Gesù alla dichiarazione dei partecipanti al dialogo che negarono con fermezza di essere mai stati nella schiavitù: "Noi siamo discendenza di Abramo e non siamo mai stati schiavi di nessuno. Come puoi tu dire: Diventerete liberi?" (Cfr. Gv. 8, 30-34).

[11] È chiaro che la caricatura della libertà è anche una libertà. Però ciò che distingue la libertà, che con atto proprio a sé supera (trascende) se stessa "verso la verità" permettendo di essere orientato e di essere guidato da essa, è precisamente il fatto che tale libertà rimane in armonia con il suo impulso originario, che accompagna l'atto conoscitivo del soggetto già sin dal momento, in cui il soggetto, mediante questo atto, operò un'asserzione della verità. Se Giovanni Paolo II chiamò la Sua Enciclica *Veritatis splendor,* un'ode in onore della libertà, con ciò voleva prima di tutto distinguere la libertà nella verità da una libertà che ritorce contro se stessa il proprio dinamismo e voleva insieme mettere in guardia contro la tragica possibilità proprio di questa deviazione come semplicemente un'auto-deviazione. Penso che precisamente a questo punto bisogna riprendere il dialogo chiarificante in tema della libertà nella sua essenza, con autori come L. KOLAKOSKI, che affermano che la vera libertà (legata alla verità) non è libertà. Cfr. p. es. le sue osservazioni critiche sul *Catechismo della Chiesa Cattolica*.

[12] Cfr. T. STYCZEN SDS, *Wolnosc w prawdzie* (La libertà nella verità), Roma 1988; cfr. dello stesso autore, *Solidarni: wolni przez prawde* (Solidali: liberi mediante la verità). *"Ethos"* 3 (1990) n. 3/4 (11/12), pp. 5-9.

[13] Cfr. KAROL CARDINALE WOJTILA, *L'autoteleologia dell'uomo e la trascendenza della persona nell'atto,* intervento trasmesso al VI Congresso Internazionale Filosofico, organizzato dalla Facoltà di Lettere – Siena e la Facoltà di Magistri – Arezzo, Arezzo 1-5 VI 1976. In lingua polacca in: KAROL WOJTILA, *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne,* Lublino WTN Università Cattolica di Lublino 1994, pp. 478-490, specialmente p. 489.

[14] Soltanto allora vedo me stesso come persona, cioè come qualcuno che devo, senza fine, generare in me. Senza fine. Questo genitore non si è ipso facto lo si diventa quando si assumono gli atti di superare se stesso (aprire se stesso) come soggetto della libertà verso la verità già affermata nell'atto della coscienza della verità. Si tratta di "non indurire il cuore" alla voce della verità già conosciuta e con ciò stesso riconosciuta come tale.

[15] Cfr. *Salmo 8.*

[16] Cfr. S. GREGORIO NAZIANZENO, *Sermone 7, dopo la morte del fratello Cesare,* 23-24.

[17] S. AGOSTINO, *Confessioni.*

[18] Pascal risponderà sinteticamente:

1) per far vedere all'uomo quanto sono grandi le dimensioni della sua caduta, se è indispensabile un intervento così grande, per poter salvarlo;

2) per far vedere all'uomo quanto è grande la sua dignità agli occhi di Dio nonostante la caduta, se Dio ritiene che l'uomo continui a meritare il suo intervento;

3) per far vedere all'uomo quanto è grande l'amore di Dio per l'uomo se Dio è disposto per un tale intervento.

[19] "Non mi avresti cercato se non mi avessi già trovato", cfr. PASCAL, *Pensieri.*

[20] "Dio infatti ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito, perché chiunque crede in lui non muoia, ma abbia la vita eterna. Dio non ha mandato il Figlio nel mondo per giudicare il mondo ma perché il mondo si salvi per mezzo di lui" (Gv. 3,16-17). È significativo, Cristo pronunzia queste parole già durante il colloquio notturno con Nicodemo. Cfr. passi analoghi: Gv. 5,22; 12,47; Lc. 19,10; At. 17,31.

[21] PASCAL, *Pensieri, ibid.* n. 527.

EMMANUEL SAPIN

Gli orizzonti della medicina fetale e le sue conseguenze etiche

Le conseguenze etiche dello sviluppo della diagnostica prenatale e delle prospettive della medicina fetale sono state analizzate con profondità e con una visione particolarmente perspicace, nell'enciclica *Evangelium Vitae.* Piuttosto che insistere sui pericoli che minacciano attualmente e nell'avvenire l'Uomo e che dobbiamo costantemente tenere presenti, vorrei in questa assise insistere maggiormente sul presente e sul futuro della medicina fetale. Il mio intervento sarà alquanto tecnico, e di questo già da adesso mi scuso, ma esso vi permetterà, mi auguro, di farvi un'idea realistica dell'attuale campo d'applicazione e delle prospettive della medicina fetale. Sulla base di queste informazioni, potrete meglio misurare i pericoli enunciati nell'enciclica sulla Vita ed adoperarvi affinché questa medicina fetale venga orientata verso la sua vera finalità: la difesa della vita, al servizio dell'Uomo.

La medicina prenatale, inizialmente ridotta alla individuazione di anomalie il cui semplice rischio poteva condurre ad un aborto, è notevolmente progredita in questi ultimi anni, con il progresso della diagnosi prenatale, più preciso e fattibile in termini diagnostici ma anche nella stima della prognosi di alcune malattie. La diagnosi prenatale permette così di individuare la terapeutica fetale ma allo stesso modo fa temere una selezione dal punto di vista medico degli individui prima della nascita.

Come la medicina convenzionale, la medicina fetale deve essere concepita per il trattamento di un paziente, in questo caso non ancora nato, e, a livello di prevenzione, per individuare le donne (le coppie) che corrono il rischio particolare di avere un bambino colpito da una malattia ereditaria o da una malformazione. Ciò al fine di evitare tale rischio. È, in senso lato, il ruolo del consiglio genetico.

Qualunque cosa si possa pensare del modo con cui viene effettuata la *diagnosi prenatale,* questa è oggi una *realtà.* È dunque imperativo *darle un senso,* che non sia esclusivamente quello della individuazione di anomalie che possono portare all'interruzione della gravidanza. Ecco quale deve essere *l'orizzonte della medicina fetale:* il feto è un essere umano; se è malato, bisogna curarlo, se rischia di esserlo, bisogna evitare che lo sia, e se non si può fare nulla in questo senso, bisogna accoglierlo, accompagnare i genitori in questa difficile prova e favorirne la migliore compiutezza possibile. Ora l'orizzonte che si profila non corrisponde, e di gran lunga, a ciò. *Alcuni pericoli* minacciano di distogliere la medicina fetale dalla sua finalità:

– l'aborto, che viene detto interruzione medica di gravidanza, in caso di individuazione di un'anomalia;
– un consiglio genetico orientato alla selezione di individui;
– l'utilizzo di tessuti embrionali o fetali.

Dietro a tutte queste realtà, si nasconde il problema più profondo della definizione dell'uomo, del rispetto della vita umana, il cui valore, secondo l'etica dominante, è relativo alla qualità di vita.

1. Diagnosi prenatale e medicina fetale

Attualmente, poiché la diagnosi in medicina fetale è più precisa grazie a diversi esami (biologia, ecografia, doppler, amniocentesi, prelevamento del sangue fetale dal cordone ombelicale, per non citarne che alcuni), ci sono tutte le condizioni per decidere una terapia. Restano da determinarne le modalità, tenendo conto delle conoscenze sull'evoluzione spontanea di queste anomalie, delle possibilità tecniche, mediche o chirurgiche, e dei rischi che questa terapia fa correre al feto ed alla donna incinta.

Schematicamente, possono verificarsi due situazioni: la scoperta di una anomalia già presente o l'individuazione di un rischio.

– La *scoperta di una anomalia* porta a compiere degli esami per scoprirne la causa e valutarne la gravità, poi ad analizzare le possibilità di trattamento misurandone la fattibilità, i vantaggi ed i rischi. A partire da ciò, potrà essere proposta una *terapia curativa* il cui scopo sarà quello di sopprimere la causa dell'affezione, o di diminuirne o sopprimerne le conseguenze, al fine di assicurare la sopravvivenza del feto. Quando un tale trattamento non è più applicabile, e quando l'anomalia del feto mette in gioco rapidamente o ulteriormente il suo avvenire, il ruolo della medicina fetale dovrebbe consistere nel preparare gradatamente i genitori alla prova che li attende ed a mettere in atto le condizioni migliori per accogliere il futuro neonato. Questa è, in qualche modo, una *terapia palliativa.*

– Nel caso della *individuazione di un rischio elevato di anomalia prevedibile,* come ad esempio in caso di imcompatibilità di sangue feto-materno, o di un coppia che

ha già avuto un figlio colpito da una malattia ereditaria e che desidera avere un altro bambino, oppure di una patologia materna che può provocare conseguenze gravi per lo sviluppo del feto, la medicina fetale deve misurarne il rischio e tentare di evitarlo: è questa la *terapia preventiva.* Dovrebbe essere lo scopo del consiglio genetico in senso lato.

Lo scopo attuale del *consiglio genetico* è quello di permettere ad una coppia, a causa di particolare/i precedente/i, di prendere la decisione di avere o di non avere bambini riconoscendo l'ampiezza reale del rischio in cui si incorre e la possibilità di ricorrre o meno alla diagnosi prenatale; ad esempio dei genitori che hanno già un bambino che soffre di una mucoviscidosi o di una miopatia. Se la coppia decide di procreare, la diagnosi prenatale, quando è possibile, permette di sostituire questa probabilità di anomalia con una certezza, quella che il bambino sarà colpito o meno dall'anomalia. Se ne è colpito, allora sopravviene l'eventuale decisione di abortire. L'informazione della coppia comporta quindi la possibilità di ricorrere ad un aborto se la diagnosi prenatale conferma che è il feto è colpito. Esiste così nella logica del consiglio genetico, con la possibilità di sopprimere i soggetti colpiti, una filosofia eugenica.

2. Mezzi terapeutici in medicina fetale

Diverse sono le possibilità di curare un feto:

– il *trattamento della madre* iniziato prima e proseguito durante la gravidanza se la madre stessa ha una malattia che potrebbe avere gravi conseguenze per il bambino che attende (ad es. ipertensione, diabete);

– il *trattamento del feto mediante somministrazione di farmaci alla madre* (ad es. per certe affezioni: toxoplasmosi, listeriosi, sifilide, disturbi del ritmo cardiaco fetale, ipotiroidismo fetale, alcune ambiguità sessuali);

– il *trattamento diretto del feto:*

a) sia mediante iniezione di prodotti:

– nel liquido amniotico;

– nel sangue fetale attraverso il cordone ombelicale;

– oppure iniezione diretta nel feto stesso;

b) sia per posa di un drenaggio fetale;

c) per cateterismo fetale con dilatazione di un ostacolo;

d) oppure un gesto effettuato mediante fetoscopia;

e) infine una chirurgia fetale *ex utero.*

Per quanto riguarda la *terapia genica,* il suo utilizzo in medicina fetale appartiene al campo della ricerca. Il suo principio è quello di riparare l'anomalia genica direttamente responsabile o di assicurare la sostituzione del gene difettoso. La prima modalità non è ancora tecnicamente realizzabile. La seconda viene assicurata con il trasferimento di un gene mediante l'intermediario di vettori virali, essendo stato sostituito il gene virale dal gene da innestare. Questi innesti vengono effettuati *ex vivo* su cellule somatiche in cultura, essendo state prelevate dal soggetto colpito dall'anomalia; poi le cellule innestate vengono reintrodotte nell'organismo iniziale. Innestando cellule germinali si deve sempre tenere presente il pericolo di manipolazione del genoma umano.

Infine, l'*innesto di tessuto fetale:* consiste nell'utilizzare il tessuto fetale per trattare un soggetto colpito da una anomalia; attualmente nel caso dell'uomo una persona già nata. Le capacità di sviluppo di questo tessuto e il debole rischio di rigetto dell'innesto, hanno spinto alcuni a proporre e a praticare queste tecniche. Questa tecnica utilizza un embrione o un feto cui viene negata la condizione di essere umano. Tuttavia, può verificarsi una situazione molto dolorosa per i genitori.

Una coppia ha un bambino immuno-depresso che può vivere soltanto sotto una tenda sterile. Viene proposto loro un innesto di tessuto fetale per apportare al loro bambino le difese immunitarie che gli mancano e che lo minacciano in ogni momento. Questo trattamento permetterà di salvare il loro bambino che essi vedono, conoscono, amano e per il quale soffrono nel loro cuore di genitori. Questo tessuto fetale che sarà utilizzato per l'innesto proviene da un feto abortito. Accettare o rifiutare questa soluzione: che responsabilità per questi genitori! Devono accettare che un feto venga utilizzato come medicina, che sia soltanto un prodotto e non un essere umano completo anche lui e che è stato sacrificato? Lascio la risposta al vostro giudizio.

3. La medicina fetale: una vera medicina

Invece di fare un repertorio esaustivo della medicina fetale, credo che alcuni esempi mi permetteranno di illustrarla.

3.1 Medicina fetale preventiva

– Dei genitori hanno avuto la disgrazia di avere un bambino portatore di una *anomalia del solco neurale*: spina bifida o anencefalia (assenza del cervello). Alcuni studi hanno dimostrato che ciò può risultare da una carenza di acido folico nella donna. Una terapia preventiva può essere istituita in previsione di una nuova gravidanza, trattando la donna con l'acido folico prima del concepimento e proseguendo nei primi tre mesi di gravidanza. Uno studio ha dimostrato che il rischio che una tale anomalia possa riprodursi passa allora dal 4,6% senza trattamento allo 0,7% con il trattamento. L'individuazione di questa carenza e il suo trattamento permetteranno inoltre di diminuire della metà i rischi di avere un neonato di basso peso.

– Il *diabete materno* può avere pesanti conseguenze sul bambino che deve nascere. Il tasso di morta-

lità neonatale in caso di diabete materno era del 13% nel 1960, del 5% nel 1970 e del 2% nel 1990. Il tasso di malformazione congenita in caso di diabete materno non equilibrato viene stimato da 3 a 4 volte superiore rispetto a quello della popolazione generale. Se il trattamento del diabete viene iniziato prima della gravidanza, il tasso di malformazione scende allo 0,8% mentre è del 7,5% se il trattamento viene iniziato soltanto dopo l'ottava settimana di gravidanza. Così un trattamento che permetta di equilibrare la glicemia il più perfettamente possibile fa sì che spesso queste gravi conseguenze vengano evitate. Per questo è necessaria l'individuazione del diabete prima ma anche durante la gravidanza. Lo stesso vale ad esempio per l'*ipertensione arteriosa materna.*

– Nei casi in cui si tema un *parto molto prematuro*, può essere iniziata una terapia alla madre per provocare una maturazione polmonare fetale nonché per evitare una emorragia intercerebrale neonatale.

3.2 Medicina fetale curativa

A volte l'individuazione prenatale permetterà non soltanto di effettuare la diagnosi di una anomalia fetale, ma anche di osservare una cattiva tolleranza del feto nei confronti di questa anomalia. La situazione può essere così critica che la vita del feto può risultare in pericolo ancor prima che egli nasca. Oppure lo sviluppo normale del feto può essere talmente compromesso che si possono verificare pesanti postumi se nulla viene fatto prima della nascita. In altri casi, il parto può mettere in pericolo il bambino oppure la madre se nulla viene fatto prima del parto.

Alcune situazioni gravi possono essere individuabili non soltanto prima della nascita con l'esame ecografico, ma in alcuni casi possono essere accessibili ad un trattamento prenatale. Questo è il caso della *trasfusione sanguigna fetale* realizzata mediante puntura del cordone in caso di incompatibilità sanguigna feto-materna. Parimenti, la *posa di un drenaggio fetale sotto ecografia* può, ad esempio, essere effettuata tra una grossa cisti polmonare e la cavità amniotica. In circostanze del tutto eccezionali si può discutere se effettuare una *chirurgia fetale ex utero*. Un tale trattamento fetale avrà come scopo la sopravvivenza del feto, di evitare gravi postumi permettendo un buono sviluppo degli organi e di evitare una nascita troppo prematura.

– Una donna attende dei gemelli, uno dei quali può svilupparsi normalmente e l'altro no. Quello che si sviluppa normalmente lo fa a spese del suo gemello. È quella che viene chiamata la *sindrome del*

trasfuso-trasfusore che può portare a volte al decesso del più piccolo con un rischio vitale anche per il più grande. Grazie a tecniche di fetoscopia con l'ausilio di fibre ottiche miniaturizzate, è possibile coagulare al laser delle comunicazioni interplacentarie dei gemelli ed ottenere così una crescita armoniosa dei due.

In alcuni casi, al termine della gravidanza si sviluppa molto rapidamente un'anomalia che comporta una cattiva tolleranza fetale: se non si interviene rapidamente la vita del feto è in pericolo. Una nascita precoce può essere programmata con un parto cesareo dopo aver iniziato una terapia per favorire la maturazione polmonare e cerebrale del feto, il che renderà il piccolo prematuro meno fragile.

In altri casi, l'individuazione prenatale di una malformazione fetale permetterà di organizzare il parto in un centro specializzato in cui il neonato potrà immediatamente essere curato, evitando così un errore di trattamento o semplicemente un trattamento inadatto o ritardato, perfino il semplice trasferimento in un secondo tempo di un neonato delicato.

3.3 Medicina fetale palliativa

In altre situazioni, la diagnosi prenatale non si accompagna ad alcuna possibilità di terapia preventiva o curativa. Queste situazioni pongono il problema di informare la coppia e accentuano la responsabilità del medico che ha il compito di affrontare l'angoscia di questi genitori che risulterà dalla conoscenza, ancor prima della nascita, di una anomalia a volte grave e senza possibilità di trattamento. In questi casi l'aborto viene spesso proposto come una soluzione a questa coppia disperata. In questa decisione, entrano in gioco una fuga di fronte all'handicap ed alla malattia con il rifiuto dell'ineluttabile quando è prevedibile, un timore esacerbato della sofferenza e della morte. Ma ugualmente la ricerca del bambino perfetto che obbedisce alla legge dell'offerta e della domanda, laddove l'offerta è il risultato del progresso medico e dell'orgoglio dei medici della loro scienza e la domanda è una domanda di efficacia della medicina da parte della gente: la conformità del bambino atteso al desiderio dei suoi genitori. Ciò può perfino portare a delle denunce in caso di non individuazione di una anomalia o di un insuccesso medico.

Alcune riflessioni

Per non rendere più pesante il mio intervento, non ho voluto affrontare le questioni sollevate dalla bioetica, che necessitano di un dibattito a parte.

Mentre i mezzi d'esplorazione prenatale sempre più efficaci concorrono a dimostrare che la vita dell'essere umano comincia ben prima della sua nascita, contemporaneamente queste nuove possibilità d'azione, questo nuovo campo del potere dell'uomo, fanno rinascere vecchi dèmoni.

Il rispetto dovuto ad un essere umano diventa relativo alla sua qualità di vita: alcune vite non meritano di essere vissute! La percezione del valore umano è dominata dall'aspetto affettivo che sostituisce ogni riflessione approfondita sul

rispetto dovuto ad un essere umano, e conduce a decisioni guidate da una sorta di compassione umanitaria. L'essere umano sarebbe veramente uomo soltanto quando è desiderato.

Come possiamo accettare questo eufemismo di "riduzione embrionale" nel caso di un aborto selettivo effettuato quando una gravidanza medicalmente indotta ha portato ad una gravidanza multipla, dato che la gravidanza non porterà a nessun bambino vivo se alcuni embrioni o feti non verrano soppressi o quando potrebbe mettere in pericolo perfino la vita della madre? La realtà supera qui la finzione più sinistra.

L'assenza di possibilità di trattamento di una anomalia individuabile prima della nascita sfocia inevitabilmente in una proposta di aborto; nel caso di una anomalia cromosomica, come la trisomia 21, si tratta né più né meno di una selezione di individui: l'eugenismo; nel caso di una malattia ereditaria quale la mucoviscidosi o la miopatia, questa fa parte della stessa filosofia dell'eutanasia: è una eutanasia prenatale.

Considerazioni di tipo economico, di copertura finanziaria della politica di protezione sociale, possono sottendere l'individuazione e la soppressione dell'embrione o del feto colpito invece di tentare di sopprimere l'handicap o di minimizzarne le conseguenze.

Il riferimento assoluto dell'uomo moderno è la scienza; quel che essa non comprende non esiste; là dove essa non può essere efficace, c'è un fallimento e questo fallimento, anche se si tratta di un essere umano, sarà eliminato.

In conclusione, come ho illustrato con alcuni esempi, la medicina fetale può essere considerata come una medicina nel senso più nobile, ma la sua pratica ed i suoi orientamenti sollevano grandi questioni etiche.

È importante che esercitiamo una vigilanza illuminata per ricordare che un essere umano esiste sin dai primi giorni del concepimento e che ogni anomalia che lo colpisce non è un concetto ma riguarda un essere vivente che va rispettato.

L'amore non si apprende
attraverso la scienza!
Dove è l'Uomo in tutto questo?
No! L'embrione e il feto
non sono i soli
ad essere in pericolo!
Tocca a noi essere
i suoi Buoni Samaritani.

Prof. EMMANUEL SAPIN
Specialista in Chirurgia Pediatrica
Viscerale ed Urologia
presso l'Ospedale San Vincenzo de' Paoli
Parigi (Francia)

BRUNO SILVESTRINI

Il rispetto della vita nella ricerca biomedica

Introduzione

Il progresso scientifico e tecnologico è insito nell'uomo, ne soddisfa un bisogno irrinunciabile, ma talvolta gli si rivolta contro. È un problema antico, ma forse oggi avvertito ancora più che nel passato in quanto il potere di intervento sulla natura è cresciuto a dismisura. Lo si è visto quando tutti i benefici arrecati dagli avanzamenti teorici e pratici della fisica sono stati rimessi in discussione prima dalle esplosioni delle bombe atomiche e, quindi, dall'emergere di altri gravi pericoli, come quelli insiti nell'impiego pacifico dell'energia nucleare. Ora è la volta della biologia, che dopo millenni di torpore sta rapidamente colmando il ritardo prima accumulato rispetto ad altre scienze. Attraverso i farmaci moderni, che sono sostanze esogene capaci di modificare il funzionamento degli organismi viventi, essa ha sconfitto molte malattie mortali o invalidanti, ne ha ridimensionate altre ed ha aumentato a tal punto la produzione agricola, da aver salvato dall'inedia milioni e milioni di persone. Si è quindi affacciata sulle basi molecolari della vita, dimostrandosi capace di intervenire direttamente sui disturbi genetici e di correggerli. Contemporaneamente, tuttavia, si sono verificati molti eventi drammatici, come la tragedia della talidomide, i disastri ecologici prodotti dai pesticidi, le stragi consentite da micidiali armi biologiche, strettamente apparentate ai medicamenti, fino ad arrivare alla manipolazione selvaggia del DNA, che apre prospettive ancora più inquietanti. In queste circostanze riaffiorano gli interrogativi di sempre sul significato del progresso, su quali principi si fondi. Se li è posti la fisica, quando da scienza sperimentale è tornata ad essere filosofia, ora se li pone la biologia, avventurandosi su un terreno per lei inconsueto. Il rispetto della vita nella ricerca biomedica verrà qui discusso sotto questa prospettiva.

1. Il dibattito bioetico

Nasce, nel quadro sopra delineato, la bioetica. Ai suoi comitati vengono demandati due compiti fondamentali, che a seconda del livello vengono affrontati con gradi di approfondimento, modalità e responsabilità istituzionali diversi. Ecco come vengono indicati nella raccomandazione del Consiglio d'Europa (1989):

a) "informare la collettività ed i pubblici poteri dei progressi scientifici e tecnici compiuti in embriologia, nella ricerca e sperimentazione biologica";

b) "orientarne e controllarne le possibilità di applicazione, valutarne i risultati, i vantaggi e gli inconvenienti, anche sotto il profilo dei diritti e della dignità dell'uomo e degli altri valori morali".

Quando dalle dichiarazioni di principio si passa ai singoli problemi, tuttavia, emergono contrasti e disparità di vedute apparentemente insanabili: basta pensare all'aborto, alla fecondazione artificiale ed assistita, all'eutanasia, all'impiego degli embrioni nella ricerca scientifica, ai tanti casi di conflitto tra interesse individuale e collettivo, tra la vita di una persona e quella di un'altra. Il dibattito bioetico si sposta allora dagli aspetti particolari agli interrogativi filosofici di fondo. La risposta potrebbe essere cercata in altri campi del pensiero, dove vengono dibattuti da millenni, ma la biologia si sente ormai matura per dare un suo contributo autonomo, anche alla luce dell'impressionante quantità di informazioni accumulate nel proprio interno.

2. La centralità della vita

Che cosa è la vita? Questa è la prima domanda alla quale il biologo cerca di fornire una risposta. La vita è per lui la luce che illumina l'universo e gli dà forma, facendolo emergere dalle tenebre. La realtà che ci circonda non corrisponde infatti ad un dato obiettivo, ma è il risultato della percezione che ne hanno gli esseri viventi. In alcuni prevale la vista, in altri il gusto, il tatto, l'udito, l'olfatto o altri sistemi che nell'uomo sono atrofizzati o assenti. A seconda di quello che prevale, la realtà assume forme completamente diverse. Un cibo può essere gradevole o sgradevole, un oggetto grigio o vivido di colori, un avvenimento fonte di gioia o di disperazione, quello che per l'uno è invisibile nell'altro può lasciare tracce profonde. C'è anche una realtà ricostruita attraverso strumenti fabbricati dall'uomo, che si spingono ben oltre il dominio dei sensi: verso il mondo sempre più piccolo delle cellule, delle molecole, degli atomi e delle particelle, o verso quello sempre più esteso degli spazi stellari. Anche il tempo cambia a seconda dell'individuo e, nel medesimo individuo, a seconda della sua età biologica: c'è quello dell'infanzia, talmente dilatato dalle

esperienze che lo affollano, da sembrare eterno, ma c'è anche quello dell'anziano, che scivola via via sempre più veloce a mano a mano che diminuiscono gli eventi che attirano l'attenzione. C'è la realtà che ha come limite la velocità della luce, ma già oggi si può immaginare quella che un giorno si concretizzerà attraverso uno strumento capace di percepire la superforza che sostiene ed impregna l'universo non viaggiando nello spazio e nel tempo, come la luce, ma legandone istantaneamente ogni parte, allo stesso modo di un elastico sempre in tensione. C'è l'universo del microbo, che si estende per pochi millimetri e dura pochi minuti, ma è altrettanto concreto e duraturo quanto quello dell'uomo. Che cosa ci autorizza a considerare l'una di queste realtà più concreta dell'altra?

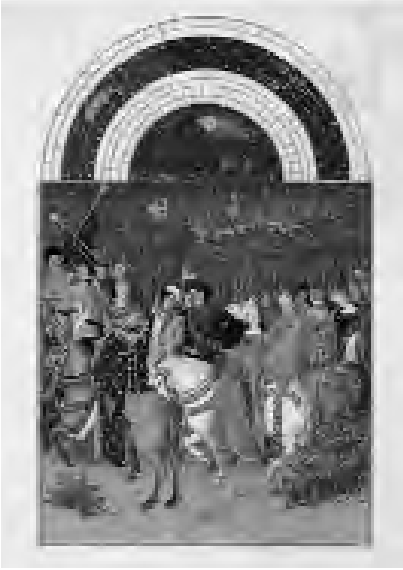
Questi concetti sono stati lungamente dibattuti dai filosofi, che nella loro ricerca di un punto, di un senso, hanno sempre oscillato tra relativismo ed oggettivtà. Sono stati poi ripresi nelle teorie fisiche della relatività e dell'indeterminazione, che sono apparentemente più avanzate perché convalidate col metodo sperimentale, ma che non riescono ad includere nelle loro equazioni né la vita né l'uomo. Vengono ora riproposti dalla biologia, che pone al centro dell'universo la vita.

La sacralità della vita diventa allora un concetto non solo religioso, ma anche laico ed il biologo si sente come il rocciatore che, raggiunta faticosamente la vetta, scopre che qualcun altro vi era arrivato ben prima di lui, seguendo un percorso diverso.

3. L'essenza della vita

Come funziona la vita? Questa è un'altra domanda fondamentale per il biologo, strettamente collegata con la prima. L'universo è sorretto, secondo le leggi della fisica, da una forza che sospinge ogni cosa verso la perdita dell'organizzazione e dell'ordine, verso un grado crescente di entropia; è come un tizzone ardente, che si sta spegnendo e trasformando in cenere. La vita fa parte di questo universo, ma va in direzione opposta, verso configurazioni caratterizzate da un grado crescente di ordine e di organizzazione; è come una barca a vela che, seguendo una sua rotta precisa, risale tenacemente, bordo dopo bordo, il corso di un vento violento che sospinge ogni altra cosa ad infrangersi contro gli scogli. Lo può fare solo perché è diversa dal resto del mondo conosciuto.

La vita ha la conoscenza della propria identità, la difende contro tutto ciò che tenderebbe a cancellarla e la sviluppa incessantemen-



te. La conoscenza, intesa come un complesso organico ed organizzato di informazioni, non è quindi solo quella che attraverso la vita dà origine alla realtà circostante, ma è anche il pernio della vita stessa.

Anziché spiegare questo mistero, la scoperta del DNA l'ha accresciuto, mostrando che il progetto della vita è presente in ogni singolo vivente, oltre che in ciascuno dei miliardi di cellule che compongono gli organismi multicellulari. In uno spazio infinitesimale, invisibile ad occhio nudo, è infatti racchiusa l'essenza della vita: il suo passato, il suo presente ed il suo futuro in tutte le loro manifestazioni, da quella più elementare fino all'uomo.

Il DNA è stato chiamato il progetto della vita (Dulbecco, 1989), ma questa parola è fuorviante perché un progetto di per sé rimane lettera morta, senza l'intervento esterno di chi lo realizzi. Il progetto della vita, invece, "contiene dentro di sé tutto ciò che gli serve per realizzarsi, salvo naturalmente le materie prime e l'energia che ricava dall'ambiente. Sa costruirsi autonomamente i pezzi che gli servono, assieme alle attrezzature necessarie per assemblarli. Sa adattarsi all'ambiente. Sa preparare i sottoprogetti, sempre più dettagliati, occorrenti via che l'opera procede. Infine, il progetto del vivente e il vivente che ne risulta non sono separati, ma si identificano l'uno nell'altro. Anziché progetto, è quindi preferibile chiamarlo Libro sacro della vita, per indicare il senso di smarrimento che si prova quando si cerca di sfogliarlo" (Silvestrini, 1995).

Questo progetto è l'essenza della vita lungo tutto il suo percorso, dalla semplice procreazione duplicativa a quella sessuale e, quindi, a quella culturale. È lo stesso che ogni giorno si dischiude davanti a noi quando una singola cellula fecondata si divide in due, in quattro, in otto, in sedici e così via, differenziandosi in quella miriade di componenti dalle quali emergono l'embrione, il feto, il neonato, il bambino e poi l'adulto, che ha già iniziato la sua discesa, ma non prima di avere dato un suo apporto alla vita. Contiene in sé anche gli sviluppi futuri, quelli che attraverso il progresso scientifico e tecnologico lo porteranno a dispiegarsi ulteriormente.

Non occorre essere Albert Einstein per capire che alla guida di una barca a vela che risale il corso del vento c'è qualcosa di diverso dal mare in tempesta. Per il laico questo *quid* rimane misterioso oppure è il frutto del caso, della combinazione fortuita dei miliardi e miliardi di eventi che si succedono incessantemente nell'universo.

Per il credente, invece, presuppone un intervento trascendentale.

Ancora una volta, tuttavia, le diversità tra il pensiero laico e quello religioso perdono di importanza, perché la vita esiste comunque ed è tutto ciò che noi possediamo. Entrambi, pertanto, non possono che concordare sul principio basilare della difesa della vita. Per citare un documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, "la difesa della vita nasce non da una forma astrat-

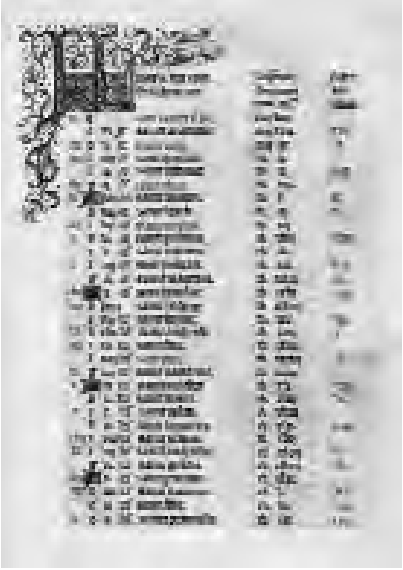
ta di filantropismo, ma dalla constatazione che l'uomo esiste in quanto è essere vivente, nello stesso tempo dotato di una propria individualità, che lo rende unico, e strettamente interconnesso alla società della quale fa parte" (Comitato Nazionale per la Bioetica, 1995).

4. La vita è progresso

Ogni altro essere vivente si adegua al principio fondamentale della difesa della vita per il fatto stesso di esistere, grazie ad informazioni insite nel suo funzionamento e nella sua struttura organica, composta da apparati, organi ed organelli. Contrariamente a quanto avviene con i libri dell'uomo, queste informazioni sono insite nella forma e nel funzionamento della vita, sono un tutt'uno con esse. Questo concetto è parzialmente espresso nella teoria chemosmotica dell'interdipendenza di forma e funzione, che ha fatto guadagnare a Mitchell (1979) il premio Nobel, ma ha un valore ben più generale. Si ritrova in tutto il processo evolutivo, già descritto nella Bibbia per chi la sa leggere, nel corso del quale la vita passa via via dagli organismi monocellulari a quelli multicellulari che si affidano all'istinto della sopravvivenza e dotano il loro corpo di apparati specializzati: tegumenti che li proteggono dalle intemperie o dalle radiazioni nocive, pinne e branchie per muoversi nell'acqua, ali per librarsi nell'aria e così via. Le informazioni riguardanti questi cambiamenti non vengono trascritte a parte e conservate in una biblioteca, ma sono contenute nella vita stessa.

Anche l'uomo ha questa caratteristica, ma con lui avviene un fatto nuovo. Anziché lasciarsi guidare istintivamente dalla legge fondamentale della vita, egli la analizza e cerca una spiegazione razionale della propria esistenza. Anziché attendere che i suoi tegumenti si adattino alle intemperie, o che spuntino le pinne o le ali, egli si costruisce con le sue mani gli abiti, gli alloggi, le barche, gli aerei; fabbrica inoltre gli strumenti che lo aiutano ad espandere le sue conoscenze e, quindi, l'universo della vita al di là del dominio dei sensi. Questo cambiamento nasce delle sue capacità intellettuali e manuali che gli consentono di estrarre le informazioni della vita dal loro substrato naturale, per trasferirle su un altro substrato, fatto del linguaggio orale e scritto, della cultura individuale e collettiva; le traduce, quindi, in mezzi pratici. Sembra, ma così non è, che si appropri delle idee che Platone assegna alla divinità.

Questa è la molla del nuovo tipo di evoluzione chiamata progresso. Esso fa parte della vita, ne favorisce lo sviluppo, ma concentra nelle mani dell'uomo un potere enorme, che lo inorgoglisce e lo spaventa nello stesso tempo. Se è religioso, si sente investito di una missione divina, ma nello stesso tempo teme di violarne le regole. Se è un filosofo o uno scienziato, egli persegue la conoscenza, ma paradossalmente più avanza più si sente incapace di dare una risposta ai quesiti fondamentali. Se è un uomo della strada gode dei benefici del progresso, che prolunga la sua vita e la rende sempre più confortevole, ma guarda con spavento ai rischi ed ai pericoli che lo accompagnano.



5. Una lezione di vita

La risposta a questi interrogativi va cercata in quelle stesse capacità intellettuali che hanno reso possibile il progresso. A differenza di ogni altro essere vivente che difende la vita istintivamente, con il solo fatto di esistere, l'uomo è infatti in grado di comprenderne i principi fondamentali, di farne propria la sapienza e, quindi, di rispettarla non più solo istintivamente, ma consapevolmente.

Ecco allora che la cultura cessa di essere una elucubrazione teorica, per dare risposte concrete ai quesiti che assillano l'uomo, nei suoi piccoli atti quotidiani così come nella politica. Qualcuno arriva a questa conquista attraverso il dono della fede, che è il percorso più rapido, ma anche più difficile. Qualcun altro studiando con umiltà la vita. Io credo fermamente che entrambi questi percorsi possano convergere. La vita porge, infatti, gli stessi insegnamenti forniti dalla religione. Il rispetto delle regole della convivenza civile, che nasce dalla convenienza, prima ancora che da un imperativo etico. La possibilità di essere nello stesso tempo egualitari ed aristocratici, perché la vita affida a ciascun essere vivente, dal microbo all'uomo, il proprio intero progetto, offrendo ad ognuno un uguale punto di partenza, ma nello stesso tempo premia chi emerge per qualità ed impegno. È l'una e l'altra cosa anche perché l'individuo viene sì valorizzato per le sue qualità, ma solo in quanto appartiene ad una comunità. Ecco perché la Chiesa non potrà mai essere di Destra o di Sinistra, liberale o socialista, ma l'una e l'altra cosa insieme. La vita non persegue il piacere o combatte il dolore di per se stessi, come l'uomo sarebbe tentato di fare, ma se ne serve per dare un'indicazione su ciò che è utile o dannoso. Per lei tutto ciò che esiste ha un significato in quanto rientra nel suo progetto. In questo senso qualunque cultura vera, non importa se laica o religiosa che sia, cessa di essere un fatto astratto, per trasformarsi in lezione di vita.

6. Il rispetto della vita nella ricerca biomedica

Io non sono un filosofo: lascio quindi ad altri il compito di sviluppare questi concetti come meritano. A me compete solo l'obbligo

di sottolineare che essi si applicano in termini estremamente pratici anche alla ricerca biomedica, che del progresso è diventata uno degli elementi portanti. Trascurando qui le sue degenerazioni, quelle che anziché rispettare la vita la offendono, nei suoi sviluppi positivi essa segue da sempre due percorsi diversi. Il primo la porta a combattere le sofferenze e le malattie dall'esterno, con ogni mezzo possibile. In questa maniera ha conseguito successi impressionanti, che hanno migliorato la qualità e la durata della vita dell'uomo, ma effimeri. Basta pensare agli antibiotici. Essi hanno rappresentato una delle tappe più significative dei progressi moderni della terapia, ma forse proprio per questo motivo si è dimenticato che nel corso dell'evoluzione il meccanismo difensivo dell'antibiosi è stato accantonato a favore di quello immunitario, molto più efficace. Ci siamo quindi trovati impreparati a fronteggiarne gli inconvenienti, che invece si sarebbero potuti facilmente prevedere: la resistenza batterica, che richiede una rincorsa continua a sempre nuovi antibiotici; gli effetti collaterali, che ogni volta riemergono in forma diversa; lo stesso problema dei milioni di bambini dei paesi in via di sviluppo, che sono stati sì salvati, ma poi abbandonati a condizioni di vita disumane. L'altro percorso è quello di studiare le malattie prima di combatterle, di risalire non solo alle loro cause, ma al loro significato biologico, alle loro interrelazioni con altri processi, ai meccanismi difensivi approntati dalla natura stessa. Questa strada offre soluzioni più durature e sicure: i vaccini, l'educazione alla salute, lo sviluppo delle strutture sanitarie, gli interventi a tutela dell'ambiente e dell'assetto sociale.

Il rispetto della vita significa quindi, innanzi tutto, ansia di conoscenza. Questo concetto riaffiora nelle parole di tutti i grandi scienziati che hanno contribuito ai successi della medicina, incluso il mio maestro Daniele Bovet (Bignami, 1993), ma prima ancora emerge in tutta la sua forza nell'insegnamento di Ippocrate. È per questo motivo che sento il bisogno, nel concludere, di esprimere la mia riconoscenza e la mia ammirazione per il Cardinale Fiorenzo Angelini che, dedicando a lui questa Conferenza, ci ha offerto una preziosa opportunità di incontro e riflessione. Io ho cercato di sviluppare questo concetto sotto un'angolazione filosofica che, essendo per me insolita, mi ha certamente esposto ad errori, dei quali chiedo venia. L'ho fatto ugualmente perché sono fermamente convinto che i principi religiosi fondamentali abbiano un valore universale e possano essere conquistati anche percorrendo strade diverse da quelle della fede. Questa è una chiave di lettura del motto *non prevalebunt*, questo è anche il motivo che spinge il credente a non temere mai il confronto ed il dibattito, nemmeno se aspri, con chi non ne condivide i convincimenti religiosi. Anche di questo insegnamento io mi sento debitore al Cardinale Fiorenzo Angelini, così come ad altri principi della Chiesa, che lo testimoniano con le loro opere, prima ancora che con le loro parole.

Prof. BRUNO SILVESTRINI
Direttore Istituto di Farmacologia e Farmacognosia dell'Università La Sapienza di Roma
Consultore del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari

Bibliografia

BIGNAMI, *G. Ann. Ist. Sup. San.* 1993, 29 (Suppl. 1): 1-104.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Documento sui Vaccini.* Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma 1995 (in stampa).

Consiglio d'Europa, *Raccomandazione dell'Assemblea Parlamentare del 2 febbraio 1989.*

DULBECCO, R. *Il progetto della vita.* Mondadori, Milano 1989.

MITCHELL, P. *Science 1979,* 206: 1148-1159.

SILVESTRINI, B. *Malati di droga.* Sperling e Kupfer, Milano 1995.

CARLA GIULIANA BOLIS

Il cervello umano: da Ippocrate allo sviluppo attuale delle neuroscienze

La ricerca di un sistema di coordinamento e di localizzazione delle funzioni nel sistema nervoso e nel corpo ha sempre avuto un'importanza primaria nel campo degli studi di anatomia e nell'approccio filosofico durante i secoli.

Talvolta le informazioni, anche se legate ad eventi macroscopici, non vennero considerate particolarmente importanti, come invece furono giudicate considerate più tardi. Dobbiamo però tenere presente che soltanto oggi la comprensione delle funzioni del cervello è considerata in modo corretto.

Lo studio del cervello ha richiesto molti successi scientifici e abilità tecniche, e possiamo dire che soltanto oggi ci troviamo nella condizione di poter comprendere i meccanismi basilari della maggior parte delle funzioni fisiologiche e biochimiche connesse con il sistema nervoso.

Un chiaro esempio della difficoltà di interpretazione è dato dalla scoperta di un papiro egiziano, risalente a 3000 anni prima di Cristo, nel quale vi era una sequela di osservazioni di ferite alla testa connesse a specifiche manifestazioni somatiche. All'inizio, le osservazioni furono esatte, ma ci vollero almeno 50 secoli per provare i meccanismi fondamentali della correlazione tra una ferita alla testa e una lesione periferica.

Oggi abbiamo iniziato a prendere in considerazione il lavoro di Ippocrate. Non c'è dubbio che Ippocrate (460-370 a.C.) fosse un grande medico e che avesse compreso molto chiaramente alcune condizioni neurologiche, come il colpo apopletico e l'epilessia, che sono menzionate negli *Aphorismi* e nel *Praesagia Hippocratis, liber II, De convulsione.*

Ippocrate e la sua scuola, nella pubblicazione *Corpus Hippocraticum,* introdussero la razionalizzazione degli eventi che portano alle malattie. Non fu descritto alcun intervento divino.

La visione di Ippocrate e del filosofo Plato (429-347 a.C.) sulla localizzazione della coordinazione era piuttosto cerebro-centrica, ma più tardi Aristotele (384-322 a.C.) impose la sua visione cardiocentrica della coordinazione del corpo umano. Aristotele descrisse il cuore come responsabile di tutte le funzioni, compresa la percezione ed il pensiero; il cervello era la parte più fredda del corpo e la sua funzione era di mitigare il calore prodotto dal cuore.

Herophilus e Erasistrato nel terzo secolo a.C. furono in grado di studiare il corpo umano e si trovarono nella posizione di distinguere tra cervelletto, cervello e midollo. Essi dimostrarono anche che il cervello ha dei ventricoli e che la sua superficie ha delle circonvoluzioni. Inoltre, essi compresero chiaramente che i vasi sanguigni sono molto diversi dai nervi e che l'origine del nervo è il cervello o il midollo. I nervi si distinguono tra motori e sensoriali.

Nel secondo secolo d.C., Galeno (129-199) contestò la visione di Aristotele ed attraverso l'osservazione diretta propose la distinzione tra nervi motori e nervi sensoriali, attribuendo importanza alle percezioni e anticipando così il concetto *Nil est in intellectu quod prius no fuerit in sensu.*

Galeno non prese in considerazione soltanto l'anatomia, ma fu il primo a guardare alla fisiologia. Attibuì grande importanza ai ventricoli, che divise in anteriore, medio e posteriore. Galeno inoltre previde che lungo i nervi viaggia un agente, il pneuma. La sua intuizione fu lasciata da parte per almeno duecento anni, quando fu scoperta la comunicazione elettrica lungo il nervo.

Una concentrazione specifica di studi sul cervello fu fatta da Emeso, Vescovo di Emesa, e da Sant'Agostino nel quarto secolo d.C., a proposito della localizzazione delle funzioni dei tre ventricoli descritta da Galeno: nel ventricolo anteriore è localizzata l'immaginazione; nel medio il ragionamento e nel posteriore la memoria. Questo è il primo approccio alla localizzazione delle funzioni, e per almeno un centinaio d'anni questo approccio diede origine soltanto a disegni e dipinti.

Nel periodo del Rinascimento gli studi di anatomia continuarono, e presso l'Ospedale di Santa Maria Nuova, a Firenze, Leonardo da Vinci, attorno al 1505, fece un modello di cera dei ventricoli cerebrali e dei disegni delle circomvoluzioni cerebrali. All'incirca nello stesso periodo, Vesalio in Italia e Fresnel in Francia, fecero maggiori e più accurate descrizioni morfologiche.

Willis (1667) cercò di trovare una descrizione anatomica più accurata, e distinse la materia cerebrale in grigia e bianca. Egli, tenendo conto del lavoro di William Harvey (1578-1637) sul cuore e sulla circolazione, condusse degli studi brillanti sulla circolazione del cervello, per l'identificazione della *rete mirabilis* o circolo di Willis.

Durante questo periodo la ricer-

ca sul cervello, considerando le relazioni tra cervello, intelligenza e anima, ebbe un approccio filosofico.

Nel 1665, nel suo *De Cerebro Cortice*, Malpighi descrisse la superficie del cervello con un sistema di estensione primitivo. Nel 1666, nel *Cerebro*, descrisse due osservazioni sulla distribuzione della materia grigia nel cervello. Egli pose in rilievo il fatto che la struttura del cervello fosse particolarmente difficile da sezionare e le manipolazioni che dovette fare diedero naturalmente origine ad una serie di artefatti.

Intorno al 1718 van Leuwenhoeck produsse la prima immagine appropriata dell'organizzazione al microscopio del sistema nervoso, laddove considerò la struttura del nervo come composta da piccoli vasi riuniti insieme, talvolta racchiusi in una struttura identificata più tardi come la mielina.

L'anatomia al microscopio non fece progressi sino al 1824, quando Dutrochet identificò, in un ganglio invertebrato, la presenza di "piccole cellule" di forma sferica. Questa è la prima descrizione di una cellula nervosa. Pochi anni dopo, Valentin descrisse la presenza nel cervelletto di estremità attorno a queste cellule sferiche e sappiamo oggi che queste estremità vennero identificate più tardi come dendriti.

Nel 1865, Deiters propose la struttura dei nervi così come la conosciamo oggi grazie all'introduzione del microscopio elettronico (1950).

In queste osservazioni e nella proposta di Deiters vi era, tra la comunità scientifica, un pensiero attivo circa le possibili comunicazioni e le interazioni tra le cellule nervose. Oggi sappiamo che le interazioni sono ristrette a sistemi specializzati chiamati sinapsi. Questa parola deriva dal greco, che significa "collegamento", e fu coniata da Charles Sherrington (1897), che in uno dei suoi articoli scientifici scrisse: "Per quanto ne sappia la nostra conoscenza, siamo portati a pensare che l'estremità di un ramo dell'arborescenza non è continuo, ma solamente in contatto con la sostanza del dendrita o del corpo della cellula sul quale urta. Questa connessione particolare di una cellula nervosa con un'altra può essere chiamata sinapsi". Circa cinquant'anni dopo (1850), Claude Bernard sostenne la possibilità che il contatto tra il nervo e le cellule bersaglio fosse specializzato e che ci sarebbero state delle modificazioni durante la trasmissione del segnale.

Alla fine del diciannovesimo secolo ed all'inizio del ventesimo, ci fu un interessante dibattito su come si stabilisce la connessione neuronale. La fornitura di un sistema migliore di rilevazione (rilevazione all'argento) dei tessuti nervosi fu scoperto dall'italiano Camillo Golgi, ed applicato dallo spagnolo Santiago Ramon y Cajal, con tecniche di microscopio migliorate, dirette alla formulazione del neurone contro la teoria reticolare. Certamente la teoria neuronale considerava il neurone come una cellula individuale, già distinta nello spazio dalla sua cellula bersaglio ed affermata nell'individualità del neurone. Tuttavia, a questo dibattito, ove vinse la teoria neuronale, seguì un altro dibattito su come fosse trasmesso il segnale dato dai neuroni: "trasmissione chimica", secondo la quale si supponeva che i neuroni liberassero delle molecole che agivano su cellule specifiche, o "trasmissione elettrica", secondo la quale il segnale era di natura elettrica.

È molto interessante notare che nel 1884 Thudicum pubblicò *La composizione chimica del cervello.* In quel periodo, la biochimica stava iniziando ad emergere, ma non vi erano tecniche valide per la corretta identificazione delle sostanze. Dobbiamo attendere sino al nostro secolo quando, negli anni '50, venne identificata la composizione chimica delle sostanze.

Il lavoro di ricerca di Sir Henry Dale e di Otto Loewi stabilì nel 1920 come la trasmissione chimica fosse la teoria più valida. Ma in quel periodo tutta la sequela degli eventi che riguardavano la generazione e la propagazione del segnale elettrico non erano ancora conosciuti.

Fu soltanto nel 1786 che Luigi Galvani, facendo degli esperimenti sulle rane, propose l'esistenza di una sorta di elettricità animale. Più tardi, nel 1838, Matteucci registrò per la prima volta la corrente elettrica prodotta da un muscolo. Nel 1898 Dubois Reymond descrisse l'esistenza di una corrente che lavorava nei nervi. Inoltre, nel 1875 Caton dimostrò, nei suoi esperimenti sui conigli, che anche la corteccia cerebrale produce elettricità.

La magnifica pubblicazione di Galvani del 1791, *De viribus electricitatis in motu musculari commentarius*, apre la strada ad un importante ed affascinante approccio all'elettricità animale.

Fino al 1950, non vi era alcuna prova evidente di come gli stimoli operassero sull'eccitazione nervosa. Oggi sappiamo, grazie agli studi di Hodgkin e Huxley (Hodgkin, 1964; Hodgkin e Huxley, 1952; Hodgkin e Keynes, 1955) che la membrana eccitabile esiste in due stati: uno polarizzato (con il mantenimento di scambi ionici differenti sui due lati della membrana), ed uno depolarizzato, che è il risultato del primo seguito da cambiamenti drastici in permeabilità, in ordine di millisecondi, dopo la stimolazione. I rapidi cambiamenti nella permeabilità ionica fanno scaturire gli impulsi elettrici trasmessi lungo l'assone del nervo, laddove lo scambio ionico è regolato dalla membrana del plasma attraverso la quale la cellula comunica con l'ambiente circostante. L'assone offre una strada unica non soltanto per la conduzione degli impulsi ionici, ma anche per la circolazione di macromolecole tra il sistema nervoso centrale e gli or-

gani periferici. Ogni interruzione o alterazione patologica delle fibre nervose impedisce il trasporto assonico delle molecole e perciò priva le parti centrali e periferiche del sistema nervoso di scambi molecolari. Questo trasporto assonale anterogrado è una delle conclusioni centrali che facilitano la comprensione dei meccanismi fisiologici responsabili della degenerazione e della rigenerazione assonale. Viceversa, il trasporto assonale retrogrado rappresenta i mezzi con i quali l'informazione chimica è convogliata dalla periferia assonale e eventualmente dalle cellule bersaglio al corpo della cellula. Questo meccanismo può avere un ruolo importante nella risposta rigenerativa e nello sviluppo di connessioni sinattiche stabili tra i neuroni e le loro cellule obiettivo.

In quel periodo la struttura del meccanismo biologico della membrana era ben definita, e gli studi sui sistemi di trasporto erano molto attivi.

Data la capacità del CNS e del PNS di riparare dopo l'esposizione a diverse condizioni ambientali, e di stabilire nuove connessioni di adattamento, o di riacquistare la funzione mediante l'implicazione di neuroni superstiti, il riconoscimento neuronale è ora un campo di ricerca molto promettente, specialmente per il suo impatto sulle lesioni nervose e sulla riparazione.

Oggi sappiamo che il cervello umano è composto di circa $10 \cdot 10^{11}$ neuroni, un numero molto simile a quello delle stelle nella nostra galassia. Queste cellule sono suddivise in 100 differenti tipi di cellule, laddove in altri organi del corpo la suddivisione è piuttosto modesta.

In questa complessità cellulare, l'efficacia funzionale è raggiunta mediante la cooperazione armoniosa. La cooperazione è mantenuta dal codice genetico, dai neurotrasmettitori, dai neuromodulatori, dai neurormoni e si esprime col funzionamento neuronale ed il comportamento; l'inefficienza di queste relative attività è espressa dalle condizioni patologiche.

Anche se le cellule del sistema nervoso sono legate allo stesso codice genetico come le altre cellule ed hanno un'organizzazione cellulare generale, esse differiscono dalle altre cellule per quanto riguarda alcune caratteristiche, soprattutto perché queste cellule neuronali sono intercollegate e funzionano con altri tipi di cellule creando dei contatti specifici con altri neuroni, ghiandole o cellule muscolari.

La comunicazione avviene per via elettrica e chimica attraverso i sinapsi. I segnali chimici hanno attinenza con i neurotrasmettitori: per primo, T. R. Elliot il 21 marzo del 1904, all'incontro della "Physiological Society of London", af-

fermò che "l'adrenalina può essere uno stimolante chimico liberato ogni qualvolta l'impulso arriva alla periferia..."

La trasmissione chimica e elettrica è quella della zona di contatto tra due cellule nervose; il segnale chimico (neurotrasmettitore) è rilasciato sotto un segnale elettrico ai pre-sinapsi e riconosciuto dai ricettori post-sinattici, guidati alla modificazione dell'attività biologica della cellula ricevente (post-sinattica).

Il ricevente è una proteina portatrice di zone specializzate (sequenze di aminoacidi) capace di riconoscere in modo specifico il messaggio chimico. Il sinapsi è un luogo importante di modulazione del segnale e di regolazione omeostatica. I meccanismi di cessione ed i processi di riconoscimento sono eventi regolati. Il punto di contatto specializzato – il sinapsi – dev'essere perciò considerato come un luogo "plastico" che può essere modificato dall'attività del cervello e dagli eventi fisiologici.

Oggi si conosce un gran numero di neurotrasmettitori che appartengono a diverse classi chimiche senza legami.

Tra i neurotrasmettitori classici, le catecolammine e le acetilcoline sono state le prime ad essere descritte e sono i messaggeri chimici più studiati. Queste due classi di neurotrasmettitori rappresentano in diverse attività fisiologiche un esempio di antagonismo funzionale.

Dev'essere sottolineata la possibilità riconosciuta della coesistenza (e cooperazione funzionale) di più di un neurotrasmettitore in una terminazione nervosa.

Le proteine riceventi sono divise in due categorie principali, i riceventi che costituiscono un canale ionico e quelle che sono legate alle proteine G. Ciò ci porta all'introduzione del concetto dell'interazione ricevente con altre proteine della membrana, come le proteine G, che permettono l'attivazione di un sistema efficace alla fine. Si tratta di eventi catalitici a cascata che permettono l'amplificazione del segnale.

L'interesse alle proteine G è andato crescendo, come testimoniato dal recente premio Nobel conferito a Gilman e Rodbell per la loro scoperta. La proteina G è la proteina che mette in connessione il ricevente con l'effector. Si sa che diverse proteine G dipendono dal tipo di cellula e dal sistema di transconduzione. Bisogna notare che l'esistenza sia di stimolatori sia di inibitori di proteine G che convergono sullo stesso sistema effector, porta allo stretto controllo dell'insieme di informazioni che devono essere trasmesse.

Dev'essere altresì ricordata l'importanza dei sistemi di fosforillazione, che sono in alcuni riceventi (p. es. riceventi per i fattori di crescita) o collegati attraverso i già descritti eventi a cascata all'attivazione di diversi riceventi (p. es. riceventi per amines biogenici).

A tutte queste informazioni dev'essere aggiunta la recente nozione che i sistemi neurotrasmettitori specifici, come quelli che contengono VIP e NE, come mostrato da P. J. Magistretti, possono rego-

lare il metabolismo nelle cellule glia e nelle cellule endoteliali di veicoli interparenchimali del cervello che aggiungono una funzione inaspettata per i neurotrasmettitori.

La ricerca sulla localizzazione delle funzioni nel cervello era già in prima linea. A questo scopo, Franz Joseph Gall produsse i seguenti dati sperimentali alla fine del diciannovesimo secolo. Egli fece delle asportazioni di centri anatomici ben definiti ed osservò il comportamento animale. Ad esempio, egli dimostrò come l'asportazione del cervelletto disturbasse la coordinazione dei movimenti. Inoltre, d'accordo con Galieno, dimostrò che le lesioni del bulbo (al ventricolo posteriore) inducono delle modificazioni nella respirazione.

Più tardi Gall ritenne che la memoria verbale o linguaggio fosse localizzata nel lobo frontale della corteccia. Il neurologo francese Bouilland, in 40 anni di studi di 100 casi, evidenziò che vi era un legame tra il danno cerebrale nel lobo frontale e la perdita del linguaggio (1825).

Ma è stato soltanto nel 1860 che il neuroanatomista e antropologo Broca presentò la prova clinica e anatomo-patologica che la perdita del linguaggio è correlata al danno unilaterale del lobo frontale sinistro. Egli dimostrò allo stesso tempo l'asimmetria tra gli emisferi. Molto interessanti furono anche gli studi di Carl Wernicke nella sua monografia del 1874 *Der Aphasische Symptomencomplex.*

Nel 1909 Brodman riunì tutti i dati disponibili sull'uomo e sulla scimmia e divise la corteccia cerebrale in 50 aree: aree di associazione, motorie e di percezione sensoriale.

È soltanto negli ultimi due decenni che sono stati elaborati degli strumenti per localizzare in modo preciso le funzioni del cervello. Questi strumenti comprendono lo scan CT, SPECT, la risonanza magnetica ed altri. Oggi conosciamo molte attività del cervello, compresa l'utilizzazione dell'energia e la funzione. Certamente queste tecniche sono state concepite per la diagnosi e la comprensione dei meccanismi che sono alla base dei disturbi neurologici e psichiatrici.

Tutti gli approcci e le applicazioni di nuove tecniche sin dall'inizio dell'interesse manifestato dall'uomo per il cervello, in quanto sede del controllo delle funzioni del corpo e della mente, sono state cruciali per l'attuale comprensione. Il successo della neuroscienza dipende da un approccio multidisciplinare: biologia, anatomia, fisica, chimica e medicina.

L'uso di farmaci (neurofarmacologia e psicofarmacologia) è stato altresì fondamentale nella comprensione di particolari disturbi della funzionalità dei neurotrasmettitori, dei secondi messaggeri, della plasticità dei sinapsi e dei circuiti neuronali. Grazie alla biologia molecolare è stato possibile definire la struttura di alcuni ricettori, specialmente i ricettori di proteine complesse e di canali ionici. L'applicazione della biologia molecolare è stata cruciale per l'identificazione di alcune malattie genetiche in neurologia e psichiatria. Le informazioni disponibili nelle neuroscienze di base sono state essenziali per l'identificazione dei meccanismi di base per la prevenzione ed il trattamento dei disturbi degenerativi del nervo dovuti a tossine ambientali, a cause metaboliche e ad agenti infettivi. Oggi sappiamo che le cellule glia, la cellula non-nervosa nel sistema nervoso, sono fondamentali per il mantenimento dell'attività funzionale dei neuroni e degli assoni. L'attività integrativa dei neuroni e delle cellule glia regola molte delle attività neuronali e, secondo i recenti studi sperimentali, partecipa alla regolazione del metabolismo cerebrale.

Ma la ricerca di base va oltre il laboratorio, e si estende a tutte le aree del comportamento umano. Quello che era iniziato come uno studio antropologico di una tribù isolata in Nuova Guinea affetta da una malattia degenerativa progressiva del sistema nervoso, ha aperto la strada ad un intero campo di ricerche tese a dimostrare che alcune malattie croniche neurologiche sono causate da un'infezione virale persistente.Tuttavia, usando oggi l'approccio razionale alla malattia indicato da Ippocrate, siamo in grado di prevenire e di controllare una serie di malattie neurologiche, e questa lista è destinata ad aumentare in un prossimo futuro.

Prof.ssa CARLA GIULIANA BOLIS
MD PhD
Professore di Biologia Generale e Comparativa
Università di Milano, Italia
e Consulente della Sezione Neuroscienze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Bibliografia

ARISTOTELE, *De partibus animalium.*

ARISTOTELE, *De memoria et reminiscentia.*

BINDMANN L., LIPPOLD O. (1981), *The neurophysiology of the cerebral cortex,* London, Arnold.

BIRNBAUMER L., (1990), *Transduction of receptor signal into modulation of effector activity by G proteins: the first 20 years or so...*FASEB J. 4:3178-3188.

BODIAN D. (1952), *Introductory survey of neurons, "Cold Springs Harbor Symp. Quant. Biol.",* 17, pp.1-13.

BOLIS C.L. (1984), *Acetylcholine receptors: Introductory remarks. Information and energy transduction in biological membranes.* Alan R. Liss, Inc. NY, 251-253.

BROCA P. (1865), *Du siege de la faculté du langage articulé. Bullettin de la Societé d'Antropologie,* VI, pp. 377-393.

BRODMANN K. (1909), *Vergleichende Lokalisationslehre des Groshirinde,* Leipzig, Borth.

CAJAL S., RAMON Y. (1911), *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertebres.* Paris: Maloine.

CATON R. (1875), *The electric currents of the brain.* Brit. Med. J., ii, p.278.

DAREMBERG C. (1841), *Exposition des connaissances de Galen sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux.* Paris.

DEITERS O. (1865), *Untersuchungen uber Gehim and Ruckenmark des Menschen und der Saugetiere,* Braunschweig, Vieweg und Sohn.

DUBOIS-REYMOND E. (1848-1884), *Untersuchungen uber tierische elektrizitat,* Berlin, Reimer (2 vol.)

DUTROCHET H. (1824), *Recherches anatomiques et physiologiques sur la structure inti-*

me des animaux et des vegetaux, et sur leur mobilité, Paris, Bailliere.

ECCLES J. (1964), *The Physiology of synapses.* Berlin, Springer Verlag.

ELLIOT T. (1904), *On the action of adrenalin,* J. Physiol. (London), 31:20.

FELDBERG W. (1943), *Syntesis of acetylcholine in sympatetic ganglina and cholinergic nerves.* J. Physiol. 101:432:445.

FREUD S. (1953), *On aphasia.* New York.

GALL F. J. (1822-1825), *Sur les fonctions du cerveau et sur celles de chacune de ses parties,* Paris, Beilliere (6 voll.).

GALVANI (1791), *De viribus electricitatis in motu musculari commentarius.* Bologna Ex Typographia Instituti Scientiarum.

GOLGI C. (1883-1884), *Ricerche sull'istologia dei centri nervosi,* "Arch. Ital. Biol.", 3,pp.285-3177;4, pp.92-123.

GOLGI C. (1908), *La doctrine du neurone. Les prix Nobel en 1906,* Stockholm, Norstedt & Soner.

HIPPOCRATES, *Aphorismi.*

HIPPOCRATES, *Praesagia Hippocratis,* liber II, *De convulsione.*

HODGKIN A.L. (1964), *The conduction of the nervous impulse. Liverpool,* Liverpool University Press.

HODGIKIN A., HUXLEY A. (1952), *A quantitative description of membrane current and its application to conduction and excitation in nerve.* J. Physiol., London, 117,pp.500-544.

HODGKIN A. L., KATZ B. (1949), *The effect of sodium ions on electrical activity of the giant axon of the squid.* J. Physiol. London, 108:37-77.

JACOBSEN C. (1931), *A study of cerebral function in learning: The frontal lobes,* J. Comp. Neurol., 52, pp.271-340.

KATZ, B. (1966), *Nerve, muscle and synapse,* New York, McGraw-Hill.

KRAUS J. E., MCNAMARA J.O. (1995), *Clinical relevance of defects in signaling pathways.* Curr. Op. Neurobiol., 5:358-366.

LEEUWENHOEK A. VAN (1719), in *Epistolae Physiologicae super compluribus naturae arcanis,* Delft, Beman.

LEONARDO DA VINCI (1984), *Corpus degli studi anatomici nella collezione di sua maestà Elisabetta II nel Castello di Windsor.* K. D. Keele et C. Pedretti, Florence, Giunti Barbera (3 voll.).

LEONARDO DA VINCI, *Dessins anatomiques. Choix et presentation de P. Huard,* Paris. Da Costa (1961).

MAGISTRETTI P. J., MORRISON J. H. (1988), *Noradrenaline- and vasoactive intestinal peptide- containing neuronal systems in neocortex: functional convergence with contrasting morphology.* Neuroscience, 24:367-378.

MALPIGHI M. (1665), *De cerebro cortice.*

MATTEUCCI C. (1838), *Sur le courant electrique ou presque de la grenouille,* Bibl.Univ. Geneve, 7,pp. 156-168.

MATTEUCCI C. (1840), *Essai sur les phenomenes electrique des animaux,* Paris, Carilliau, Goeury et Dalmont.

NEPHI S. PELLERIN L., MAGISTRETTI P.J. (1995), *Modulation of the glutamate-evoked release of arachidonic acid from mouse cortical neurons: involvement of a pH-sensitive membrane phospholipase A2,* The Journal of Neuroscience, May, 15(5): 3307-3317.

SAITJH T., MASLIAH E., JIN L.-W., COLE G. M., WIELOCH T., SHAPIRO I.P. (1991), *Biology of disease. Protein kinases and phosphorylation in neurologic disorders and cell death.* Laboratory Investigation, Vol.64, No. 5,596-616.

SHERRINGTON C. S., (1906), *The integrative action of the nervous system.* New Haven. Yale University Press.

THUDICHUM J. L. W. (1884), *A treatise on the chemical constitution of the brain based throughout upon original researches.* Bailliere, Tindall, and Cox, London.

THUDICHUM J. L. W. (1901), *Die Chemische Konstitution des Gehirns des Menschen und der Tiere. Nach eigenen Forschungen bearbeiter.* Pietzcker, Tubingen (German edition of 1884 treatise).

THUDICHUM J. L. W., *Further researches on the chemical constitution of the brain.*

Report Med. Off. Priv. Council, New Series, 1874, 1876, 1878, 1880, 1882, 1883.

WERNICKE C. (1874), *Der Aphasische Symptomencomplex. Eine Psychologische Studie auf Anatomischer Basis.* Breslau, M. Cohn und Weigart.

CETTINA MILITELLO

Il superamento del dolore nella concezione cristiana della sofferenza

1. Il dolore e la sofferenza come aporie antropologiche

Il dolore e la sofferenza da sempre accompagnano il soggetto umano, incapace assai spesso, di rispondere in maniera adeguata al dramma della loro interpellanza. Ciò, in ultima analisi, perché il problema che con essi si pone è quello stesso del senso dell'uomo, del suo limite, della ragione e del senso di questo limite. Sia che appelli alla natura, sia che appelli a un divino trascendente, l'uomo sperimenta come "male" la sofferenza e la malattia e soprattutto la morte. Proteso ad autotrascendersi, desideroso di immortalità e di felicità duratura, appare impari di fronte all'esperienza del dolore, cui pure tenta di dare una risposta.

"Nel repertorio culturale di ogni gruppo umano esistono teorie della malattia, scientifiche o religiose [...] Esse variano quanto variano le scritture; e nessuna teoria può essere pienamente capita al di fuori del contesto culturale cui appartiene e della struttura sociale dei gruppi che condividono determinate opinioni e strategie di adattamento e di sopravvivenza"[1].

Il dolore, la sofferenza, la malattia, la morte chiamano, dunque, in causa il soggetto antropologico, si tratti della singola persona, o della personalità corporativa. Interagiscono cioè con la singolarità dei soggetti e con il gruppo sociale in quanto tale nel suo autocomprendersi come entità culturale[2].

Per i cosiddetti "primitivi" all'origine di ogni sofferenza, come in ogni calamità o catastrofe, è una potenza trascendente di cui l'uomo è vittima; per la cultura greca come per quella ebraica, dolore, sofferenza, morte hanno alla loro radice una responsabilità personale. Nel nostro secolo la cultura marxista ha denunciato i condizionamenti sociali, mentre la psicanalisi ha chiamato in causa i condizionamenti del subconscio...

Quale che sia la risposta o l'approccio specifico, nella nostra cultura il dramma del dolore resta del tutto aperto[3]. Tanto più grave in quanto è ormai in atto una sorta di rimozione collettiva di tutto ciò che disturba l'immaginario nella radicalizzazione di un modello di vita edonistico e consumistico ad oltranza.

Forse, la nostra cultura, ha finito con il trarre tutte le conseguenze di quella demitizzazione e dissacrazione della natura che, secondo Max Weber, avrebbe avuto il suo punto di partenza nella religione biblica come "disincanto", come approccio alla natura con intento operativo, condizione preliminare assoluta per lo sviluppo della mentalità scientifica[4].

Comunque sia all'interno della nostra cultura e dei suoi processi collettivi di rimozione, sta perversa e titanica, prossima quasi al delirio di ogni potenza, la volontà di sconfiggere la malattia, il dolore, la morte. Sta l'interpretazione del dolore e della malattia come entità aliena, che incombe dall'esterno e mi rimane estranea; concezione questa certamente incrementata dalle stesse metodiche pratiche della medicina[5].

Nella nostra cultura insomma il dolore appare sempre meno come esperienza "umana". Il che è tanto più sconcertante quanto più complessa ci appare la realtà del soggetto antropologico, non più nella prospettiva parziale della scienze della natura ma nella prospettiva globale delle scienze umane e della loro organica correlazione. Al centro esse pongono il fenomeno umano nella sua predicabilità globale, nella sua complessità psicofisica, nella rete del suo autocomprendersi, del suo interagire solidale agli altri soggetti umani, nel suo storico collocarsi all'interno della trama molteplice delle creaturalità con cui si intreccia la sua e l'altrui esistenza.

Il paradosso del delirio di onnipotenza che esorcizza il dolore e la morte è però quello di una angoscia che attanaglia l'uomo d'oggi senza dargli requie. Eludere la domanda ultima di senso non scioglie la "frustrazione esistenziale"[6], l'inadeguatezza o l'insensatezza dell'esserci al mondo al di fuori di una risposta che sveli l'uomo all'uomo (cfr. Gn. 22). Il problema è dunque antropologico e, per i credenti, di necessità anche teologico,

Ci è perciò necessario riandare alle risposte che la Scrittura[7] – Antico Testamento e Nuovo Testamento – ha dato al problema del dolore; e occorre, in tutta onestà, riandare ai paradigmi interpretativi offerti dalla cristianità nell'arco della sua storia.

2. Paradigmi di Risoluzione teologica

2.1 L'Antico Testamento e il Nuovo Testamento

L'eziologia genesiaca risponde al perché della sofferenza, del dolore e della morte attribuendole a precisa responsabilità umana. Il Dio che ha chiamato all'esistenza l'universo, il Dio creatore dell'uo-

mo maschio-femmina è un Dio sapiente e giusto.

Non gli appartengono né il dolore né la morte e, d'altra parte, non vi è altro Dio al di fuori di Lui. La sofferenza e la morte vanno dunque imputate all'uomo, al suo peccato.

Malgrado la colpa, Dio non abbandona l'uomo. Il Creatore è anche "redentore". Anzi è dall'esperienza della redenzione che l'uomo biblico muove all'intelligenza del disegno creatore. In ogni caso l'orizzonte ottimale dell'uomo biblico è lo *shalom*, quella benedizione di Dio che si traduce in sicurezza, benessere, felicità immediata e concreta.

Al contrario la malattia e il dolore rappresentano una punizione proporzionale alla colpa. Ma come ci ricorda il libro di Giobbe, vera *summa* sul mistero della sofferenza, non sempre tutto è così semplice ed ovvio. In ogni caso, nella vittoria della fede sulla prova, Giobbe è restituito a quella condizione di fede e benessere che dovrebbe caratterizzare l'esistenza del giusto.

Se indubbiamente nella rivelazione veterotestamentaria il Dio d'Abramo, di Isacco e di Giacobbe è il Dio della vita e non della morte, non va però minimizzata la sua soggettualità patetica. Il Dio dell'alleanza soffre per il peccato del suo popolo. Interloquisce con lui con accenti drammatici. Ne lamenta l'infedeltà, l'adulterio. Estrinseca la sua passione per il popolo che si è scelto con espressioni mutuate dall'esperienza umana del tradimento, dell'abbandono, dell'infedeltà. Ciò emerge soprattutto nella rivelazione profetica[8], nella dialogia che Egli intreccia con quelli del popolo che, con violenza quasi, chiama a farsi tramite del sua amore appassionato.

Insomma, al di là dello schema interpretativo che imputa la morte e il dolore al peccato dei singoli o di tutto Israele, al di là del paradosso inquietante - ciò malgrado - della prosperità e della felicità dei malvagi e dell'infelicità dei giusti, lo stesso Dio d'Israele è un Dio che soffre, che si adira, che si commuove, che è capace di partecipare e di assumere la sofferenza del suo popolo.

Il Dio d'Israele è, ancora, un Dio misericordioso che tramite la pena e il castigo invita il suo popolo alla conversione, a volgersi a lui, a ritornare alla fedeltà, al suo amore e alla sua legge. La sofferenza e la prova diventano così *crisis*, vaglio, discernimento, possibilità nuovamente offerta per restituirsi al suo amore a alla sua alleanza.

L'aspetto patetico del Dio d'Israele si accentua e si fa, se possibile, ancor più definitivo ed esplicito nel Nuovo Testamento. Ora il Verbo fatto carne condivide ed assume in tutto, sofferenza inclusa, la vicenda umana. La *kenosis* del Figlio di Dio (cfr. Fil. 2, 7) include la sua nascita da una donna (Gal. 4, 4); il suo sottostare alle leggi della crescita (cfr. Lc. 2, 52); il dover prendere le distanze dalla famiglia d'origine (cfr. Lc. 8, 19); l'esperienza del rifiuto di quelli che gli sono più prossimi (cfr. Lc. 4, 28 ss.); del suo popolo in senso proprio e largo (cfr. Gv. 6, 60 ss.; 12, 37 ss.); dei suoi, di quelli che egli ha personalmente chiamati e che soccombono allo scandalo della sua passione e morte (cfr. Mt. 26, 69-75; Mc. 14, 50). Gesù soffre e si commuove in prima persona. È ferito nell'amicizia (cfr. Mc. 14, 10-11), nell'amore verso la sua città votata alla rovina (Lc. 19, 41). Ma soprattutto egli si china sul dolore degli altri facendo della guarigione appello ai valori del regno di Dio, via alla fede e alla conversione (cfr., ad esempio, Gv. 9).

Il Figlio di Dio sperimenta nella sua stessa carne la violenza e la morte. Ne ha orrore come ogni altra creatura umana. Nella solitudine del Getsemani (cfr. Lc. 22, 39-44) come sull'alto del patibolo (cfr. Mc. 15, 34) il dolore e la morte gli appaiono insensati. Ma è in questa partecipazione all'insensatezza e allo scandalo del dolore, che colpisce lui giusto fattosi "peccato" (cfr. 2 Cor. 5, 21), che la passione di Dio per l'uomo raggiunge il suo culmine. In essa si disvela il disegno definitivamente redentore: "Cristo è risuscitato dai morti, primizia di coloro che sono morti" (1 Cor. 15, 20).

L'evento Cristo non esorcizza il dolore, non lo rimuove dall'orizzonte umano. Ma, per il credente, il concludersi di Lui è paradigmatico. La vittoria sul dolore e sulla morte passano dalla partecipazione alla sua *kenosis*. Ma è proprio in quest'orizzonte partecipativo, in questa imitazione del *Christus* patiens, del "servo sofferente" che la cristianità elabora due modalità di intelligenza del dolore diverse e antitetiche.

2.2. La cultura cristiana di fronte all'esperienza del dolore

Da un lato i cristiani hanno insistito sul rapporto misterioso che esiste tra la fede e la croce. Essi credono che il prezzo della sofferenza è infinito allorché è associato alla redenzione. Autori spirituali, "moderni" soprattutto, ne hanno concluso che la sofferenza è indispensabile al progresso interiore. Qualcuno ha persino sostenuto che solo la sofferenza imprime il sigillo della perfezione autentica, e che bisognerebbe di conseguenza desiderarla e amarla. Nessuno, certo, l'ha presentata come un bene in se stessa, a prescindere dall'amore di Dio. Ma numerosi manuali di devozione, per secoli, hanno lasciato intendere una tale dottrina. Agli antipodi di questa corrente ce ne è stata un'altra, più moderata e più plausibile; certamente più radicata nella tradizione del Vangelo e dei Padri. La sofferenza promana dal maligno. Dio vuole che lottiamo per estirparla quanto più possibile da questo mondo.

Stabilire la gioia e la pace del Signore, promuovere il regno di Dio sulla terra: questo impegno è più sintonico con l'umanesimo che, su altro piano, s'impegna a favorire lo sviluppo e il bene naturale. Vincere la tristezza attraverso l'illuminazione di un amore che riconforta è un'impresa ardimentosa ed eroica.

Tuttavia quest'ideale, come quello precedente, può condurre a enfatizzazioni dottrinali improprie, tanto da provocare, sia pure indirettamente, una dimensione dello spirito di sacrificio[9].

2.2.1. L'elogio della sofferenza

Il primo atteggiamento si fonda, ovviamente, nell'assunzione esemplare di Cristo, solo associandosi al quale, acquista senso il mistero del dolore. È tesi del resto fatta propria già in Col. 1, 24, allorché Paolo afferma di completare nella sua carne quanto manca ai patimenti di Cristo, in favore del suo corpo che è la Chiesa. Non si tratta di ipotizzare l'insufficienza della croce, ma piuttosto d'avervi accesso in prima persona, anzi di inserirsi nella dinamica vitale di quel corpo che Cristo si è acquistato morendo sulla croce (cfr. Ef. 5, 23-26)

Questo principio si è però caricato di discutibili valenze; ha informato quello che si è soliti definire "dolorismo", cavallo di battaglia di tanta letteratura spirituale, e prim'ancora espressione di una precisa contestualità culturale.

Alla domanda se la sofferenza è sempre un bene o, quanto meno, se è possibile che lo divenga, non è difficile opporre la constatazione che non sempre il dolore è tollerabile[10] e la stessa fede è impotente a chiarircene il senso[11]. Le uniche sofferenze capaci di aiutarci sono quelle e sole che possono essere superate. Al di fuori dell'amore e della fede la sofferenza non produce che male. Buone in sé sono soltanto la forza e la carità grazie alle quali è possibile farvi fronte. La superiorità dell'uomo che ha sofferto scaturisce dal fatto che è stato capace di dominare la prova.

L'identificare poi la perfezione e la sofferenza sino a far coincidere la prima nella ricerca della seconda, non ci pare trovi riscontro nel paradosso del "Servo sofferente". La sua assunzione della morte di croce (a fronte delle possibilità altre di perseguire la redenzione dell'uomo), resta iscritta nel peccato del mondo. Cristo si è fatto solidale al dolore dell'uomo, l'ha assunto, ma non l'ha ricercato per se stesso. Lo prova il suo dramma esistenziale. In nessun luogo evangelico il discepolo autentico è invitato a ricercare il dolore per se stesso. Al contrario il messaggio di Gesù è messaggio

gioioso di liberazione (cfr. Lc. 4, 18 ss.).

L'enfatizzazione del dolore nella storia cristiana si accompagna ancora a un'altra costante, quella che assegna all'iniziativa di Dio il "dono" della sofferenza. Soprattutto ai non credenti Dio appare così nel paradosso poco paterno del torturatore, in antitesi radicale alle affermazioni di Gesù in Mt. 7, 9-11[12]. Può anche darsi che talune sofferenze muovano alla conversione, che costituiscano una *chance* unica di maturazione e di crescita. Ma esaltare per partito preso la sofferenza, ricondurla sempre e comunque a Dio non ha senso.

Il paradosso di una cristianità che ha fatto proprie queste tesi appare in tutta evidenza se proviamo a radicarle nella storia.

Del "dolore" ci è familiare la sua concezione romantica. Ma esso corre sul filo della storia in epoche certamente antecedenti.

Si pensi alla lotta titanica dell'asceta – lo stilita ad esempio –. Il farsi prossimo al *Cristus patiens* del martire si radicava su una fedeltà ad oltranza che trionfava e sconfiggeva il dolore. Altro è però il martirio volontario dell'asceta, prossimo assai spesso a quell'encretismo, a ragione riprovato dai Padri[13].

Altrimenti dualista resta la concezione del dolore nel primo medioevo. L'uomo veramente tale ostenta indifferenza e disprezzo. Il dolore riguarda le donne, come prova la condanna di Eva (Gn. 3, 16)[14]. Ciò nonostante la sofferenza fisica ha un valore medicinale, sia che riguardi il corpo vivente o che riguardi l'anima purgante, per la quale proprio l'immaginario medievale escogita una variegata correzione di tipo corporale.

L'attitudine quasi storica nei confronti del dolore – propria per altro all'aristocrazia feudale – si infrange però sul finire del secolo XVII[15], tutt'uno con quella declericalizzazione e con la volgarizzazione della cultura che avrà il suo compimento nei secoli XIV e XV. Ora la pietà del credente si incentra sull'"Uomo dei dolori", sulla passione[16]. Egli è sedotto e indotto a farsi un suo imitatore anche nella sofferenza fisica e insieme a farsi carico di quei fratelli nel cui corpo povero e dolente si incarna il Cristo sofferente[17].

Ciò non manca sul versante dell'imitazione di sconfinare nel sadomasochismo. Si pensi all'accanimento con il quale si aggredisce il proprio corpo, lo si sfigura, lo si costringe a fare a meno del cibo e del sonno[18]. Sinceramente non crediamo che la sola imitazione di Cristo crocifisso giustifichi tanti comportamenti che in maniera certo più sfumata permangono nella spiritualità dei secoli seguenti[19]. Si presti attenzione ad esempio alla tendenza inversa d'età barocca e alla recrudescenza della prassi penitenziale nel secolo XVII, a margine del movimento giansenista, i cui rigori permeano più che non si creda certo irrigidirsi di non poche comunità religiose, soprattutto femminili.

Il "dolorismo" vero e proprio è fenomeno soprattutto del secolo scorso e di gran parte di questo

nostro secolo, tanto più incredibile quanto ormai estraneo alla cultura occidentale. La sua fatalistica e supina acquiescenza al dolore, il suo iscriverlo passivamente nel volere divino, il ricercarlo come valore in se stesso vanno oltre il riconoscimento e l'assunzione dell'"Uomo dei dolori" come proprio paradigma spirituale. Se mai ne offuscano la trasparenza redentiva e liberante[20]. Si tratta di una via culturalmente datata, alla fine inscritta in una concezione stoica o manichea, poco prossima, insomma, alla salvezza e alla speranza cristiana, il cui spessore escatologico non colpevolizza né il presente e la storia né l'esperienza del corpo[21].

2.2.2. La lotta contro la sofferenza

I primi cristiani ignoravano di certo il "romanticismo del dolore". Il "dolorismo" era loro assolutamente estraneo. La loro lotta a favore di Dio includeva ogni male, compresa la sofferenza. Tale resta l'impegno di quanti combattono strenuamente contro la malattia e il dolore facendo di questa lotta un aspetto della missione umana e un dovere della loro testimonianza cristiana. Penso alla dott. Gianna Beretta Molla che rifiuta gli analgesici pur di restare *compos sui*.

Analogamente resta fuori dall'orizzonte della prima comunità cristiana il "provvidenzialismo doloristico". L'invocazione del *pater:* "la tua volontà si compia!" non prevede la dismissione della propria soggettualità attiva, del proprio impegno a favore del-l'instaurarsi del regno. Quello che avrebbe dovuto essere un programma di liberazione troppo spesso si è tradotto in sterile acquiescenza, in colpevole fuga escatologica.

La lotta alla sofferenza non intende d'altra parte anestetizzare la sensibilità cristiana, inficiare una concezione austera della vita, erodere ogni riserva escatologica. Intende piuttosto con tutta coerenza porsi di fronte al problema della malattia appellando si al soggetto. Si tratta di ricondurre la sofferenza e la malattia alla sfera personale e comunitaria.

3. Per una concezione cristiana della sofferenza

La *Salvifici doloris*[22] ha prestato attenzione al tema dell'umana sofferenza, riesponendone il valore salvifico alla luce della sofferenza di Cristo. Non staremo a ripercorrerla. Ricordiamo come essa non declina né disimpegno né resa.

L'intelligenza della sofferenza, il suo mistero, che resta tale anche nell'ottica della fede, non comprende nessuna acquiescenza alle

sue patologie – fisiche o morali che siano –, se mai invoca nel soggetto malato come in chi se ne fa carico – è il paradigma del Buon Samaritano – un impegno fattivo e deciso.

In gioco è dunque il soggetto umano, la persona umana, creata ad immagine di Dio (cfr. Gen. 1, 26). Lo spessore di quest'immagine, non cancellata dal peccato (cfr. Gen. 5, 1b-2), rivela nel mistero dell'uomo il mistero stesso di Dio. Il mistero del dolore non può che trovare senso all'interno del sigillo relazionale che manifesta nell'uomo, chiamandolo alla comunione, il mistero stesso dell'amore trinitario.

L'uomo è un soggetto *patetico*[23]. La percezione e la coscienza che egli ha di sé sono necessariamente affidate al circolo della dialogia, alla domanda di alterità e di trascendenza che rivelandolo a se stesso lo rivelano pur sempre nel suo limite ontico.

Il dolore, non nella sua forma patologica, ma come coscienza e percezione del proprio limite, è esperienza essenzialmente umana. Questo cogliersi e autocomprendersi come uomo tra gli uomini nella limitatezza esistenziale di un esserci affidato a una complessità psico-fisica, iscritta nello spazio e nel tempo, è l'orizzonte, la modalità di accadimento del fenomeno umano.

C'è uno spessore del dolore – che forse non è neppure corretto chiamare tale – una percezione di sé che è tutt'uno con la coscienza del limite. Ma questi e non altri è l'uomo nella sua complessità psico-somatica.

A quest'uomo, stante la fede cristiana, Dio si fa prossimo sin da principio. Il Dio cristiano è un Dio consapevole del limite ontico della creatura che pure ha creato a sua immagine. A questo limite egli si fa prossimo sino all'esperienza della morte di croce.

Certo la fede cristiana enfatizza la coscienza, il peso del limite a partire dall'ipoteca della colpa. Ma, quale che sia la sua valenza alienante e disgregante, il limite creaturale è iscritto nella stessa esperienza prelapsaria. Il problema è allora quello di dire se stessi riferendosi, in maniera creativa e attiva, a Dio che "patisce" e la cui "storia"[24] è insieme chiave interpretativa del "patire" dell'uomo.

Il dolore nella sua accezione patologica – sempre e comunque contigua al soggetto (la malattia non è un'entità aliena ma attiene e promana dal soggetto che ne è affetto[25]) – deve misurarsi con questo originario referente.

In questo senso la concezione cristiana del dolore, rimosso ogni equivoco e ipoteca dolorista, invita il soggetto umano a leggere lo stesso dolore patologico nell'alveo del limite ontico. E dunque a viverlo come esperienza pienamente umana; perciò impegnandosi a combattere tutto ciò che attenta la qualità della propria e dell'altrui vita. Il che non vuol dire sfuggire allo scandalo della croce, ma, piuttosto professare la globalità del mistero cristiano. Mistero di *kenosis* certamente, ma anche mistero di redenzione e di gloria.

Com'è stato più volte affermato, il Venerdì Santo senza la Resurrezione celebrerebbe solo il trionfo del male.

È qui ed ora che occorre promuovere il regno di Dio, è qui ed ora che occorre restituire a Dio il creato, in lode della sua gloria. È qui ed ora che occorre combattere il proprio stesso limite, ispessito da quelle che siamo adusi a chiamare strutture collettive di peccato.

Tra il dolore come contestualità creaturale dell'esserci e il dolore come male, come disordine personale e collettivo, il cristiano non ha altra possibilità che opporsi a quest'ultimo, assumendo il suo stesso limite come sfida e paradigma esodiale.

Si tratta di corrispondere alla *synkatabasis* misericordiosa di Dio (cfr. DV. 8), di riproporla quale paradigma salvifico e vitale, quale *conditio sine qua non* d'accesso definitivo al Mistero e alla Gloria.

Prof.ssa CETTINA MILITELLO
Professore di Antropologia Teologica nelle Pontificie Facoltà Teologiche Teresianum e Marianum, Roma

[1] S. SPINSANTI, *Salute, malattia, morte,* NDTM, Cinisello B. 1990, p.1136

[2] Cfr., ad es., M. AUGÉ - C. HERZLICH, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia,* Milano 1986.

[3] Ne è un esempio il volume *La Douleur. "Au de là des Maux",* Paris 1992 (breve bibliografia su: neurologia e dolore; medicina e dolore; farmacologia e dolore; antropologia e dolore; letteratura e dolore) che ha accompagnato l'omonima mostra parigina.

[4] Cfr. *ivi* p. 14o s.

[5] Cfr., oltre al già citato Spinsanti, ad es., B. HAERING, *Proclamare la salvezze e guarire i malati,* Ospedale Mulli -Rassegna trimestrale, 1982/692.

[6] L'espressione è di V. FRANKL. Cfr. il suo *Homo patiens. L'interpretazione umanistica della sofferenza,* Varese 1972.

[7] L'esiguità del tempo di cui disponiamo rende impossibile un riscontro extrabiblico, interculturale o interreligioso dei paradigmi risolutivi del dolore e della sofferenza.

[8] È obbligato il rinvio ad A. NEHER, *L'essenza del profetismo,* Casale M. 1984, p. 82 ss. Quella del pathos di Dio è idea che Neher la mutua da A. J. HESCHEL, *Il messaggio dei profeti,* Roma 1982.

[9] Citiamo, quasi alla lettera, M. NEDONCELLE, *La soufference. Essai de réflexion chrétienne,* Paris 195o, p. 12-13.

[10] Sul dibattito attuale sull'uso degli analgesici, cfr. ad es., I. SCHINELLA, *Il cristiano, il dolore e gli analgesici,* "Vivarium" 3 (1993), pp. 519-531.

[11] Emblematico il breve apologo di L. Santucci: "Il dolore bussò alla porta, venne ad aprirgli la fede e fuori non c'era nessuno".

[12] "Chi di voi al figlio che gli chiede un pane, darà una pietra? O se gli chiede un pesce, darà una serpe? Se voi dunque che siete cattivi sapete dare cose buone ai vostri figli, quanto più il Padre vostro che è nei cieli darà cose buone a quelli che gliele domandano!"

[13] Rinvio al mio volume, *Donna e Chiesa. La testimonianza di Giovanni Crisostomo,* Palermo 1985, pp. 74 ss.

[14] Sarebbe interessante flettere il tema del dolore nella prospettiva "femminile". Indubbiamente l'esperienza della gestazione e soprattutto del parto sembrano legare indissolubilmente donna e dolore. Ma oggi, rimossa tra l'altro l'ipoteca di una costitutiva debolezza della donna, la contiguità donna-dolore diventa se mai paradigma esistenziale di quella "misericordiosa duttilità" che consente alla donna di autotrascendersi con una più lucida coerenza psico-fisica. Del resto il paradigma della partoriente come capacità di oltrepassare la sofferenza è già neotestamentario (cfr. Gv. 16,21). Quanto alla riflessione femminile sul tema del dolore, rinviamo a D. SOELLE, *Sofferenza,* Brescia 1976 e a G. P. DI NICOLA, *Il linguaggio della madre,* Roma 1994. Altrettanto interessante – ricco com'è di un largo entroterra letterario e iconografico – il tema della mater dolorosa, anch'esso prima che tema teologico, topos culturale (cfr. M. LE BOT, *Une femme en Pleurs,* in AA.VV., *La Douleur ."Au-delà des Maux",* cit., pp. 81-94.

[15] È, ad esempio, del sec. XII l'anonimo opuscolo Le dodici utilità della tribolazione, PL 2o7, 989-1006. Tra di esse: l'aiuto che Dio presta al tribolato; l'aspetto purgativo; il pagamento del debito dovuto al peccato; la costrizione a cercare le cose celesti; la custodia del cuore; l'assicurazione che Dio ama coloro che castiga... A livello poetico, invece, si rilegga Jacopone da Todi: "Signor, per cortesia", ad esempio...

[16] Emblematica la vicenda di Francesco, la cui amorosa identificazione al Christus patiens implica addirittura la presenza nella sua carne dei segni della passione. Se ciò ne fa nell'immaginario l'alter Christus per antonomasia, l'afflato preumanistico di Francesco impedisce di collocarlo in una prospettiva biecamente doloristica.

[17] Cfr. G. DUBY, *Réflexion sur la Douleur Physique au Moyen Age,* in AA.VV., *La Douleur. "Au-delà des Maux",* cit., pp. 71-79. A suo parere, proprio a partire da questa mutazione culturale, la diversa attenzione delle scienze e della medicina, via via impegnate nell'arte di guarire, respingendo la funzione redentrice del dolore e impegnandosi a sconfiggerlo con ogni mezzo.

[18] Un esempio sconvolgente è offerto da S. Eustochia, fondatrice a Messina, nel sec. XIV, di un monastero di clarisse. L'immaginario ribalta la sua ossessiva ricerca della sofferenza, la sua mortificazione del corpo facendone da morta una sorgente di olio profumato, fenomeno attivo, pare, ancora nel secolo scorso. Cfr. F. TERRIZZI, *La Beata Eustachia.* 1434-1485, Messina 1982.

[19] Cfr. S. SPINSANTI, *L'etica cristiana della malattia,* Alba 1971.

[20] Il che ovviamente non vuole in assoluto negare l'eventualità che una tale ascesi , ispirata a carità soprannaturale, possa essere stata occasione di santità autentica e di perfezione. Abbiamo tuttavia ragione di sospettare una certa propensione agiografica nel ricondurre ogni percorso di santità agli stilemi obbligati del dolorismo. Ovviamente una lettura altra potrà finalmente farci scoprire i valori profondi che hanno informato la vita di non pochi santi, oltre e al di là di questa presunta opzione preferenziale della sofferenza.

[21] Su questo tema, cfr. C. ROCCHETTA, *Per una teologia della corporeità,* Roma 1990; S. SPINSANTI, *Il corpo nella cultura contemporanea,* Brescia 1983.

[22] AAS (1984)...

[23] Sullo spessore semantico dei termini afferenti al dolore (pathos/ pascho, thlipsis, thlibo...cfr. S. NATOLI, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale* Milano 1987, p. 19 ss.

[24] Senza entrare nel merito dei problemi posti da A. N. WHITEHEAD, *Process and reality,* Cambridge 1929 e da C. HARTSHORNE, *The Divine Relativity* New Haven, 1948, ci pare di poter ricorrere legittimamente a questo linguaggio soprattutto nella prospettiva "economica", quella cioè della storia della salvezza come storia esodiale di Dio. In questa prospettiva il Dio Trinitario soffre con noi, ma soprattutto soffre nel Verbo fattosi uomo.

[25] Cfr. ancora S. SINSANTI, *Salute*...cit., p. 1138 ss.

CORRADO MANNI

La medicina delle cure palliative e l'escatologia cristiana

Le cure palliative hanno giustamente acquisito, in questi ultimi anni, un ruolo fondamentale nell'ambito dell'assistenza socio sanitaria e sono divenute oggetto di numerosi dibattiti, non solo sul piano medico, ma anche su quello etico e sociale.

Peraltro, solo di recente comincia ad essere adeguatamente riconosciuta alla Medicina Palliativa la valenza di nuova disciplina medica, meritevole della massima attenzione e degna di programmi finalizzati per consentirne adeguato sviluppo e diffusione.

Anzitutto, consentitemi di richiamare brevemente la definizione che, delle "cure palliative" è stata data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Le cure palliative sono la cura totale prestata alla persona affetta da una malattia non più responsiva alle terapie aventi come scopo la guarigione. Il loro scopo è quello di ottenere la massima qualità di vita possibile per il paziente e per i suoi familiari attraverso il controllo del dolore, degli altri sintomi e delle problematiche psicologiche, sociali e spirituali che insorgono all'interno del nucleo sofferente costituito dal paziente e dalla sua famiglia, che ne condivide le sofferenze[1]". Le caratteristiche peculiari delle cure palliative sono, perciò, le seguenti:

1) si rivolgono ai malati inguaribili;

2) come tali, non hanno come scopo primario la guarigione, ma il miglioramento della qualità di vita;

3) non sono rivolte al semplice aspetto biofisico e farmacologico della malattia, ma all'uomo sofferente, nella sua totalità di aspetti fisico, morale e spirituale[2];

4) non sono rivolte solo al singolo paziente, ma coinvolgono la sua famiglia, sia come oggetto di cure, sia come soggetto attivo che partecipa alla cura del congiunto.

Il numero di pazienti bisognosi di cure palliative è in costante aumento, specialmente nel mondo occidentale[3]. Ciò riconosce due cause fondamentali.

La prima è l'aumento dell'incidenza di patologie ad evoluzione progressiva ed infausta, tra le quali ricordiamo il cancro, l'AIDS, il morbo di Alzheimer, la malattia di Kreuzfeld-Jacob e le varie forme di sclerosi multipla. Tale fenomeno è in parte legato all'aumento della vita media della popolazione, conseguenza del miglioramento delle condizioni sanitarie e sociali e della riduzione della mortalità infantile e giovanile.

La seconda causa è rappresentata dal prolungamento del tempo medio di sopravvivenza di questi pazienti, conseguente alla maggior efficacia delle terapie sintomatiche medico-chirurgiche ed alla maggior precocità delle diagnosi.

Non c'è dubbio, quindi, che i progressi della medicina, se da un lato hanno consentito la drastica riduzione della mortalità, dall'altro hanno contribuito ad incrementare il numero e la durata di sopravvivenza dei pazienti affetti da patologie ancora inguaribili.

Ci troviamo di fronte, pertanto, ad un nuovo tipo di malati bisognosi di cure intese nel senso più vasto del termine, ossia come attenzione diretta a tutta la complessa realtà spirituale e psicosomatica del paziente inguaribile.

Non c'è dubbio, infatti, che il paziente affetto da una malattia ad esito infausto presenti delle problematiche peculiari, che un freddo approccio "tecnico" rivolto ai soli aspetti clinici della malattia, non può risolvere.

Anzitutto, il dolore fisico e gli altri disturbi legati alla patologia di cui è portatore, assumono un carattere particolarmente gravoso, per la loro continuità ed intensità crescente.

In secondo luogo, gli effetti diretti della malattia, le mutilazioni dovute ad eventuali interventi chirurgici e le scadute condizioni generali del paziente riducono molto la sua autosufficienza, rendendolo dipendente dagli altri.

In terzo luogo, la consapevolezza, che presto o tardi si fa strada nella mente del paziente, della gravità delle sue condizioni e della sua prognosi infausta, lo pone dinanzi all'angoscia dell'ormai prossimo distacco della vita terrena.

L'accavallarsi di queste problematiche causa un profondo turbamento spirituale e psicologico che si manifesta con le reazioni più disparate: incredulità, ribellione, disorientamento, ansia, depressione. Ciò accentua ulteriormente le sofferenze fisiche del paziente ed aggrava il decorso della malattia.

Purtroppo, il rapporto medico-paziente in queste condizioni spesso non è dei più idonei per gestire tale complessa realtà. Anzi, Possiamo dire che in questi ultimi anni la cultura medica è andata progressivamente impoverendosi della sua componente "umanistica", per avvicinarsi sempre più al carattere di una "scienza esatta", efficiente, ma impersonale e sempre più lontana dalla natura trascendente del grande mistero della vita, la quale costituisce pur sempre

l'oggetto del suo sapere. L'impiego di procedure diagnostico-terapeutiche sempre più sofisticate, il ricorso a volte eccessivo all'ospedalizzazione e la razionalizzazione e protocollizzazione dell'approccio al paziente tendono sempre più ad allontanare da un lato il paziente stesso dal proprio ambiente umano e sociale, dall'altro il medico dall'ammalato. Naturalmente, non intendiamo misconoscere gli innegabili benefici che la tecnologia ha consentito di realizzare, né rinnegare il rigore scientifico della nostra disciplina, ma è bene ricordare che la tecnologia assume valore finché rimane al servizio del paziente; quando, invece, si limita a servire la scienza, finisce per favorire la "disumanizzazione della medicina", con grave danno sia per il paziente che per il curante.

Un altro rischio per il delicato rapporto medico-paziente è rappresentato dalla frammentazione del sapere medico in molteplici discipline specialistiche, il cui interesse è prevalentemente rivolto allo studio di un singolo organo o apparato: nefrologia, pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, epatologia e molte altre ancora.

È indubitabile che le notevoli conquiste della moderna scienza medica non sarebbero state possibili senza il raggiungimento di un elevato grado di specializzazione da parte di coloro che le hanno realizzate. Ma di fatto molti medici hanno profondamente modificato la propria cultura con il pericolo di divenire curatori di organi e non di organismi, come dovrebbe essere. La moltiplicazione delle discipline implica una moltiplicazione dei curanti: non è raro osservare pazienti in gravi condizioni affidati alle cure di quattro o cinque specialisti diversi, ognuno dei quali tende a focalizzare la sua attenzione sul proprio settore di competenza specifica. E la presenza di un medico coordinatore dell'attività diagnostico-terapeutica spesso non basta ad evitare che si arrivi a perdere di vista il paziente nella sua interezza, cadendo nell'errore noto come "riduzionismo". Proprio per questo motivo dobbiamo sempre ricordare che il nostro dovere è quello di curare il malato e non la malattia.

La medicalizzazione dell'approccio al malato costituisce un notevole ostacolo alla comprensione della sua difficile esperienza umana e spirituale, del doloroso riflesso della sofferenza fisica e morale sulla sua esistenza. Ma nel paziente inguaribile altri fattori, questa volta di natura morale e sociale, concorrono a frapporre ulteriori ostacoli lungo questo cammino. Infatti, in una società opulenta e produttivistica come quella occidentale, dove il benessere materiale è troppo spesso esaltato ad un unico bene possibile, e dove i mezzi di

comunicazione di massa tendono a costruire un'immagine dell'esistenza fatta solo di bellezza, ricchezza e successo, i lati oscuri della vita, la sofferenza, la vecchiaia e la morte, vengono sempre più emarginati, quasi li si volesse rimuovere dalla coscienza comune. In una prospettiva fatta solo di beni terreni, la dimensione dolorosa dell'esistenza non può che apparire come un vuoto inconcepibile ed inspiegabile, da esorcizzare. È inevitabile che la perdita del significato trascendente della vita privi di significato anche la sua naturale conclusione, la morte.

Dietro la tendenza di ospedalizzare la malattia si nasconde spesso anche il tentativo di nascondere questa dimensione dolorosa agli occhi della società. Ma la mancata accettazione di una simile realtà, la sua emarginazione o il suo mascheramento dietro un tecnicismo esasperato, dietro la medicalizzazione, mentre da un lato non impediscono a questa realtà di verificarsi, dall'altro hanno reso l'uomo odierno sempre più impreparato ad affrontarla, ed hanno accentuato le sofferenze del morente, che deve sopportare le conseguenze morali e materiali dell'isolamento di cui troppo spesso è fatto oggetto.

In ognuno di noi lo spettacolo della morte altrui suscita disagio perché ci ricorda, a sua volta, il nostro destino. Nel medico, a tutto ciò si aggiunge un senso personale di sconfitta nei confronti delle proprie capacità. Anche il già citato riduzionismo alimenta questa concezione distorta, in quanto comporta la perdita di identità del paziente, che viene identificato e confuso con la sua malattia; in questa prospettiva la morte è ritenuta, a torto, la complicanza finale di una patologia e non il naturale termine della vita.

Vediamo, pertanto, come i fattori prima descritti siano strettamente interconnessi: il tecnicismo e il riduzionismo possono a prima vista essere considerati soltanto delle "deformazioni professionali" della classe medica; in realtà, una più attenta analisi rivela come essi costituiscano insieme la giustificazione e lo strumento di un più generalizzato rifiuto culturale della morte, che coinvolge non solo il medico, ma tutta la società.

Questo atteggiamento di rifiuto e distacco dalla malattia inguaribile e dal suo inevitabile esito può avere due conseguenze solo apparentemente contrastanti.

1) Da un lato esso può indurre il medico a persistere ostinatamente in trattamenti ormai inutili e sproporzionati, i quali, senza portare reale giovamento al paziente, sono fonte di ulteriori sofferenze. Questo errore, com'è noto, viene definito "accanimento terapeutico". Numerosi fattori concorrono a determinarlo. Infatti, all'incapacità del curante di ammettere la propria incapacità a guarire l'ammalato si aggiungono il timore di non aver fatto "tutto quanto è possibile" per il bene del paziente e la sottovalutazione delle sofferenze che l'ospedalizzazione prolungata e le terapie aggressive comportano per un malato già provato da una malattia debilitante.

È bene precisare a scanso di equivoci, che, per accanimento terapeutico, si intende l'impiego di trattamenti di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o una particolare

gravosità per il paziente con un ulteriore sofferenza in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica[4].

Il primo criterio è, dunque, quello della documentata inefficacia, e quindi inutilità della terapia. Esso si basa sull'evidente contraddizione *in fieri* di una simile condotta da parte del curante: l'"accanimento", cioè la prosecuzione ostinata e senza scopo di un trattamento che risulti inutile per il paziente ne annulla il valore "terapeutico", e quindi la natura stessa di trattamento, che, in quanto tale, dovrebbe essere finalizzato al benessere del paziente medesimo e ad al miglioramento della qualità della vita di questi. È evidente, peraltro, che una terapia pur impegnativa, complessa e costosa, se proporzionata, non potrà mai configurarsi come accanimento terapeutico. L'impiego di risorse diagnostiche e terapeutiche avanzate e ad alto grado di tecnologia è pienamente giustificato, se compiuto ad esclusivo benessere del paziente.

Il secondo criterio è quello della gravosità del trattamento che rischia di determinare nuove ulteriori sofferenze, fisiche e morali, tali da configurare un atteggiamento di "violenza terapeutica".

Il terzo criterio è quello della eccezionalità dei mezzi terapeutici che non debbono essere sproporzionati agli obiettivi che il medico si prefigge di raggiungere. È evidente che quest'ultimo criterio è soggetto alla continua evoluzione della scienza medica. Mezzi, un tempo ritenuti sproporzionati, oggi sono di quotidiana e routinaria applicazione. Basti pensare alla ventilazione meccanica ed alla emodialisi oggi attuate anche a domicilio. Il giudizio di proporzionalità dev'essere piuttosto applicato sulla base di una conoscenza adeguata delle condizioni cliniche del malato e del concreto beneficio apportato dall'intervento terapeutico. Anche nei pazienti assai gravi, in cui l'aspettativa di vita è molto breve, la terapia del dolore, la nutrizione e l'idratazione, la cura delle ulcere da decubito, l'assistenza nei bisogni quotidiani non configurano certo un accanimento terapeutico, ma solo le cure indispensabili per mantenere la dignità di vita del paziente.

2) Peraltro, la consapevolezza che il paziente a lui affidato ha una prognosi infausta può indurre il medico all'errore opposto: quello di arrendersi, rinunciando non solo alle terapie inutili, ma anche a quelle cure che, se poste in atto in modo appropriato, allevierebbero notevolmente le sofferenze del paziente; le cure palliative, appunto.

In quest'ottica, il malato per il quale non esiste possibilità di guarigione, viene considerato un malato "perso", non più meritevole di

vera e propria assistenza, non solo sanitaria in senso stretto, ma anche morale; nel curante, persa ogni speranza di guarire il paziente, all'attenzione scientifica e professionale subentra il distacco, negando al paziente la fiducia ed il sostegno spirituale proprio quando egli più che mai ne avrebbe bisogno; le informazioni sulle sue condizioni di salute divengono vaghe ed evasive, lo si evita in fin dei conti, perché risveglia nel medico l'imbarazzo della propria impotenza e l'amarezza della propria sconfitta professionale; al più la pietà si accontenta di illuderlo.

Si commette così un errore, se possibile, ancor più grave dell'accanimento terapeutico: quello di un vero e proprio "abbandono terapeutico"; abbandono che può concludersi con la dimissione *tout court* del malato perché inguaribile, senza alcuna altra prospettiva di assistenza. All'isolamento morale del paziente già in atto si sostituisce così la vera e propria solitudine materiale e sociale, sua e della sua famiglia. È inutile aggiungere che ciò non fa altro che moltiplicare i già gravi problemi di entrambi.

In realtà il senso di sconfitta professionale rappresentata dal paziente inguaribile, il cui rifiuto è alla base sia dell'accanimento che dell'abbandono terapeutico, deriva essenzialmente da un fraintendimento degli obiettivi della propria missione, la quale viene vista come finalizzata esclusivamente alla guarigione del paziente; ancora una volta ci si dimentica di curare il malato, focalizzandosi sulla sola malattia. In realtà, mentre non sempre si può guarire, sempre si può e si deve curare: anche il diabete è una malattia di solito inguaribile, eppure nessuno si sognerebbe di definirla incurabile; ciò che la differenzia da malattie parimenti inguaribili come il cancro o l'AIDS è la diversa aspettativa di vita del paziente. Ma il bisogno di cure ed attenzioni del paziente non è certo proporzionale alla lunghezza della vita residua; semmai, è vero il contrario.

In sostanza, anche quando non c'è più spazio per le terapie eziologiche, ossia quelle in grado di eliminare la causa della malattia, è dovere irrinunciabile del medico porre in atto tutti gli interventi finalizzati a rimuovere le sofferenze connesse alla malattia stessa, sia di natura fisica che morale.

A questo proposito ricordo che l'Art. 32 del Codice Italiano di Deontologia Medica afferma testualmente che "il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica, di aiutarlo e di confortarlo[5].

Più espressamente, anche il Comitato Nazionale per la Bioetica, nella conferenza stampa del 19 Luglio scorso per la presentazione del documento su "Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana"[6] ha sottolineato l'alto valore bioetico delle cure palliative. Queste infatti trovano la loro sostanza non nella pretesa illusoria di poter strappare un paziente alla morte, ma nella ferma intenzione *di non lasciarlo solo,* di aiutarlo quindi a vivere questa sua ultima radicale esperienza nel modo più umano possibile, sia da un punto di vista fisico che da un punto di vista spirituale. Volte primariamente ad alleviare il dolore in generale e in particolare quello dei malati termi-

nali, le cure palliative hanno allargato e continuano ad allargare il loro orizzonte e il loro ambito di azione e si presentano nel nostro tempo come uno dei campi in cui la moderna medicina manifesta la sua vocazione profonda di cura in senso globale, quindi non solo fisico, ma anche psicologico e esistenziale, dei sofferenti.

Peraltro, l'assistenza al paziente inguaribile acquista un significato spirituale più alto nell'etica cristiana.

Per il medico cristiano, il primo imperativo morale è quello di servire la vita, il che vuol dire assisterla fino al suo compimento naturale. L'assistenza sanitaria al morente è un compito particolarmente importante e delicato, perché si tratta di far sì che anche nel morire l'uomo abbia a riconoscersi e volersi come vivente. Per citare le parole del Santo Padre, "mai come in prossimità della morte e nella morte stessa occorre celebrare ed esaltare la vita [...] l'atteggiamento davanti al malato terminale è spesso il banco di prova del senso di giustizia e di carità, della nobiltà d'animo, della responsabilità e della capacità professionale degli operatori sanitari, a cominciare dai medici"[7]. Aiutare una persona a morire significa aiutarla a vivere intensamente l'esperienza ultima della sua vita. E ciò si realizza attraverso una presenza amorevole da realizzare accanto al morente; una presenza che, senza illuderlo, lo faccia sentire vivo, persona tra persone, perché destinatario, come qualsiasi uomo, ma più di ogni altro, in tale circostanza, di attenzioni e premure.

Questa presenza, attenta e premurosa, deve infondere fiducia e speranza all'ammalato e riconciliarlo con la morte.

È evidente che, per essere realmente in grado di infondere fiducia e speranza, l'operatore sanitario debba essere il primo a far suoi questi valori, a non soccombere allo scoraggiamento e all'egoismo, a saper cogliere la dimensione umana e trascendente delle sofferenze fisiche del malato e del dramma psicologico e spirituale del distacco che il morire significa e comporta; compiti, questi, non facili. Non possiamo negare che "...davanti al mistero della morte si rimane impotenti; vacillano le umane certezze. Ma è proprio di fronte a tale scacco che la fede cristiana [...] si propone come sorgente di serenità e di pace [...] Ciò che sembrava senza significato acquista senso e valore"[8]. Nell'adempimento di questo compito, la testimonianza di fede e di speranza in Cristo dell'operatore sanitario acquista un ruolo determinante. "Realizzare una presenza di fede e di speranza è per l'operatore sanitario la più alta forma di umanizzazione del morire.

È più che alleviare una sofferenza. Significa adoperarsi con le proprie cure a rendere facile al malato il venire a Dio"[9, 10].

Sul piano operativo, quindi, gli imperativi per l'operatore sanitario nei confronti del paziente inguaribile sono:

1) evitare la medicalizzazione della sua malattia;

2) mantenere il suo intervento nei limiti della giusta proporzionalità, evitando sia l'accanimento che l'abbandono terapeutico;

3) costituire per il paziente e per la sua famiglia una costante e sollecita fonte di speranza e di sostegno morale attraverso la propria testimonianza di fede;

4) porre in atto e promuovere con ogni mezzo le cure palliative, le quali, alleviando le sofferenze del paziente, concorrono all'umanizzazione e all'accettazione del morire.

A quest'ultimo proposito va sottolineato che la realizzazione di cure palliative comporta una pianificazione che assicuri la continuità delle cure sia a livello intra- che extraospedaliero ed il mantenimento di un saldo nucleo assistenziale attorno al malato; ciò non è realizzabile senza un programma che coinvolga i familiari del paziente, il medico di famiglia, assistenti sociali e religiosi, e le strutture pubbliche[11]. Purtroppo ciò è ancora scarsamente recepito a livello sociale e politico: oggi più che mai l'assistenza socio-sanitaria si trova costretta a fare i conti con l'insufficienza dei mezzi legislativi ed economici posti a sua disposizione: la cronaca di ogni giorno ci pone di fronte da un lato a clamorosi successi terapeutici operati in centri di alta specializzazione; dall'altra, ad altrettanto clamorose carenze operative in servizi sanitari anche essenziali. La causa di questi squilibri può solo in parte essere imputata ai medici; essa invece è soprattutto il riflesso di un più generale disinteresse della collettività verso la parte più debole della società: gli anziani, gli ammalati, i meno abbienti. Molti pazienti inguaribili e bisognosi di cure palliative rientrano contemporaneamente in più d'una di queste categorie: gli anziani, ad esempio, o gli ammalati di AIDS, in cui sono comuni il dissesto economico e l'emarginazione sociale, preesistenti o, purtroppo, effetto della malattia stessa.

In quest'ottica distorta, l'abbandono del malato inguaribile può apparire, agli occhi di alcuni, come un rimedio necessario per economizzare sulla spesa sanitaria a beneficio dei pazienti con migliore prognosi; e si giustifica talvolta questa scelta con l'intento di "lasciar morire il paziente in pace a casa sua" per evitargli lo stress dell'ospedalizzazione. In realtà tale prospettiva si rivela del tutto illusoria: infatti, la dimissione del paziente inguaribile effettuata senza prevedere alcun programma di terapia palliativa e di supporto domiciliare, è non solo eticamente inaccettabile, ma ha dei costi sociali ed economici enormi, quantificabili in giornate lavorative perdute da parte dei familiari del paziente, sia per la necessità di assistenza al malato, sia per l'aumentata incidenza di malattie fisiche e psichiche conseguenti allo stress della malattia e del lutto. A ciò si aggiunge lo spreco dovuto al cattivo utilizzo di farmaci, soprattutto analgesici, a causa di una prescrizione discontinua o inadeguata[12].

Ancora più preoccupante appare l'atteggiamento di chi, di fronte alle sofferenze dei pazienti terminali, arriva a proporre l'eutanasia come unico rimedio, giustificando tale atteggiamento con il fatto che in genere è il paziente medesimo a richiedere l'uso di tali mezzi estremi.

Nel rispondere a coloro che avanzano simili proposte non intendo, ora, entrare nelle complesse problematiche legate all'eutanasia: mi limiterò a citare le parole del Pontefice Paolo VI: "...le suppliche dei malati molto gravi, che tal-

volta invocano la morte, non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia; esse infatti sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto"[13]. L'ammalato che si sente circondato da una presenza amorevole e che vede alleviate le proprie sofferenze non cade nella depressione di chi invece si sente abbandonato ad un destino senza speranza[9].

In conclusione, oggi la medicina dispone di numerosi mezzi per controllare il dolore e restituire al malato inguaribile una dignitosa qualità della vita fino al naturale compimento di quest'ultima; non esistono scuse per l'ignoranza o l'omissione del loro uso da parte del personale sanitario, il quale della difesa del benessere del paziente fa lo scopo della sua professione.

La terapia palliativa rende improponibile ed inaccettabile l'eutanasia. È questa la risposta più alta che si può dare alla "cultura della morte e dell'abbandono".

Prof. CORRADO MANNI
Direttore Istituto
di Anestesiologia e Rianimazione
Università Cattolica del Sacro Cuore,
Roma

Bibliografia

[1] Organizzazione Mondiale della Sanità: *Dolore da cancro e cure palliative*. Ginevra, Collana rapporti tecnici, n. 804, 1990.

[2] VENTAFRIDDA V., *Continuing care: a major issue in cancer pain management.* Pain, 36: 137-43, 1989.

[3] *World Health Statistics Annual 1988.* Geneve, World Health Organization, 1988.

[4] MANNI C., *Accanimento terapeutico: definizione e aspetti scientifici.* Atti del convegno AMCI-ACOS *"Accanimento terapeutico: un concetto da precisare"* Roma, 1990.

[5] Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. *Codice di Deontologia Medica.* Il Medico d'Italia, 44(3) Suppl: 1990.

[6] Comitato Nazionale per la Bioetica, *"Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana"*. In corso di stampa.

[7] GIOVANNI PAOLO II, *Ai partecipanti al Congresso internazionale dell'Associazione "Omnia Hominis"*, 25 agosto 1990, in *Insegnamenti*, XIII/2, p. 328.

[8] GIOVANNI PAOLO II, *Ai partecipanti al Convegno internazionale sull'assistenza ai morenti*, in Osservatore Romano, 18 marzo 1992, n. 5.

[9] Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari: *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano, 1994.

[10] GIOVANNI PAOLO II, *A due gruppi di lavoro promossi dalla Pontificia Accademia delle Scienze*, 21 ott. 1985, in Insegnamenti VIII/2, n.6, p. 1083.

[11] ROMANINI A., SPEDICATO M.R., *Unità di cura continuativa, nuova soluzione terapeutica e assistenziale nella malattia terminale.* In: *Progressi Clinici:* Medicina, III, 3, Padova, 1988.

[12] CAMERON J., PARKES C.M., *Terminal care: evaluation of effects on surviving family members of care before and after bereavement.* Postgrad. Med. j., 59: 73-78, 1983.

[13] PAOLO VI, *Ai partecipanti al III Congresso mondiale dell'International College of Psychosomatic Medicine*, 18 settembre 1975, in AAS 67 (1975) p. 545.

AN VERLINDE

La donna nel corso della storia dell'assistenza ai malati

Introduzione

In tutti i paesi, in tutte le società ed in ogni tempo, sono soprattutto le donne a prendersi cura dei bambini, delle donne e degli uomini. Sono sempre state, e ancora lo sono, principalmente le donne a curare i malati, tanto sul piano professionale che su quello informale, ad esempio le cure a domicilio e la cura delle famiglie.

Da una inchiesta compiuta nei Paesi Bassi (1994), attualmente risulta, e possiamo supporre che le cifre date si applicano anche agli altri paesi industrializzati dell'Europa, che su cinque ore di cure prestate al di fuori degli ospedali, quattro sono prestate dalle donne. Oltre il 60% di ogni assistenza informale, inoltre, è prestata in particolare da: mogli, figlie, nuore e donne imparentate. Visto in maniera assoluta, possiamo parlare di un impatto importante sull'impiego del tempo delle donne.

Una persona su sei di oltre 55 anni riceve cure sia a domicilio sia in ospedale. Tra tutte le donne tra i 30 ed i 60 anni di età, una su tre presta cure informali.

In breve, fornire delle cure costituisce il compito predominante delle donne. Sulla base di una verifica, nonché di una inchiesta personale compiuta in occasione del XV Congresso Mondiale del CICIAMS, sembra che il nursing e l'ostetricia siano principalmente nelle mani delle donne.

Nei paesi industrializzati le cure dei malati e l'assistenza sociale sono a carico delle donne in ragione dell'85%. Gli uomini sono entrati nel mondo delle cure sanitarie a partire dagli anni '60. La loro percentuale resta più o meno allo stesso livello, e cioè il 15%.

Gli studi compiuti sulle proiezioni e sulle tendenze indicano che detta percentuale resterà più o meno stabile nel decennio a venire. Va tuttavia notato che in questo 15% di uomini esiste una percentuale del 60%, se non del 75%, di uomini con una posizione dirigente nelle cure sanitarie e nell'assistenza sociale, in particolare negli ultimi quindici anni. Prendendo come esempio Michelle Perrot (1990) oserei anche parlare del "potere degli uomini e della forza delle donne".

Nella storia esistono tuttavia eccezioni ben conosciute in cui delle donne hanno assunto il potere. Spesso si tratta di eccezioni spettacolari, in particolare capi d'armata e capi di stato come Giovanna d'Arco e Caterina la Grande. C'è anche un gran numero di esempi di donne autorevoli che hanno svolto un ruolo politico importante dietro le quinte e che sono così giunte ad esercitare una grande influenza politica.

Non dobbiamo tuttavia stupirci del fatto che siano soprattutto le donne ad avere il ruolo di curare tanto sul piano informale che su quello professionale. Diversi sono i fattori che vi contribuiscono, e in particolare:

a) *le predisposizioni naturali della donna* la cui sollecitudine materna si estende spontaneamente a tutti coloro che devono essere protetti, confortati, soccorsi. Il termine inglese nursing viene da "to nourish", nutrire e, per estensione, accordare cure materne ai deboli, ai malati, ai feriti.

b) *il ruolo femminile:* la missione sacra di devozione e di altruismo vista come una collaborazione efficiente alla professione medica ed infine come una scienza tecnica che necessita di una abilità manuale consumata.

c) *la Storia:* per numerose generazioni, l'opinione pubblica in occidente ha considerato che le cure dei malati, la devozione e l'abnegazione potessero realizzarsi soltanto nello stato religioso e che esigessero la pronuncia di voti irrevocabili e di confinarsi per sempre nel celibato, per quelle donne che sarebbero state tentate di votarsi alla cura dei malati.

È tuttavia un fatto che siano state soprattutto le donne occidentali ad essersi assunte il compito di fornire le cure, ispirate dalla fede.

Attraverso la storia della Chiesa le donne cristiane hanno sempre ammesso, riconosciuto e compreso i bisogni fondamentali contemporanei e vi hanno risposto in maniera concreta a partire dalla Parola del Vangelo. Esse lo hanno fatto impegnando totalmente la loro persona e la loro vita con i mezzi esistenti all'epoca.

Sempre ispirate dallo Spirito Santo, sono arrivate a rispondere ai bisogni del loro tempo, a quelli della Chiesa e della società in cui vivevano.

Lo Spirito Santo non illumina soltanto Dio, ma anche il più profondo dell'uomo. Esso conosce i bisogni dell'uomo nonché i suoi desideri più profondi. E, illuminando in particolare la Parola di Dio, lo Spirito Santo conduce la storia.

L'uomo trova la risposta anche nella Parola di Dio. Quel che caratterizza le donne cristiane è il fatto che esse sono sempre andate, ed ancora vanno, verso l'uomo (*vedi* Madre Teresa), che hanno

visto, e vedono sempre, l'uomo attraverso lo sguardo di Dio, che sono mosse dallo Spirito Santo e lo riconoscono in tutti gli uomini.

Al momento dell'unzione con il prezioso balsamo nardo-indiano a Betania, Gesù ha detto: "I poveri sono sempre tra voi". In effetti lungo i secoli ci sono sempre stati dei poveri ed oggi ce sono più che mai. Gesù Cristo si è identificato con tutti i poveri quando ha detto: "ogni volta che l'avete fatto al più piccolo di questi fratelli, lo avete fatto a me" (Mt. 25, 40).

È evidente che numerose donne andavano verso gli altri partendo da una dimensione apostolica. Attualmente molti infermieri, infermiere, ed ostetriche membri del CICIAMS, svolgono il loro compito in un'ottica apostolica e si registrano così nella tradizione e nella storia dei membri cristiani del nursing. Ciò è stato il risultato delle risposte delle associazioni-CICIAMS al questionario pubblicato in occasione del XV Congresso Mondiale del CICIAMS svoltosi a Lovanio, in Belgio, nel 1994.

Numerosi sono coloro che servono il Signore nel suo corpo mortale, benché il Signore abbia detto che Maria ha scelto la parte migliore. "Marta tu ti affanni e ti agiti per troppe cose, mentre una sola è necessaria. Maria ha scelto la parte migliore, che non le sarà tolta" (Lc. 10, 41-42).

Cosa significa questo? Dobbiamo credere che Gesù rimproverasse a Marta la sua domesticità? Come avrebbe potuto rimproverarle qualche cosa? Lei che era completamente presa dalle cure da prestare al suo Ospite e che offriva la sua ospitalità al Signore stesso? Non si tratta di un rimprovero poiché altrimenti nessuna persona si prenderebbe più cura dei bisognosi, ma ognuno sceglierebbe la parte migliore.

Nessuna persona darebbe più da mangiare ai poveri, non curerebbe più i malati, non visiterebbe più i prigionieri, ecc. La nostra sollecitudine resta indispensabile e necessaria a tutti coloro che devono essere nutriti. Marta e noi, infermieri, infermiere ed ostetriche, e quanti forniscono delle cure, hanno interesse a servire il Signore nel suo corpo mortale.

2. Percorso storico del "nursing"

Ogni professione sanitaria si colloca in rapporto alla medicina, che sia un ramo che ha acquisito la sua indipendenza, come i farmacisti, o che resti più o meno indipendente come gli infermieri o i kinesiterapeuti.

La medicina, e con essa l'insieme delle professioni sanitarie, si colloca in una società in rapporto all'interpretazione accettata dell'origine delle malattie.

Una volta, ed ancora oggi in maniera più o meno riconosciuta, la causa di ogni malattia rivestiva un carattere morale; la malattia proveniva da una colpa commessa o da un male voluto dagli altri, vivi o morti; indovini, stregoni, sacerdoti cercavano di identificarne la causa, di combatterla, di riabilitare le persone guarite mediante riti purificatori.

Tuttavia si sviluppava una medicina capace di opporre ai sintomi mezzi spesso efficaci. Da parte sua, la storia del gruppo infermieristico può essere legata a quella delle persone incaricate dalla società del sostegno e delle cure da prestare ai malati.

Lo stesso uomo, guaritore o empirico, poteva svolgere contemporaneamente il ruolo medico di interpretazione della causa del male, di amministrazione del trattamento e di infermiere, ma ciò non sempre avveniva. Anche nelle società arcaiche in cui la divisione del lavoro non era precisa, il ruolo medico consisteva spesso nel cacciare il male identificato infliggendo al paziente pratiche molto penose in modo tale da scacciare il male, quest'ospite indesiderabile. Il ruolo infermieristico di sostegno della persona spettava ad una donna della famiglia o della tribù.

Ma l'origine più chiaramente identificabile delle infermiere in quanto gruppo sociale nei paesi dell'Occidente, è quella degli ordini religiosi, legata alla storia del cristianesimo. Il cristianesimo, in effetti, apporta principi rivoluzionari: la vita umana è sacra, i poveri e i malati sono rappresentanti di Cristo e bisogna soccorrerli per amore di Dio, senza distinzione di razza né di religione. Questo è il messaggio della parabola del "Buon Samaritano". Alcuni fedeli donano i loro beni alla Chiesa e consacrano la loro vita a mettere in pratica questi principi. Alcuni vivono in comunità che si organizzano progressivamente sotto l'autorità dei vescovi. Queste comunità assumono determinate funzioni nella società, in particolare quelle del soccorso ai poveri e ai malati.

Lungo i secoli la Chiesa cattolica diviene una istituzione stabile, che gode di un'autorità organizzata, riconosciuta e dispone di ricchezze e di persone consacrate a servire nelle sue fila. In Francia, tra il V e il XIX secolo, la Chiesa crea numerose istituzioni d'importanza molto variabile per sopperire alle grandi insufficienze dell'organizzazione sociale. Saranno rifugi per pellegrini, orfani, anziani, mendicanti ed ospedali.

Il funzionamento di queste istituzioni è stato il più delle volte affidato ad ordini femminili, ad eccezione degli Ospedalieri di San Giovanni di Gerusalemme, ordine maschile fondato nel 1102 all'epoca delle crociate.

Parallelamente a queste istituzioni ospedaliere, la Chiesa ha visitato i poveri e i malati. Una delle creazioni più degne di nota in questo campo è quella delle Figlie della Carità fondata da San Vincenzo de' Paoli. La prima scuola per infermiere fu creata nel novembre 1633 da San Vincenzo de' Paoli a Parigi.

Nei paesi colpiti dalla Riforma, gli ordini religiosi vengono cacciati dagli ospedali. In Francia, la loro partenza avviene in maniera progressiva tra la rivoluzione del 1789 e la separazione tra Chiesa e Stato del 1902.

Ma chi sostituì gli ordini curanti? Nel corso dei secoli, il personale religioso è stato aiutato da una servitù che era analfabeta e non legata a dei voti, ma che semplicemente lavorava per guadagnarsi da vivere. Numerose testimonianze mostrano che gli ospedali conobbero un periodo di decadenza.

In Inghilterra si formò un'altra fonte legata alla laicizzazione, l'apparizione con l'industrializzazione di una classe media, lo sviluppo di una medicina scientifica e la creazione della Croce Rossa.

La protagonista di questo cambiamento fu Florence Nightingale.

La riforma era basata su tre punti capitali, e cioè:

– il reclutamento di infermiere per una professione;

– la formazione in scuole con budget indipendente e un corpo insegnante competente;

– il lavoro nelle istituzioni in cui le infermiere avessero la responsabilità di organizzare ed amministrare il servizio infermieristico in collaborazione con la direzione dell'ospedale e del corpo medico.

Florence Nightingale propagandava un atteggiamento professionale delle infermiere basato su norme del codice deontologico della medicina e su valori cristiani; in particolare ella diceva: "Non bisogna semplicemente guarire e curare la malattia, ma il malato, e questo sulla base dei valori cristiani".

A partire dai primi anni del Novecento, in Europa e nei paesi industrializzati, si costituiscono tre gruppi professionali: religioso - pubblico - privato. Tre gruppi molto differenti per:

– la scelta del mestiere; per gli uni il desiderio di impegno personale e l'ingresso avverrà con dei voti;

– per gli altri sarà per guadagnarsi da vivere e l'ingresso si farà attraverso un contratto con l'istituzione;

– per un terzo gruppo, il desiderio di esercitare una professione di servizio riconosciuta onorevolmente in attesa di sposarsi.

Questi tre gruppi prestentano aspetti comuni:

– l'assenza di compenso finanziario per i servizi resi; le religiose per il voto di povertà, le infermiere degli ospedali pubblici perché non molto qualificate, le infermiere dei servizi privati nel volontariato, poiché ritengono la remunerazione disprezzabile.

– il funzionamento basato sull'obbedienza religiosa, burocratica o militare.

– un debole valore legato alla formazione professionale tranne che nel gruppo privato.

Per riassumere, possiamo dire che il periodo nero per la cura dei malati terminò quando uomini e donne, mossi religiosamente, si impegnarono personalmente in questa branca impoverita dell'aiuto sociale.

Penso qui a San Vincenzo de' Paoli e alle sue Figlie della Carità, al pastore Fliedner e a sua moglie, e a Florence Nightingale.

Quest'ultima ricevette la sua formazione di infermiera presso i coniugi Fliedner e risiedette per un certo tempo a Parigi nell'ospedale istituito da San Vincenzo de' Paoli.

3. L'infermiera moderna: da Ippocrate al Buon Samaritano

Il giuramento d'Ippocrate determina da 25 secoli i limiti dell'etica medica. Quel che è nuovo, è che i principi dell'etica generale sono applicati all'etica biomedica.

Un'altra novità è data dal fatto che i problemi etici esigono un avvicinamento interdisciplinare scientifico. I medici, i membri del nursing, gli psicologi, i kinesiterapeuti, i giuristi ... devono mettersi a riflettere insieme sulla dignità umana delle tecnologie applicate.

Siamo tutti d'accordo nell'ammettere che l'etica biomedica conduce alla riflessione per quanto riguarda punti caldi quali l'aborto, l'AIDS, l'eutanasia, la sperimentazione e il trapianto d'organi.

I membri del nursing riflettono anche sull'assistenza fornita ogni giorno. Esiste una distinzione tra l'etica di questi membri e l'etica biomedica, soprattutto perché la prima è specificatamente orientata sulle attività professionali dal punto di vista delle cure prestate, sul ruolo e sulla posizione di coloro che riempiono questa funzione. Le azioni che i membri del nursing eseguono attualmente, nonché i valori e le norme che ispirano queste azioni, sono iscritte nel contesto esistente da numerosi secoli nella tradizione delle cure istituzionalizzate.

Non possiamo dimenticare qui l'influenza di Florence Nightingale. Dobbiamo tuttavia vedere la sua persona nel suo contesto storico e certamente nel quadro dell'esistenza della donna del XIX. Prima della Nightingale la professione di infermiera semplicemente non esisteva. La cura dei malati era considerata come compito specifico della donna in casa, di conseguenza poco qualificato, non remunerato ma devoto e materno.

L'infermiera non aveva alcuna conoscenza medica e doveva ogni volta fare appello al medico, figura paterna che decideva gli alti e i bassi dell'ospedale e dei pazienti. È dunque evidente che l'infermiera, come in una famiglia patriarcale, seguisse il medico ed obbedisse alle sue istruzioni.

Nightingale staccava in qualche modo il nursing dal contesto della famiglia perché, secondo lei, il nursing era un'occupazione professionale, basata su motivi religiosi ed eseguita da infermiere qualificate. Per le donne delle classi superiori ciò rappresentava l'occasione ideale per sfuggire al ruolo passivo di donna imposto loro dalla società.

La convinzione religiosa della Nightingale si manifestò nella sua critica severa degli sviluppi ulteriori nella professione di infermiera, quali: la formazione di unioni professionali per i membri del nursing, migliori remunerazioni e migliori condizioni sociali di lavoro.

Secondo Florence Nightingale, ciò non concordava con la concezione di procurare delle cure in quanto vocazione religiosa. Il suo ragionamento e il suo atteggiamento, in particolare la sua presa di posizione religiosa e la sua disciplina militare, hanno influenzato quasi tutti i membri del nursing moderno occidentale.

Propositi quali essere una buona infermiera rappresentati da slogan come "Born in the church and raised in the Army", sono restati validi fin dopo la seconda guerra mondiale. È più che probabile che sia stato a causa di questo che infermieri, infermiere, ostetriche e assistenti medico-sociali abbiano atteso a lungo prima di istituire un'unione professionale internazionale. Sotto l'impulso dei membri belgi e francesi del nursing, il CICIAMS fu istituito soltanto nel 1936!

Secondo la Nightingale il tipo dell'infermiera ideale risponde all'immagine tradizionale di una "donna molto perbene" dell'epoca vittoriana. Di conseguenza, l'accento viene messo sulla purezza, la devozione, l'obbedienza e la lealtà verso il medico. Questi valori sono riflessi nella *Promessa di Florence Nightingale,* il più vec-

chio documento d'etica del nursing e che, quanto alla forma e al contenuto, assomiglia molto al giuramento di Ippocrate.

Dal passaggio dal XIX al XX secolo fino alla seconda guerra mondiale, siamo stati testimoni della nascita di numerose unioni professionali per i membri del nursing e delle ostetriche, nonché di una vera esplosione di manuali e di articoli pubblicati per infermiere e scritti da infermiere. È notevole vedere che molto spesso grande attenzione viene prestata alle direttive riguardanti le norme, soprattutto quella di una perfetta obbedienza nonché tutto un pacchetto di norme, tanto morali quanto civili, relative alla decenza ed al saper vivere: l'etichetta.

Gli articoli pubblicati da Isabel Hampton Robb (Stati Uniti) ne sono un esempio e sono considerati come un primo passo verso l'etica del nursing. Simultaneamente un gran numero di analisi appaiono in ogni tipo di articoli e di libri relativi alla formazione caratteriale delle infermiere.

Si tratta di virtù quali: la pazienza, l'amore per il prossimo, la lealtà, la purezza, la saggezza, l'onestà, la giustizia e soprattutto la devozione.

Benché la medicina si sia fortemente evoluta grazie ad una tecnica spinta, il nursing è restato fedele alle direttive riguardanti le suddette norme e questo più o meno fino agli anni '60.

Comunque, dopo un esame di queste norme, gli indici sono chiari, bisogna comportarsi come un "Buon Samaritano".

Dopo gli anni '60, il professionismo del nursing fu fortemente accentuato, consistendo nell'esatta applicazione tecnica delle conoscenze e delle possibilità. Per analogia alla medicina, il nursing dovrebbe rispondere alla seguente immagine ideale:

1) una conoscenza teorica e sistematica che dia le direttive necessarie alla pratica della professione;

2) il riconoscimento da parte del paziente dell'autorità e dell'esperienza del membro del nursing;

3) un codice etico che regola le istituzioni tra i membri del nursing e che esprime il fatto di rendere servizio;

4) l'accesso alla professione attraverso una formazione controllata;

5) l'esercizio della professione esclusivamente da parte dei membri dell'associazione professionale protetti dalla legge;

6) l'associazione professionale ha una propria cultura professionale sostenuta dai sindacati.

Il processo del professionalismo del nursing tende ad una autonomia nella definizione e nell'esercizio del compito, cioé autonomia ed indipendenza nella descrizione e nell'esercizio della professione.

In questi ultimi tempi esiste la preoccupazione non soltanto di applicare esattamente le conoscenze e le possibilità tecniche ma anche quella riguardante l'applicazione della qualità e della capacità dei processi di comunicazione. Inoltre, si tratta di riflettere in maniera sempre più matura sulle attività nonché sul ruolo e la posizione del personale del nursing.

Durante i primi anni siamo stati testimoni della pubblicazione di numerosi studi relativi alle opzioni ed ai problemi etici, nonché ad una vera esplosione di codici professionali. In altri termini, possiamo supporre che i membri del nursing vogliano manifestarsi più apertamente in quel che riguarda la loro funzione e anche l'aspetto "umano" o le "buone cure".

Spesso la parabola del "Buon Samaritano" viene considerata come punto di partenza e come esempio.

Conclusione

Per concludere vorrei citare il mio predecessore, la Sig.na Gh. Van Massenhove, Presidente Nazionale del NVKVV, e Segretaria Generale del CICIAMS.

La differenza tra vocazione e professione è rappresentata dalla distanza esistente tra quel che si può prestare partendo dalla fede e dalla carità e quel che si può prestare partendo dall'obbligo e dalla costrizione.

Tra la vocazione e la professione si colloca l'entusiasmo che si traduce ogni giorno nell'assistenza ai meno privilegiati e ai più vulnerabili.

Sig.ra AN VERLINDE
Segretaria Generale
del Comitato Internazionale Cattolico
delle Infermiere ed Assistenti
Medico-Sociali (CICIAMS), Belgio
Consultore del Pontificio Consiglio
per la Pastorale degli Operatori Sanitari

Bibliografia

BIHET M., *Histoire du Nursing,* Ed. De Soer, Liège, Belgique, 1947.

MORDACQ C., *Pourquoi des Infirmières?,* Ed. du Centurion, Paris, 1972.

PERROT M., *Les Femmes, le pouvoir de l'histoire,* Annales, Paris, mars-avril 1986.

PHILIPSEN H., *De naaste en haar patiënt; Negentiende Dies Natalis,* Rijksuniversiteit, Limburg, hanuari 1995.

VAN DEN BERGH-BRAAM A., *Verpleging op het kruispunt, in Verpleegkunde op het kruispunt.* Acco, Leuven/Amersfoort, 1987.

VAN DER AREND A., GASTMANS C., *Ethisch zorg verlenen, handboek voor verpleegkundige beroepen,* Imro, Nijkerk, 1993.

VAN LAERE G., *Spiritualiteit en Kristelijke spiritualiteit;* Studiedag Bio-ehiek, Leuven, 1992.

VAN WONBERGEN K., VERMEULEN E., *Wij zijn allen tot dienst geroepen in Augustinus over het apostolaat,* Augustinusdag, 1991. Uitg. Augustijns Historisch Instituut, Leuven, 1992.

VERLINDE A., *Synthèse des réponses au questionnaire du CICIAMS,* XVe Congrès Mondial du CICIAMS, Louvain, 1994.

BERNARDIN GANTIN

Il primato della vita oltre ogni condizione umana, particolarmente in Africa

Con il mio intervento desidero:

1) dirvi innanzitutto come *l'Africa*, malgrado tutte le sue sofferenze, *ami la vita;*

2) indicarvi poi gli *spazi fisici, psicologici e morali* dove questa vita purtroppo è ancora troppo mortificata;

3) infine, indicare *ciò che la Chiesa cerca di fare e i motivi che abbiamo per credere nell'avvenire.*

1. Africa, terra assetata di vita

In una delle lingue parlate nel sud del mio paese, il Bénin, l'uomo si dice "Padre della vita" ed il nome che indica la fertilità di Dio è "Madre della vita". Credo che in molte altre lingue africane debbano esserci espressioni simili per esaltare la vita e per esprimere la sua importanza.

In effetti, l'Africa ha una fame insaziabile di vita, che cerca di divorare fino al punto che ciò può sembrare, agli occhi di alcuni, come un piacere volgare. Tutti coloro che si sono accostati a questo continente l'hanno intuito e si sono resi conto che la vita e la sua promozione sono al centro di tutte le preoccupazioni africane e all'orizzonte della filosofia delle cose e della concezione dell'uomo.

La "Filosofia Bantu" messa in evidenza, a suo tempo, da Padre Tempels, che aveva fatto scalpore, indicava che la realtà africana era mossa da una sorta di "vitalismo", cioè il primato della vita.

Più tardi, molti saggi di filosofi e giovani teologi africani hanno sottolineato la trilogia Vita-Morte-Vita per esprimere una sorta di interpretazione globale africana dell'esistenza, in cui la vita trionfa.

Bisogna altresì dire che questa preoccupazione di non vedere il sopravvento della morte sulla vita spiega, in parte, la preoccupazione di avere molti figli, in modo da essere certi che, malgrado tutto, la mortalità molto alta ne risparmierà qualcuno.

Ne è una testimonianza la sorprendente serenità che gli Africani dimostrano davanti alle prove peggiori. Essi danno l'impressione di giocare con la morte, anche quando quest'ultima non smette di bussare alla loro porta.

È senza dubbio questo attaccamento alla vita, così come l'invenzione di molteplici sotterfugi per ridurre gli effetti traumatizzanti delle disgrazie, a spiegare la sopravvivenza di tanti africani deportati nel corso della storia lontano dal loro continente nelle condizioni che tutti conosciamo.

La farmacopea africana di cui siamo lungi dall'aver esplorato tutte le ricchezze, ha delle virtù che non possiamo minimizzare, anche se la scienza moderna postula il dominio dei suoi mezzi terapeutici per assicurarne l'efficacia e limitarne i rischi. Sarebbe senza dubbio auspicabile che gli organismi ci aiutino ad esplorare questi campi per poterli razionalizzare e per diffonderne l'utilizzo.

Malgrado le molteplici sollecitazioni della vita moderna ed una urbanizzazione incontrollata e talvolta libertaria, l'Africa ha conservato ancora, nelle cose essenziali, un grande rispetto per la vita e per le persone anziane, considerate come le detentrici della saggezza e la cui presenza, anche se debole, assicura un certo equilibrio all'interno della società, e particolarmente nei villaggi. Nessuno crede necessario accelerare la morte di una persona molto anziana o gravemente malata solo perché essa non è più in grado di produrre. La difficoltà spesso riguarda il riuscire a trovare dei mezzi efficaci per poterle curare.

Questa preoccupazione tradizionale africana di proteggere e promuovere la vita spiega, da una parte, la demografia galoppante del continente (640 milioni di abitanti nel 1994, 1.200 milioni nel 2015, cioè il 19% della popolazione mondiale), ed anche la sorprendente giovinezza della sua popolazione. Senza questa nuova linfa, forse il continente avrebbe conosciuto una sorte ancora più drammatica. L'Africa sopravvive grazie alla sua gioventù ed ha la popolazione più giovane del mondo (il 50% degli africani ha meno di 16 anni). Dal momento che non si cerca di arrestare la vita al suo crepuscolo, non si ama nemmeno interromperla dal suo concepimento.

D'altra parte, non vorremmo far credere che questa constatazione ci porti ad una specie di cecità di fronte alla complessità delle situazioni africane e alla gravità dei suioi drammi dalle molteplici sfaccettature che vanno a scapito del suo progresso.

Ci tornano in mente le parole del Santo Padre durante l'ultimo Sinodo Speciale dei Vescovi dell'Africa all'inizio della tragedia ruandese, che ci interpellava in maniera tanto forte e che cercava, per così dire, di offuscare il volto del cristianesimo africano: "questo continente ama la vita e coltiva la morte; crede alla fraternità ed è, ahimé, così spesso fratricida...". È questo il paradosso del quale bisogna ana-

lizzare le cause. Sarebbe indubbiamente utile invitare ed aiutare gli africani a trovare i mezzi costanti e durevoli per scongiurare le malattie e le disgrazie che ostacolano la pienezza quotidiana della vita nel loro continente.

2. Africa, continente dove la vita è fragile

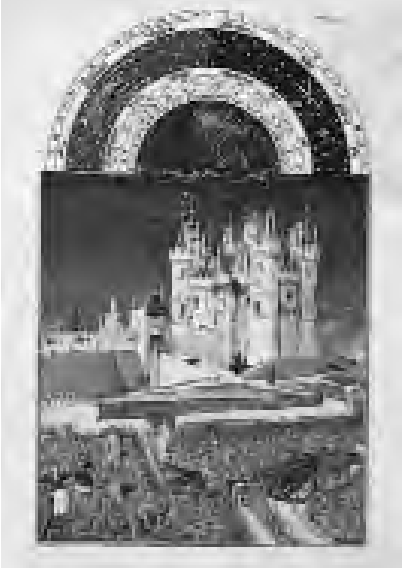
La salute, lo sanno tutti ma è necessario ripeterlo, è un bene prezioso per ogni individuo e per la collettività. È un elemento essenziale del benessere ma, come spesso sottolineano i rapporti della Banca Mondiale, "ci sono anche giustificazioni economiche per le spese sanitarie", perché il miglioramento della salute contribuisce alla crescita economica, è un fattore di lotta contro il sottosviluppo. I problemi che riguardano la sanità meritano dunque una grande attenzione.

Ci rallegriamo del fatto che nel continente africano la salute sia migliorata, come un po' ovunque nel mondo. Ma quante cose restano ancora da fare!

Il deterioramento dei nostri sistemi economici blocca nuovamente l'ampliamento degli effetti benefici acquisiti in questi ultimi cinquant'anni. In particolare, si sa che gli ospedali e gli ambulatori pubblici, che rappresentano la maggior parte delle cure dispensate dalla medicina moderna, sono spesso inefficaci, e che i fondi preventivati per loro sono soggetti ad una grande fluttuazione. La recente manifestazione del virus Ebola nello Zaire, con le morti che ne sono seguite, ne sono una dimostrazione.

Se gli ospedali pubblici sono carenti, le prime vittime sono i poveri. Essi non hanno accesso ai servizi sanitari di base e le cure che ricevono sono scadenti. Ma chi dice poveri in Africa si riferisce alla stragrande maggioranza delle persone. A ragione, un gran medico che aveva consacrato 40 anni della propria vita al servizio della sanità in un grande paese africano, parlava della "profonda miseria degli ospedali africani". Certamente molto è già stato fatto, grazie a Dio. Ma c'è ancora da fare un immenso lavoro di moltiplicazione e di qualificazione.

La situazione del continente africano di fronte ai problemi della vita interpella dunque in modo doloroso la coscienza africana affinché se ne faccia carico con più determinazione, affrontando con lucidità i diversi mali che tormentano il continente e soprattutto analizzandone le cause con una chiaroveggenza responsabile. Questa situazione interpella anche la coscienza universale ad una forte solidarietà che deve inscriversi in una logica di corresponsabilità in-



ternazionale che non si accontenti di palliativi, ma che lavori per qualcosa di durevole.

In questo senso, è deplorevole che i paesi industrializzati non esitino a fare di questo continente, già tanto fragile e esposto a tanti mali, la discarica dei loro prodotti tossici e dei loro scarti. La coscienza internazionale dovrebbe insorgere contro tali modi di agire, che mettono in pericolo la sopravvivenza di tante popolazioni.

Il continente africano è quello che, purtroppo, è visitato più spesso dalla morte e dalla malattia, che sono i due più grandi nemici della vita.

2.1 Deterioramento del sistema sanitario

Vediamo innanzitutto cosa ne è dei malati. La malattia è nemica dell'uomo, si dice da noi.

Da una cinquantina d'anni, le cure sanitarie di base e la prevenzione mediante vaccinazione avevano permesso di compiere sensibili progressi, che avevano contribuito così alla crescita demografica e fatto sorgere delle speranze. L'Africa aveva approfittato dei miglioramenti sanitari verificatisi nel mondo intero. Pur se i progressi sanitari dell'Africa sahariana sono stati tra i più lenti, la durata della vita media è stata portata da 39 a 52 anni. Ma da una decina d'anni circa, il ritorno della povertà e della miseria hanno provocato la recrudescenza di grandi malattie endemiche quali la lebbra, la malaria, la tubercolosi, la meningite, il tifo, la diarrea. L'Africa ha ancora oggi il tasso più alto di popolazione affetta da malattie trasmissibili, molto più dell'Asia e dell'America Latina. La recrudescenza delle malattie che abbiamo ricordato si spiega con la mancanza di mezzi e con una cattiva organizzazione delle nostre politiche economiche e sanitarie.

A questa lista bisogna aggiungere l'AIDS, di cui non sempre si misurano gli effetti devastanti, in alcune regioni di grande permissività o di conflitti destabilizzanti, fonti di migrazioni e di promiscuità pericolose. La malnutrizione si è presentata di nuovo su larga scala. Bisogna cominciare a misurare il ritardo che tutto ciò rischia di accentuare.

Ne deriva che il continente ha ancora la più debole possibilità di vita nel pianeta.

2.2 Alta mortalità e sue cause

L'Africa appare allora come la terra più visitata dalla morte che sembra conoscere una specie di banalizzazione strana e disumanizzante, contro la quale incitiamo a mobilitarsi le persone di buona volontà e più precisamente l'élite africana. La banalizzazione della morte è ormai, non possiamo più dubitarne, una delle cause della regressione collettiva del continente, che non manca di ricchezze.

Bisognerà senza dubbio analizzare con chiaroveggenza, per poterle scongiurare, le molteplici cause storiche, psicologiche, politiche, economiche e religiose delle guerre che devastano il continente, seminano la morte, e mettono un'ipoteca sullo sviluppo sanitario e di

conseguenza sullo sviluppo "tout court".

Dalla Liberia al Sudan, passando per la Sierra Leone, l'Angola e la Somalia, non è possibile contare i cadaveri dei nostri fratelli e delle nostre sorelle sparsi per le strade della storia recente. Non possiamo consolarci perché si tratta di una vera tragedia.

Bisogna prestare particolare attenzione al caso del Ruanda e del Burundi che, a causa della cristallizzazione della violenza fratricida, costituiscono ai nostri occhi un'incognita e sono motivo di grande sofferenza.

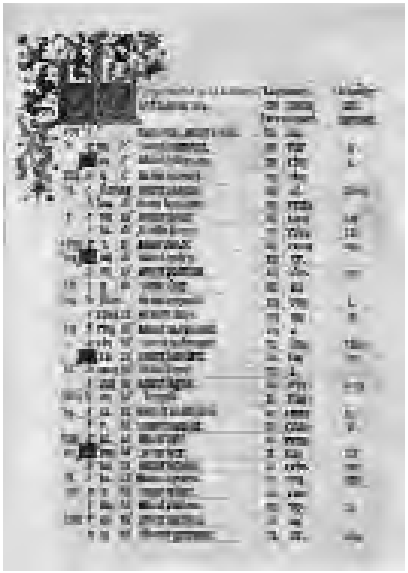
La violenza fratricida che, in questo ambiente di forti concentrazioni cristiane, assume proporzioni inquietanti, sollecita la nostra attenzione ed interpella la nostra coscienza cristiana messa a dura prova.

In Africa, dove si parla tanto di solidarietà, come potremmo compiacerci del fatto che i legami di sangue possono così facilmente avere ragione sull'acqua del battesimo? Per noi si pone chiaramente un problema, quello di una presa di coscienza africana per dimostrare, al di là di ogni sentimento legittimo, i limiti dell'appartenenza etnica. La vita di un uomo non può diventare insignificante perché egli appartiene ad un'altra etnia. Nessuna ragione può giustificare un genocidio. Ogni uomo che muore per la violenza esistente in questo continente è una perdita per l'Africa e per l'umanità.

In questo incontro della speranza, ove si guarda con attenzione ai problemi della vita, osiamo affermare: "aiutateci a vincere le forze della morte; vendeteci più aratri e più macchine agricole e meno carri armati, fucili e bombe". La guerra devasta il continente africano e semina inutilmente la morte, molto spesso a causa degli appetiti irrazionali di alcuni uomini, rosi in modo folle da un potere di conservazione o di conquista ad ogni costo; ed anche a causa delle influenze inconfessate delle potenze extra-continentali che si fanno la guerra per mezzo di gruppi interposti.

2.3 Necessità del rispetto per la persona umana

La promozione e la protezione della vita nel continente pone inoltre il problema del rispetto della dignità della persona e dei suoi diritti, che sono spesso violati con pretesti fallaci: la ragione di Stato, l'autodifesa anarchica provocata dalla carenza di strutture legali di protezione sociale, la tortura da parte della polizia, la recrudescenza allarmante della criminalità, dovuta alla miseria, alla disoccupazione e ad una urbanizzazione anarchica che favorisce un massiccio esodo rurale (3% della popolazione all'anno). Questa urbanizzazione è ancora più inquietante in quanto si accompagna a poca urbanizzazione. Essa è fonte di molti mali: mancanza di strutture sanitarie, moltiplicazione delle bidonville e promiscuità pericolosa, insicurezza di ogni genere.



Ci sembra importante sottolineare come la città debba essere riesaminata tenendo presenti i problemi di sviluppo che assalgono i paesi africani. Risolvendoli si apre la strada alla soluzione di altre difficoltà. Dalle città, luogo d'incontro delle grandi migrazioni, si propagano molto spesso le malattie. Oppure, come dicevamo poc'anzi, ciò avviene perché le città tentacolari che si moltiplicano in Africa, come in altre aree del Terzo Mondo, non hanno i mezzi finanziari e materiali per la loro protezione dal punto di vista sanitario.

Bisognerebbe dunque iniziare a riflettere sull'igiene nelle città in quanto possibili focolai di circolazione e di propagazione delle malattie contagiose.

Tenuto conto della recente estensione delle città, la riuscita delle esperienze di profilassi può avere una rapida influenza sugli ambienti rurali, dove gli abitanti sono in contatto permanente con i loro parenti che si trovano nelle città ed i cui proponimenti e comportamenti hanno spesso degli effetti di trasmissione.

La Chiesa non può fare tutto, ma desidera apportare il proprio contributo in questo importante e prezioso impegno di protezione e di promozione della dignità umana. Questo impegno è insostituibile ed ha un'importanza vitale. Non bisogna dunque lasciarsi scoraggiare dalle difficoltà che spesso sopraggiungono sul suo cammino.

3. Il contributo cristiano, luogo di speranza

La Chiesa dà grande valore a questa preoccupazione della dignità umana perché crede nell'uomo, in ogni uomo, creato ad immagine di Dio e salvato da Cristo, qualunque sia la sua razza, la sua origine e la sua condizione umana. Si tratta di un dono fondamentale del Vangelo e dell'espressione evidente del suo spirito d'amore universale.

Assieme all'Educazione, che ha sempre avuto un posto di primo piano nella sua azione pastorale, la Salute è stata una delle principali preoccupazioni dell'attività missionaria della Chiesa. Da quando si sono sforzate di farsene carico, le Chiese africane fanno di tutto per continuare ed adattare questo apostolato alle popolazioni più diseredate delle città e delle campagne. Innumerevoli pozzi sono stati scavati nel quadro delle attività delle ONG, delle organizzazioni caritatevoli, per risolvere i problemi relativi all'acqua; sono stati costruiti ospedali, ambulatori, reparti maternità, per rispondere alle necessità in campo sanitario.

Per potersi assumere la responsabilità della manutenzione delle strutture, gli africani sono stati sempre più associati ai progetti ed alla loro messa in atto. Si protegge veramente solo il frutto dei propri

sforzi. Bisogna aiutarli ancora di più in questo senso.

Quante vite umane sono state salvate grazie a questa azione caritatevole della Chiesa, che ha formato un tutt'uno con la sua missione evangelizzatrice! È necessario continuare ed ampliare questo slancio, questo ruolo di sovvenzione, tanto più che l'assenza di strutture statali è sempre più grande.

Le sètte, il cui numero cresce continuamente, annettono una grande importanza al ruolo terapeutico di Cristo. Le Chiese istituite devono saper cogliere l'importanza del loro ruolo in un'Africa le cui popolazioni hanno tanta sete di guarigione, di guarigione del corpo e dello spirito. Non possiamo perciò perdere di vista il fatto che abbiamo di fronte popolazioni povere e fragili. Bisogna dunque tenere conto della dimensione psicologica delle cose. Molti mali hanno origine psicosomatica.

L'educazione e l'arretramento dell'ignoranza sono degli antidoti all'espansione della malattia e della violenza. Senza dare l'impressione di voler prendere il posto dello Stato in queste responsabilità specifiche rivolte a garantire la salute per tutti, le istituzioni cristiane devono battersi quasi su tutti i fronti per proteggere l'integrità della persona umana.

È così che si percepisce la funzione del Buon Samaritano dalla quale la Chiesa non può prescindere e che dà una grande credibilità alla sua azione, ovunque essa prenda a cuore la difesa della vita dell'uomo ferito dalla natura o dal suo prossimo.

Approfittiamo di questa assise per ringraziare tutti coloro la cui azione si fa solidale con gli sforzi intrapresi in questo continente. Ma non crediamo che la soluzione ai problemi africani debba accontentarsi di soluzioni facili che porterebbero alla fine nuovi mali. Ci sembra auspicabile che le organizzazioni internazionali che prestano il loro aiuto finanziario non perdano di vista questo aspetto. L'efficacia ricercata per proteggere la vita non può fare l'economia della ragione morale. È nostro dovere di cristiani sottolinearlo affinché l'Africa, che è, sotto molti aspetti, un continente fragile, non ne faccia le spese.

Conclusione

C'è tanto da fare in Africa per proteggere la vita ed assicurare a tutti e ad ognuno le migliori possibilità di sopravvivenza. Sappiamo che i mezzi sono spesso limitati, forse converrebbe non disperdere le forze. La collaborazione franca tra le Chiese cristiane da una parte e lo Stato dall'altra può contribuire a far convergere gli sforzi in una complementarietà solidale per una grande efficacia.

La comunità internazionale può fare molto per la riforma delle politiche sanitarie in Africa, per aiutare gli africani a farsene carico, per vincere i mali che li assalgono. Sembra sempre più urgente apportare un sostegno esterno alla ricerca in campo medico, imperniata principalmente sui principali problemi sanitari del continente.

Bisogna infine fare di tutto per spegnere i diversi focolai di guerra, tra i quali alcuni sembrano mantenuti artificialmente.

I cristiani africani non vogliono e non possono essere assenti a questi incontri. La crescita incoraggiante del loro numero, il dinamismo stupefacente delle loro Chiese inducono questo impegno. Essi devono essere il sole e la luce su questa terra che ha offerto la prima ospitalità al Bambino Gesù, l'Emmanuele, minacciato dalla violenza.

Ci auguriamo con tutto il cuore che il continente africano torni ad essere la terra del rispetto della vita e veramente una terra d'ospitalità e di pace.

Card. BERNARDIN GANTIN
Prefetto della Congregazione per i Vescovi (Santa Sede)

YAW-TANG SHIH

Cure sanitarie e qualità della vita, l'esperienza di Taiwan

Sono onorato che mi sia stata data l'opportunità di presentarvi gli sforzi, compiuti da Taiwan negli ultimi decenni, per promuovere il rispetto della vita umana mediante alcuni programmi sanitari.

Negli ultimi 50 anni, Taiwan ha fatto notevoli progressi per migliorare la salute della sua popolazione. La durata media della vita, ad esempio, è stata allungata dai 53 anni nel 1951 ai 72 anni nel 1993 per gli uomini; e dai 56 anni ai 78 per le donne negli stessi periodi. Questo progresso è stato reso possibile grazie a diversi programmi sanitari bene organizzati, oltre al rapido sviluppo socio-economico.

I programmi sanitari di Taiwan sono organizzati sulla base delle seguenti convinzioni e dei seguenti principi:

– la vita umana dev'essere rispettata e tenuta in considerazione prima di ogni altra cosa;

– la salute è un diritto umano fondamentale;

– ogni essere umano ha il diritto di vivere in buona salute e dignitosamente;

– è essenziale l'accesso alla sanità su base paritaria ed equa, senza distinzione di sesso, età o classe socio-economica; in modo particolare, la mancanza di mezzi economici non dev'essere in alcun modo una ragione per negare le cure sanitarie del caso;

– le persone meno privilegiate della società hanno la precedenza nelle cure.

Sulla base di queste convinzioni e di questi principi, i programmi sanitari di Taiwan sono stati organizzati, all'inizio, focalizzando prioritariamente la protezione della vita, mediante programmi per debellare e controllare le malattie contagiose, come nel 1965, anno in cui la malaria è stata ritenuta debellata, e mediante la costituzione di un numero maggiore di istituzioni sanitarie, come ad esempio i posti sanitari che operavano a livello governativo, particolarmente nelle aree remote che usufruivano di un numero inferiore di strutture sanitarie, per poter curare le malattie e prevenirne il contagio. Negli ultimi 15 anni, ci si è spostati verso la promozione sanitaria ed il mantenimento della salute, il rimanere cioè in buona salute ed esserlo sempre di più grazie all'educazione, ai servizi di prevenzione sanitaria, allo sviluppo di comportamenti sanitari positivi, e soprattutto rendendo le cure mediche disponibili ed accessibili a tutti, mediante la messa in atto di un programma nazionale di assicurazione sanitaria, sin dal marzo 1995, che si prefigge lo scopo di far sì che tutti siano in buona salute e di conseguenza migliorare la qualità della loro vita.

Curare la malattia di un individuo e proteggere così la sua vita non è la cosa principale, sebbene questo sia un compito importante per i medici. Ciò che è più importante non è solo conservare la vita, ma migliorare e promuovere le condizioni di salute degli individui, delle comunità e degli esseri umani, per permettere così a tutte le persone del mondo di poter avere una migliore qualità di vita. Dopotutto, la salute è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "non soltanto l'assenza di malattie, ma uno stato di benessere fisico, sociale e mentale".

La qualità della vita è un concetto piuttosto vago. Dal punto di vista sanitario, comunque, credo che essa possa essere misurata in termini di: 1) non avere paura di essere contagiati da malattie epidemiche; 2) bassi tassi di mortalità, di qualsiasi tipo; 3) maggior durata della vita; 4) accesso agevole a cure sanitarie adeguate.

Secondo questi criteri, Taiwan è un paese con una qualità della vita relativamente alta dal punto di vista della salute. Pressoché tutte le malattie contagiose sono state completamente sconfitte o sono tenute sotto controllo. La malaria, che una volta era una minaccia per la vita della gente, è stata dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità debellata nel 1965. Taiwan è stata fortunata ad aver contenuto l'epidemia mortale di AIDS a 900 casi soltanto di persone positive all'HIV su una popolazione di 21 milioni di persone. Il tasso di mortalità infantile è sceso al 5 per mille nati vivi; la mortalità materna è scesa a 9 donne su 100.000, e ne sono morte soltanto 27 nel 1994. Tuttavia, i decessi causati da incidenti e da infortuni, specialmente tra i giovani morti in incidenti stradali, stanno preoccupando sempre di più. La durata media della vita è ora di 72 anni per gli uomini e 78 per le donne, e ci si aspetta che aumenti ancora. Il nuovo Programma Nazionale di Assicurazione Sanitaria, messo in atto soltanto da 9 mesi, ha coperto il 96% della popolazione totale. Un'adeguata sanità è ora disponibile ed accessibile a tutti i 21 milioni di cittadini.

Ma nonostante ciò non siamo ancora contenti. Siamo decisi a far sì che ogni persona a Taiwan, Repubblica della Cina, viva di più, in

buona salute e dignitosamente. A questo scopo, Taiwan ha lanciato diversi progetti ambiziosi, presentati nel "Health White Paper" (Carta Bianca Sanitaria), una copia della quale è qui allegata, per migliorare ulteriormente la salute delle persone e la qualità della loro vita.

1. Programma Nazionale di Assicurazione Sanitaria: raggiungere lo scopo della salute per tutti

La salute è un diritto umano fondamentale. Per la promozione della salute ed il suo mantenimento, è essenziale che tutti abbiano il medesimo ed equo accesso ad una sanità adeguata. Prima dell'inizio del Programma Nazionale di Assicurazione Sanitaria, il 1° marzo 1995, c'erano già stati dei programmi governativi di assicurazione sanitaria per i lavoratori, gli impiegati statali e gli agricoltori, che avevano interessato il 60% circa della popolazione. Il restante 40% della popolazione non assicurata erano le persone a carico, come i più anziani ed i bambini più piccoli, persone più vulnerabili alle malattie e che avevano bisogno di cure maggiori. Gli obiettivi principali del Programma Nazionale di Assicurazione Sanitaria sono: 1) fornire ad ogni cittadino del paese adeguate cure sanitarie; 2) utilizzare in modo efficiente i mezzi disponibili per queste cure; 3) ridurre le barriere finanziarie per l'accesso alle cure sanitarie; 4) promuovere la salute della popolazione. Con la messa in atto del Programma Nazionale di Assicurazione Sanitaria, questo gruppo di persone vulnerabili, che una volta si sarebbero viste negare l'accesso alle cure sanitarie, sono ora difese adeguatamente da questo programma, che opera a livello statale. Inoltre, nel rispetto della vita umana, con il Programma Nazionale di Assicurazione Sanitaria sono stati presi speciali provvedimenti per la cura degli anziani e degli individui dei gruppi meno privilegiati, come gli handicappati, coloro che soffrono di disturbi mentali e gli indigenti. Questi provvedimenti comprendono: la rinuncia al co-pagamento per le cure continue delle malattie croniche, per la cura di malattie gravi, per gli indigenti e per i residenti in aree montane e nelle isole lontane, che hanno a disposizione minori presidi sanitari; sussidi sui premi delle famiglie a basso reddito; rimborso per i servizi sanitari a domicilio; ed un esame fisico gratuito per gli anziani. Con questo Programma Nazionale di Assicurazione Sanitaria, l'intera popolazione e le persone che sono state meno fortunate sono ora servite meglio da un punto di vista sanitario.

2. Sviluppo di Servizi Sanitari Speciali

Oltre ai programmi sanitari generali, sono stati promossi anche programmi speciali, per venire incontro ai bisogni specifici degli individui di determinati gruppi, come ad esempio gli anziani, coloro che soffrono di disturbi mentali, e le persone che vivono in zone isolate, con lo scopo di ridurre le differenze in campo sanitario tra i gruppi e tra le aree urbane e quelle rurali. Alcuni di questi programmi sono così illustrati:

1. Ricoveri per malati allo stadio terminale. Ogni persona ha il diritto di vivere dignitosamente ed ha anche il diritto di morire dignitosamente. Le cure mediche possono avere un epilogo positivo o meno. Ad esempio, un terzo dei pazienti affetti da cancro richiederà cure che avranno un esito positivo; per i rimanenti due terzi non c'è alcun rimedio. Per permettere loro di poter condividere con gli altri gli ultimi istanti della vita in pace e dignitosamente, e senza paura della morte, sono stati formulati dei progetti per sviluppare dei centri-pilota in questo senso presso alcuni ospedali. Attualmente, ci sono 18 posti letto al McKay Memorial Hospital, 20 posti letto al Cardinal Tien Hospital e 17 posti letto al National Taiwan University Hospital, dove si prestano cure fisiche, mentali, sociali e vengono dati consigli religiosi al paziente allo stadio terminale e ai membri della sua famiglia.

2. Pronto Soccorso. Con il rapido aumento del numero dei veicoli circolanti, compresi i motoveicoli, gli incidenti e le loro conseguenze, in modo particolare dovuti al traffico e ai rischi professionali, da molti anni sono la causa di un terzo delle morti a Taiwan. Ogni anno, circa 13.000 persone muoiono per queste cause, e la maggior parte di esse sono purtroppo giovani. La perdita economica causata dagli incidenti, specialmente nel caso di giovani vite, è incalcolabile. Prendendo in esame i gruppi di età, gli incidenti e le ferite dovuti al traffico di motoveicoli sono la prima causa di morte per incidente in tutti i gruppi di età superiori ad un anno di vita; l'annegamento è la seconda causa di morte accidentale nei i gruppi di età compresa tra 1 e i 24 anni; le cadute accidentali sono la seconda causa di morte accidentale nei gruppi di età che vanno dai 45 anni in su. Per quanto l'educazione alla sicurezza ed alla prudenza sia la cosa più importante per la prevenzione degli incidenti, è altrettanto importante disporre di un adeguato pronto soccorso che presti le cure immediatamente dopo gli incidenti. Per salvare vite umane e ridurre le infermità, è stata costituita a Taiwan una rete per le emergenze. Alle autorità sanitarie locali sono state date disposizioni per lavorare in collaborazione con la polizia e i vigili del fuoco per pianificare i programmi di pronto soccorso, istituire un centro di collegamento per il pronto soccorso ed un sistema di comunicazioni via radio per agire prontamente. Con la recente legislazione del-

l'"Emergency Care Act" (Legge sul Pronto Soccorso), un programma di massa inizierà presto ad educare, oltre al personale medico, i vigili del fuoco e coloro che lavorano con le ambulanze, per poter dare una prima assistenza alle vittime sul posto e successivamente in ambulanza, prima che esse raggiungano l'ospedale.

3. Cure psichiatriche. Per rispettare i diritti dei pazienti psichiatrici e per prestare loro cure adeguate, l'attuale politica di Taiwan per la prevenzione e il trattamento dei disturbi mentali è quella di incoraggiare una cura positiva, la riabilitazione e la riduzione degli isolamenti negativi e della segregazione. Taiwan è divisa in diverse regioni, che formano una fitta rete di servizi sanitari mentali regionali. I pazienti sono incoraggiati a ricevere un trattamento adeguato, compreso il trattamento e il seguire i pazienti esterni, il day hospital, ed una terapia di riabilitazione nella comunità per prepararli a ritornare a far parte della società. Nel 1990, è stata promulgata una "Legge sulla Salute Mentale".

4. Cure a lungo termine. Attualmente a Taiwan, su una popolazione di 21 milioni di persone, il 7,1% circa, o 1,5 milioni, hanno un'età superiore ai 65 anni, e con l'aumento delle malattie croniche e degenerative, il bisogno di cure a lungo termine è divenuto più urgente. Le persone più anziane sono state tradizionalmente curate, dal punto di vista medico e nella vita quotidiana, dai membri della propria famiglia e/o dai parenti. Con il cambiamento della struttura familiare – come dimostra uno studio nazionale del 1988, il 14% (dal 12% del 1986) degli anziani a Taiwan vivevano da soli, il 15% (14% nel 1986) di loro viveva con il coniuge, e il 68% di loro viveva con i figli – sembra che ci sia bisogno di cure più organizzate per gli anziani, se non per sostituire almeno per integrare il male organizzato sistema sanitario tradizionale. Attualmente, le cure a lungo termine per gli anziani hanno la forma di: cure a domicilio (65 istituzioni forniscono questo servizio); day hospital (circa 240 posti letto), e cure in cliniche (11 istituzioni con 450 posti letto per un servizio 24 ore su 24). Il numero di istituzioni che forniscono cure a lungo termine non è sufficiente, e molto dovrà essere fatto in futuro.

5. Cure sanitarie in zone isolate. Le zone montane e le isole lontane, dove il trasporto e le condizioni di vita sono spesso inadeguate, hanno scarse strutture sanitarie. Per salvaguardare la salute degli abitanti di queste zone, è stata intrapresa l'azione di educare, grazie a borse di studio governative, i giovani studenti autoctoni nell'ambito di un'educazione medico-infermieristica; migliorare le strutture

sanitarie; promuovere l'informazione medica attraverso la televisione; incoraggiare l'iniziativa privata con l'aiuto di sussidi per costituire istituzioni medico-sanitarie in queste zone. Il Programma nazionale di Assicurazione Sanitaria prevede anche che i residenti in queste aree non paghino la loro quota per cure sanitarie.

3. Ridurre i fattori di rischio per la salute

Anticamente, nella Cina ed anche in altre parti del mondo, gli uomini sarebbero stati contenti delle cure prestate loro come pazienti. Alcuni decenni fa, comunque, si cominciò ad essere insoddisfatti delle cure, e si prese in considerazione la possibilità di prevenire le malattie; la conseguenza fu il perfezionamento dei vaccini. Oggi, sebbene molte persone considerino importante la prevenzione delle malattie, si è sviluppato un nuovo concetto di promozione sanitaria positiva. La semplice assenza di malattie da sola non soddisfa più le persone, che ora vogliono vivere più a lungo ed in buona salute. La scarsa salute dipende molto dai comportamenti.

I fattori che riguardano la salute di un individuo sono: 1) fattori biologici; 2) fattori ambientali; 3) servizi e strutture sanitare; 4) comportamenti sani e tipo di vita.

Tra questi fattori, i comportamenti sani ed il tipo di vita di un individuo sono i più importanti. È stata provata la relazione causale tra il fumo e la salute. La guida in stato di ubriachezza è una delle principali cause di incidenti. Una ricerca del 1988 mostrava che: un terzo degli anziani a Taiwan fumava; un quinto di essi beveva; il 40% non faceva regolare attività fisica; il 32% faceva molto uso di sale; ed il 27% mangiava cibi con un alto tasso di colesterolo.

Il solo cambiamento di alcuni di questi comportamenti e un po' di controllo di questi fattori di rischio potrebbero portare ad un netto miglioramento delle condizioni di salute degli anziani a Taiwan. Qualora non fosse possibile eliminarli completamente, bisognerebbe perlomeno ridurre i fattori di rischio pericolosi per la salute, come il fumo, il bere, una dieta sbagliata, la mancanza di un adeguato esercizio fisico e, nel caso di Taiwan, la masticazione di betelnut, e al tempo stesso sviluppare la convinzione che i comportamenti sanitari positivi sono la chiave per una buona salute. A questo scopo, si stanno attuando diversi progetti.

Per la *promozione sanitaria*: campagna contro il fumo; promozione della buona salute; nutrizione e dieta bilanciata, salute mentale.

Per il *mantenimento della salute*: prevenzione degli incidenti e delle ferite; controllo della vista; salute orale; ecc.

Per la *prevenzione*: salute della madre e del bambino; salute genetica; prevenzione e controllo di malattie croniche e del cancro; cure a lungo termine; cure sanitarie di base.

Se ad esempio prendiamo in considerazione la campagna anti fumo, Taiwan ha iniziato un pro-

gramma contro il fumo nel 1987, quando i mercati locali sono stati aperti alle sigarette estere. Uno studio del 1992 ha mostrato che il tasso dei fumatori tra gli uomini con più di 16 anni era del 55,3%, e tra le donne del 3,2%. Per combattere i rischi per la salute provocati dal fumo, è stata redatta la "Tobacco Hazards Act" (Legge sui rischi del tabacco), per limitare o proibire la pubblicità delle sigarette, per apporre un'etichetta su ogni pacchetto di sigarette che ne indichi il contenuto di nicotina e di catrame, per limitare le aree per fumatori, e per proibire la vendita delle sigarette ai minori. La Legge è attualmente in corso di revisione.

Nel frattempo, intense attività educative stanno informando il pubblico, e in modo particolare gli studenti che ancora non hanno iniziato a fumare, dei pericoli del tabacco. In uno studio, è stato stimato che c'è stato un aumento dal 1,6% nel 1990 al 9,8% nel 1992 di persone che hanno smesso di fumare per effetto della campagna contro il fumo.

Conclusione

Taiwan si sta spostando rapidamente verso la modernizzazione e l'industrializzazione, e la salute fa parte del processo che ha come risultanza la diminuizione del tasso di mortalità. Ci si aspetta però che quest'ultimo smetta di diminuire e abbia un aumento, proporzionatamente alla crescita della popolazione anziana del paese. Il tasso di mortalità infantile potrebbe innalzarsi se l'intero peso della modernizzazione peserà sulle spalle delle madri e dei bambini. Vi è comunque qualche dubbio che vi sia ancora una potenzialità sostanziale per ulteriori miglioramenti che possano ridurre le differenze tra i paesi. Ciò può essere raggiunto se la nostra società non perderà di vista:

1) la probabilità che investimenti sostanziali nella ricerca biomedica di base, o un loro aumento, producano nuove tecnologie e migliorino quelle attuali, per il controllo dei principali problemi sanitari;

2) gli effetti delle strategie per investimenti alternativi che si concentrino sugli elementi determinanti per la salute;

3) i costi sociali, economici ed etici, oltre ai benefici dei primi due punti in diverse combinazioni;

4) altre necessità sociali che concorrono alle risorse disponibili;

5) le nostre preoccupazioni sociali ed etiche, sia a breve sia a lungo termine, per la disponibilità dei servizi che possono salvare la vita, prolungarla, e migliorarla.

È poco probabile che riusciremo a raggiungere questi obiettivi tutti in una volta. Le risorse sono, come sempre, limitate, ma crediamo che mentre stiamo dando un incremento alla nostra economia, ci dovremmo anche sforzare di raggiungere l'obiettivo della salute per tutti, e quello definitivo di una società felice e fiorente.

Dott. YAW-TANG SHIH, MD, DRPH
Vice-Direttore Generale
Ministero della Sanità
Direttore Esecutivo della Yuan
Taiwan, Repubblica della Cina

GEORGE ALLEYNE

La supremazia della vita in ogni condizione umana

Le parole di questo titolo ci danno il senso dei punti in discussione che sono molto importanti e alle quali chiunque tenti di fare onore deve prima esaminare le diverse interpretazioni che sono sottintese, a seconda di come sono formulate. Il mio intervento sarà necessariamente il risultato del mio orientamento disciplinare nelle scienze sociali – particolarmente nel campo della medicina o piuttosto in quello della salute – e delle mie responsabilità in quanto Direttore della "Pan American Health Organization".

Una possibile interpretazione è che in ogni angolo di questa terra bisognerebbe tenere in considerazione la supremazia della vita in ogni condizione umana, una posizione questa che sembra alquanto banale. Tratterò l'argomento come fosse una sorta di affermazione che il tipo di vita umana è l'elemento primario e che dobbiamo vantarci della considerazione che diamo a questi argomenti, che influenzano o determinano la condizione umana. Questa considerazione della condizione umana dev'essere al centro di tutti i comportamenti sociali legittimi, ed è l'obiettivo di tutti coloro che, come me, si occupano di discipline sociali.

Non elencherò gli eminenti filosofi che nel corso degli anni hanno dibattuto e si sono tormentati sul significato della vita, o i diversi gruppi di biologi che discutono sulle origini della vita umana, o di coloro che pongono delle domande sull'esistenza di forme di vita oltre la terrra. Io sottolineo che ciò che ci interessa è la vita umana.

La conservazione della vita è stata accettata come uno dei diritti fondamentali. Il liberalismo difeso da John Locke sosteneva che tutti gli esseri umani sono uguali ed indipendenti e *"nessuno deve recare danno ad un altro nella sua vita"*. Lo stato liberale del pensiero di Locke cercava di proteggere questi diritti considerati basilari e tutti coloro che seguivano questa tradizione, come Paine e Jefferson, riaffermavano la natura "evidente di per se stessa" del diritto dell'uomo alla vita, alla proprietà, alla libertà. La vita è vista come un diritto o un titolo che dev'essere assicurato e che non dev'essere infranto da nessuno.

La definitiva negazione o privazione di questo diritto porta alla morte che, nelle sue forme più violente, è una manifestazione brutale dell'abrogazione del diritto alla vita. Gli esseri umani negli anni si sono naturalmente preoccupati molto che questo diritto venisse protetto e questa preoccupazione è mostrata chiaramente nell'Enciclica *Evangelium Vitae* (Il Vangelo della Vita) nella quale Sua Santità Giovanni Paolo II richiama l'attenzione su *"lo straordinario aumento e la gravità delle minacce alla vita degli individui e dei popoli, specialmente laddove la vita è debole e indifesa"*.

Egli dice inoltre: *"E come non pensare alla violenza che si fa alla vita di milioni dei esseri umani, specialmente bambini, costretti alla miseria, alla sottonutrizione e alla fame, a causa di una iniqua distribuzione delle ricchezze tra i popoli e le classi sociali? O alla violenza insita, prima ancora che nelle guerre, in uno scandaloso commercio delle armi, che favorisce la spirale dei tanti conflitti armati che insanguinano il mondo? O alla seminagione di morte che si opera con l'inconsulto dissesto degli equilibri ecologici, con la criminale diffusione della droga o col favorire modelli di esercizio della sessualità che, oltre ad essere moralmente inaccettabili, sono anche forieri di gravi rischi per la vita?"*.

I nostri molti sistemi giudiziari proteggono largamente questo diritto alla vita e puniscono coloro che prendendola privano un'altra persona di ciò che nessuno può restituire.

Giovanni Paolo II prosegue: *"l'imporsi di una cultura anti-solidaristica, che si configura in molti casi come vera 'cultura di morte'"*.

Potrebbe essere difficile stabilire una gerarchia della supremazia tra i diritti fondamentali, ma azzarderei che indubbiamente la vita meriterebbe una posizione molto alta in una tale gerarchia, se non il posto più alto. La supremazia della vita rispetto altri diritti potrebbe basarsi sulla sua non-rinnovabilità.

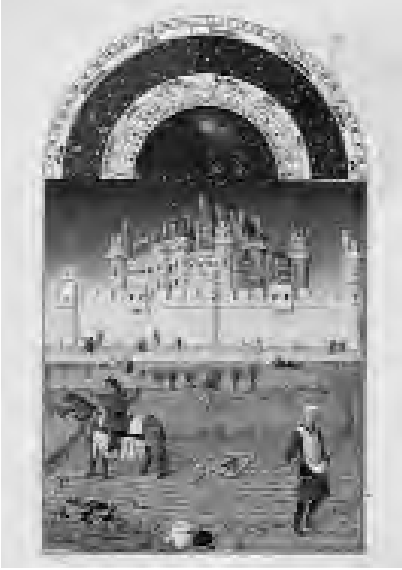
La proprietà può essere ripristinata e l'individuo, una volta ricompensato, la può riavere pressoché interamente. La libertà, o la lotta per la libertà, è stato il grido di battaglia di movimenti famosi che negli anni hanno modificato le nazioni. Sebbene gli individui non possano essere adeguatamente ricompensati quando la libertà è perduta, la stessa libertà può essere ripristinata. La supremazia della vita potrebbe trovarsi nel fatto che la sua privazione è determinata in modo assoluto ed irrevocabile. La vita, così come la conosciamo, non può mai essere ripristinata ed è ovvio che la persona che ne è stata privata non potrà mai essere ricompensata per questa perdita.

L'asprezza della definizione di privazione della vita, che ha come risultanza la morte, è sempre presente nelle menti dei medici, la cui funzione originaria era quella di preservare la vita e di allontanare la morte. I modelli comportamentali, etici e morali, che sono espliciti nel giuramento di Ippocrate, impongono ai medici di non fare del male e malgrado l'aumento del rispetto per l'autonomia, la base tradizionale della pratica etica medica è stata quella di avere rispetto per la vita operativa.

Il medico di oggi spesso si trova coinvolto in vive discussioni sulla conservazione della vita nei diversi stadi del ciclo vitale e non è raro che alcuni di essi si sentano offesi quando le preoccupazioni morali per la protezione della vita si incrociano con considerazioni di carattere economico. Il valore della vita in termini economici è stato un soggetto di continuo interesse ed ha acceso alcune aritmetiche della politica antecedenti alla disciplina delle economie moderne. Ma è inevitabile che si pensi al valore economico della vita e che questi argomenti vengano aggiunti a quelli morali per la conservazione o il miglioramento della vita. Fino a che la ricchezza di una nazione dipende dalla produzione da parte delle sue risorse umane, la vita e la durata della vita produttiva saranno sempre un argomento di tipo economico. Molti degli argomenti per il miglioramento o la conservazione della vita girano attorno alla possibile produttività o alla sua perdita.

Questo dibattito sul carattere assoluto della conservazione della vita stessa ha ramificazioni di tipo economico, e sebbene il diritto implichi che vi siano delle misure di protezione, e vorrei aggiungere di conservazione, nel mondo odierno ciò non può essere visto soltanto in senso assoluto. Malgrado le affermazioni sulla supremazia della vita, a causa delle realtà delle risorse limitate, viene spesso posta e discussa in modo molto vigoroso l'opinione seguente, che cioè scarse risorse debbano essere applicate laddove esse possano agire al meglio per l'intera società. Troviamo così che il governo deve prendere delle decisioni sull'incorporamento e sull'uso della tecnologia conosciuta per prolungare o conservare la vita, ma il cui costo è proibitivo. L'etica della distribuzione delle risorse di questa natura va oltre la semplice imposizione economica che guida l'applicazione di queste risorse nei periodi di scarsezza.

La considerazione sulla supremazia della vita e la percezione che ogni vita è preziosa e che merita particolare attenzione, spesso porta all'inutile conflitto etico tra l'approccio deontologico che dà supremazia all'individuo e il dogma che ne consegue, che si con-



centra sul bene di molti. Ci sono numerosi riferimenti biblici per quanto riguarda l'importanza ed il valore della vita ed io porto sempre con me questa affermazione (Gv. 15, 13): *"nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici"*.

Questo concetto della vita come dono ultimo mi piace in qualche modo più del concetto inerente all'interpretazione hegeliana che ritrae la morte o la perdita della vita come l'ultima scheggia nella grave lotta per il riconoscimento. Entrambi i punti di vista, comunque, sono molto compatibili con l'assegnazione della supremazia alla vita, in tutte le condizioni umane.

Ma per la maggior parte di noi che lavoriamo in campo sanitario, c'è un'altra dimensione, che ora passerò ad esaminare. La supremazia della vita implica per noi non soltanto la sua conservazione in senso assoluto, non solo la sopravvivenza, ma prende in considerazione anche la qualità di questa vita. Il diritto alla vita implica in qualche modo il diritto a queste situazioni che rendono una vita decorosa, e quella più alta di queste situazioni è la salute.

Il concetto migliore di una vita in salute è quello nel quale non vi è malattia nel senso primitivo del termine. Ciò implica che in una persona c'è realmente un benessere mentale, spirituale e fisico. Non bisogna opporsi soltanto alla cultura della morte, ma è la cultura della qualità della vita che dev'essere promossa. La morte è facilmente riconosciuta e la malattia facilmente misurata, ma lo stato di buona salute, in tutta la sua importanza, è relativamente invisibile ed è talvolta questa invisibilità che porta a false percezioni. La salute, come molte altre qualità essenziali che formano il genere umano, è difficile da comprendere e da pensare. È quando la questione diventa visibile, quando si perde lo stato invisibile, che riconosciamo l'importanza di ciò che non abbiamo più. Come ho sentito dire da un giovane "non si sente la mancanza dell'acqua fino a quando la fontana non rimane all'asciutto". Una parte del nostro lavoro è quella di convincere le persone che questo stato invisibile chiamato salute è una risorsa essenziale per vivere, forse una di quelle realmente e autenticamente non rinnovabili. Se stiamo per impegnare altri nella lotta per mantenere questa risorsa, dobbiamo chiarire quali sono le principali determinanti. Questo approccio è spesso tormentato dal fatto sfortunato che le nostre misure sanitarie più ampiamente accettate sono indubbiamente misure in caso di perdita della salute – disturbi e malattie.

Nonostante le difficoltà relative a misure appropriate, vi è ora un accordo generale sui fattori determinanti di questo stato di salute, che indubbiamente dà supremazia e qualità alla vita. È importante comprendere questi fattori determinanti, se individualmente o a livello di società insistiamo sulle misure per preservare o ripristinare la salute. L'ambiente sociale e fisico sono dominanti in questo contesto. È sempre stato facile com-

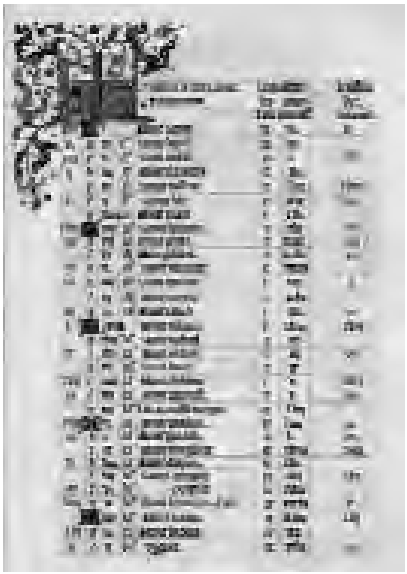
prendere l'impatto dell'ambiente fisico sulla salute umana, e l'apprezzamento di questa azione reciproca riporta agli scritti e agli insegnamenti di Ippocrate. È vero, comunque, che proprio di recente abbiamo compreso meglio questa interazione. I cambiamenti nel micro-ambiente possono essere facilmente associati alla malattia ed è evidente che le condizioni ambientali povere presenti nel mondo, come la mancanza d'acqua, la contaminazione dell'aria e del terreno producano malattie, spesso di proporzioni epidemiche. La lezione di John Snow, che ci ha mostrato come il colera avesse attinenza con la contaminazione dell'acqua potabile, è stata ripetuta poi diverse volte. La tragedia è che avendo imparato la lezione siamo stati incapaci di applicare il rimedio ovvio su larga scala. Il colera è ancora tra noi ed i bambini muoiono ancora a causa della diarrea.

Ciò che forse è nuovo è che anche i cambiamenti micro-ambientali che sono stati causati dall'azione dell'uomo portano alle malattie. I cambiamenti climatici prodotti dal riscaldamento globale e dai mutamenti nella fascia di ozono protettiva portano a degli effetti sulla salute non soltanto immediati, ma che si possono verificare anche in un secondo tempo.

Anche l'impatto dell'ambiente sociale ha la sua storia e il rapporto povertà-salute era stato ben riconosciuto da Virchow in Germania, da Villerme in Francia e da Alison in Scozia. Chadwick e Shattuck sono nomi famosi nel campo della sanità pubblica, in quanto essi migliorarono le condizioni sociali e la salute della popolazione. È facile dire che la povertà ha attinenza con la malattia e che ci si ammala soltanto per gli effetti del micro-ambiente e per la possibilità di subire delle privazioni dal punto di vista nutrizionale.

C'è ora una considerevole letteratura inerente alla salute ed alle condizioni sociali e le scoperte più impressionanti si riferiscono non soltanto all'influenza della classe sociale sulla salute, ma al fatto che questa inclinazione nel campo della salute, determinata socialmente, sia piuttosto resistente ai mutamenti. Il famoso "Black report" del 1988, analizzava il rapporto tra la classe sociale e la salute in Gran Bretagna, e dimostrava che sebbene lo stato di salute fosse migliorato in modo assoluto nel tempo, l'inclinazione era ancora persistente. L'agiatezza sociale continuò ad avere maggiori indicatori di salute rispetto a quelli che si trovavano alla base.

Non vi è dubbio che questa associazione della ricerca più affascinante sia diretta verso una delucidazione di questo meccanismo. Le spiegazioni sono varie, ma sono sempre stato attratto dalla tesi



che le persone benestanti abbiano accesso a maggiori informazioni ed inoltre che siano maggiormente in grado di farle proprie e di utilizzarle per creare la propria cultura sanitaria.

Il comportamento individuale e quello collettivo sono altri fattori determinanti della salute. Vi è l'evidenza, attorno a noi, dei danni che il comportamento può portare alla salute, e del fatto che ciò conduce alla malattia. Il fumo, le pratiche sessuali non sane, le abitudini alimentari, sono soltanto pochi esempi di questi comportamenti che danneggiano la salute. Una delle tragedie del nostro tempo è l'insistenza sull'autonomia ed il diritto all'autodeterminazione, a scapito del bene individuale così come di quello collettivo.

Il patrimonio genetico è un altro fattore determinante per la nostra salute e fino a poco tempo fa poco poteva essere fatto per modificarlo. Spesso non è la presenza o l'assenza di alcuni tratti genetici per se che porta allo stato di malattia, ma la predisposizione ad altri mali o lesioni. L' etica sulla manipolazione genetica per la correzione di questi difetti va oltre l'argomento della nostra discussione.

Nei tempi moderni, comunque, si ha molta cura per la persona, che occupa la maggior parte della nostra attenzione. L'ordine è quello di curare gli uni gli altri, ed in particolar modo l'ammonimento al medico a badare e aver cura sono insiti profondamente nella nostra cultura e nella pratica. Molto nell'espressione "supremazia della vita" riguarda l'attenzione alle cure individuali, le origini sacerdotali della professione medica e l'importanza di queste cure. Quest'ultima è chiaramente dimostrata nell'attenzione nei confronti dei servizi sanitari e delle istituzioni che prestano tali cure. Questo sistema sanitario consuma largamente la parte più ampia del preventivo destinato alla sanità in ogni sistema. Ciò a causa delle origini della professione medica, del potere pubblico dei membri che più degli altri hanno fatto sentire la propria voce singolarmente e in gruppi, e della normale preoccupazione dell'individuo che ritiene debba essere fatto tutto quanto è possibile per preservare la vita e evitare la morte. Raramente c'è entusiasmo per una prematura "liberazione da questa spirale mortale".

Tuttavia, quando una persona esamina l'importanza relativa di questi diversi fattori determinanti della salute, è chiaro che sebbene l'ambiente sociale e quello fisico siano i più importanti per promuovere e mantenere lo stato di salute, la maggior parte delle risorse per la salute vada ai servizi sanitari. Nessuno vorrebbe che vi sia un tale rigore, e che nessuna o che poche risorse siano destinate alla sanità, ma per quanto riguarda la salute vista come supremazia della vita, sarebbe appropriato che ciò venisse tradotto nel poter disporre di maggiori risorse per arrivare agli altri fattori determinanti che si è visto hanno un ruolo importante.

La nostra preoccupazione per la salute va oltre l'individuo ed è inoltre vista nel contesto di un bene

più ampio. La presenza o l'assenza di salute o gli stati di disuguaglianza nella salute in una società sono spesso manifestazioni di inequità in quella stessa società. Il riferimento del Papa nell'*Evangelium Vitae* alla povertà, alla malnutrizione e alla fame, come risultato di una ingiusta distribuzione delle risorse tra persone e classi sociali, è una chiara indicazione dell'interesse per le manifestazioni di inequità sociale a proposito della salute. Circa 20 anni fa le nazioni del mondo, unanimamente e solidarmente, si auspicarono la Salute per Tutti. Essi lo fecero con la piena conoscenza che non vi sarebbe stata alcuna utopia nel desiderare che nessuna salute fosse malata. Lo fecero come dimostrazione dell'impegno di cercare un tipo di equità sociale che si manifestasse in una migliore Salute per Tutti. Come molte aspirazioni nobili e elevate, la Salute per Tutti è impossibile in senso pragmatico e programmatico.

Durante il corso degli ultimi due decenni, ci sono stati dei miglioramenti, ma all'estero si sente che molto dell'entusiasmo originario è svanito, sebbene vi sia ancora molto da fare. La nostra attenzione rimane colpita dalle immagini di popolazioni che soffrono e delle nuove malattie che stanno venendo fuori. Indubbiamente la preoccupazione per le nuove malattie infettive che stanno ritornando è ora alta nell'agenda della salute pubblica mondiale. Il virus detto HIV con la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) sono l'esempio più conosciuto di una nuova malattia che sta emergendo. Un sistema sanitario scarso, i cambiamenti ecologici ed i trasporti che avvengono rapidamente, tutto sta contribuendo verso nuove minacce, e non vi è dubbio che il loro impatto sia e sarà globale. Queste malattie sono problemi del mondo industrializzato e di quello in via di sviluppo, e gli sforzi che si faranno per metterci in guardia e per controllare queste malattie richiederanno uno sforzo globale.

I nostri paesi stanno cercando di rinnovare l'appello alla Salute per Tutti, apprezzando questo obiettivo che ha valore permanente. Ma ora c'è la dimensione aggiunta di una chiarezza più concettuale sul ruolo della salute in rapporto alle altre attività e qualità che, unite assieme, possono concorrere allo sviluppo umano come stato in cui c'è veramente un fiorire dello spirito umano e la possibilità per gli uomini di raggiungere molto del loro potenziale.

Spero di avervi persuasi che abbiamo bisogno di vedere la salute non soltanto in termini settoriali e come un argomento per i medici. La salute tocca tutti i settori e uno degli elementi di questo rinnovamento della Salute per Tutti è quello di dare maggiore enfasi e significato all'interazione della salute con gli altri aspetti del comportamento sociale. Dobbiamo vedere la salute avere un posto nell'agenda pubblica, affinché tutti coloro che agiscono nella società apprezzino il ruolo di promuovere il concetto della salute come risorsa per l'intero nostro essere e come bene da rimpiangere quando non c'è.

La salute è essenziale per la vita, ma la salute è altresì una forza potente che assicura la conciliazione e la riconciliazione.

La nostra esperienza è che essa rappresenta una delle aree nobili attorno alle quali il contrasto è scarso, e per la quale è relativamente facile rafforzare un dialogo che possa portare alla comprensione e alla pace. Signor Presidente, con fermezza e convinzione, noi che lavoriamo per la salute crediamo nella supremazia della vita, e vediamo la supremazia espressa nel modo più bello nella conservazione di quella che è la più preziosa delle nostre risorse – la salute. Ma sarebbe quasi una tragedia se questa visione rimanesse soltanto in coloro che si occupano di salute, ed io vorrei che questa visione fosse condivisa da tutti gli esseri umani. Forse quando questo giorno verrà, non vedremo soltanto un miglioramento delle condizioni umane su tutta la terra, ma sarà riconosciuto che questa supremazia della vita, che riteniamo sacra, è importante in tutte le condizioni umane.

Sir GEORGE ALLEYNE
Direttore Regionale per le Americhe dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Isole Barbados)

FRANCIS ARINZE

La pedagogia della sofferenza nelle varie religioni

I. Un fenomeno che si impone

1. L'uomo e il dolore

Il dolore è una realtà che ogni essere umano deve affrontare nel corso del suo pellegrinaggio terreno. Si presenta in forme diverse. Il dolore fisico può essere male fisico, danni e ferite fisiche, debolezza, fame, sete, vecchiaia o morte. Il dolore mentale, spirituale e morale può assumere la forma della delusione, del fallimento, dell'ingratitudine, della falsa accusa, dell'insulto o dell'emarginazione. Può anche essere causata dalla morte dei propri cari. Anche un tempo inclemente, gli incidenti, gli incendi o i disastri naturali possono arrecare sofferenze alla gente. Il dolore riguarda l'uomo nella sua interezza, nella sua unità somatico-spirituale.

Il dolore accompagna l'uomo e praticamente ne richiede l'attenzione. Si impone all'uomo quale soggetto di riflessione e meditazione. L'uomo, nel corso della storia, si è posto domande sul dolore sulla sofferenza e sul male. Egli ha cercato il loro significato e di rispondergli.

Il Concilio Vaticano II nota saggiamente che: "Gli uomini dalle varie religioni attendono la risposta agli oscuri enigmi della condizione umana che ieri come oggi turbano profondamente il cuore dell'uomo" (*Nostra Aetate*, 1). Il dolore è uno di questi profondi misteri. Come l'induismo, il buddhismo, l'ebraismo, l'islam e la religione tradizionale africana offrono ai loro membri una risposta a questo inevitabile enigma? Quale riflessione possiamo fare su queste risposte alla luce del Vangelo del Nostro Signore e Salvatore Gesù Cristo e della fede cristiana?

2. La sofferenza nell'hinduismo

2. La legge del karma

Basilare per la comprensione dell'approccio hinduista al mistero del dolore e della sofferenza è la credenza nella legge o teoria del *karma*. Il termine *karma* significa azione, lavoro o opera. Gli iinduisti credono che l'io immortale (o anima) sia il substrato della conoscenza, dell'azione e del godimento. Ogni azione dell'io, sia buona o cattiva, produce un corrispondente risultato invisibile. Tale risultato è goduto o sofferto da chi agisce in questa vita o in quella a venire. La natura dell'esistenza corporale nella prossima vita (gli induisti infatti credono nella reincarnazione) è determinata dalle azioni di questa vita e delle vite precedenti. Quindi il corpo e le circostanze di spazio e di tempo che una persona possiede qui ed ora non sono accidentali. Sono la somma dei risultati di tutti i *karma* delle precedenti nascite.

3. Il dolore è meritato

Se, quindi, ci chiediamo perché un uomo giusto patisca sofferenze e miserie e debba affrontare dei problemi nella vita, l'induismo risponde che egli è stato un agente del male nella sua o nelle sue vite precedenti. Uno nasce cieco, perché ha peccato con i suoi occhi nella sua o nelle sue vite passate. Sofferenze, miserie, mali e problemi della vita, in tutte le loro sfumature, sono così spiegati con l'eterna legge *karmica*.

4. Altre cause della sofferenza

Particolari interpretazioni o scuole dell'induismo suggeriscono altre cause di dolore e sofferenza, quali gli dei, il mondo materiale, dolore e ignoranza, una frammentata visione della realtà, egoismo, fame e sete, vecchiaia e morte.

5. Risposta al dolore

L'induismo insegna che la risposta al dolore e alla sofferenza si può trovare in virtù quali la rinuncia, l'austerità, lo studio delle scritture, la non-violenza, la verità-forza o *Satya-graha* (cioè quando una persona è colma di verità ha l'inesauribile potere di fare il bene), l'aiuto di un *guru*, ecc. Nell'induismo i tre classici mezzi o sentieri per la liberazione sono il sentiero della conoscenza, il sentiero dell'amore di Dio e il sentiero dell'azione disinteressata.

6. Il ruolo di Dio

Come vede l'induismo il ruolo di Dio nella sofferenza umana? Dio è visto come imparziale. Permette alle persone di assumere i corpi destinati loro dai propri *karma* precedenti. Ma egli dà loro libera volontà, e essi possono, con la strenua pratica dei mezzi spirituali, distruggere tutti i risultati del *karma*, ed interrompere così la catena di nascite, morti e rinascite, ed ottenere la liberazione eterna. Nei sistemi classici di spiritualità come il *Samkhya* e lo *Yoga*, non si pensa che Dio sia coinvolto nella salvezza dell'uomo. Colui che cerca ottiene la liberazione con i propri sforzi. Ma nei sistemi teistici *Vedanta* e nella letteratura *Bhakti*, Dio è concepito come una persona ed il suo aiuto è giudicato essenziale per la salvezza dell'uomo.

7. Valore di dolore e sofferenza

Nel complesso l'induismo non vede un valore positivo nel dolore

e nella sofferenza. La sofferenza è vista come il risultato del *karma*. Comunque, il popolo santo e i mistici del movimento *Bhakti* accettano volontariamente la sofferenza come modo per esprimere il loro intenso amore di Dio. Per l'induismo, vi è un valore positivo nell'auto-imporsi delle sofferenze, come la libera assunzione di rinunce e la pratica di un ascetismo rigoroso. Sono visti come mezzi per la salvezza.

3. Il buddhismo e la sofferenza

8. Liberazione dal dolore e dalla sofferenza

La sofferenza è il punto di partenza e davvero il fondamento di tutto l'insegnamento buddhista. Si può veramente dire che il buddhismo sia una dottrina che predica la liberazione dell'umanità dalla sofferenza. L'insegnamento del Buddha è riassunto in 4 Nobili Verità, che si riferiscono tutte alla sofferenza, rispetto alla sua verità, alle sue cause, alla sua fine e a come liberarsene e raggiungere il *nirvana*.

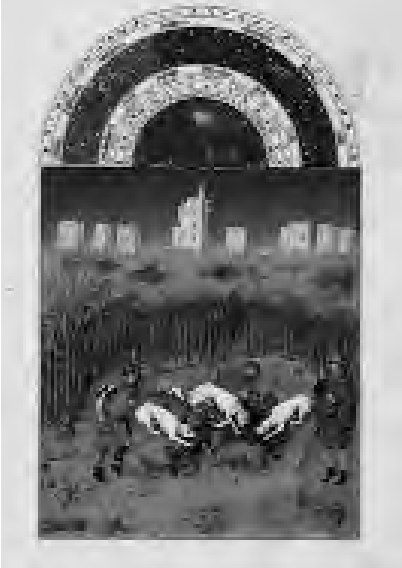
La prima verità, la Verità sulla Sofferenza, dice che ogni cosa è sofferenza: nascita, malattia, vecchiaia, unione con una persona non amata, separazione da una persona cara, non avere ciò che si vuole; in breve, i cinque elementi materiali e spirituali insieme alla passione sono sofferenza. Ogni felicità o gioia in questo mondo, segnata com'è dalla sua instabilità e caducità, è già sofferenza. Buddha dice che durante la nostra esistenza abbiamo versato più lacrime di quanta acqua sia contenuta nei quattro oceani (cfr. *Samyuttanikaya* II, 180).

Buddha dice che la causa della sofferenza è la passione-brama. Questa può assumere la forma del desiderio o della brama per le cose, o di un attaccamento egoista a loro. Ciò può portare alla paura di perderle. Questa è la seconda verità sulla sofferenza.

9. Il nirvana

La terza verità sulla sofferenza si riferisce alla sua fine o conclusione. L'annichilimento della passione-brama, dell'odio e dell'errore è il *nirvana*, lo stato di santità. Il nirvana (uscita, fuga) è la soppressione del fuoco della passione-brama. L'ascetismo buddhista guida a raggiungere il nirvana (estinzione) dell'io e alla purificazione di questo. Il santo buddhista è colui che ha realizzato lo svuotamento e il rinnegamento di se stesso e delle passioni.

Il *nirvana* può essere raggiunto in questo mondo distruggendo la passione egoista che è la radice di ogni sofferenza, ma si ottiene in maniera definitiva solo dopo la morte. Questo *nirvana*, poiché in



esso manca la sofferenza, è chiamato Pace Ineffabile, Calma Perfetta, Beatitudine Suprema o Felicità Piena.

Nella quarta verità, Buddha indica la via che conduce al *nirvana*. L'ottupla Via della Rettitudine è come segue: retta visione, retto pensiero, retta parola, retta azione, retta vita, retto sforzo, retta attenzione e retta meditazione.

10. Una via morale e soteriologica

Il buddhismo risponde col silenzio a tutte le questioni su Dio, l'uomo e l'universo. Il buddhismo non è un sistema metafisico. È solamente occupato e preoccupato per la salvezza di tutti gli esseri dal male che è la sofferenza. Buddha non esclude l'esistenza di problemi metafisici ma ne nega l'utilità. Il buddhismo è riassunto nel detto: "Evita il male, pratica il bene, purifica il cuore, questo è l'insegnamento di Buddha" (*Dhammapada* 183, *Majjhimanikaya* II, 49). L'ottupla Via della Rettitudine elenca otto virtù, tutte morali, e nessuna si riferisce a Dio.

4. L'ebraismo e la sofferenza

11. Punizione e responsabilità

La Bibbia fin dall'inizio è cosciente che la sofferenza è una caratteristica dell'esistenza umana (cfr. Gn. 3,19; Gb. 5, 7). Gli ebrei hanno un forte senso della comunità. Ciò comprende l'attesa di una punizione o di una sofferenza collettiva: "I padri han mangiato uva acerba e i denti dei figli si sono allegati!" (Ger. 31, 29; *vedi* anche Ez. 18, 2).

Ma ben presto con Geremia (cfr. Ger. 31, 30) ed in maniera più definitiva con Ezechiele (cfr. Ez. 18), si afferma il principio della retribuzione individuale piuttosto che collettiva.

12. Spiegazioni del dolore e della sofferenza

I libri di Giobbe e l'Ecclesiaste mostrano come il pensiero ebraico fosse confuso e turbato dalla sofferenza per la quale non si trovava una risposta. Non vi compare nessuna soluzione finale al problema della sofferenza della persona innocente a prescindere dalla fede. Una persona deve vedere Dio, incontrarLo, e inchinarsi in adorazione davanti a Lui, se vive nel dolore e nella sofferenza.

Ad Alessandria, in Egitto, la *Sapienza di Salomone*, un libro che apparve circa nel 90 a.C., sottolineava chiaramente una fede precisa nella ricompensa futura dopo la morte, e la conseguente riduzione dell'attenzione sulle sofferenze che esiste al presente. La retribuzione ha luogo per ogni individuo dopo la morte. I Farisei credevano fortemente nella resurrezione di ognuno.

Maimonide credeva che i mali particolari che accadono ad una persona siano per il bene di tutto l'universo e che tutta la sofferenza sia la punizione per i peccati precedentemente commessi.

Buber ritiene che il male non sia realmente altro che una svolta in direzione opposta al bene verso il niente.

L'ebraismo nella sua forma non filosofica riconosce l'intera realtà del male e della sofferenza. Davvero, Dio stesso è spesso descritto sofferente con l'uomo. L'uomo è sfidato a rimediare alla sofferenza ogni volta che possa essere rimediata, e a sopportarla senza lamentarsi ogni volta che è irrimediabile.

Un'altra spiegazione dell'esistenza della sofferenza è che si tratta di un processo di purificazione. Il Talmud chiama tale sofferenza "afflizioni d'amore". La sofferenza è concepita come l'ultima forma della purificazione divina che conduce all'unione mistica.

Nel XX secolo il terribile disastro dello *Shoah* (Olocausto) fece emergere la questione della sofferenza nella forma più acuta. Come potevano così tanti innocenti patire delle terribili torture e una morte ignominiosa? Dov'era Dio in tutto ciò? Gli ebrei sono stati costretti a cercare un significato per questo mistero del male, spesso attraverso una o più spiegazioni già dette prima. Ma alle volte hanno preferito rimanere in silenzio davanti a questo mistero.

5. L'islam e la sofferenza

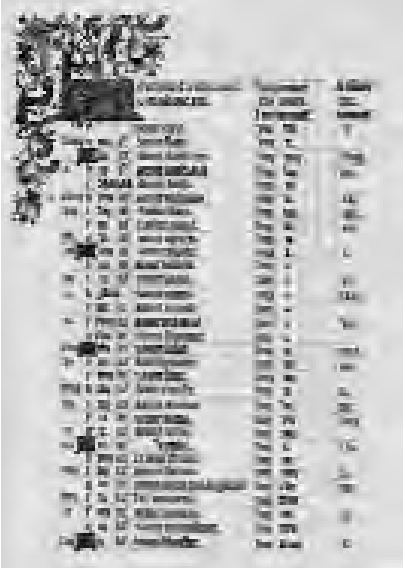
13. La sofferenza sarà riparata

Il Corano e l'islam vedono la vita dei profeti di Dio passare attraverso gli stadi della proclamazione del messaggio divino, dell'opposizione umana, della perseveranza del profeta nella sofferenza e della finale difesa da parte di Dio. Nei momenti di sofferenza, il buon musulmano non deve disperare della bontà di Dio né divenire amaramente auto-distruttivo o dannosamente aggressivo. Cerca di attendere pazientemente con fede piena che la volontà di Dio alla fine raddrizzi ciò che è errato e rimetta le cose a posto. Il Corano rifiuta la crocifissione di Cristo e la Sua morte perché le considera come un fallimento o l'abbandono di Gesù da parte di Dio.

14. Altre tradizioni islamiche

La frazione sciita della casa dell'islam ha una tradizione differente. Crede nell'efficacità vicaria della sofferenza. Per gli sciiti, gli imam (specialmente Hussain, nipote di Maometto) presero su di sé il peccato dell'umanità, e per la loro pazienza fedele nella tribolazione e nella persecuzione, espiarono per tutto il male che gli esseri umani si facevano l'un l'altro.

Degno di essere ricordato è il mistico sunnita di grande valore, al-Hallaj, che ritenne che la perfezione dell'islam (totale abbandono a Dio) era nel "totale abbassamento", cioè, nella "morte sul patibolo". E veramente venne crocifisso a Baghdad nel 922.



6. La religione tradizionale africana e la sofferenza

15. Cause del dolore

La religione prevalente nella maggior parte dell'Africa prima dell'arrivo del cristianesimo e dell'islam crede in Dio, negli spiriti e negli antenati. I suoi seguaci ritengono che vi siano varie e possibili cause al dolore e alla sofferenza. Colpe morali – quali il furto, la schiavitù, l'adulterio, l'incesto, l'assassinio, l'aborto – si crede provochino punizioni da parte degli spiriti e degli antenati sotto forma di malattie, epidemie, incidenti stradali, morte (specialmente per folgorazione), siccità, inondazioni, e il non aver figli. Si crede che anche la rottura di tabù sia causa del male e della punizione. Il dolore può provenire dai capricci degli spiriti maligni, di forze cieche, e stregoni.

Dio in questa religione non è generalmente visto come responsabile di alcuna delle sofferenze che il popolo patisce.

16. Atteggiamento verso la sofferenza

Per rimuovere la sofferenza, i devoti della Religione Tradizionale Africana prendono alcune delle seguenti misure: consultazione di un indovino per sapere quale spirito sia arrabbiato con loro, sacrifici propiziatori allo spirito indicato o antenato, o ricorrere anche a veri dottori, esperti nella conoscenza del potere curativo di varie piante. Vi è anche la credenza nel fatalismo, nel caso di una sofferenza né meritata né prevedibile.

7. La risposta cristiana

Per concludere queste riflessioni, è ora necessario chiederci quali commenti si possano fare alla luce del Vangelo del Nostro Signore e Salvatore Gesù Cristo, sulle risposte proposte da queste religioni sul mistero del dolore e della sofferenza.

17. Valore salvifico della sofferenza

Dio ama l'umanità. Egli ha mandato suo Figlio per salvare tutti gli uomini. "Dio infatti ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito, perché chiunque crede in lui non muoia, ma abbia la vita eterna" (Gv. 3,16).

Gesù Cristo ha salvato l'umanità intera con la sua sofferenza, morte e resurrezione. Ha fatto ciò per mostrare l'amore per il Padre e per salvare tutti gli uomini. Perciò Gesù ha dato un significato al dolore e alla sofferenza. Egli invita ogni discepolo a prendere la propria croce e a seguirlo. Per l'unione mistica con Cristo attraverso la sofferenza il cristiano scopre il valore salvifico della sofferenza ed è in grado di portarlo con amore.

18. In risposta alle varie religioni

All'induismo la fede cristiana annuncia che la morte è il termine del pellegrinaggio terreno dell'uomo e che non vi è reincarnazione (cfr. *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 1013), ma piuttosto dopo la morte la vita in cielo (diretta-

mente o attraverso il purgatorio) o l'inferno. Mentre alle volte la sofferenza può essere colpa di colui che soffre, non sempre è necessario che sia così. Lo sforzo ascetico e il distacco dalle creature sono lodevoli, ma il cristianesimo insegna che noi dipendiamo completamente dall'iniziativa di Dio per la nostra salvezza. Senza la grazia di Dio non possiamo ottenere né la perfezione né la salvezza, sebbene sia richiesta la nostra collaborazione.

Sebbene il cristianesimo apprezzi gli sforzi sinceri che il buddhismo compie nell'ascetismo, vi sono notevoli differenze. Il cristianesimo proclama il bene essenziale dell'esistenza ed il bene di ciò che esiste. Soprattutto, proclama l'esistenza di un Dio trascendente che è lui stesso bontà e ama gli esseri umani creati e vuole la loro felicità. L'uomo soffre a causa del male, che è una certa mancanza, limitazione o distorsione del bene. L'uomo non è capace di procurare a se stesso la beatitudine eterna. Per questo ha un completo bisogno del sostegno della grazia di Dio. Per il cristianesimo, la salvezza è la liberazione dell'umanità dal peccato attraverso la sofferenza, morte e resurrezione di Gesù Cristo. La passione di Cristo è parte del suo mistero pasquale. Per i cristiani, la sofferenza non è un fattore negativo dal quale l'uomo cerca di liberarsi, ma è un modo per portare la propria croce e seguire Cristo che ci ha salvati con la sua croce.

Ebrei e cristiani condividono la rivelazione di Dio all'umanità che è preservata nelle Sacre Scritture viste dai cristiani come Antico Testamento. Queste Scritture presentano la figura del Servo sofferente di Yahweh. I cristiani vedono in questi testi (Is. 42, 1-9; 49, 1-6; 50, 4-11; 52, 13-53, 12) una prefigurazione di Gesù Cristo che ha sofferto per noi. "Eppure egli si è caricato delle nostre sofferenze, si è addossato i nostri dolori [...] per le sue piaghe noi siamo stati guariti" (Is. 53, 4-5). Gesù Cristo è la piena e finale manifestazione della gloria di Dio e del suo amore salvifico per l'umanità. La croce diviene fonte di salvezza, pace e gioia e una chiamata ad essere discepoli di Cristo e all'amore per i nostri simili che soffrono.

Riguardo ai musulmani, i cristiani apprezzano la virtù dell'obbedienza a Dio e del compiere pazientemente la sua volontà, così come la percezione sciita del valore della sofferenza vicaria. Una maggior differenza è che il cristianesimo sottolinea che l'amore è la sorgente più ricca del significato della sofferenza, e che è per amore per il suo Padre Eterno e per tutti gli uomini che Gesù Cristo ha sofferto l'ignominia della crocifissione e che quella crocifissione non è la sconfitta di Gesù ma la sua vittoria, perché è risorto il terzo giorno. La gloriosa resurrezione di Cristo è centrale per la fede nei suoi misteri. Cristo ha così dato alla sofferenza un valore salvifico e la croce è segno del suo trionfo. Come seguaci di Cristo, non dobbiamo lasciarci andare al fatalismo quando incontriamo la sofferenza, ma piuttosto siamo chiamati a prendere la nostra croce e a seguire Cristo il Vincitore del peccato e della morte. E non dobbiamo sempre aspettarci che Dio manifesti visibilmente la vittoria di chi gli è fedele.

I seguaci della religione tradizionale africana si rallegreranno dell'influenza liberatrice della religione stabilita da Gesù Cristo. Il Vangelo libera l'uomo dal timore di forze cieche e malvagie, e lo introduce nel piano di salvezza di Dio che ha inviato il suo unico figlio per redimere l'umanità attraverso la sua sofferenza e crocifissione. Il cristianesimo è un'offerta dell'amore di Dio in Cristo a tutta l'umanità. La risposta umana a questa chiamata comprende la volontà di sopportare la sofferenza che si incontra. Così, si prende la propria croce e si segue Cristo in un'unione d'amore.

Come si può vedere, il Vangelo non è un'edizione migliore delle altre religioni. È un'irruzione soprannaturale e totalmente innovativa di Dio nella storia umana. È una chiamata alla vita di unione con Dio alla quale l'uomo non potrebbe mai aspirare con i suoi soli poteri. Il Vangelo dà un significato ed un senso di direzione al dolore e alla sofferenza. Dà una dimensione all'esistenza umana completamente nuova e che non si può ottenere in un'altra maniera. Dio sia benedetto!

Card. FRANCIS ARINZE
Presidente del Pontificio Consiglio per il Dialogo Inter-Religioso (Santa Sede)

ALBERT VANHOYE

Il Buon Samaritano *(Lc. 10, 29-37)* Ermeneutica biblica della parabola

Ispiratrice di questa X Conferenza Internazionale, la parabola del Buon Samaritano suscita, in esegesi biblica, numerosi interrogativi ed offre particolarità molto suggestive. Non è possibile esaminarle tutte in una breve relazione. Cercherò almeno di non omettere nulla di essenziale.

Il testo si trova soltanto nel Vangelo secondo Luca (10, 19-37). Esso corrisponde ad una insistenza particolare di questo Vangelo sul tema della misericordia, insistenza riconoscibile anche nella parabola del figliol prodigo (Lc. 15, 11-32) e in altri episodi ugualmente propri a Luca (7, 11-17.36-50). Si parla, a tale proposito, di una fonte "L", utilizzata da Luca oltre alle fonti che gli sono comuni con Matteo.

1. Il contesto nel Vangelo di Luca

La parabola del Buon Samaritano è stata posta dall'evangelista poco dopo l'inizio di una grande sezione del vangelo chiamata "viaggio verso Gerusalemme", sezione inserita da Luca tra il secondo e il terzo annuncio della Passione di Gesù (Lc. 9, 43-44 e 18, 31-34; Mt. 17, 22-23 e 20, 17-19; Mc. 9, 30-31 e 10, 32-34). Essa va da Lc. 9, 51 a Lc. 18, 14 e inizia con questi termini: "Mentre stavano compiendosi i giorni in cui sarebbe stato tolto dal mondo, si diresse decisamente verso Gerusalemme" (Lc. 9, 51). Questo inizio esprime nettamente l'orientamento verso la città santa. È utile notare che i versi seguenti parlano subito dei Samaritani, per indicare che questo orientamento provocò la loro ostilità. "Gesù, racconta Luca, mandò avanti dei messaggeri. Questi si incamminarono ed entrarono in un villaggio di *Samaritani* per fare i preparativi per lui. Ma essi non vollero riceverlo, perché era diretto verso Gerusalemme" (Lc. 9, 52-53). Tra Samaritani e Giudei, si sa, i rapporti non erano armoniosi. Il IV Vangelo lo nota all'inizio dell'incontro di Gesù con una Samaritana (Cfr. Gv. 4, 9). Diversi passaggi del Vecchio Testamento manifestano il disprezzo dei Giudei per i Samaritani che erano considerati dei bastardi sotto ogni punto di vista, razziale e religioso (cfr. 2 R 17, 24-41; Si 50, 25-26). L'ostilità era reciproca. Lo storico ebreo Josèphe riferisce che i Samaritani molestavano i pellegrini giudei diretti verso Gerusalemme (*Ant.* 20, 6, 1).

È utile ricordarsi di questo rifiuto di ospitalità subìto da Gesù da parte di un villaggio della Samaria, se vogliamo apprezzare nella sua giusta portata la generosità che Gesù manifesta, nella sua parabola, verso i Samaritani, presentando uno di loro come un modello di amore verso il prossimo. La parabola, in effetti, si legge nel capitolo seguente del Vangelo ed appartiene alla stessa sezione.

Gesù la pronuncia per rispondere ad una domanda che gli pone un "legista", interprete patentato della Legge di Mosè. Questo aveva chiesto: "Maestro, che devo fare per ereditare la vita eterna?" (Lc. 10, 26). La stessa domanda sarà rivolta, alcuni capitoli dopo, da un notabile molto ricco, a cui Gesù risponde citando il Decalogo (Lc. 18, 18-23). Gesù non dà questa risposta al dottore della legge, ma lo rinvia alla sua competenza personale. Un legista deve conoscere la legge. "Gesù gli disse: che cosa sta scritto nella Legge? Che cosa vi leggi?" (Lc. 10, 26). Costui trova subito la risposta giusta, quella che Gesù stesso dà in un passaggio degli altri due sinottici (Mt. 22, 36-40; Mc. 12, 28-31). Questa risposta unisce strettamente il precetto d'amore di Dio, enunciato nel Deut. 6, 5 e quello d'amore del prossimo, enunciato in Lv. 19, 18. Gesù constata la giustezza della risposta ed invita il legista a metterla in pratica: "Hai risposto bene; fa' questo e vivrai" (Lc. 10, 28). L'episodio sembra terminato. La sua conclusione corrisponde esattamente al suo inizio, conformemente al procedimento letterario semitico che viene chiamato "inclusione". Il dottore della legge ha chiesto quel che doveva "*fare*" per ricevere "*la vita*"; Gesù gli ha detto: "*fa* questo e *vivrai*".

Ma in questo momento, in maniera inattesa, il racconto prende un nuovo inizio, in quanto il legista, "volendosi giustificare" d'aver posto la prima domanda, ne pone una seconda: "E chi è il mio prossimo?". È in risposta a questa seconda domanda che Gesù racconta la storia del Buon Samaritano.

2. Cambiamento di prospettiva

Gli esegeti osservano a questo riguardo che in realtà Gesù non risponde alla domanda del dottore della legge. Non gli dice chi è il suo prossimo. Non precisa a quali categorie di persone deve applicarsi questa qualificazione e quali

altre categorie non rientrano nella definizione.

Invece di rispondere alla domanda posta, Gesù la sostituisce implicitamente con un'altra: con quale genere di condotta si diventa il prossimo di una qualunque persona? Il legista assume un punto di vista statico, che cerca di fissare i limiti del precetto d'amore del prossimo. Gesù gli propone una prospettiva dinamica, che tende a creare nuove relazioni.

Preoccupata di discernere, nel testo evangelico, la fusione di diverse fonti differenti, l'esegesi diacronica trova in questo cambiamento di prospettiva una ragione per supporre che la parabola anzitutto esisteva indipendentemente dal racconto dell'incontro con il dottore della legge e che "è soltanto in un secondo tempo che essa è stata aggiunta al contesto anteriore, poiché non risponde realmente alla domanda del legista" (J.A. Fitzmyer, *The Gospel according to Luce*, Anchor Bible, 1985, p. 883).

Ma un'analisi sincronica del testo mostra che il legame tra la parabola e la seconda domanda del legista è essenziale per una corretta interpretazione del racconto evangelico.

L'assenza di corrispondenza immediata tra la risposta di Gesù e la domanda posta costituisce precisamente un aspetto importante della pedagogia del "Maestro" (Lc. 10, 25). Quel che Gesù ci chiede, è di rinunciare alla prospettiva statica delle separazioni e segregazioni, per entrare nel dinamismo della comunicazione e della comunione.

Possiamo notare che anche in altre occasioni Gesù ci dà delle risposte che non corrispondono alla domanda formulata, ma fanno passare da un interrogativo teorico ad un'esigenza esistenziale. Quando una persona gli chiede: "Signore, sono pochi quelli che si salvano?", Gesù non risponde indicando una cifra, ma facendo un'esortazione: "Sforzatevi di entrare per la porta stretta ..." (Lc 13, 23-24).

Allo stesso modo, quando è interrogato sulla data degli sconvolgimenti escatologici che ha annunciato, Gesù non dà una precisazione cronologica, ma procede a mettere in guardia. Alla domanda dei discepoli: "Maestro, quando accadrà questo?" (Lc. 21, 7), egli risponde: "Guardate di non lasciarvi ingannare. Molti verranno sotto il mio nome dicendo «sono io» e «il tempo è prossimo». Non seguiteli" (Lc. 21, 8).

Gesù non si è mai presentato come un teorico o un pensatore; egli si è sempre preoccupato di comunicare un dinamismo di conversione e d'amore. Il legista gli poneva una domanda teorica:

"Chi è il mio prossimo?" (Lc. 10, 29). Gesù gli risponde proponendogli un modello di azione e dicendogli: "Va' e anche tu fa' lo stesso" (Lc. 10, 37).

3. Risposta dell'Antico Testamento

Cercando nella Legge di Mosè, il legista poteva evidentemente trovare numerosi elementi di risposta alla sua domanda. Il precetto di Lv. 19, 18 da lui stesso citato prima è reso chiaro dal suo contesto. Il termine "prossimo" vi è definito con un'espressione parallela: "i figli del tuo popolo". L'amore per il prossimo vi è dunque compreso come un atteggiamento di solidarietà con i compatrioti, limite molto stretto. Si noterà tuttavia che, alcuni versetti dopo, il Levitico estende il precetto ai forestieri (in ebreo: *gèr*): "il forestiero dimorante fra di voi lo tratterete come colui che è nato fra di voi; *tu l'amerai come te stesso* perché anche voi siete stati forestieri nel paese d'Egitto" (Lv. 19, 34). Questo ampliamento di prospettiva merita attenzione. Esso si oppone ad ogni discriminazione razziale o nazionale all'interno delle frontiere d'Israele.

Nel passaggio del Levitico, l'amore per il prossimo è definito da precetti negativi: "Non opprimerai il tuo prossimo, né lo spoglierai di ciò che è suo" (Lv. 19, 13); "non andrai in giro a spargere calunnie fra il tuo popolo né coopererai alla morte del tuo prossimo" (Lv. 19, 16); "non coverai nel tuo cuore odio contro il tuo fratello" (Lv. 19, 17); "non ti vendicherai e non serberai rancore contro i figli del tuo popolo" (Lv. 19, 18).

Altri testi del Pentateuco vanno tuttavia al di là di queste prescrizioni negative. Essi prescrivono verso il prossimo un atteggiamento di generosità positiva. Il Deuteronomio esige anzitutto, ogni sette anni, la remissione dei debiti contratti dal "prossimo" (Dt. 15, 2), cioè il compatriota: "Potrai esigerlo dallo straniero (ebraico: *nokri*), ma quanto al tuo diritto nei confronti di tuo fratello, lo lascerai cadere" (Dt. 15, 3). La legge deuteronomica si preoccupa in seguito della sorte dei poveri: "Se vi sarà in mezzo a te qualche tuo fratello che sia bisognoso ... gli aprirai la mano ... e gli presterai quanto occorre" (Dt. 15, 7-8.10). Infine, la liberazione degli schiavi israeliti è prescritta in capo a sei anni (Dt. 15, 12-18; cfr. Ger. 34, 14).

Da parte loro, i profeti hanno avuto a cuore di esortare vigorosamente alla solidarietà generosa. Basti qui ricordare l'appello eloquente del c. 58 di Isaia, in cui Dio definisce il digiuno che preferisce: non mortificazioni formaliste, ma "rimandare liberi gli oppressi e spezzare ogni giogo",

"dividere il pane con l'affamato", "introdurre in casa i miseri, senza tetto, vestire uno che vedi nudo, senza distogliere gli occhi da quelli della tua carne. Allora la tua luce sorgerà come l'aurora" (Is. 58, 6-8; cfr. Ger. 34, 8-9; Gb. 31, 16-20.32).

4. Risposta di Gesù: "un uomo..."

La risposta di Gesù al dottore della legge si colloca lungo la stessa linea, ma va molto più lontano. A dire il vero, in più di un aspetto, essa è provocatrice.

La prima espressione, "*un uomo*", non dice nulla; la ritroviamo all'inizio di altre parabole, quella del figliol prodigo ("*Un uomo* aveva due figli", Lc. 15, 11), quella dell'amministratore disonesto (Lc. 16, 1), quella del cattivo ricco (Lc. 16, 11). Essa non merita allora un'attenzione particolare. Ma qui, questa espressione è molto significativa, per il fatto stesso della sua indeterminazione. Al legista che gli chiede di definire che è il suo prossimo, Gesù risponde non definendo assolutamente niente ed esprimendosi nella maniera più vaga possibile. La parola greca utilizzata dal vangelo, *anthropos*, non precisa neanche il sesso.

Il seguito mostra che questo *anthropos* appartiene al sesso maschile, ma nulla viene detto né della sua razza, né della sua religione, né del suo rango sociale. È un Giudeo? un immigrato? un forestiero? È un uomo religioso o un miscredente? Non lo si sa all'inizio; non lo si sa nemmeno alla fine. Ciò mostra che, per definire chi è il prossimo, Gesù rifiuta di considerare queste categorie, qualunque sia l'importanza data loro nell'Antico Testamento. Le uniche precisazioni che dà per identificare la persona riguarda quel che gli è successo e la situazione penosa in cui si trova. Quest'uomo che scendeva da Gerusalemme a Gerico, attraversando una contrada desertica, incappò nei briganti che lo spogliarono, lo percossero e lo lasciarono mezzo morto. Un uomo ferito, mezzo morto, ecco la sua identità. Si ignora anche se è in grado di gridare o di gemere.

5. Contrasto tra due atteggiamenti

La parabola esprime in seguito un forte contrasto tra l'atteggiamento di diversi personaggi che passano per la stessa strada. La loro identità, questa volta, è meglio definita: si tratta anzitutto di un sacerdote ebreo e di un levita, infine di un Samaritano. L'atteggiamento dei primi due è identico. Essi vedono il ferito, ma passano dall'altro lato della strada

per evitare di avvicinarvisi. Nessuna spiegazione viene data di questo atteggiamento, descritto molto brevemente in una sola parola greca: *antiparelthen*. Luca impiega qui un verbo dal duplice suffisso (*anti*: di fronte, dall'altro lato; *para*: al di là), che non si trova mai nel Nuovo Testamento e soltanto una volta nell'Antico Testamento, in un passaggio in cui il suo senso è differente (Sap. 16, 10). Il terzo personaggio, il Samaritano, assume un atteggiamento completamente differente. La prima cosa che viene detta di lui, quando vede il ferito, riguarda la sua reazione affettiva: "fu preso da compassione" (letteralmente: "fu preso nelle viscere)"; verbo *splanchnizomai*, derivato dal termine *splanchna*, che significa "viscere"). Questa reazione di compassione dà il via a tutto il resto: invece di evitare il ferito come avevano fatto il sacerdote e il levita, gli si avvicina, gli presta le prime cure, lo carica sul proprio giumento, lo conduce ad una locanda, dove si prende cura di lui; lo affida poi all'albergatore pagandolo ed assicurandolo che avrebbe sostenuto le spese supplementari. Si resta stupefatti di fronte a simile generosità verso uno sconosciuto.

Il contrasto tra i due atteggiamenti è estremo; si esprime quantitativamente: una sola parola per l'atteggiamento del sacerdote e del levita, più di 50 parole per quello del Samaritano; si esprime soprattutto qualitativamente attraverso la descrizione dettagliata della straordinaria devozione del Samaritano. Si può stimare che una tale devozione sia inverosimile, ma ciò corrisponde al genere letterario delle parabole. Queste comportano molto spesso degli aspetti inverosimili perché, precisamente, vogliono mettere in questione le idee ricevute ed aprire prospettive nuove, divine (cfr. Is. 55, 8-9).

Questa parabola urta evidentemente di fronte alla mentalità del dottore della legge, anzitutto perché non ha nulla di legalistico, poi e soprattutto, perché attribuisce un cattivo ruolo a personaggi – il sacerdote e il levita – che, secondo la Legge di Mosè, sono molto rispettabili, santificati dal loro rapporto privilegiato con il tempio di Dio, e perché essa invita il legista giudeo ad accettare, come modello da imitare, un Samaritano, che la Bibbia gli ha insegnato a disprezzare.

Gesù esige dal legista un cambiamento radicale di mentalità, come dal fariseo Simone in un episodio precedente, quello della peccatrice perdonata (Lc. 7, 36-50). A Simone, che disprezzava questa donna, Gesù la presenta come un modello di generosità, che egli mette in contrasto con la freddezza dell'accoglienza offertagli dal fariseo. Altri episodi e-

vangelici sono orientati nello stesso senso, quello ad esempio in cui Gesù fa l'elogio della fede di un centurione pagano (Mt. 8, 5-13; Lc. 7, 1-10) e quello in cui dichiara ad autorità giudee: "I pubblicani e le prostitute vi passano avanti nel Regno di Dio" (Mt. 21, 31). Come i vecchi profeti (cf. Is. 1, 3; Ez. 16, 48.51; 22, 4; 23, 11), Gesù lanciava in questo modo sfide taglienti al suo popolo, per stimolarlo ad un vero progresso spirituale.

6. Due concezioni differenti della santificazione

Nessuna spiegazione, abbiamo detto, viene data nella parabola per quanto riguarda l'atteggiamento del sacerdote e del levita. Perché non si avvicinarono al ferito? Perché passarono, invece, dall'altro lato della strada? Perché Gesù presenta questi personaggi molto rispettabili sotto una luce sfavorevole?

Cercando di chiarire questi problemi, gli esegeti stimano che la spiegazione più plausibile sia fornita dalla preoccupazione di purezza rituale. Per ogni partecipazione al culto, la Legge di Mosè esigeva la purezza rituale. Ora, il più piccolo contatto con un morto faceva perdere questa purezza. La Legge dichiara: "Chi avrà toccato un cadavere umano sarà immondo per sette giorni" (Num. 19, 11). Partecipare al culto in questo stato di impurità avrebbe costituito una profanazione della Casa del Signore e comportato come sanzione di essere "sterminato da Israele" (Num. 19, 13). Per i sacerdoti, la legge della purezza era particolarmente stretta. Il libro del Levitico vi consacra tutto un capitolo (Lv. 21).

C'è dunque modo di pensare che l'atteggiamento del sacerdote e del levita descritto nella parabola corrispondesse ad una preoccupazione di purezza rituale. Se si fossero occupati dello sfortunato viaggiatore, lasciato "mezzo morto" sul bordo della strada, avrebbero rischiato di vederlo spirare tra le loro braccia e di contrarre, allo stesso tempo, una grave impurità, incompatibile con la loro "santità" sacerdotale.

La lezione implicita data dalla parabola sarebbe dunque che la "misericordia" verso le vittime di una sfortuna deve oltrepassare la preoccupazione di purezza rituale. Questa lezione corrisponde effettivamente ad un orientamento costante dell'insegnamento evangelico. Con le sue parole e più ancora con il suo esempio, Gesù ha affermato che Dio preferiva al culto rituale un atteggiamento generoso verso il prossimo. Secondo il primo Vangelo, egli interpre-

tava in questo senso l'oracolo del profeta Osea, in cui Dio dichiara: "misericordia (ebraico: *hèsèd*) io voglio e non sacrificio" (Os. 6, 6; Mt. 9, 13; 12, 7). D'altra parte, una polemica di Gesù contro la preoccupazione esagerata di purezza rituale è riferita a lungo da Marco e Matteo (Mc. 7, 1-23; Mt. 15, 1-20). Essa si trova anche, ma più sobriamente, nel vangelo di Luca (Lc. 11, 38-41). Comune ai tre sinottici, ma più accentuata in Luca, è la relativizzazione del precetto riguardante il sabato. Agli episodi della raccolta delle spighe (Mt. 12, 1-8; Mc. 2, 23-28; Lc. 6, 1-5) e della mano guarita nel giorno di sabato (Mt. 12, 9-14; Mc. 3, 1-6; Lc. 6, 6-11), Luca aggiunge quello della guarigione di una donna curva (Lc. 13, 10-17) e di un uomo idropico (Lc. 14, 1-6). La lezione è sempre la stessa: l'aiuto urgente da dare al prossimo ha maggiore importanza, agli occhi di Dio, dell'osservanza del riposo sabatico.

In tutti questi casi, si constata che Gesù invita senza posa ad un cambiamento di prospettiva. Tale cambiamento, fa notare, era stato preparato dall'insegnamento dei profeti (Is. 1, 10-17; Ger. 7, 1-7); Am. 5, 21-24); consiste nel sostituire la ricerca di una santificazione praticata mediante osservanze segretative con quello di una santificazione ottenuta per mezzo della solidarietà generosa. Per essere in relazione autentica con Dio, la purezza rituale è inefficace. Quel che è necessario, è mettersi a disposizione di Dio per il servizio del prossimo, è lasciarsi trascinare dal movimento della misericordia divina, che vuole raggiungere le persone che soffrono e hanno bisogno di essere curate, le persone ferite, malate, handicappate, disprezzate. La parabola del Buon Samaritano esprime questo movimento in una duplice maniera: da una parte, descrivendo l'atteggiamento generoso del Samaritano nei confronti del viaggiatore ferito e, dall'altra, suscitando l'ammirazione per lo stesso Samaritano, membro di una popolazione tradizionalmente disprezzata.

7. Un modello da imitare

Notiamo, in conclusione, che la nostra parabola appartiene ad una classe particolare di parabole, che Adolf Jülicher ha chiamato quella dei "racconti-esempi" (*Beispielerzählungen*). Invece di descrivere il Regno di Dio servendosi di un paragone, come la parabola del seminatore o del tesoro nascosto, i racconti-esempi presentano un fatto che illustra direttamente un insegnamento. Questo è il caso della "parabola" del ricco insensato (Lc. 12, 16-20), di Lazzaro e del cattivo ricco (Lc. 16, 19-31), del fariseo e del pubblicano (Lc.

18, 9-14). In questa classe di parabole, il vangelo del Buon Samaritano occupa un posto speciale, in quanto è il solo a contenere un invito esplicito a seguire l'esempio proposto. Né il ricco insensato, né il cattivo ricco, né la preghiera del fariseo sono, evidentemente, modelli da imitare. La preghiera del pubblicano è una, ma il Vangelo non lo dice esplicitamente, si accontenta di lasciarlo intendere, mentre il vangelo del Buon Samaritano si conclude con queste parole di Gesù: "Va' e anche tu fa' *lo stesso*" (Lc. 10, 37). In molte altre parabole, il termine "simile" (greco: *homoios*) viene all'inizio, per introdurre il paragone: "A che cosa è simile il regno di Dio e a che cosa lo rassomiglierò. È simile a un granellino di senapa" (Lc. 13, 18; cf. Mt. 13, 31; Lc. 13, 21; Mt. 13, 33, ecc.). Nel vangelo del Buon Samaritano, caso unico nel suo genere, l'espressione "lo stesso" viene, invece, alla fine. È l'ultima parola. Accompagnando un imperativo, esso definisce una regola d'azione ed indica che il racconto precedente ha presentato il modello da imitare. Questo modello è il Samaritano, che si è lasciato commuovere alla vista dell'uomo mezzo morto e che ha espresso la propria compassione con un intervento generoso. La sua "misericordia" non è restata un sentimento sterile, ma si è tradotta in atti. Il Buon Samaritano è "colui che ha avuto compassione"; è in questi termini che viene designato nella risposta del dottore della legge (Lc. 10, 37). La stessa espressione greca (*poiein eleos*) la troviamo un'altra sola volta nel Nuovo Testamento, in un altro passaggio dello stesso vangelo. Essa viene applicata allo stesso Dio (Lc. 1, 72) e vi forma una "inclusione" letteraria con l'espressione "la bontà misericordiosa di nostro Dio" (Lc. 1, 78). Commuovendosi (cfr. Lc. 10, 33) e praticando la misericordia (cfr. Lc. 10, 37), il Samaritano si è dunque messo ad assomigliare a Dio (cfr. Lc. 6, 36; Ef. 5, 1-2; Col. 3, 12). Non ha posto la domanda: "Questo ferito è il mio prossimo? Sono tenuto ad amarlo?". Ha preso l'iniziativa di avvicinarglisi (cfr. Lc. 10, 34), di occuparsene e di diventare così innegabilmente prossimo (cfr. Lc. 10, 36-37).

Conclusione

Ecco dunque come Gesù, secondo il Vangelo di Luca, ha risposto al dottore della legge. Rifiutando d'entrare in una discussione giuridica sulla definizione della parola "prossimo", Gesù ha dato al legista un vigoroso impulso a farsi prossimo di ogni persona umana. Da oltre diciannove secoli, il vangelo del Buon Samaritano non ha cessato di comunicare a coloro che lo meditano lo stesso impulso. Egli vuole comunicarlo anche a noi, in questa Conferenza Internazionale che definisce il suo orientamento riprendendo le parole finali di Gesù: *Vade et tu fac similiter.*

P. ALBERT VANHOYE, S.J.
Segretario della Pontificia Commissione Biblica, Professore presso il Pontificio Istituto Biblico, Roma

IGNACIO CARRASCO DE PAULA

Il Buon Samaritano come categoria antropologica

Poiché il titolo della mia relazione ammette una pluralità d'interpretazioni ed è impossibile rendere giustizia a tutte, è bene iniziare con una premessa mirante a chiarire sin dall'inizio le coordinate entro le quali intendo procedere.

Il Congresso quest'anno si è posto come tema il confronto fra Ippocrate e il Buon Samaritano, alla luce di un patrimonio storico e dottrinale che ha saputo vedere nell'*ethos* ippocratico e nel modello evangelico altrettanti tasselli complementari di cui l'uno rende più compiuto e umano l'altro, e viceversa. Chi segue le orme del pellegrino di Samaria non si allontana da Ippocrate, ma piuttosto ne coglie il senso e lo porta alla sua più alta perfezione.

In questo contesto, tocca a me porre adesso due domande:

1. Due questioni preliminari

Prima: come definire in rigorosi termini razionali il rapporto fra le due prassi rappresentate da Ippocrate e dal Buon Samaritano? L'implicita complementarità corrisponde solo a una semplice – benché non casuale – condivisione dei fini da raggiungere? Si tratta di un rapporto estrinseco legato a circostanze contingenti? Oppure è una convergenza fondata su basi solide e durature? Per dirla con un immagine cara a Maritain: il Buon Samaritano potrebbe essere considerato come il berretto che completa il camice ippocratico, un copricapo che in fondo può essere lasciato da parte secondo le circostanze o le convenienze?

Da quanto è stato detto qui nei giorni precedenti, penso che sia stata già data risposta unanime: il modello evangelico non si lascia ridurre a una specie di elemento opzionale, anche se è possibile ignorarlo o relegarlo a un ruolo secondario. Anch'io mi propongo di sostenere questa seconda tesi, poiché la ritengo più conforme a verità della sua contraria[1].

Seconda: proseguendo con l'immagine mutuata da Maritain, sembra ragionevole che, finito l'orario nell'ospedale o nello studio privato, il medico ritorni ad essere un comune cittadino liberandosi dagli indumenti che lo qualificano esternamente. Ora, è possibile e giusto compiere questa operazione anche per quello che i vestiti rappresentano? La domanda punta dritta sull'interrogativo: sino a che punto l'*ethos* medico investe la personalità e ne condiziona il comportamento dell'operatore sanitario?

In un primo momento, il buon senso sembra esigere una risposta a senso unico: il dottore o la dottoressa quando, per esempio, tornano a casa, non si possono intrattenere con la moglie o con il marito e con i figli, recependo le loro confidenze con lo stesso atteggiamento con il quale ascoltano un paziente, non possono osservare i gesti dei suoi cari con l'attenzione analitica con cui esaminano un malato... In casa bisogna appendere il berretto e il camice appena si varca la porta.

Eppure le cose non sono così semplici. È qui che si rende necessario introdurre la categoria antropologica[2].

2. Le categorie come espressioni dell'essere

Il concetto di categoria nel suo significato originale (dal greco κατηγορειν) sta per "dichiarare, manifestare". Le categorie sono modi di esprimere l'essere nell'irriducibile peculiarità e varietà in cui esso si manifesta. Le categorie sottolineano la diversità a livello primordiale, e in questo si contrappongono ai trascendentali che indicano invece i modi di essere comuni a tutti: ogni esistente, per il fatto che esiste, è buono, è vero, ecc. Lasciamo da parte il problema ermeneutico rappresentato da due scuole antitetiche che fanno capo rispettivamente a Aristotele e a Kant. Ci basti stabilire che una categoria antropologica non è altro che l'enunciazione di un modo di essere-uomo.

Vediamo un esempio. Un modello classico di categoria antropologica è quella di padre. Padre infatti nomina un particolare modo di essere e di comportarsi. La paternità nasce e si manifesta in opposizione ad un'altra categoria antropologica che è il figlio. Né padre né figlio sono riconducibili a un'altra vicenda o esperienza precedente. E per questo costituiscono un elemento caratterizzante che differenzia chi è padre o figlio da chi non lo è[2].

Se la dimensione relazionale rende chiari e precisi i contorni delle categorie padre e figlio, tuttavia non basta la semplice relazionalità a conferirgli consistenza. Le relazioni sono molteplici. Chi acquista il giornale stabilisce un rapporto con il giornalaio, ma difficilmente penserà il venditore di giornali come una categoria antropologica. In questo caso i rapporti sono limitati alla prestazione di servizio, qualcosa pertanto di contingente. Una categoria antropologica richiede invece una stabilità, stabilità che è ri-

chiesta e allo stesso tempo garantita dal suo ancoraggio all'essere. Il padre in un certo senso lo è già prima dell'esistenza del figlio e continuerà ad esserlo anche nel caso in cui la malattia porti via il figlio. Si è padre non solamente *operando*, cioè quando si agisce come tale, ma nella struttura ontologica del proprio essere.

Ancora un'ultima osservazione per completare e chiarire quanto sto dicendo. La paternità si può predicare da ogni persona. Ogni uomo, ogni donna, ha una disposizione connaturale verso la paternità o la maternità. Non mi riferisco ovviamente alla potenza procreativa essenziale alla struttura corporale né ancora meno all'effettiva fertilità. Ma piuttosto a una dimensione antropologica, a un vero essere-costituito che non è possibile disattendere senza pagare un caro prezzo. Questo vale anche per coloro che rinunciano a generare altre persone per un motivo superiore. Essi infatti non possono fare a meno di tradurre la categoria antropologica padre/madre in una paternità o maternità spirituale.

3. Il medico come categoria antropologica

Mi sono soffermato su questo modello ben conosciuto a tutti non tanto perché tra medico e padre intercorrono molti elementi comuni[3], ma piuttosto per rendere più chiaro il percorso che intendo seguire per valutare la pertinenza o meno del Buon Samaritano come categoria antropologica. Tuttavia, prima ancora di volgere la nostra attenzione sulla parabola di Cristo, dobbiamo esaminare se il discepolo di Ippocrate ha validi motivi per aspirare a tanto.

Sembra indiscutibile che la figura del medico non sia riconducibile ad un modello precedente. Essa possiede una sua precisa specificità: un modo di essere uomo messo al servizio di altri uomini, in base ha un rapporto di opposizione con la malattia che minaccia la loro umanità e che colloca il soggetto in un'altra categoria: quella del paziente o malato. Resta da vedere l'ancoraggio nell'essere della persona. E sorprendentemente qui ci viene in aiuto la parabola. Non sappiamo chi era il Buon Samaritano. Di certo non era andato a Gerusalemme per motivi né religiosi né turistici. Probabilmente era un commerciante. Dimostra però di conoscere gli elementi delle prime cure. Anzi, applica una terapia e prescrive il ricovero di un ferito grave.

L'esercizio della medicina richiede una preparazione specifica ma ognuno di noi sa che, nel momento più impensato, può trovarsi nella circostanza di doversi improvvisare operatore della salute per il prossimo. C'è in tutti una disponibilità radicale a servire la vita e la salute. Si potrebbe dire che ognuno porta dentro di sé un piccolo dottore. Un altra cosa è se questa presenza è operativa o meno.

Il ruolo del medico adempie dunque tutte quante le condizioni richieste da una vera categoria antropologica. Ma il modello del Buon Samaritano è un modo appropriato per definirla?[4].

4. Struttura antropologica del modello del Buon Samaritano

Le prime indicazioni che emergono da una lettura della parabola puntano il pollice decisamente verso. La domanda rivolta al Signore non riguarda il comportamento da tenere con un malato: che cosa fare per alleviare le sue sofferenze. E ancora meno chiede un consiglio di etica professionale. La domanda solleva il problema: *chi sono le persone che devo amare come me stesso?* chi devo considerare mio *prossimo?* Si dà per scontato che non tutti gli uomini sono degni del mio amore, e pertanto si chiede a Gesù d'indicare i segni o le condizioni che consentono di riconoscere le persone meritevoli di un amore così elevato. La medicina, pertanto, non c'entra.

Inoltre, la risposta del Maestro non è evasiva, non elude l'interrogativo posto, anzi vuole soddisfare esattamente le attese dell'interlocutore. Cristo non intende spostare il discorso sui medici o sulla medicina. Lui vuole mostrare che non ci sono "condizioni" particolari che rendano le persone degne di essere amate: basta il semplice fatto di esistere e di essere incontrate.

Ora, se l'amore non conosce categorie, il soggetto che ama sì: lui può diventare "prossimo" oppure "alieno". Per illustrare questa antinomia la società mette molti esempi a disposizione: un giudice, un facoltoso benefattore, un maestro o una guida, ecc. Tuttavia il Signore sceglie un viaggiatore trovatosi nelle circostanze insolite di dover applicare le prime cure a un moribondo. Senza forzare la parabola, ci sentiamo autorizzati a pensare che il Signore abbia trovato nel gesto di prendere cura di qualcuno in fin di vita un significato particolarmente efficace per enunciare come dovrebbero essere i rapporti fra gli uomini. Il Buon Samaritano realizza un gesto medico e contemporaneamente un segno indicativo d'umanità: l'assistenza al malato, al sofferente, al derelitto.

Il Buon Samaritano rappresenta un modello specifico di comportamento. La parabola parla di un sacerdote e di un levita, proprio con l'intenzione di mettere a confronto questi due con il viaggiatore che viene dietro loro. L'impressione è che l'elenco si poteva allungare – un politico, un soldato, un mercante, uno scriba, ecc. – a costo però di appesantire inutilmente la storia. Basta infatti l'esempio lasciato da due soggetti addetti al culto. Il Vangelo non dà ragione del loro comportamento, anche se potremmo tirare a indovinare[5]. Tuttavia l'importante qui non è il giudizio etico che scusa o condanna l'omissione del sacerdote e del levita, ma il fatto che gli uomini si dividono in due categorie: quelli che sono disposti a diventare "prossimi" e quelli che non lo sono. Ovviamente, per diventare "prossimo" non è indispensabile versare olio e vino né spendere un denaro. Eppure, agendo in questo modo, il Buon Samaritano si fa "prossimo" e contemporaneamente manifesta un modo di essere e di vivere umano in senso pieno.

Per completare queste riflessioni, vorrei ancora richiamare l'attenzione su un tratto chiave di questa categoria antropologica: la capacità di percezione del malcapitato e della sua situazione. Che cosa ha percepito il viaggiatore di Samaria che non abbiano visto gli altri due: l'uomo?, le ferite?, il bisogno?... Tutto questo era più che e-

vidente, in modo tale che il sacerdote e il levita evitano di vedersi coinvolti nella storia. Il Buon Samaritano ha percepito qualcosa di più: ha scoperto nel malato un prossimo, cioè un uomo che va amato come uno ama se stesso, senza condizioni: *si è sentito interpellato da una persona degna di amore infinito.*

5. Risposta ad alcune osservazioni critiche

Non posso concludere queste riflessioni, senza accennare ad alcune considerazioni critiche che sono state sollevate. Mi riferisco in concreto alle osservazioni avanzate bonariamente da Childress[6], uno dei cultori della bioetica più significativi negli Stati Uniti. Questo autore ritiene che il modello del Buon Samaritano sia un modello insufficiente, poiché non dà risposta a tutte le possibili situazioni di rapporto medico-paziente, ed in particolare nel campo dei conflitti fra amore e diritto. La carità che lo porta a curare la vittima non lascerebbe spazio alla giustizia. Anzi, si potrebbe persino dubitare della validità etica del suo comportamento, poiché si dà subito da fare senza informarsi previamente dei desideri, delle preferenze o comunque della volontà dell'interessato. L'atteggiamento del Buon Samaritano sarebbe irrispettoso dell'autonomia di quel povero uomo.

Penso che la critica renda idea della ristrettezza del contesto mentale con il quale Childress – in altri scritti autore attento e rigoroso – si avvicina alla parabola.

Inoltre, l'autore s'interroga su che cosa avrebbe fatto il Buon Samaritano se invece di un solo uomo ferito avessi trovato parecchi altri. Come avrebbe distribuito le proprie risorse: la quantità di vino e di olio disponibile, il denaro per pagare la locanda, ammesso che fosse stato possibile trovare un letto per ciascuno. Anche questo sarebbe un limite, o almeno un problema che rimarrebbe irrisolto.

Infine, continua il nostro critico, non si può neanche prevedere che cosa avrebbe fatto il viaggiatore se, mentre prestava le prime cure alla vittima, i briganti fossero ritornati sulla scena. Li avrebbe assaliti per difendere la vita del suo prossimo e la propria? Oppure avrebbe considerato i banditi come prossimi?

Lasciando da parte il fatto – ignorato da Childress – che quando si sottolinea il primato della carità non per questo necessariamente si nega il ruolo indispensabile della giustizia. Lasciando pure da parte se le sue osservazioni sono pertinenti (e direi proprio di no). Tuttavia è bene tentare di capire la sostanza delle obiezioni, al di là della redazione letterale usata da Childress. A me sembra che la sua lettura non è funzionale alla ricerca di un significato antropologico, ma piuttosto alla formulazione di regole, di soluzioni che risolvano i tanti dilemmi che si pongono oggi fuori e dentro dell'etica medica. Che cosa avrebbe dovuto fare il samaritano se i briganti fossero ritornati sul luogo del delitto? Che cosa deve fare un medico a Sarajevo mentre esplodono le bombe? Queste domande non rientrano più nella categoria specifica della professione: il medico sostanzialmente farà quello che fa un maestro di scuola, il direttore di un pensionato, ecc. La domanda ha senso solo se indirizzata a un militare.

La categoria antropologica rappresentata dal Buon Samaritano non è uno strumento per catalogare la realtà medica in funzione di risultati pratici, ma un modo di enunciare adeguatamente il modo in cui l'umanità, o il programma d'umanità presente in ogni persona, si compie in chi s'impegna professionalmente in una area di straordinaria ricchezza e complessità come è quella della vita e della salute dell'uomo. In fin dei conti, il Buon Samaritano se la cava egregiamente e come medico e come uomo: praticando per caso la medicina, diventa prossimo amando incondizionatamente gli altri come incondizionatamente ama se stesso.

È una categoria antropologica che non finisce mai di stupire.

Mons. IGNACIO CARRASCO DE PAULA
Membro della Pontificia Accademia per la Vita
Professore di Teologia Morale all'Ateneo Romano della Santa Croce
Consultore del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari

[1] Come implicitamente rileva l'enciclica *Evangelium vitae*, Ippocrate, pur essendo pagano, non è riuscito a farsi rispettare da una cultura che nega ogni rapporto fra il divino e l'umano. Infatti, il giuramento ippocratico è stato cancellato dalla maggior parte dei codici di etica medica.

[2] La paternità presuppone un ruolo specifico: quello di aver generato un altro essere umano e aver assunto il compito e la responsabilità di provvedere e curarne la crescita e l'educazione.

[3] Questa vicinanza nasconde un pericolo denunziato dalla critica moderna: il trasferimento *tout court* del modello paterno al ruolo del medico, dando luogo così al tanto deprecato – forse troppo – *paternalismo.*

[4] Le motivazioni che stanno alla base del comportamento del Buon Samaritano non sono sufficienti a fondare una categoria. La carità è la sostanza della parabola. Essa però non è una categoria antropologica, ma una virtù. La carità penetra tutto l'uomo e non un aspetto o un area particolare del suo essere e del suo agire.

[5] Per il sacerdote c'era il rischio di rimanere inabile per il culto.

[6] Vedi J.F. CHILDRESS, *Amore e giustizia nell'etica biomedica cristiana*, in E.E. Shelp (ed.), *Teologia e Bioetica*, Edizioni Dehoniane, Bologna 1989, pp. 355-382.

ANGELO BRUSCO

Il modello del Buon Samaritano nella storia dell'assistenza ospedaliera

Modello compiuto del *Buon Samaritano* è Gesù Cristo, quale ci è presentato non solo dalla parabola di Luca, ma anche dall'insieme dei testi della Sacra Scrittura. Le caratteristiche di tale modello possono essere così riassunte:

– È un guaritore ferito, cioè è una persona capace di fare della propria sofferenza una fonte di guarigione per gli altri. Come afferma il profeta Isaia: "Egli ha portato i nostri affanni, si è addossato i nostri dolori e noi lo abbiamo ritenuto come un castigato, percosso da Dio e umiliato. Egli è stato trafitto per i nostri delitti, schiacciato per le nostre iniquità. Il nostro castigo si abbatté su di lui; per le sue piaghe noi siamo stati guariti" (Is. 53, 4-5).

– Prende l'iniziativa, cioè *va verso* coloro che soffrono.

– È capace di accoglienza e di compassione.

– Non si lascia guidare da pregiudizi dipendenti dalla razza, dalla cultura, dall'appartenenza sociale del malato.

– Fa affidamento sulla comunità per rendere più efficace la propria assistenza all'infermo.

– Nel suo approccio, *salute* e *salvezza* sono strettamente correlati.

– Privilegia i poveri e gli ultimi.

– L'impegno nel servizio al malato giunge fino alla donazione della propria vita.

Com'è stato realizzato lungo i secoli questo modello, incarnato dalla persona e dall'azione di Gesù Cristo?

Ciascuno dei tratti indicati sopra ha trovato una attuazione, almeno parziale, in ogni periodo della storia. Ciò non toglie, tuttavia, che i vari momenti storici abbiano riprodotto alcuni di essi in modo del tutto particolare.

È quanto cercheremo di evidenziare in questa breve relazione.

1. Il periodo precristiano

Nella storia dell'assistenza praticata nelle "Istituzioni sanitarie" durante il periodo che precede la nascita di Cristo, è possibile identificare numerosi tratti del modello del *Buon Samaritano*, appena presentato.

Il guaritore ferito

È nell'antica Grecia che nasce la metafora del "guaritore ferito", per indicare che quanti assistono i malati devono prima prendere coscienza delle proprie ferite e integrarle alla propria esperienza. È da tale processo di auto-guarigione che nascono libertà nell'avvicinarsi all'infermo con compassione e partecipazione alle sue sofferenze.

Eloquente è, a questo riguardo, il mito di Esculapio.

Figlio di Apollo e di Coronide, egli ricevette una ferita prima ancora di nascere. Sua madre, infatti, infedele ad Apollo fu trafitta da una freccia da Artemide mentre era già gravida di Esculapio e condannata a morire bruciata. Quando già si trovava sulla pira, Apollo fece uscire Esculapio dal suo grembo salvandolo dalle fiamme. Il bambino fu affidato al Centauro Chirone, che esercitava l'arte di guaritore, perché lo educasse. Chirone soffriva di una piaga incurabile, infertagli da Ercole. Egli, guaritore bisognoso di guarigione, insegnò ad Esculapio l'arte di guarire, cioè la capacità di trovarsi "a casa" nell'oscurità della sofferenza e di trovare in essa i semi della luce e della guarigione[1].

Senso d'umanità

Negli ospedali greci e romani – gli *asclepiei*, gli *iatreia*, i *valetudinari*, le *medicatrine* – si assiste a manifestazioni toccanti di amore verso il prossimo infermo; si notano esempi di disinteresse uniti alla volontà di abbinare compassione e competenza. Sono presenti anche tentativi di superare la barriera delle classi sociali. L'utilizzazione della religione come mezzo terapeutico trova positivi riscontri. L'influsso dei grandi Ippocrate e Galeno e delle scuole greche di medicina contribuisce a creare una cultura medica e assistenziale in cui vengono sottolineati il concetto di salute integrale, importanti valori morali, quali il rispetto della persona e della sua vita[2].

Nel quadro dell'assistenza greco-romana non mancano, però, aspetti negativi che snaturano il modello del *Buon Samaritano*. Uno dei principali è costituito dall'*utilizzazione non sana della religione.*

Per il suo stretto legame alla religione e per l'inadeguatezza delle conoscenze scientifiche e tecniche della medicina, l'assistenza è spesso influenzata negativamente dalla superstizione, dalla stregoneria, dalla ciarlataneria. I responsabili del culto si trasformano facilmente in manipolatori dei malati, utilizzando le loro sofferenze per i propri vantaggi.

– "I terapeuti traevano dalla loro arte larghi guadagni, sia in danaro che in doni. Esisteva perfino una vera e propria organizzazione commerciale tra i vari asclepei, che erano fra loro confederati. Il cliente malato, un po' credulone, era invitato in un tempio, e poi in un altro, e in un altro ancora, lasciando beneinteso in ciascuno largo contri-

buto di doni e di danaro. Il modo con cui gli astuti terapeuti esercitavano le cure fu oggetto di satira da parte di Luciano nella sua "Bottega del nume" e di Aristofane nella commedia intitolata *Pluto*"[3].

2. Nel periodo cristiano

In un documento del 200 d.C. è possibile cogliere indizi del passaggio dalla cultura pagana a quella cristiana. Si tratta di alcuni versi di un poema sui doveri del medico. Il discepolo di Esculapio, vi si legge: "sarà simile a Dio: salvatore parimenti di schiavi, poveri, ricchi, principi... e, per tutti fratello, darà aiuto. Non odierà nessuno, né albergherà invidia nel suo animo, né gonfierà le sue pretese". Come non cogliere in queste parole l'eco del Vangelo?[4].

Nell'esortazione apostolica *Christifideles Laici* si legge:

"La comunità cristiana ha riscritto, di secolo in secolo, la parabola evangelica del Buon Samaritano, rivelando e comunicando l'amore di guarigione e di consolazione di Gesù Cristo. Ciò è avvenuto mediante la testimonianza della vita religiosa consacrata al servizio degli ammalati e mediante l'infaticabile impegno di tutti gli operatori sanitari" (n. 35).

Di questa riscrizione della parabola evangelica e della conseguente imitazione del modello del Buon Samaritano, distinguiamo diversi periodi, evidenziando i tratti che sono emersi con maggior forza.

a) Fino alla Rivoluzione Francese

È assodato storicamente che fino alla rivoluzione francese, e anche oltre, l'assistenza dei malati si svolge sotto l'impulso della dottrina cristiana. Anche quando governi o altri organismi laici assumono la responsabilità di costruire e gestire ospedali, essi sono guidati dai principi evangelici che trovano la loro concretizzazione più grande nella figura del *Buon Samaritano.*

I tratti emergenti del modello del *Buon Samaritano* durante questo lungo periodo sono i seguenti.

L'ospitalità

Questo tratto evangelico, che è compreso nel significato stesso del termine "ospedale" ha onorato le istituzioni sanitarie. Grandi dottori, come San Giovanni Crisostomo, San Gregorio di Nissa, San Basilio, San Clemente d'Alessandria per l'oriente, Sant'Agostino, Sant'Ambrogio, San Cesario di Arles, San Gregorio il Grande in occidente hanno alimentato la riflessione sul valore dell'ospitalità. Il nome di *Hotel-Dieu* dato agli ospedali di Francia e delle colonie canadesi esprime propriamente il carattere evangelico dell'accoglienza fatta al Signore presente

nei poveri e nei malati.

Notevole impulso all'ospitalità è stato dato dai monasteri, fucine di cultura e di carità. Come non vedere in questo la convergenza della missione cristiana – dei vescovi, dei religiosi e dei laici – con i bisogni dei poveri e dei diseredati?[5].

Un santo, Giovanni di Dio, ha raccolto e praticato il valore dell'accoglienza, facendone il veicolo dell'amore redentivo di Cristo verso chi vive la difficile stagione della povertà o della sofferenza. L'istituto dei Fatebenefratelli, da lui fondato, accanto ai tradizionali voti religiosi, ne ha aggiunto un quarto, quello dell'ospitalità.

L'approccio globale dell'infermo

La considerazione del malato nella totalità del suo essere – corpo, anima e spirito – è radicata nel ministero stesso di Cristo. Essa non è mai stata dimenticata, come modalità di vivere l'atteggiamento del *Samaritano*. Tuttavia vi sono state persone che ne hanno fatto un programma tanto intenso da diventare *capiscuola* in questo settore. Una di queste è San Camillo de Lellis. Canonizzandolo, Benedetto XIV lo ha definito fondatore di una *nuova scuola di carità*. Uno degli aspetti di tale novità è costituito proprio dall'importanza data nel suo progetto assistenziale, a tutti i bisogni della persona ammalata, da quelli fisici, a quelli emotivi, sociali e spirituali.

Non richiama forse l'attenzione il fatto che ai giorni nostri si combatta tanto, a livello di medicina e di nursing, per promuovere l'approccio globale o *olistico* nell'assistenza sanitaria?

Il coinvolgimento emotivo

Se il malato deve essere assistito nella globalità del suo essere, l'operatore sanitario, da parte sua, deve implicarsi con la globalità della propria persona, aggiungendo *cuore* al sapere scientifico e al fare. "Più cuore in quelle mani", era uno degli inviti che rivolgeva al personale sanitario Camillo de Lellis, il quale aveva pure redatto la seguente norma:

"Prima di tutto ognuno domandi grazia al Signore che gli dia un affetto materno verso il suo prossimo, affinché possa servirlo con ogni carità, così nell'anima come nel corpo, perché desideriamo con la grazia di Dio assistere tutti gli infermi con quell'affetto che suole un'amorevole madre verso il suo unico figlio infermo"[6].

E chi potrebbe ignorare l'immenso contributo apportato all'assistenza sanitaria dalla fondazione delle Figlie della carità di San Vincenzo de' Paoli, "tra le prime nella Chiesa a consacrarsi a Dio fuori della clausura?" Seguite, poi, da innumerevoli altri Istituti, soprattutto femminili, esse hanno reso più visibile nella corsie degli ospedali, il volto femminile dell'amore: la tenerezza e la compassione.

Donazione fino al martirio

È questo un tratto del modello del *Buon Samaritano* che ha brillato nella storia dell'assistenza sanitaria. La storia della chiesa annovera un numero elevato di uomini e di

donne che hanno sacrificato la vita assistendo malati contagiosi, mostrando che "la dedizione fino al martirio è uno degli aspetti qualificanti dell'indole profetica della vita cristiana e in particolare della vita religiosa"[7]. La peste del 251 in cui si è distinto San Cipriano, quella che ha devastato mezza Europa nel Medioevo, l'epidemia che ha visto come protagonista San Carlo Borromeo nel secolo XVI, le numerose insorgenze di malattie infettive... hanno mietuto centinaia di credenti, i quali hanno visto nel servizio assunto anche con rischio di vita, la possibilità di realizzare la propria vocazione umana e cristiana, ad esempio di Cristo, divino samaritano, medico delle anime e dei corpi.

Alcune difformità dal modello del *Buon Samaritano* sono facilmente riscontrabili in questo periodo.

Decadenza di molte strutture ospedaliere

Le cause sono da vedere nella mala amministrazione, nella corruzione e nel venir meno degli alti ideali che avevano ispirato la costruzione degli ospedali. Infatti, il trapasso culturale dal medioevo al rinascimento non è stato senza influssi negativi sulla scala di valori che guidavano l'assistenza sanitaria, come appare da alcune descrizioni di quanto avveniva negli ospedali romani del secolo XVI.

Mancanza di rispetto delle convinzioni religiose e morali dei malati

Essi erano obbligati a ricevere i sacramenti come condizione preliminare alla recezione delle cure. Pochi sono stati i casi di opposizione a questa disciplina (San Camillo ne è uno) che, purtroppo, è resistita fino al secolo XIX negli ospedali gestiti dalla Chiesa.

Crisi dell'assistenza spirituale

Essa si verifica soprattutto nei secoli XVI-XVII-XVIII e XIX, ed è riscontrabile anche negli istituti sanitari gestiti dagli Ordini ospedalieri. L'ospedale diventa un luogo rifuggito dai sacerdoti.

"Gli ospedali – scrive uno storico del 600 – erano così aborriti e abbominati dagli uomini di qualche condizione ch'appena si ritrovavano sacerdoti che vi volessero stare neanche per buona e grossa mercede che fusse loro offerta. Onde più volte erano forzati i rev.mi Vescovi e altri Signori degli Hospitali servirsi della feccia del mondo, cioè di ministri ignoranti, banditi o inquisiti di alcun delitto confinandoli per penitenza o castigo dentro suddetti luoghi"[8]. Questa testimonianza si trova ripetuta anche da autori dei secoli seguenti[9].

b. Dalla Rivoluzione Francese ad oggi

L'illuminismo ha portato a gran-

di riforme nel campo sanitario. Esse sono tributarie, in gran parte, del processo di laicizzazione degli ospedali che, sebbene non sconosciuta nel passato, assume in questo periodo un impulso irreversibile, sollecitando l'assunzione delle responsabilità sanitarie da parte dello stato. Contrariamente a quanto era avvenuto nei periodi precedenti, con l'illuminismo e soprattutto con la rivoluzione francese, la laicizzazione delle istituzioni sanitarie significava anche una dissociazione dalla visione cristiana dell'uomo. Il sogno illuministico di debellare malattia e morte è entrato nella cultura del mondo sanitario moderno, alimentato dai progressi enormi della scienza e della tecnologia medica, creando grandi speranze ma anche grandi drammatiche delusioni.

Com'è stato e com'è vissuto il modello del *Buon Samaritano* in questo periodo? I tratti principali sono i seguenti.

La tecnica come strumento di carità

Non vi sono dubbi che lo scopo manifesto della tecnologia è umanizzante. Basti pensare alla possibilità di prolungare la vita, di alleviare le sofferenze, di migliorare la qualità del funzionamento sociale delle persone. L'impiego di apparecchi sempre più sofisticati offre ai pazienti nuove possibilità di guarigione, un numero accresciuto di alternative, una più grande possibilità di comunicazione. In questo senso la tecnica può essere considerata un veicolo moderno ed efficace di umanitarismo e di carità, come ben appare nella Costituzione delle Figlie della carità di San Vincenzo de' Paoli. È chiaro, quindi, che il *Buon Samaritano* dei tempi moderni abita anche nei *nuovi templi* della tecnologia medica, *cooperando* con l'azione creatrice e redentrice del Signore.

Razionalità nell'amministrazione

L'organizzazione razionale del lavoro ha favorito un reale progresso umano e una buona amministrazione di una istituzione sanitaria è espressione di genuina carità. Significativo è l'esempio dei grandi santi ospedalieri. San Giovanni di Dio, congedato dall'ospedale in cui era stato ricoverato "ne fonda uno lui, alternativo alla struttura pubblica non per farle concorrenza, ma per dimostrare nei fatti come si assicuri a tutti un'assistenza degna della persona umana, basata sulla competenza, sulla solidarietà a servizio dell'amore. La sua gestione segue criteri nuovi e aggiornati, alcuni anche in notevole anticipo sui tempi"[10]. La stessa impressione si ha leggendo gli *Ordini e modi che si hanno da tenere negli hospitali in servire gli poveri infermi* di San Camillo[11].

L'amministratore moderno è *Buon Samaritano* quando, – con l'ufficio zeppo di "carte, di pratiche, di macchine oggi sempre più sofisticate" – sa conservare nel cuore lo spirito di donazione ed avere la certezza fortificante di avere al centro della propria opera il Cristo presente nel malato. Quando è portato, in una costante tensione

spirituale, a porsi i seguenti interrogativi:

"L'opera risponde veramente ai bisogni attuali? Quale può essere l'incidenza dei criteri umani del profitto e del prestigio di fronte a quelli di un sano criterio di realismo non scevro dalla misura di affidamento alla Provvidenza? In che modo si traduce in atto la scelta ecclesiale verso i poveri e gli emarginati che non indulge a discriminazioni. La conduzione dell'opera nell'aspetto amministrativo è giusta e insieme aperta alla misericordia come considerazione della complessa problematica umana? È esemplare e costruttiva per il presente e per il futuro? È inserita nella comunità ecclesiale? Mantiene retti rapporti con l'insieme delle iniziative parallele? Si conserva chiaro il senso della provvisorietà di tutto ciò che è umano?"[12].

Umanizzazione

Il *Buon Samaritano* dei tempi moderni sviluppa la sua missione umanizzando il mondo della salute e della sofferenza[12]. Se, infatti, il progresso scientifico e tecnico della medicina e delle scienze amministrative ha portato tanti vantaggi, esso ha anche causato e causa gravi inconvenienti.

Il versante problematico della tecnica applicata alla cura e all'assistenza sanitaria, sta nel fatto che essa può portare a trascurare l'uomo proprio mentre tende a curarlo. Potremmo pensare, per esempio, a tutto ciò che si riferisce al tema dell'accanimento terapeutico: da una parte c'è l'utilizzazione delle tecniche più avanzate per mantenere il paziente in vita e, dall'altra, una disattenzione del valore della dignità e del rispetto della persona.

Un altro esempio si trova osservando che spesso la sofferenza è trattata in modo puramente tecnico, cioè senza considerare che essa è vissuta da una persona che ne risente le ripercussioni a tutti i livelli dell'essere. Si cura la malattia ma non l'uomo, per cui la considerazione sanitaria a volte si limita ad essere unicamente una considerazione clinica, spesso asettica, fredda e distante.

E per quanto riguarda l'amministrazione sanitaria basti pensare alla burocratizzazione dei sistemi di servizio che ingenera facilmente apatia, routine, resistenza al cambiamento, errori nella comunicazione. Le stesse divisioni del lavoro e la standardizzazione del comportamento, utili a produrre efficienza, quando sono esasperate come spesso avviene a causa anche delle spinte delle esigenze sindacali, rendono difficile rispondere in maniera personalizzata ai problemi del malato, che sono individualizzati al massimo per il loro carattere critico e la loro risonanza affettiva. La burocratizzazione dei servizi, per esempio, ha contribuito ad un pas-

saggio da una predominanza di relazioni primarie, familiari, ad una preponderanza di relazioni funzionali sempre più impersonali. Nella relazione funzionale l'altro non è visto come persona, ma semplicemente come uno che presta o che riceve dei servizi. L'attaccamento, l'interesse e l'amore tendono ad essere sostituiti dalle regole fredde del contratto di lavoro. Sembra di poter dire che la compassione, l'identificazione con coloro che soffrono, il coinvolgimento personale non siano incoraggiati dal sistema dei servizi sanitari. Viene da domandarsi fino a che punto la macchina amministrativa possa essere animata da valori umani.

Sono significative le parole di un'amministratrice:

"Da tempo si va proclamando, e giustamente, la necessità di umanizzare l'assistenza ospedaliera, ma ci si può domandare se è entrata nella riflessione anche l'*umanizzazione* dell'amministrazione ospedaliera. Chi lavora a contatto diretto con il sofferente è, generalmente, facilitato nello scoprire le forme disumane del proprio comportamento. Chi lavora in amministrazione corre di più il pericolo di quantificare i malati, di ragionare più in termini di posti letto e porzioni mensa che di *persone nella sofferenza*, di assolutizzare il proprio ruolo e chiudersi al rinnovamento, al dialogo, alla collaborazione"[13].

Umanizzata, l'amministrazione può diventare fonte d'umanizzazione.

"Fa parte, infatti, dell'amministrazione sana e umanizzante il sostegno della carica d'umanità che deve animare tutti i collaboratori, soprattutto nelle occasioni in cui sia necessario creare un clima di collaborazione, rispettare diversità di opinioni, lavorare in gruppo. Umanità crea umanità e dall'amministrazione del religioso dovrebbe essere favorito quel flusso di umanità e di affetto che raggiungerà come suo termine il paziente e il suo ambiente".

Come non ricordare un ritornello cantato dai genovesi alla morte di Santa Caterina da Genova: "Ma guarda: a Genova – un santo tra gli amministratori. Allora c'è una possibilità anche per noi, nevvero?" La santa, vissuta nella seconda metà del secolo XV, aveva trascorso gran parte dei suoi anni al servizio dei poveri, diventando pure amministratrice del famoso ospedale genovese, il *Pammatone.*

La difesa della vita e della persona

Nell'enciclica *Evangelium vitae* è ben illustrato questo tratto del *Buon Samaritano* dei tempi moderni. Egli si batte perché nel mondo sanitario la logica tecnica non prevalga sulla logica etica, perché la vita sia rispettata dal concepimento fino al suo termine naturale, perché venga rispettata la dignità della fragilità umana, quale appare quando l'uomo è colpito da male fisico o psichico. Il dolore, la malattia e la morte, fanno parte della vita; non c'è crescita senza sofferenza che può essere trasformata in occasione di crescita.

La dimensione etica del servizio

alla vita e al malato non si limita al settore della ricerca, ma si estende a quelli dell'assistenza, a livello sia sanitario che amministrativo. L'amministrazione, infatti, è chiamata a ispirarsi ai valori morali della giustizia, equità, rispetto dei malati e dei dipendenti, investimento e distribuzione delle risorse...

Evangelizzazione: salute e salvezza

Il passaggio da una società cristianamente compatta ad una società culturalmente, eticamente e religiosamente pluralista, ha messo in risalto in maniera più acuta la necessità di abbinare efficacemente salute e salvezza, sull'esempio di Cristo. Le istituzioni sanitarie cristiane e le associazioni dei professionisti della salute hanno l'obiettivo di promuovere una salute integrale, che raggiunga anche la dimensione della trascendenza. Chi potrebbe sottovalutare l'importanza di questo aspetto del *Buon Samaritano?*

Dalla parte dei poveri e degli ultimi

Questo tratto del *Buon Samaritano* è sempre stato presente nella storia. Fa parte della missione dell'uomo, non solo della Chiesa. Per i credenti, si tratta d'un imperativo ineludibile, elemento integrante della fede. Nei tempi moderni, esso assume un rilievo particolare per le grandi ingiustizie che impediscono una ripartizione equa delle possibilità di salute. Sempre più grande è sulle strade del progresso il numero degli emarginati, vittime dell'egoismo, della violenza e dell'ingiustizia. I loro nomi sono vari: lebbrosi, infermi di Aids, drogati, morenti, malati cronici... Su quest'umanità sofferente si piegano tanti *buoni samaritani*, professionisti e volontari. Madre Teresa di Calcutta è un nome che ne riassume molti.

Conclusione

Quali saranno i tratti dominanti del *buon samaritano* nell'epoca post-moderna, caratterizzata dal pensiero debole, portata a banalizzare realtà e avvenimenti, quali la nascita e la morte, restia ad accettare il dolore come componente dell'esperienza umana, ma anche ricca di tante risorse positive, quali la solidarietà e la sete di un mondo migliore?[15].

La risposta sta nella componente essenziale del modello del *Buon Samaritano:* l'amore. A tale atteggiamento della mente e del cuore sono chiamati tutti, come ben sottolinea la già ricordata esortazione apostolica *Christifideles Laici.*

"Oggi, anche negli stessi ospedali e case di cura cattolici si fa sempre più numerosa e talvolta anche totale ed esclusiva, la presenza dei fedeli laici, uomini e donne: proprio loro, medici, infermieri, altri operatori della salute, volontari, sono chiamati ad essere l'immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore verso i malati e i sofferenti" (n. 53).

P. ANGELO BRUSCO, M.I.
Superiore Generale dei Clerici Regolari Ministri degli Infermi (Camilliani), Italia
Membro del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari

[1] Cfr. BRUSCO A., *Vulnerabilità personale e servizio agli infermi,* in "Camillianum", 8 (1993), pp. 223-242.
[2] Cfr. CASERA D., *Chiesa e salute,* Ancora, Milano, 1991, pp. 9-14.
[3] CASERA A., *L'ospedale e l'assistenza ai malati nel corso dei secoli,* Salcom, Varese, 1990, p. 21.
[4] BOTTURA G., *Il giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia,* Riuniti, Roma, 1986, p. 29.
[5] Cfr. CASERA D., op.cit., p. 63.
[6] VANTI M., *Gli Scritti di San Camillo,* Roma, 1952.
[7] Lettera del Card. A. Sodano al Superiore generale P. Angelo Brusco in occasione della istituzione della *Giornata dei religiosi camilliani, martiri della carità,* Osservatore Romano, 26 maggio 1995.
[8] CICATELLI S., *Vita di San Camillo de Lellis,* Viterbo 1615, p. 86.
[9] BRUSCO A., *P. Camillo Cesare Bresciani, Il Pio Samaritano,* Milano, 1972, p. 62.
[10] CASERA D., op.cit., p. 89.
[11] VANTI M., *o.c.,* pp. 52-77.
[12] BRUSCO A. (a cura di), *Religiose nel mondo della salute,* Camilliane, Torino, 1993, p. 183.
[13] Cfr. per questo argomento: BRUSCO A., *Umanità per gli ospedali,* Salcom, Varese, 1983.
[14] BRUSCO A. (a cura di), *Religiose...,* p. 184.
[15] Cfr. AA.VV., *Coscienza etica e mondo della salute,* Camillianum, Roma, 1991.

J. AUGUSTINE DI NOIA

Le virtù del Buon Samaritano: l'etica dell'assistenza sanitaria nella prospettiva di una rinnovata teologia morale

La formulazione del tema che mi è stato assegnato è significativo: non è solo la *condotta* del Buon Samaritano che c'interessa qui, ma le *virtù* sottostanti di quella condotta.

Questa formulazione segnala un cambiamento nelle concezioni prevalenti della teologia morale e quindi anche nell'etica del servizio sanitario. Nei termini più semplici, è un cambiamento da un precetto-centrato a un'etica virtù-centrata. Parzialmente, questo cambiamento riflette sviluppi nell'etica filosofica e, nell'ambiente della stessa teologia morale cattolica, un ricupero delle ricchezze della tradizione biblica, patristica e delle fonti altamente studiose[1]. Ma uno slancio più importante per questo cambiamento è venuto dalla rinnovata teologia morale proposta dal Magisterio della Chiesa nell'enciclica *Veritatis Splendor* e nel *Catechismo della Chiesa Cattolica*. I teologi moralisti della Chiesa e i bioetici sono invitati a collocare le discussioni della rettitudine o la colpevolezza delle condotte particolari nel contesto più ampio del bene morale e il suo inseguimento. In questa presentazione cercherò d'identificare la natura di questo cambiamento e d'indicare qualcosa del suo impatto nell'etica del servizio sanitario.

Nel campo dell'etica del servizio sanitario, come negli altri aspetti della vita, noi siamo familiari con la domanda: "Cosa devo fare per agire moralmente in questa o quella situazione?". Ma la domanda più radicale, "perché affatto essere morali?" non ce la poniamo spesso. Strutturando la questione dell'etica del servizio sanitario precisamente nei termini delle virtù del Buon Samaritano, gli organizzatori di questa conferenza c'incitano a sfidare ciò che propone la domanda "perché affatto essere morali?", e perlomeno delineare come la nostra risposta potrebbe strutturare il nostro approccio ad un'altra domanda: "Cosa dovrei fare per agire moralmente in questa o quella situazione di servizio sanitario?".

L'enciclica *Veritatis Splendor* è singolare tra i documenti recenti del Magistero nell'occuparsi della domanda più radicale, "perché affatto essere morali?". Nell'indirizzare questa domanda, l'enciclica segna una svolta critica nel rinnovamento della teologia morale iniziata dal Concilio Vaticano II[2]. Mettendo da parte sia la legalità della teologia morale del passato sia i suoi rimedi rappezzati promossi da alcune teorie morali recenti, il Santo Padre c'invita a considerare la vita morale in un modo nuovo e forse anche poco conosciuto. *Veritatis Splendor* argomenta che, nell'autentico insegnamento cattolico, l'ubbidienza alla legge morale ha il suo proprio significato solo nella contestazione della divina rivelazione alla comunione trinitaria e, diretta da quella comunione, la nostra trasformazione nell'immagine di Cristo. Se non è una rivoluzione, l'enciclica certamente segnala uno svolgimento critico nel pensiero morale cattolico – come vedremo – con conseguenze cruciali per l'etica cattolica del servizio sanitario[3].

La domanda, "cosa devo fare per agire moralmente in questa o quella situazione?" è trasposta nell'enciclica ad un livello definito da un'altra domanda, "che cosa buona devo fare per avere la vita eterna?". La vita eterna è niente meno che una partecipazione nel Bene supremo, il bene della comunione divina condivisa dal Padre, dal Figlio e dallo Spirito Santo. La vita morale – la vita in Cristo – comporta una trasformazione graduale nel quale noi diventiamo buoni nella ricerca della bontà. La bontà che noi cerchiamo è così un bene personale complesso. È il bene dell'unione personale col Padre, per il Figlio, e nello Spirito Santo. Con Cristo, come il modello e il principio di questa trasformazione, la vita morale è una questione d'adattamento graduale per la vita della comunione trinitaria, già incominciata dal battesimo e che sarà consumata nella vita futura[4].

Il *Catechismo della Chiesa Cattolica* segue l'enciclica nell'insegnarci che la vita morale è niente meno che la vita di Cristo. La discussione del Catechismo sui dieci comandamenti è preliminata e permeata dalla sua spiegazione dei principi della vita morale che, in realtà, costituisce una elaboratissima risposta alla domanda, "perché affatto essere morali?". Entrambi, il Catechismo e *Veritatis Splendor,* formano la loro risposta a questa domanda nei termini di comunione col Dio triune e la trasformazione in Cristo. Insieme mettono l'ubbidienza alla legge divina nel suo proprio contesto personalistico. Come tale, la vita morale non può mai essere ridotta all'osservanza della legge, ma dev'essere vista come la ricerca del bene che la legge divina assicura e convalida. L'errore della teologia morale in una vena legalistica è stato il perdere di vista

questa profonda verità dell'autentica tradizione morale cattolica, ritrovata e proposta rigorosamente da *Veritatis Splendor* e il *Catechismo della Chiesa Cattolica*.

Una semplice analogia ci aiuterà a vedere il contrasto tra le concezioni legalistiche e personalistiche della vita morale che sono il punto in discussione qui. Supponiamo che, nel corso di preparare il pranzo, uno dei vostri bambini viene in cucina mangiando dei biscotti, e voi dite: "Non mangiare i biscotti!". Quando il bambino chiede: "Mamma, perché no?". perlomeno due risposte vi sono disponibili. Da una parte, la risposta potrebbe essere: "Sono tua madre e io faccio le regole in questa casa. Qui non mangiamo biscotti prima di pranzo". Un'altra risposta potrebbe essere: "Se tu mangi quei biscotti, rovinerai il tuo appetito e non potrai gustare il tuo pranzo preferito". La prima risposta appella alla vostra autorità come un legislatore e ai precetti che voi ingiungete. Invece il secondo appella al benessere del bambino. Attendendo solamente al logico dell'argomento morale (e non ai principi dell'allevamento dei bambini!), nella prima risposta il punto in discussione è l'osservanza o la trasgressione di un precetto. Nella seconda, è l'accoglienza o il rifiuto di un bene morale.

Entrambi, *Veritatis Splendor* e il *Catechismo della Chiesa Cattolica*, propongono una rinnovata teologia morale in cui le categorie centrali della vita morale non sono quello che è permesso o vietato, ma il bene ed il male. La legge divina vieta quello che a noi ci fa sempre male (ad es., azioni intrinsecamente cattive), e comanda quello che ci rende buoni. In ogni azione, in certe più che in altre, noi cerchiamo il bene o no. E attraverso ogni azione, in certe più che in altre, noi diventiamo buoni o no. La virtù cresce in noi, o, nella sua assenza, il vizio. In questa prospettiva le nostre azioni sono giuste o ingiuste, e attirano lode o accusa, perché sono buone o cattive e non viceversa. Non è l'adempimento di un dovere o un'obbligo come tale che ci rende buoni - perché allora l'unica virtù sarebbe l'ubbidienza - ma l'insegnamento del bene morale raccomandato dal dovere e l'obbligo. La vita morale è una vita trasformata o trasfigurata nella quale le virtù morali e teologiche giocano un ruolo centrale. Secondo l'immagine di Cristo e per la grazia della Sua incarnazione, passione, morte e resurrezione, noi siamo cambiati nel nostro profondo essere e riceviamo pieni poteri di vivere e agire nel modo di figli e figlie adottati che condividono la vita col Dio triune. Il bene che dobbiamo cercare e diventare è così un bene radicalmente personale, quello di una capacità per la comunione dell'amore trinitario abilitata dalla grazia[5].

Possiamo incominciare a vedere, dunque, che la discussione delle virtù del Buon Samaritano individua l'agenda centrale del servizio sanitario cattolico precisamente dentro la struttura della rinnovata teologia morale promossa dal Magisterio.

La stessa parabola del Buon Samaritano c'incoraggia a pensare in questo modo (Lc. 10, 29-37). Consideriamo un lineamento della parabola che a volte ci sfugge. Il dottore della legge chiede, "Chi è il mio prossimo?" e Gesù gli rispose con un racconto. Ma, alla fine del racconto, chiaramente il Signore è preoccupato di una domanda molto differente da quella posta dal dottore della legge. La domanda di Cristo non è, "chi è il mio prossimo?", ma, "chi di questi tre ti sembra sia stato il prossimo di colui che è incappato nei briganti?", cioè, cosa significa essere il prossimo?

Certamente, c'è ogni ragione di supporre (come verifica la tradizione) che il Signore vuole farci capire che ogni persona bisognosa è il nostro prossimo. Ma la parabola stessa offre una descrizione del significato di *essere* un prossimo e di *agire* da buon vicino con un'altra persona. La domanda del dottore della legge, "chi è il mio prossimo?", contiene una certa nota teorica, infatti, auto-giustificante, come S. Luca suggerisce, ed esplicita un modo di riflettere che può rinviare invece di ispirare l'azione: "è lei il mio prossimo?", "colui di là, è lui il mio prossimo?", eccetera. Ma Cristo non l'ammette affatto. Lui chiede: "Chi di questi sembra sia stato il prossimo?". In questo modo sfida il dottore della legge – e noi – a guardare, non intorno a noi gli altri, ma noi stessi, per determinare se noi capiamo e possediamo caratteristici personali che ci farebbero agire da buon vicino qualunque siano le circostanze[6].

Le azioni del Samaritano nel racconto ci dicono qualcosa del suo carattere, e così qualcosa sulle virtù che costituiscono i rapporti di buona vicinanza. Cosa significa non solo *agire* come un prossimo ma *esserlo*? La condotta del Samaritano nel curare l'uomo incappato nei briganti è corretto e anche supererogatorio, come hanno notato i bioetici[7]. Ma la spontaneità e il riguardo della sua condotta suggeriscono qualcosa più profonda. Mostrano una disposizione sviluppata o stabilita nell'agire con coraggio, compassione e giustizia nelle situazioni come questa che l'affrontano. Così la parabola esemplifica i caratteristici principali che, secondo la teologia morale classica, indicano un'azione virtuosa: prontezza a fare il bene, facilità nel farlo, e soddisfazione nel suo adempimento[8].

Conseguentemente, le parole finali di Cristo, "Va' e anche tu fa' lo stesso", – che danno il tema a questa conferenza – devono essere capite come una ricetta, non solo per l'agire, ma per la conversio-

ne e trasformazione personale rendendoci capaci di fare lo stesso. Dobbiamo diventare come il Buon Samaritano affinché potremo agire come lui nelle circostanze che si presentano nella parabola. Non è solamente la sua condotta che dobbiamo imitare, ma le sue virtù.

Forse non c'è un altro brano nella Scrittura che ha servito come una potente fonte d'ispirazione per l'assistenza sanitaria come la parabola del Buon Samaritano – a tal punto che, come ha scritto il Santo Padre nel *Salvifici Doloris*, "è diventato uno degli elementi essenziali della cultura morale e la civiltà universale umana"[9]. Tuttavia, come dice di nuovo il Santo Padre nello stesso brano, a causa del suo specifico concetto evangelico, la parabola ci fa pensare alla professione dei lavoratori dell'assistenza sanitaria come una vera vocazione. Durante la storia di questa grande professione, tra i cattolici e i cristiani generalmente, è stato sempre chiaro che la possibilità di abbracciare la vocazione del Buon Samaritano dipende in gran parte da una trasformazione personale[10].

Forse presupponendo questo concetto cristiano sottolineato della vocazione dell'assistenza sanitaria, la bioetica moderna gli ha dato poco riferimento specifico e ha concentrato piuttosto sull'etica di far decisioni nei particolari e, per ammissione, situazioni difficili che ogni giorno confrontano la professione del servizio sanitario. Ma la luce di una rinnovata teologia morale dev'essere fatta per risplendere sulla bioetica[11]. L'azione morale nel campo dell'assistenza sanitaria richiede non solo una conoscenza completa delle informazioni biologiche e tecniche, e le norme pertinenti dell'etica, ma anche la disposizione interiore di applicarli per il benessere del paziente come per il bene della professione. Infatti, come ha insistito la tradizione dell'assistenza sanitaria cattolica, il benessere del paziente dipende dalla bontà del professionista. Le virtù della fedeltà alla fiducia, la compassione, la prudenza, la giustizia, la fortitudine, la temperanza, l'integrità, e il mettersi in disparte, sono cruciali alla formazione delle disposizioni necessarie per un professionista dell'assistenza sanitaria per condursi in un modo consistente con la piena visione della vita morale che è ingrediente nel Vangelo ed esemplificato nella condotta del Buon Samaritano[12]. Entrambi il paziente e il professionista sono abbracciati dall'invito al destino della comunione suprema, e le decisioni etiche nel settore dell'assistenza sanitaria hanno il significato più profondo nel contesto della ricerca di quest'ultimo bene.

Ma anche una breve discussione del significato del Buon Samaritano per l'etica dell'assistenza sanitaria rimarrebbe seriamente deficiente se se non tenesse conto della lettura allegorica di questa parabola, favorita da molti commentatori patristici e scolastici, e rinnovata da alcuni teologi recenti[13]. Secondo questa lettura, il Buon Samaritano è Cristo, e noi siamo come l'uomo incappato nei briganti. Costruita in questo modo, la parabola c'insegna che, a causa della salvezza compiuta per noi da Cristo quando noi eravamo perduti, la coltivazione e la pratica delle virtù del Buon Samaritano in noi dipende radicalmente dalla grazia di Cristo.

Questa comprensione della parabola del Buon Samaritano è consistente con la rinnovata teologia morale comandata a noi da *Veritatis Splendor* e il Catechismo. Completa il nostro tentativo di dimostrare che nel campo dell'assistenza sanitaria, così come in tutte le sezioni della teologia morale, noi dobbiamo essere in grado di rispondere alla domanda, "perché affatto essere morali?" per avere una completa risposta cristiana alla domanda, "cosa devo fare per agire moralmente in questa o quella situazione?" Perché, se la vita morale è la vita trasfigurata, allora il suo modello e principio non è altro che il Cristo crocifisso, risorto e glorificato. La libertà di poter abbracciare il bene in ogni occasione di azione e durante il corso di molte occasioni di azioni dipende nella trasformazione della nostra natura e la conquista dei nostri peccati, ciò che sono l'azione di Cristo in noi. La nostra partecipazione nel bene finale della comunione dell'amore trinitario dipende, ultimamente, dalla nostra conformità al Figlio unico, così che, quando il Padre riconosce le virtù del Buon Samaritano in noi, lui "vedrà e amerà in noi quello che vede e ama in Cristo" (Prefazio XII, Domenica del Tempo Ordinario).

P. J. AUGUSTINE DI NOIA, O.P.
Direttore Esecutivo del Segretariato per la Dottrina e le Pratiche Pastorali, Editore di "The Thomist", Washington (U.S.A.)

[1] Per una profonda analisi di questo ricupero, cfr. SERVAIS PINCKAERS, O.P., *The Sources of Christian Ethics* (Washington, D.C.: Catholic University of America Press, 1995).

[2] Secondo il Concilio Vaticano II, il Decreta *Optatum Totius*, n. 16: "Una cura speciale dev'essere data al perfezionamento della teologia morale. La sua presentazione scientifica deve estrarre più pienamente sull'insegnamento della Sacra Scrittura e dovrebbe spiegare la vocazione esaltata dei fedeli in Cristo e la loro obbligazione di produrre frutti di carità per la vita del mondo".

[3] Per l'importanza di *Veritatis Splendor* per il rinnovamento della teologia morale cattolica, cfr. ROMANUS CESSARIO, O.P., *"Moral Absolutes in the Civilization of Love", Crisis*, maggio 1995, 18-23. Per una lettura completa che mette in relazione l'enciclica agli sviluppi dell'etica , cfr. ALASDAIR MACINTYRE, *How Can We Learn What Veritatis Splendor Has To Teach?, The Thomist* 58 (1994), 171-95. Per l'elucidazione di temi centrali nell'enciclica, cfr. RUSSELL HITTINGER, *Natural Law as "Law": Reflections on the Occasion of Veritatis Splendor, The American Journal of Jurisprudence 39* (1994), 1 - 32; MARTIN RHONHEIMER, *"Intrinsically Evil Acts" and the Moral Viewpoint: Clarifying a*

Central Teaching of Veritatis Splendor, The Thomist 58 (1994), 1 - 39. Per una analisi di teorie morali criticate dall'enciclica, cfr. WILLIAM E. MAY, *Theologians and Theologies in the Encyclical, Anthropotes 10* (1994), 39 - 59. Per dibattito sull'enciclica, cfr., per es., RICHARD A. MCCORMICK, *Some Early Reactions to Veritatis Splendor, Theological Studies 55* (1994), 481 - 506, e la risposta di MARTIN RHONHEIMER, *Intentional Actions and the Meaning of Object: A Reply to Richard McCormick, The Thomist* 59 (1995), 279 - 311. Per antologie attendibili, cfr. la raccolta di componimenti nel *Communio,* estate 1994, e RAMON LUCAS LUCAS, ed., *Veritatis Splendor:* Testo Integrale Commento Filosofico-Teologico (Milano: Edizioni San Paolo, 1994).

[4] Per un discorso più completo del seguente, cfr. J. A. DI NOIA, O.P., *Veritatis Splendor: Moral Life as Transfigured Life,* nel RUSSELL E. SMITH, ed., *Faith and Challenges to the Family* (Braintree, Mass.: Pope John Center, 1994), 251 - 61.

[5] Per una discussione luminosa della teologia morale in questa prospettiva rinnovata, cfr. ROMANUS CESSARIO, O.P., *The Moral Virtues and Theological Ethics* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1991).

[6] Cfr. CESLAUS SPICQ, O.P., *The Charity of the Good Samaritan,* nel *Contemporary New Testament Studies,* ed. M.R. Ryan, (Collegeville: Liturgical Press, 1965), 218 - 24. Per un commento standard sulla parabola, cfr. JOSEPH A. FITZMYER, S.J., *The Gospel According to Luke* (X - XXIV) (Garden City, New York: Doubleday, 1985), 882 - 90.

[7] Per una discussione tipica, cfr. DAVID HEYD, *Obligation and Supererogation, nell'Encyclopedia of Bioethics* (New York: Macmillan, 1995), IV: 1833 - 38.

[8] Per una discussione di questi caratteristici, cfr. YVES R. SIMON, *The Definition of Moral Virtue* (New York: Fordham University Press, 1986), spec. capitoli 2-4.

[9] Papa GIOVANNI PAOLO II, *On the Christian Meaning of Human Suffering,* (Washington, DC: United States Catholic Conference, 1984, 29 (p. 36). Per una discussione eccellente dell'influenza penetrante della parabola, cfr. ROBERT WUTHNOW, *Acts of Compassion* (Princeton: Princeton University Press, 1991), cap. 6. Per il suo impatto potenziale sul dibattito dell'assistenza sanitaria, cfr. RONALD F. THIEMANN, *Religion in American Public Life* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1995), cap. 7.

[10] Per la persistenza di questo tema, anche quando la parabola non è invocata specificamente, cfr. specialmente i saggi di DARREL W. AMUNDSEN e MARVIN O'CONNELL nel *Caring and Curing: Health and Medicine in the Western Religious Traditions,* editori Ronald L. Numbers & D. W. Amundsen (New York: McMillan, 1986), 40 - 145; e anche, CHRISTOPHER J. KAUFFMAN, *Ministry and Meaning: A Religious History of Catholic Health Care in the United States* (New York: Crossroad, 1995), *passim.*

[11] Cfr. BENEDICT ASHLEY, O.P., *Does "The Splendor of Truth" Shine on Bioethics?,* in *Ethics and Medics* (gennaio 1994), 3 - 4; ROMANUS CESSARIO, O.P., *From Casuistry to Virtue-Ethics,* in *Ethics and Medics* (ottobre 1994), 1 - 2.

[12] Cfr. EDMUND D. PELLEGRINO, *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions,* Kennedy Institute of Ethics Journal 5 (1995), 253 - 77. Cfr. anche Edmund D. Pellegrino & David C. Thomasma, For the Patient's Good (New York: Oxford University Press, 1988), spec; cap. 9, e The Virtues in Medical Practice (New York: Oxford University Press, 1991). Per un trattamento complementare ma distinto da questo punto in discussione, cfr. James F. Childress, "Love and Justice in Christian Biomedical Ethics", nella Theology and Bioethics, ed. Earl E. Shelp (Dordrecht: Reidel, 1985), 225 - 43, e Gilbert Meilaender, "Are There Virtues Inherent in a Profession?" in Ethics, Trust and the Professions, ed. Edmund D. Pellegrino, et al. (Washington, DC: Georgetown University Press, 1991), 139 - 55. Sulla distinzione della compassione cristiana, cfr. Edmund Pellegrino, "The Moral Status of Compassion in Bioethics", Ethics and Medics (ottobre 1995), 3 - 4.

[13] Tra gli ultimi, cfr. per es., Karl Barth, Church Dogmatics, Vol. 1/2 (Edinburgh: T. & T. Clark, 1956), specialmente 416 - 21, e Hans Urs von Balthasar, The Glory of the Lord, Vol. VII (San Francisco: Ignatius Press, 1989), 352.

FERNANDO ANTEZANA

Un dono gratuito e atto di solidarietà

Il *Giuramento di Ippocrate* codifica una pratica professionale, trasformando un atteggiamento e delle virtù individuali in obblighi di principio che i medici e, di conseguenza, i professionisti della sanità si sono sforzati di adempiere e di difendere, trasmettendoli nel loro insegnamento alle generazioni seguenti. Il giuramento di Ippocrate, del resto, va al di là del semplice impegno tecnico professionale in quanto afferma, di fronte agli dèi ed agli uomini, oltre le generazioni, una responsabilità spirituale e sociale. Ispirato da valori etici, il *Giuramento di Ippocrate* enuncia nel contempo la legge.

La figura del Buon Samaritano riprende ed approfondisce la tradizione del dono e della benevolenza, senza alcuna domanda di reciprocità, che implica il gesto di colui che cura. È la sofferenza dell'altro, riconosciuta ed accettata da colui che passa come sua responsabilità propria, a gettare le fondamenta di un impegno personale. Impegno totale, che non si limita ai soli gesti tecnici che sono quelli di lavare, di curare, di lenire le ferite. Poiché, per quest'uomo ferito, malato, caduto lungo il bordo della strada, il Buon Samaritano sceglie di interrompere il proprio cammino, di cambiare i suoi piani e il corso della sua vita. Per questo sconosciuto, egli paga con la sua persona e anche con i suoi beni. Infine, egli si impegna a *tornare*, ciò vuol dire che iscrive la sua responsabilità per lunga durata.

La figura del Buon Samaritano ci porta ben al di là dell'osservanza letterale della legge. Essa chiarisce la nozione del servizio e della disponibilità. Propone un esempio da meditare per la pratica della medicina oggi nonché per l'avvicinamento delle politiche sanitarie. Con lo sviluppo accelerato delle tecniche, la frammentazione delle discipline e del corpo umano in quanto oggetto di ricerca e di intervento, è aumentato il rischio di una depersonalizzazione dei rapporti tra personale curante e pazienti. L'accumularsi dei compiti, la pesantezza della mole di lavoro del personale sanitario, le pressioni istituzionali e la necessità economica di rendere proficuo il tempo, giocano contro la qualità dei rapporti. Questa, tuttavia, e lo si dimentica troppo spesso, è parte integrante e decisiva della qualità e dell'efficacia delle cure sanitarie.

D'altronde, nelle politiche sociali e sanitarie, nelle stesse azioni di cooperazione internazionale, la tendenza oggi è troppo spesso quella di accontentarsi di gestire l'urgenza, di privilegiare la compassione come emozione di un istante. Si fa fronte al più urgente, senza cercare il seguito o di sottoorsi ad una riflessione e ad investimenti a lungo termine. Non si può quindi concepire di sviluppare la protezione e la promozione della salute a partire soltanto da una rete di ambulanze e di pronto intevento e senza servizi di appoggio e d'azione permanenti. Non è così che si può sperare di servire l'equità nell'accesso alle cure e alla salute. Anche qui, come suggerisce l'esempio del Buon Samaritano, bisogna accettare di restare, poi di tornare, di togliere parte delle proprie risorse e del proprio tempo per consacrare – nella continuità – tutti gli sforzi richiesti perché il compito intrapreso possa andare a buon fine.

Per riuscire, le politiche di prevenzione e di lotta contro la malattia esigono lo sviluppo di infrastrutture, l'educazione e la formazione di risorse umane, la messa in atto di sistemi di finanziamento delle cure, di garanzia della qualità e della disponibilità delle cure e delle medicine la cui accessibilità deve essere finanziaria e geografica. Ciò implica, ad esempio, che i paesi industrializzati – che praticamente rappresentano il 90% degli investimenti in ricerca e produzione farmaceutica nel

mondo – accettino di sostenere o di impegnarsi in ricerche, lunghe e costose è vero, sulle medicine e sui prodotti maggiormente necessari, in particolare nei paesi in via di sviluppo, anche quando il profitto appare marginale.

Questo lavoro di lungo respiro è quello che l'Organizzazione Mondiale della Sanità di sforza di ottenere e di promuovere presso i suoi Stati Membri, che siano sovvenzionatori o beneficiari della cooperazione. Noi cerchiamo di ottenere che le priorità dei programmi sanitari nazionali o di cooperazione internazionale non siano stabilite e l'efficacia dell'azione non sia valutata in termini esclusivamente quantitativi od economici. Così l'OMS auspica di mettere a punto e di promuovere l'uso di indicatori di salute che rinviino a nozioni quali l'integrazione sociale delle persone, lo sviluppo dell'autonomia e la qualità della vita di ognuno. Sono nozioni che permettono di riconoscere lo stretto legame esistente tra il rispetto della dignità delle persone e dei popoli, qualunque sia il loro livello di rendita, di capacità fisica o di produttività economica e sociale, ed il loro accesso alla salute, cioé ad uno stato di benessere personale che va di pari passo con il loro inserimento nella società.

Prodotti della ragione umana, la scienza e la tecnologia sono strumenti notevoli che l'uomo deve saper mettere e mantenere al servizio dell'uomo, preservando tanto l'integrità e la dignità delle persone quanto il legame di solidarietà che dà senso e valore alle relazioni tra individui, gruppi sociali e culture. In questo campo, come scrive giustamente Sua Eminenza il Cardinale Angelini, non esiste scelta neutra. Noi dobbiamo dunque continuare a far sì che queste scelte vengano compiute in modo democratico, illuminato, in tutta coscienza umana e in piena responsabilità sociale, politica e scientifica. È per l'OMS anche una responsabilità etica che la nostra Organizzazione si propone di assolvere con un vigore rinnovato aiutando nella messa in atto, a livello regionale e mondiale, di spazi collettivi di riflessione, di dibattito e di regolazione riguardanti differenti aspetti delle politiche sanitarie, di circolazione delle conoscenze e di sviluppo delle tecnologie. Un'ultima lezione, e quella di non minore importanza, deve essere tratta dalla parabola del Buon Samaritano. Già il *Giuramento di Ippocrate,* che detta la regola, prescrive al medico di mantenere un comportamento sempre uguale davanti a tutti, uomini o donne, uomini liberi o schiavi. Il Buon Samaritano propone una verità ed una legge che oltrepassano la regola e la lettera del testo. Viene detto nella legge di trattare il prossimo come se stesso. Ora, la legge a quell'epoca definisce strettamente i contorni della comunità, così come iscrive i rapporti di obbligo e di solidarietà all'interno stesso di questa comunità. Il Samaritano si colloca all'esterno del gruppo, ne è straniero, più ancora, è il nemico potenziale. Egli si colloca normalmente al di fuori della rete di solidarietà del clan. Il sacerdote e il levita sono invece in seno al gruppo. Uomini del santuario, essi sono depositari della legge, in parole ed in atti. Ora qui la solidarietà e l'atto di verità appartengono al Samaritano, allo straniero, all'escluso.

Non sono né la legge né il costume a nominare il prossimo. Il prossimo non è il destinatario dell'atto di solidarietà bensì il suo attore. Colui che accetta di farsi prossimo dell'altro, che riconosce la sua responsabilità per l'altro e da se stesso se ne fa carico, quello dà senso e realtà alla legge.

E soprattutto – ci dice la figura del Buon Samaritano – il valore d'obbligo morale e l'esercizio pratico di questa responsabilità che fonda la solidarietà non dovrebbero in alcun caso limitarsi ai membri del gruppo ai quali ognuno appartiene per nascita o per cultura. La solidarietà è legata ad una responsabilità universale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è oggi impegnata in un vasto processo di consultazione sul suo ruolo e sulla sua missione a livello mondiale. Ripensare, riformulare le nostre politiche e le nostre azioni sanitarie, vuol dire necessariamente ricollocarle in una riflessione sui fondamenti e sulle portata etica della cooperazione internazionale. La vocazione dell'OMS è di aprire l'accesso alla salute a tutti i popoli del mondo, ed anzitutto ai più poveri, ai più piccoli e ai più deboli – coloro che sono "esclusi" come è stato detto oggi, mantenuti dal sistema al di fuori del sistema.

Promuovere l'accesso di tutti alla salute, cercare continuamente di migliorare il livello di salute, di qualità di vita e d'autonomia per tutti, questa è la vocazione primaria che definisce il campo di competenza proprio dell'OMS. Quel che ci insegnano il *Giuramento di Ippocrate* e la figura del *Buon Samaritano* è che ogni azione sanitaria si dirige ad altri esseri umani la cui dignità fondamentale deve essere riconosciuta e rispettata. La volontà dell'OMS di basare la sua nuova politica sanitaria per tutti sui principi di equità, rispetto e solidarietà, oltrepassando le frontiere sociali, economiche, politiche e culturali, si colloca nella tradizione di questo insegnamento.

Dott. FERNANDO ANTEZANA
Sotto-Segretario Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Tavola rotonda

I Buoni Samaritani del nostro tempo

ENNIO APECITI

Marcello Candia

1. Come introduzione

"Può un *manager* essere santo? si chiede Giancarlo Galli nel suo libro *L'era dei managers*. La risposta è ovviamente negativa per l'accezione largamente condivisa che *manager* o imprenditore è colui che si dedica a rastrellare la ricchezza, senza mai distribuirla. Santo è invece chi dà tutto ai poveri"[1]. È proprio vero? Marcello Candia non contraddice a questa convinzione? Ma chi era costui?

Marcello Candia amava molto Alessandro Manzoni e spesso citava una frase del cardinale Federico:

"La vita non è già destinata a essere un peso per molti e una festa per alcuni, ma per tutti un impiego, del quale ognuno renderà conto"[2].

Credo sia l'immagine più adatta per introdurci a comprendere questo *samaritano* dei nostri giorni.

2. La sua vita

Marcello Candia nasce *occasionalmente* a Portici (Napoli) il 27 luglio 1916, anche se la sua famiglia era originaria dell'Italia Settentrionale, per la precisione: di Lacchiarella, presso Melegnano, nella cosiddetta Bassa Milanese. Nasce *occasionalmente* abbiamo detto, perché i Candia risiedettero nella città partenopea solo per il periodo della prima guerra mondiale[3].

Suo padre, Camillo, imprenditore educò i suoi cinque figli (tre femmine e due maschi: Marcello era terzo) all'onestà, al senso del dovere e del lavoro, all'amore per il bello. Non sembra fosse molto praticante, ma seppe infondere nei figli l'amore ed il rispetto per i valori che fanno *grande* l'uomo. Così disse Marcello di suo padre:

"Da mio padre, che non era religiosamente praticante, ho ereditato, oltre che un forte senso del dovere e l'onestà, anche il rispetto per la libertà: i diritti del singolo non devono mai ledere i diritti altrui"[4].

La madre, Luigia Mussato, donna colta, "dal singolare calore umano" e "capace di avere una parola di conforto per tutti"[5]. Fu donna di intensa e profonda religiosità e formò i figli alla fede ed alla carità, soprattutto verso i più bisognosi.

In altre parole, Marcello Candia ebbe dei genitori eccezionali, o come disse egli stesso:

"Ho avuto due genitori meravigliosi, di cui non cesso di ringraziare il Signore"[6].

O, come disse a Giorgio Torelli, durante una visita di questi in Brasile:

"Vedi: io ho avuto dei genitori che mi hanno dato il gusto della vita. I genitori, lo sai, sono i fratelli più prossimi... Io ricordo come mia madre mi dilatasse quegli stessi concetti che avevo sentito dal parroco, mia madre fu sempre dalla parte dei poveri, aveva un amore cristiano delicato. E io, ragazzo, a fissarla; ad accompagnarla nelle sue visite di fraternità... Andava a casa della povera gente, io le stavo appresso, ero quello che portava i pacchi, però sentivo come lei parlava con loro. Ed era inevitabile che la mia fede si alimentasse nel rapporto inscindibile con ogni fratello. L'amore a Dio – sempre, sempre – è stato unito all'amore del prossimo... Che cosa avrei fatto io, che avevo portato i pacchi per mia madre?"[7].

Certamente in questo accompagnamento e nella testimonianza di sua madre si collocano le radici della vocazione di Candia alla carità[8]. Il forte spirito religioso e la passione per le opere di carità si manifesteranno presto nel giovane Marcello: i suoi compagni di scuola lo ricordano impegnato nella preghiera, nello studio, nell'impegno caritativo delle *Conferenze di San Vincenzo*. Queste lo introdussero ad una gloriosa associazione di giovani cattolici milanesi, l'*Associazione Giovani Studenti Santo Stanislao*[9], frequentata anche da un altro Servo di Dio, Giuseppe Lazzati, il quale tanto inciderà sulle vicende dell'impegno dei laici nella società italiana. La *Santo Stanislao*, infatti, secondo l'impulso datole dal beato cardinale Andrea Carlo Ferrari, mirava a formare giovani che si facessero carico della animazione cristiana della società; che *da laici impegnati* trasfondessero nel mondo gli ideali del Vangelo.

È certamente un tempo di grande arricchimento personale per Marcello: sono gli anni in cui in Italia il laicato cattolico vive forse una delle sue epoche più felici. Basti pensare ad un giovane come il beato Piergiorgio Frassati ed alle tensioni tra il Regime Fascista e la Chiesa Italiana a proposito dell'Azione Cattolica, che culminarono in quel profetico documento, che fu l'enciclica *Non abbiamo bisogno* (1931).

Sono gli anni in cui il Venerabile (e presto beato) cardinale Alfredo Ildefonso Schuster, rivol-

gendosi ai parroci della sua diocesi, indicava loro un criterio per valutare la riuscita del loro impegno di educazione dei giovani, sulla falsa riga dell'altro grande documento magisteriale, che fu l'enciclica sociale *Quadragesimo anno* (1931). Il cardinale di Milano diceva:

"È soprattutto nelle periodiche visite dei poveri a domicilio, degli infermi negli ospedali, dei carcerati, dei mezzi morti di freddo negli abbaini, nei bassi fondi delle grandi città, che i nostri bravi giovani ritrovano la realizzazione completa della loro vita cristiana"[10].

Queste caratteristiche sembrano accentuarsi in Marcello, quando, a 16 anni, gli muore la madre (7 febbraio 1933): il dolore lo porta all'esaurimento fisico e nervoso, che supera (dopo un anno di cure e di riposo), operando "una scelta radicale per Dio", alla scoperta di (o alla decisione per) quel Dio, che lo spingerà a dire:

"Fidarsi e affidarsi a Dio che si chiama Misericordia... Dio è Padre ed ha il gusto di perdonare"[11].

Parole tanto più significative nel cammino futuro di Candia, se si ricorda che la dolorosa esperienza della morte, lasciò in lui il retaggio di una acutissima sensibilità, portata all'ansia ed all'attivismo compensativo. Richiamiamo questi limiti proprio per ricordarci che Marcello non fu un giovane, un uomo *predestinato alla santità* o comunque a grandi cose: anche in lui ci fu la lotta perché i semi di bene, che Dio semina nel cuore di ogni essere umano, potessero lacerare il terreno duro dell'umano limite e dessero frutto, quello che il Vangelo si attende, sia esso il trenta, il sessanta, il cento per uno.

In quello stesso tempo, comunque, ancor giovanissimo, avvenne un incontro fondamentale nel cammino spirituale di Marcello Candia, quello con padre Genesio da Gallarate, un cappuccino, che "entrava nelle anime ad un punto tale, da associarle alla sua altissima esperienza spirituale"[12] e che accompagnerà Candia per circa trent'anni, formandolo all'austerità, alla preghiera prolungata, allo studio della vita dei santi. Proprio intorno a padre Genesio si raccolse un *cenacolo* – diremmo oggi – di persone di diversa estrazione sociale, culturale e spirituale. Essi si raccoglievano due volte la settimana nel convento dei cappuccini di Viale Piave, quel famoso che vide e sentì le cannonate del generale Bava Beccaris nel maggio 1898 sulla folla inerme degli operai. Attorno a questo *maestro dello spirito*, dunque, al fuoco di un ceppo posto nel camino (donde il nome del gruppo: *Il Ceppo*), per rendere più caldo e familiare l'ambiente, come narra

uno dei partecipanti:

"si trovavano uno vicino all'altro l'impiegato di vecchia tradizione socialista e il nobile monarchico... l'operaio della Falck e il costruttore edile di rango, l'industriale chimico [ndA: forse Candia?] *e lo scrittore cattolico, lo scultore di fama.. e il redattore di Epoca di fede comunista. C'era il farmacista idealista e l'amico non credente"*[13].

Tutti si ritrovavano a riflettere, dialogare, pregare: quasi una *Cattedra dei non credenti,* in anticipo di qualche decennio. Qui certamente si affinò in Marcello Candia la capacità di dialogo e di ascolto delle voci dell'uomo contemporaneo, dei suoi aneliti e delle sue fatiche.

Il Ceppo, comunque, non era solo un luogo di elaborazione e di formazione culturale, bensì anche caritativo: i membri del sodalizio si recavano a visitare ed aiutare le famiglie povere delle case popolari (*case minime*) di Baggio, un quartiere dell'estrema periferia milanese.

Prima ancora di incontrare padre Genesio, però, Marcello aveva cominciato a frequentare un altro cappuccino, fra' Cecilio Cortinovis, un semplice fratello, portinaio per oltre settant'anni nello stesso convento milanese di viale Piave e fondatore dell'*Opera di San Francesco* per l'aiuto ai poveri e morto in fama di santità il 10 aprile 1984, del quale proprio il 10 aprile 1995 si è conclusa la fase diocesana del processo di canonizzazione[14].

Questi educherà Candia alla carità attiva, all'amore delicato e rispettoso dei poveri, circonfuso di benevolo sorriso. Infatti nel processo canonico per il fraticello è stata costante la testimonianza della sua accoglienza sorridente alle centinaia di poveri, che si presentavano al convento: tutti erano accolti e congedati con un sorriso, con una provvista di cibo e con l'immancabile saluto: "Lo sai, vero, che Dio ti vuole bene?". Singolare frequentazione di santi; singolare catena di santità, che inanella l'uno all'altro alcuni personaggi della metropoli milanese dei primi decenni di questo secolo. Varrebbe la pena accennare al fatto che in questo convento si preparò per trascorrere la sua vita in missione, al servizio di malati e lebbrosi, padre Alberto Beretta, il fratello della beata Gianna Beretta Molla. Tra i due, padre Alberto e Marcello Candia, si strinse una bella amicizia, animata dal comune ideale: servire i fratelli più bisognosi. Insieme collaborarono per i poveri di viale Piave; insieme maturarono il dono di sé nel Nord-Est brasiliano.

La carità divenne, dunque, l'ideale di vita di Marcello e per essa non risparmiò le energie. Egli infatti era convinto, come scrisse che *"l'apostolo* (sic!) *è essenzialmente carità. Quando incontriamo un fratello che ha bisogno, non dobbiamo soltanto parlare della nostra fede, ma operare se-*

condo la nostra fede"[15].

Così, Marcello, fuse insieme innumerevoli impegni e continua preghiera. Ad un compagno di corso confidò di recitare quotidianamente l'intera corona del rosario ed è nota la sua frequentazione quotidiana della santa Messa, seguita da una decina di minuti di *ringraziamento*, come si diceva un tempo, fatto con le preghiere tradizionali: oggi si direbbe *della nonna*, quali *Vi adoro, mio Dio; l'Anima Christi*, ecc.

Intanto – o forte di questo nutrimento spirituale? – si laureò in chimica (1939), farmacologia (1940), biologia (1943) e solo gli eventi bellici e la direzione dell'azienda paterna (in cui collaborò dal 1939) gli impedirono di conseguire la laurea in medicina, cui aspirava particolarmente.

Comunque fra Cecilio non gli trasmise solo questo spirito di carità. Presso il Convento dei Cappuccini di Viale Piave in Milano si custodiva la memoria di padre Daniele da Samarate, missionario in Amazzonia (Tucunduba) e morto nel 1924 di lebbra, contratta servendo i lebbrosi: una figura che richiama per molti versi il beato belga padre Damiano. Nell'estate 1937 il padre lo mandò, insieme al fratello Riccardo, in Brasile, perché *vedesse il mondo.* Marcello "rimase magnetizzato" dalla povertà delle *favelas* di Rio de Janeiro e dalla dedizione eroica di missionari e suore[16]. A questo viaggio si lega l'intuizione della sua vocazione missionaria.

Terminata la seconda guerra mondiale, Marcello assunse praticamente la direzione dell'azienda paterna (il padre morirà il 27 aprile 1950), rivelando eccellenti doti manageriali: la *Fabbrica Italiana di Acido Carbonico dottor Candia e C.* raggiunse i primi posti in campo europeo.

Nel 1946 conobbe mons. Aristide Pirovano del Pime, in partenza per il Brasile dove avrebbe fondato la missione di Macapà[17] sul Rio delle Amazzoni, di cui successivamente divenne il primo vescovo. Mons. Pirovano, che rimarrà sempre legato a Candia, ebbe poi a dire:

"Mi ha sempre colpito in Marcello la sua vita di preghiera. Attivissimo, non smetteva mai di lavorare, progettare, parlare per convincere gli altri, un motore in continuo movimento. Però tutto questo suo attivismo era imbevuto di unione con Dio, una preghiera continua che si faceva vita, perché egli non pensava ad altro che a Dio, ai poveri, alle opere di carità. Non so neppure se avesse altri pensieri: era un innamorato di Dio e dell'umanità dolorante che il Signore gli aveva fatto incontrare"[18].

Ed effettivamente nel corso degli anni l'impegno missionario di

Candia si concretizzò e si estese: fondò l'*Associazione Laici in Aiuto alle Missioni,* il primo organismo italiano di laicato missionario; la rivista *La Missione* per una cultura missionari; organizzò il *Centro di Assistenza Missionari Reduci,* la scuola di medicina per missionari presso l'Università di Milano; divenne segretario del SILM (*Secrétariat Internationale du Laicat Missionaire*) e l'UCCI (*Unione Catholique de Coopération Internationale*)*;* con l'allora arcivescovo Giovanni Battista Montini fondò il *Collegio Internazionale per gli Studenti d'Oltremare,* per aiutare gli studenti stranieri in Italia, e il *Segretariato di cooperazione missionaria,* per collegare tra loro i movimenti laici missionari italiani. Il *Collegio Internazionale per gli Studenti d'Oltremare* va ricordato, perché è alle origini dell'ospedale di Macapà, come ebbe a confidare in seguito lo stesso Candia:

"L'idea non è stata mia ma dell'allora arcivescovo di Milano, monsignor Montini, con il quale avevo realizzato un collegio a Milano per consentire ai giovani del terzo Mondo di laurearsi in medicina. Avevamo però scoperto che quell'iniziativa aveva un difetto: i giovani preferivano rimanere in Europa e non ritornavano più nel loro paese d'origine.

Proprio per questo è nato l'ospedale nel cuore della giungla equatoriale, per portare a tutti la testimonianza di una presenza cristiana, anche fra i poveri"[19].

Intanto nella notte del 22-23 ottobre 1955, quando Candia stava già pensando a vendere l'azienda per andare in Amazzonia, uno scoppio (dalla cui responsabilità Candia risulterà estraneo) distrusse la fabbrica. Candia non si scoraggiò e ricostruì tutto, senza diminuire il suo impegno missionario[20]. Infatti, in mezzo alle macerie della fabbrica disse: "Prima debbo... dar lavoro a tutti"[21]. D'altra parte egli era convinto che: "I miei operai sono la mia terra di missione". Marcello Candia affrontò questo momento con il coraggio che nasce dalla fede[22], con la stessa fermezza – ma anche con la stessa lacerazione interiore – di Giobbe[23]. Scrivendo a mons. Aristide Pirovano un anno dopo il disastro, confidava:

"Penso che uno degli elementi per prepararsi a una vita di carità sia di accettare con semplicità e sincerità il volere del Signore... [Il venire da voi] *rappresenta per me il maggior desiderio e spero prima di tutto che questa sia la volontà del Signore"*[24].

Accanto alla ricostruzione dell'azienda, comunque, sorgevano altri edifici: il 25 gennaio 1961 a Macapà venne posta la prima pietra dell'*Ospedale S. Camillo e S. Luigi,* che egli aveva progettato a lungo con mons. Pirovano e dove pensava di recarsi appena possibile. Infatti egli era convinto, come disse un giorno a sua sorella che *"non basta dare un aiuto economico, bisogna condividere con i*

poveri la loro vita, almeno quanto è possibile"[25].

Sarà il *leit-motiv* della sua permanenza in Brasile. Ogni volta che ritornava da un viaggio all'interno, ripensando alla povertà che aveva visto, diceva: *"Se siamo cristiani dobbiamo condividere quello che abbiamo"*[26].

Così, il 7 giugno 1965, dopo aver venduto le sue industrie (tre stabilimenti: a Milano, Napoli, Pavia) ed aver sistemato gli affari di famiglia, si trasferì definitivamente in Amazzonia. Aveva 49 anni ed era solo: mons. Pirovano qualche mese prima (aprile 1965) era stato richiamato in Italia come superiore generale del Pime. In questa occasione, forse, emerge singolarmente la virtù di Candia. Come disse una sua amica e collaboratrice:

"Prima ancora di lanciarsi nell'impresa, [Candia] *perdeva di colpo l'amico, il superiore, la guida che gli aveva assicurato protezione e assistenza. Ricordo che mi disse in quell'occasione: 'Adesso mi rimetto completamente nelle mani di Dio'"*[27].

Candia (che non imparerà mai perfettamente il portoghese e soffrirà sempre per il clima locale), portò in Brasile la sua intraprendenza manageriale. D'altra parte, Candia diceva: "L'efficienza nelle opere di carità è un modo di pregare"[28]. Il programma della sua azione, gli era stato *dettato* (o consigliato) dal suo antico arcivescovo, Giovanni Battista Montini, cui fu sempre legato da sincera – e ricambiata – devozione. Il futuro papa gli disse:

"Se va in Brasile a fare un ospedale, lo faccia brasiliano. Faccia attenzione a evitare qualsiasi forma di paternalismo, non imponga le sue idee agli altri, anche con buona intenzione. Faccia l'ospedale non soltanto per i brasiliani, ma con i brasiliani e si proponga come obiettivo finale di non essere più necessario. Quando arriverà il momento in cui lei si sentirà inutile, perché l'ospedale potrà continuare senza di lei, allora avrà realizzato una vera opera di solidarietà umana"[29].

A questo mandato egli si attenne. Completò la costruzione dell'ospedale di Macapà (1967), che venne infine affidato ai Camilliani del Brasile (1978).

Determinante, comunque, per il suo cammino di carità fu l'esperienza dell'incontro con i lebbrosi. Per descrivere questo avvenimento non ci sono parole migliori di quelle con cui lui stesso descrisse i fatti, in una lettera del 1977. Siamo nel lebbrosario di Marituba, allora popolarmente soprannominato *L'anticamera dell'inferno*:

"Parlai con molti lebbrosi, purtroppo con alcuni il colloquio cadeva al suo inizio e questo mi aveva gettato in una profonda tristezza. Passò così tutta la mattinata. Verso mezzogiorno, per la stanchezza, il digiuno e un po' di mal di cuore, mi sedetti ai piedi di un alto albero di mango, per riprendere fiato. Venni improvvisamente richiamato dai miei pensieri da una voce di donna che gentilmente mi domandava se stessi poco bene. L'impressione fraterna procuratami da quella voce contrastava dolorosamente con il volto deturpato della donna, che dimostrava più di quarant'anni, mentre in realtà nelle visite successive seppi che ne aveva solamente diciannove e che da dieci anni era nel lebbrosario, senza avere mai ricevuto alcuna visita. Ritornò subito con un bicchiere d'acqua e concretamente provai la gioia, come già mi era capitato altre volte in vita, di ricevere in misura maggiore di quanto pensavo di dare. Alla mia domanda in che cosa potevo essere utile, mi sentii rispondere che da lungo tempo attendevano una macchina da cucire. In seguito venne a crearsi con i lebbrosi quell'atmosfera di semplice e cordiale amicizia che forse è la cosa più preziosa alla quale essi aspirano... Dobbiamo pensare al lebbroso non come ad una persona a cui si deve solo e soltanto dare, ma che è una ricchezza nel Corpo Mistico di Cristo, avendo pure lui da donare"[30].

Ad indicare la mutua corrispondenza che si creò tra Candia ed i suoi fratelli lebbrosi, vale la pena ricordare la risposta del più popolare, forse, tra gli hanseniani di Marituba, Lucio Paracauary Calado, detto Adahlucio:

"Domandare? Chiedere (il perché della lebbra)?... Non chiederò il perché né il percome, perché mi sono sempre fidato. M'è bastato credere. Ripeterò: Ti credo sempre, Signore"[31].

La sua attività si fece inesausta: costruì il *Centro Sociale Città di Milano* (1966) nel lebbrosario di Marituba (Belem), che affidò ai missionari del Pime, e che divenne un *lebbrosario* modello: non a caso papa Giovanni Paolo II, quando espresse il desiderio di visitare un lebbrosario durante il suo pellegrinaggio apostolico in Brasile nel luglio 1980[32], fu condotto proprio qui. Forse la testimonianza più bella di quella visita è data da un hanseniano cieco. Questi esultava di gioia per "aver visto il papa" ed alla suora – suor Celestina Magni – che sorridendo gli chiedeva come avesse potuto, poiché era cieco, l'hanseniano rispose: "Suora, c'è anche un modo di vedere dal di dentro; di vedere con il cuore!"[33]. Sono parole toccanti: il *miracolo dell'amore* di Marcello Candia, dei missionari e delle suore aveva trasformato l'*anticamera dell'inferno* nel luogo in cui anche i ciechi possono vedere (cfr. Mt 11, 5): Marituba, dunque, come *Casa del Vangelo.*

Non meno importante la cura della vita spirituale. Nacquero così il *Piccolo Carmelo S. Teresina del Bambino Gesù di Macapà*

(1977) e quello di *Belo Horizonte* (inaugurato dopo la sua morte, nel 1984). D'altra parte, sempre nella lettera, che abbiamo appena letto, Candia scriveva:

"Solamente una parola di fede e di amore a Cristo, testimoniata nel lebbrosario dalla presenza di una comunità religiosa, poteva alimentare in loro una speranza di vita e renderli coscienti del loro valore nella Comunità del Popolo di Dio"[34].

Non è un caso, dunque, che la campana del Carmelo di Macapà, donata da Giuseppe Lazzati, porti, a giustificare i rintocchi, la scritta: "Voce dell'amore che sollecita ad amare"[35].

Collaborò, inoltre, all'ampliamento od al sostentamento di numerosissime altre opere di carità: la *Casa dell'ospitalità* di Santana (presso il porto di Macapà), i lebbrosi del Prata, di Porto Velho, gli ospedali di Gajaù e di Balsas (Stato del Marahnao), la *Favela do Borel* di Rio de Janeiro, i *Centri sociali* di Calçoene e di La Cruz Liriada, le *Comunità di base* di Rio Branco ed il *Seminario* camilliano di Macapà. Questo elenco richiama alla mente la testimonianza di mons. Luigi Giussani:

"Una caratteristica sua era che tutto il bene che trovava sulla sua strada era come fosse suo, una chiamata particolare per lui.. Era veramente ecumenico, non aveva né confini né barriere, sempre pronto a tutto purché ci fosse da fare del bene"[36].

Di tutte queste opere, d'altronde, Candia curava soprattutto l'aspetto spirituale, mirando a dare non solo un'assistenza medica o caritativa, ma anche spirituale a tutti coloro, ed erano decine di migliaia, che vi si rivolgevano. Quale fosse lo spirito che lo animava lo desumiamo da una sua intervista:

"Quello che mi pare più importante nella nostra opera, mia e dei miei collaboratori, è il rapporto personale che abbiamo con le persone che hanno bisogno di noi. Non conta tanto l'ospedale che abbiamo costruito, le attrezzature, gli interventi medici o chirurgici, quanto far capire che lavoriamo non per loro ma con loro, cioè con amore fraterno e con solidarietà umana. Se non ci fosse questo spirito, a cosa valgono la tecnica, i mezzi economici e tutto il resto? Per questo io dico sempre a me stesso che ci vuole uno spirito religioso per servire bene i poveri, cioè una motivazione spirituale, di fede... Io poi ho visto che servendo i poveri, facendo amicizia con i poveri, ho trovato il mio tesoro: ho ricevuto, come dice il Vangelo, il cento per uno"[37].

Ed ancora:

"La priorità assoluta è quella spirituale: tutti i mezzi economici e tecnici contano, e bisogna usar-

li, ma non valgono nulla se non sono accompagnati dall'amicizia, dall'attenzione alla persona, dall'aiuto di Dio"[38].

Non tutto è facile, ma anche le difficoltà sono un mezzo per crescere. Così, con il coraggio di riconoscere le sue debolezze e fragilità, confidava un giorno a Piero Gheddo:

"La mia crisi viene a volte dal toccare con mano la sproporzione che c'è fra quanto noi facciamo e quello che ci sarebbe da fare. Vedo che lavorando tutto il giorno e anche qualche ora la notte, io e i miei collaboratori siamo sempre una goccia d'acqua nel fiume delle sofferenze umane che ci circondano. E siccome qui a Macapà il braccio del Rio delle Amazzoni che ci scorre davanti e si getta nell'Oceano è largo 22 chilometri, io mi siedo a volte sulle sponde di questo fiume maestoso e penso: tutto quello che tu fai, Marcello, è solo una goccia nel Rio... Questo a volte mi mette in crisi, ma è una crisi benefica, perché mi ricorda sempre quanto siamo piccoli noi uomini e quanto è grande Dio!"[39].

Queste parole richiamano quanto scritto da papa Giovanni Paolo II nell'enciclica *Redemptoris Missio:*

"Il missionario è l'uomo delle beatitudini... In un mondo angosciato ed oppresso da tanti problemi, che tende al pessimismo, l'annunziatore della "buona novella" deve esser un uomo che ha trovato in Cristo la vera speranza"[40].

All'inizio lo circondò, inevitabile, il sospetto. Il dottor Macedo, presidente dell'Istituto di Previdenza di Macapà confidò che non voleva firmargli i permessi richiesti per l'ospedale, pensando che Candia fosse matto: "Chi è questo matto che viene a costruire un ospedale in Amazzonia?"[41]. In seguito fu inquisito per "entrata illegale di medicinali in Brasile"[42]. Ma col tempo l'onestà d'interni venne riconosciuta e lo stesso Governo brasiliano nel 1971 conferì al dottor Candia (primo straniero a riceverlo) il *Cruzeiro do Sul*, la massima onorificenza per i benemeriti della nazione e nel 1975 la rivista *O Manchete*, il più diffuso settimanale brasiliano, lo proclama *l'uomo più buono* del Brasile. Non meno prestigiosi i riconoscimenti che gli vennero dall'Italia: il *Premio Angelo Motta* o *"della bontà"* (1970), quello *Città di Firenze* (1976) ed il *Premio Feltrinelli*, che l'allora Presidente della Repubblica, Sandro Pertini, gli conferì nel 1982 "per un'impresa eccezionale di alto valore morale ed umanitario".

Candia soffriva di mal di cuore: dal 1967 al 1977 ebbe cinque infarti e subì un'operazione per l'immissione di tre *by-pass*. Ma non fu il cuore a cedere: nell'agosto 1982 gli venne diagnosticato un cancro al fegato. Cominciò il Calvario di Candia: accanto alle sofferenze fisiche quelle che gli vennero dalla delusione, causata

da persone, cui aveva affidato le sue opere, e per accuse infamanti, quali quella di aver rubato i soldi dei lebbrosi. Eppure egli non cessò di prodigarsi e, sentendo prossima la fine, volle tornare in Italia per definire la costituzione della *Fondazione Dottor Marcello Candia,* che avrebbe dovuto continuare la sua opera. Morì a Milano il 31 agosto 1983, con fiducioso abbandono in Dio. Ad un suo amico, pochi giorni prima di morire, confidava:

"Se il Signore vuole che la mia opera vada avanti, andrà avanti. Adesso mi chiama e sono pronto a spegnere la luce"[43].

Ma certo più significative le parole scambiate con il suo parroco e direttore spirituale, don Peppino Orsini:

"La morte non mi fa paura, perché è un passaggio da un Dio Padre poco capito a un Dio Padre visto faccia a faccia... Sì, l'atto più alto dell'amore che Gesù mi ha manifestato è l'avermi posto nella sofferenza, dandomi anche la possibilità di abbandonarmi a lui con tutta la mia gioia e il mio amore. Gesù oggi mi ha fatto vivere l'esperienza più bella della mia vita e mi ha fatto capire che non è sufficiente lavorare per il regno di Dio; non è sufficiente pregare il Signore; più importante è accettare con umiltà e disponibilità il dolore, come e quando Dio lo permette. ...Questo è davvero molto bello. Solo nella sofferenza possiamo realizzare la comprensione dell'amore di Dio"[44].

Le sue esequie furono celebrate dal cardinale di Milano, Carlo Maria Martini, che tra l'altro disse:

"Ho ancora presente, in questo momento, il suo volto di appena tre giorni fa, in un intenso dolore fisico ma con una luminosità negli occhi, con un mormorio di preghiera sulle labbra che lasciavano trasparire la sua intima unione con la sofferenza di Gesù per la sua Chiesa. Ed è in quel momento che, nel breve colloquio con lui, mi è apparso il segno più vivo dell'autenticità di tutta la sua missione: impegno, sforzo, entusiasmo, organizzazione, attenzione a tutte le necessità, capacità di sollecitare energie... ma tutto questo vissuto con un distacco, con un'umiltà, con un'adesione alla profonda volontà di Dio che, nel momento dell'estrema sofferenza, hanno rivelato la loro incandescente autenticità"[45].

Il cardinale Giovanni Colombo, arcivescovo emerito di Milano, gli fece eco nell'omelia per il trigesimo della morte (30 settembre 1983):

"Benché Manzoni non sia santo come Candia... A Candia i milanesi potrebbero offrire un posto... in cima ad una guglia (del Duomo) tutta per lui, perché con

la Madonnina dorata possa anche lui partecipare al senato dei nostri santi che sono intercessori non solo per il Popolo di Dio ma per tutta la città"[46].

La fama di santità di Marcello Candia fu tale che subito si cominciò a chiedere l'introduzione del processo di canonizzazione, iniziato ufficialmente dal cardinale Martini nella Chiesa dei Santi Angeli Custodi, parrocchia di Candia, il 12 gennaio 1991 e quivi concluso l'8 febbraio 1994.

3. Come congedarci da lui

Quale il segreto il quest'uomo? Credo lo si possa cogliere da alcune sue risposte. La prima è quella data a Piero Gheddo, che gli chiese una volta il motivo del suo instancabile agire. Candia rispose:

"Io considero la mia vocazione un servizio, da laico, alla Chiesa, alle missioni, ai poveri. Un servizio non limitato nel tempo né nella misura. Ora, siccome bisogna restare sempre giovani, io penso che il modo migliore sia quello di rispondere sempre alle chiamate del Signore: per cui, in tutto ciò che il Signore mi fa incontrare sul mio cammino e mi ispira ad aiutare, io mi ci butto dentro"[47].

La seconda, quasi complementare alla prima, evidenzia il primato della contemplazione:

"Il mio 'segreto' è alla portata di tutti e poi non è neanche un segreto. ...L'unica cosa che conta è l'unione con Dio sotto qualunque forma: preghiera, meditazione, riflessioni, l'ora di unione con Dio costituisce la carica essenziale per fare tutto il resto. Prima la preghiera, poi qualsiasi attività apostolica. Questa è la forza fondamentale per l'annunzio della verità e la testimonianza dell'amore"[48].

Credo che possiamo pertanto comprendere per quale motivo la preghiera che ispirò Marcello Candia nella sua vita sia quella che ritroviamo in un uomo a lui singolarmente simile, Raoul Follereau. È l'anonima preghiera del XIV secolo:

Cristo non ha mani,
ha soltanto le nostre mani
per fare il suo lavoro oggi.
Cristo non ha piedi,
ha soltanto i nostri piedi
per guidare gli uomini
lungo la sua strada.

Cristo non ha labbra,
ha soltanto le nostre labbra
per parlare agli uomini d'oggi.

Cristo non ha mezzi,
ha soltanto il nostro aiuto
per condurre gli uomini a sé.

Noi siamo la vera Bibbia
che gli uomini leggono ancora!
Siamo l'ultimo messaggio di Dio
scritto in opere e parole.

Egli stesso, Candia, aggiungeva a mo' di commento:

"Profondamente convinto della verità e attualità di questo mes-

saggio così provocante, ho deciso di continuare la mia corsa sino alla fine, al servizio di tutti i miei fratelli malati e bisognosi, con una predilezione particolare per gli hanseniani"[49].

Ma forse rende di più un iacsmo, che traggo da una sua conversazione con una suora, la quale gli faceva notare che egli non era tenuto alla povertà. Candia le rispose: "Ma io, col mio battesimo, ho fatto un patto con Cristo"[50]. È il patto di chi sa, come Pietro che "Signore, da chi andremo? Tu solo hai parole di vita eterna" (Gv. 6, 68).

Allora, in conclusione, faccio mie le parole di una sua sincera amica:

"Si può solo e si deve ringraziare il Signore del regalo che ci ha fatto, mettendolo sui nostri passi, ad inquietarci"[51].

Prof. D. ENNIO APECITI
Professore di Storia della Chiesa nel Seminario di Venegono (Italia)

[1] EUGENIO FORNASARI, *Marcello Candia manager e santo,* "Vita Pastorale" 2/1993, p. 96.

[2] ALESSANDRO MANZONI, *I promessi sposi,* cap. 22.

[3] Il padre di Marcello Candia si era trasferito a Napoli nel 1915 per ampliare il secondo stabilimento della sua fiorente Azienda, la *Fabbrica Italiana di Acido Carbonico dottor Candia e C.*. A Napoli, nacquero Marcello (1916) e la sorella Emilia (1918), mentre l'ultimo fratello, Riccardo, nacque a Milano nel 1922.

[4] PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994, 15.

[5] *Ibid.,* 16.

[6] *Ibid.,* 10.

[7] GIORGIO TORELLI, *Da ricco che era. La frontiera del dottor Candia sul Rio delle Amazzoni,* Editoriale Nuova, Milano 1985, 35-36.

[8] Emerge da quanto egli dichiarò: PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline Milano 1994, 57.

[9] MARIA CRISTINA FORESIO DAPRÀ, *La Santo Stanislao di Milano. Un'esperienza studentesca del cattolicesimo ambrosiano,* NED, Milano 1983: Id., *Santo Stanislao, associazione,* in *Dizionario della Chiesa Ambrosiana,* 5, NED, Milano 1992, 3212-3215.

[10] ALFREDO ILDEFONSO SCHUSTER, *Memoriale ad Parochos. Lettera Pastorale al Ven. Clero per la Quaresima dell'anno MCMXXXIX,* SEI, Torino 1939, 34.

[11] PIERO GHEDDO, *Perché la santità scuote le coscienze,* "Mondo e Missione" 112 (1983) 607.

[12] PIERO GHEDDO, *Marcello dei lebbrosi,* De Agostini, Novara 1990, 28.

[13] *Ibid.,* 30.

[14] A descrivere la figura di questo santo frate valga la splendida commemorazione fattane da TERESITA SCHENONI, *Il tempo non conta, se ci lascia un santo,* "Avvenire" 6 maggio 1984: "La sua vita tutta spesa al servizio di Dio, oltre tutte le frontiere dell'egoismo... Solo ora si può misurare la statura da gigante del frate più semplice, più innocente, più operoso, forte come una quercia, sorridente come lui sapeva sorridere, che passava le sue lunghe giornate incurante delle fatiche, calmo nelle vicende talvolta crudeli che la realtà offriva al suo sguardo. E sempre la sua risposta è stata unica: donare, donare amore con infinita pazienza, comprensione, perché le creature non cedessero alla prova, perché ritrovassero una pace che era andata persa attraverso gli oscuri sentieri della vita. Nessuna delle persone che in tanti anni ha avvicinato fra Cecilio è mai partita senza provare una consolazione misteriosa. Era questo il suo segreto, un segreto che il Signore gli aveva affidato per illuminare la sua missione e riempire le sue giornate di quella certezza del divino che è propria del santi". Noi, che abbiamo presieduto la Commissione di inchiesta diocesana nella Causa di Canonizzazione di questo frate, condividiamo questo giudizio.

[15] PIERO GHEDDO, *Marcello dei lebbrosi,* De Agostini, Novara 1990, 113.

[16] Cfr. *Ibidem,* 47-48.

[17] RUGGERO ALCINO, *La Prelazia di Ma-*

capà, l'ambiente, la Chiesa, il Pime, in *Quaderni di Infor-Pime* n. 11, Roma 1978.

[18] PIERO GHEDDO, *Marcello dei lebbrosi,* De Agostini, Novara 1990, 15.

[19] Ripreso da PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994, 92.

[20] Testimonia mons. Aristide Pirovano: "Mi scriveva lettere a Macapà in cui appariva veramente come un Giobbe moderno, in lotta titanica per ricostruire e pagare i debiti, per poter realizzare il sogno della sua vita e diventare missionario in Brasile. È stata una lotta del Maligno, ne sono convinto, per distruggere ques'uomo e togliergli la possibilità di realizzare la sua vocazione. Ma Marcello era un testone e aveva una fede da spostare le montagne" (PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994, 73).

[21] PIERO GHEDDO, *Marcello dei lebbrosi,* De Agostini, Novara 1990, 125.

[22] PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994, 34.

[29] Egli accolse monsignor Pirovano, che era venuto a visitare le macerie della fabbrica, proprio citando Giobbe: "Il Signore mi ha dato, il Signore mi ha tolto, sia benedetto il nome del Signore" (Piero Gheddo, *Marcello dei lebbrosi,* De Agostini, Novara 1990, 125).

[24] PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994, 75.

[25] *Ibid.,* 82.

[26] PIERO GHEDDO, *Marcello dei lebbrosi,* De Agostini, Novara 1990, 162.

[27] PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994, 69.

[28] *Ibidem,* 90.

[29] *Ibidem,* 93.

[30] Dalla lettera per la sua *Comunità spirituale missionaria,* datata 27 febbraio 1977. Ripresa da *La testimonianza di Marcello Candia,* "Mondo e Missione" 112 (1983) 585.

[31] GIORGIO TORELLI, *Da ricco che era. La frontiera del dottor Candia sul Rio delle Amazzoni,* Editoriale Nuova, Milano 1985, 82-83.

[32] La visita avvenne l'8 luglio 1980.

[33] Ripreso da PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994, 111.

[34] *Ibidem.*

[35] Ripreso da: PIERO GHEDDO, *Marcello dei lebbrosi,* De Agostini, Novara 1990, 205.

[36] *Ibidem,* 141.

[37] Ripreso da *La testimonianza di Marcello Candia,* "Mondo e Missione" 112 (1983) 586.

[38] Piero Gheddo, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994, 115.

[39] PIERO GHEDDO, *Perché la santità scuote le coscienze,* "Mondo e Missione" 112 (1983) 611.

[40] GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Redemptoris Missio,* 7 dicembre 1990, n. 91.

[41] PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994, 87.

[42] *Ibidem,* 97.

[43] *Ibidem,* 145.

[44] *Ibidem,* 147.

[45] *L'arcivescovo Martini ai funerali,* "Mondo e Missione" 112 (1983) 630.

[46] Ripreso da *Gli amici ne parlano,* "Mondo e Missione" 112 (1983) 619.

[47] *Ibidem,* 155.

[48] Piero Gheddo, *Marcello dei lebbrosi,* De Agostini, Novara 1990, 301. Vedi anche: Giorgio Torelli, *Da ricco che era. La frontiera del dottor Candia sul Rio delle Amazzoni,* Editoriale Nuova, Milano 1985, 49.

[49] *Ibidem,* 227.

[50] *Ibidem,* 214.

[51] Ripreso da: Eugenio Fornasari, *Marcello Candia manager e santo,* "Vita Pastorale" 2/1993, p. 99.

Bibliografia

SERGIO BORTOLANI, *Macapà: una rosa all'Equatore,* Morcelliana, Brescia 1980;

GIORGIO TORELLI, *Da ricco che era. La frontiera del dottor Candia sul Rio delle Amazzoni,* De Agostini - Editoriale Nuova, Milano 1985;

Mondo e Missione, numero speciale in occasione della morte, anno 112 (1983) n. 22;

PIERO GHEDDO, *Marcello dei lebbrosi,* De Agostini, Novara 1990;

PIERO GHEDDO, *Marcello Candia. Un manager a servizio dei più poveri,* Paoline, Milano 1994.

RICHARD BRULLMANN

Albert Schweitzer

Durante una riunione alla missione, Albert Schweitzer discuteva di testi biblici con alcuni scolari africani. Quando venne la parabola del Buon Samaritano, egli chiese loro con le parole di Gesù:"Chi vi pare sia stato il prossimo di colui che si era imbattuto nei briganti?". La risposta fu spontanea: "Tu Dottore!". Chi è quest'uomo cui fu risposto in questo modo?

All'ingresso della cittadina medioevale di Kaysersberg in Alsazia, c'è una casa sormontata da un piccolo campanile che serve da centro comunitario della chiesa evangelica. A lato dell'ingresso, troviamo l'iscrizione: "Casa natale del Dott. Albert Schweitzer – 14 gennaio 1875".

Ma la vera patria di Albert Schweitzer è Gunsbach, nella vallata di Monaco, dove, sei mesi dopo la sua nascita, il padre fu nominato pastore. È qui che egli trascorre un'adolescenza felice e senza preoccupazioni, purtuttavia non piacevole. Proprio perché tutto va bene è particolarmente ricettivo alle sofferenze degli altri, vicini o lontani. Ha pena soprattutto di vedere come le bestie soffrano a causa degli uomini.

Per questo diventa anzitutto il Buon Samaritano degli animali. Due testi di Albert Schweitzer ce lo mostrano chiaramente:

"Non riuscivo a capire, e ciò già prima che cominciassi la scuola, perché nella preghiera serale mi si facesse intercedere soltanto per gli esseri umani. Così, quando mia madre si ritirava dopo un bacio ed un affettuoso "buona notte", aggiungevo a bassa voce un'altra preghiera: "Buon Dio, dicevo, proteggi e benedici tutto ciò che respira; preserva dal male tutti gli esseri viventi e falli dormire in pace!".

Il secondo testo:

"Potevo avere sette o otto anni quando accadde un incidente che mi lasciò una profonda impressione. Insieme a Henri Braesch fabbricavamo delle fionde di elastico. Una mattina di primavera, una domenica di Passione, Henri mi disse: 'Vieni, andiamo nelle vigne a colpire gli uccelli!'. Benché la proposta mi facesse orrore, non osai contraddirlo per paura di essere preso in giro. Arrivammo vicino ad un albero ancora senza foglie ma tutto popolato di uccelli che, senza aver paura di noi, cantavano allegramente nel mattino chiaro. Abbassandosi come un indiano a caccia, Braesch aggiustò un sasso e tese le corde della fionda. Obbedendo al suo sguardo dominatore, feci altrettanto, la coscienza era torturata ma mi ripromettevo di mancare il colpo. In quel momento, le campane della chiesa cominciarono a suonare, mescolando nel cielo radioso la loro armonia al cinguettio degli uccelli.Era il primo scampanio che precedeva quello principale di una mezz'ora. Per me, fu come se il cielo mi parlasse. Gettai la mia fionda, impaurii gli uccelli per metterli al sicuro dall'arma di Braesch, e corsi a gambe levate verso casa. Tutte le volte che le campane della Passione risuonano nel cielo primaverile in cui gli alberi innalzano i loro rami nudi, penso con un'emozione piena di riconoscenza al comandamento che mi ricordò un tempo la loro voce severa: *"Tu non ucciderai!"*.

Presto diventa il Buon Samaritano degli uomini. Così, studente, per proteggere un venditore ambulante ebreo dai bambini che si burlavano di lui, prende l'abitudine di accompagnarlo per le strade del villaggio.

Che Albert Schweitzer si sia interessato alla coesistenza delle due confessioni, quando ancora non si parlava di ecumenismo, fa certamente parte del suo operato. Così scrive nei suoi ricordi d'infanzia: "Il mio cuore di bambino già trovava bello che, nel nostro villaggio, cattolici e protestanti celebrassero il loro culto nella stessa chiesa (...). Vorrei che tutte le chiese d'Alsazia comuni alle due confessioni restassero tali, come testimonianza futura della concordia religiosa cui dovrebbero tendere le nostre speranze, se siamo veri cristiani".

Poiché la famiglia Schweitzer è melomaniaca, Alberto inizia a studiare il piano fin dall'età di cinque anni. A otto anni, passa all'organo. Un vero insegnamento dell'organo gli viene dato da Eugene Munch, grazie al quale conosce la musica di Johannes Sebastian Bach.

Ma colui che esercitò l'influenza maggiore sull'attività musicale di Schweitzer è l'organista e compositore Charles-Marie Widor.

Molto presto Albert Schweitzer viene riconosciuto come organista di talento a livello mondiale. Sempre a Widor spetta il merito di averlo orientato verso la musica di Bach e fu grazie a lui che egli scrive prima in francese poi in tedesco una introduzione alla musica di Bach che resta ancor'oggi un punto di riferimento.

La musica per lui non è soltanto un piacere ed una realizzazione personale. Grazie ai suoi concerti d'organo può far fronte alle spese necessarie per proseguire gli studi e in seguito far funzionare il suo ospedale di Lambaréné.

A diciotto anni, Albert Schweitzer intraprende gli studi di teologia e di filosofia presso l'Università di Strasburgo. Nel 1898, supera il primo esame di teologia, poi, dopo alcuni soggiorni a Parigi e a Berlino nel corso del 1899, ottiene il dottorato sostenendo una tesi sulla filosofia religiosa di Kant. Nello stesso anno, diventa predicatore presso la chiesa di San Nicola a Strasburgo.

Oltre a queste attività, si concentra sullo studio del Nuovo Testamento. Il 21 luglio 1900, si laurea in teologia con uno studio sull'Ultima Cena e, nel 1902, diventa ordinario della Facoltà di Teologia dell'Università di Strasburgo con uno studio sul "Mistero del Messianesimo e la Passione di Gesù".

Nella sua nuova attività di professore, si consacra essenzialmente a Gesù e a Paolo. Questi lavori si concretizzano con le opere seguenti: "Storia delle ricerche sulla vita di Gesù" e "Storia delle ricerche su San Paolo".

Riesce così a convincerci che la fede cristiana, se vuole meritarsi questo nome, deve concretizzarsi in pratica come un principio di vita. E la messa in atto di questo principio determinerà il resto della sua vita.

Nell'ottobre 1905, Albert Schweitzer sorprende i genitori e gli amici mettendoli al corrente delle sue intenzioni di iniziare in autunno gli studi di medicina, per lavorare poi come medico in Africa equatoriale. Da tempo infatti ha in mente questo progetto che comincia ora a realizzare. La gratitudine per la felicità che gli viene data, lo spinge già dal tempo degli studi a vivere per l'arte e la scienza fin verso al trentesimo anno, per mettersi in seguito interamente al servizio di quanti sono meno felici di lui.

A quel momento non sapeva ancora come le cose si sarebbero realizzate concretamente. Ma, nell'autunno 1904, trova nel suo ufficio un annuncio della Società delle Missioni di Parigi per reclutare collaboratori per alcune attività in Gabon. Ora sa quel che deve fare.

Questa decisione equivale per lui ad un "sì" alla chiamata di Gesù a seguirlo. Nei suoi pensieri scrive: "Sempre più mi rendevo conto che non avevo il diritto di accettare la felicità della mia gioventù, della mia salute, della mia facoltà di lavorare come dei doni gratuiti. La consapevolezza profonda dei miei privilegi mi faceva comprendere sempre più nettamente la parabola di Gesù che non abbiamo il diritto di conservare la nostra vita per noi. Colui che la vita ha colmato di benefici, deve a sua volta elargirli nella stessa misura. Colui che è stato risparmiato dalla sofferenza deve contribuire a diminuire quella degli altri. Tutti

noi dobbiamo assumerci una parte del fardello di dolore che pesa sul mondo".

Grazie ad una autorizzazione eccezionale da parte del governo, negli anni che seguono egli è professore e studente nella stessa università, in quanto durante gli studi di medicina prosegue l'attività di insegnante di teologia. Allo stesso tempo, resta pastore di San Nicola.

Nell'ottobre 1911, supera l'esame di medicina. Ha guadagnato la somma necessaria per questo esame al festival francese di musica di Monaco dove ha suonato la "Sinfonia Sacra" di Widor, sotto la direzione del compositore. Trascorre la primavere del 1912 a studiare medicina tropicale. Contemporaneamente inizia la tesi di medicina consacrata ad una "Analisi psichiatrica di Gesù".

Per i preparativi della partenza per l'Africa, la moglie, che aveva sposato il 18 giugno 1912, gli è di grande aiuto. Grazie a donazioni ottenute nella cerchia dei suoi amici e nei concerti d'organo, riesce a riunire il denaro sufficiente per mettere su un piccolo ospedale. Quando tutto è pronto, propone alla Società delle Missioni di Parigi di assumersi le spese del settore medico della missione di Lambaréné, in qualità di medico.

Inizia così effettivamente la sua opera di Buon Samaritano.

Il 26 marzo 1913 Albert Schweitzer e sua moglie lasciano Bordeaux per l'Africa. Il 18 aprile arrivano a Lambaréné dove vengono calorosamente accolti dai missionari.

Lambaréné si trova nella Repubblica del Gabon, a circa 40 chilometri a sud dell'equatore, lungo il fiume Ogoué.

Presto si dovranno curare una quarantina di malati al giorno. Il dottore viene aiutato dalla moglie, che aveva avuto una formazione di infermiera.

La prima guerra mondiale mette brutalmente fine a questa attività promettente. Poiché l'Alsazia, a quell'epoca, faceva parte della Germania, Albert Schweitzer viene considerato nella colonia francese del Gabon come uno straniero nemico. All'inizio gli viene permesso di continuare l'attività sotto sorveglianza. Più tardi, essa gli viene totalmente vietata.

Questi inattesi momenti di libertà gli offrono l'occasione di meditare su un problema di cui si era già occupato. La guerra metteva brutalmente in evidenza la decadenza della civilizzazione. L'accettazione del comportamento inumano che la guerra comporta, mostra che gli uomini rinunciano a preoccuparsi del buon comportamento di ognuno e di una vera società umanitaria.

Cosciente dell'inutilità di continuare a deplorare la decadenza della civilizzazione, Albert Schweitzer si mette alla ricerca di nuove vie suscettibili di rinnovare questa civilizzazione. In questo modo, comprende che l'avvenire è strettamente legato alla concezione della vita. Soltanto colui che dice sì alla vita ed al mondo in cui vive, è capace di far progredire la civilizzazione. Essere positivi ver-

so la vita e il mondo comporta in sé un senso etico, cioé un comportamente d'uomo onesto e responsabile.

Per mesi Albert Schweitzer cerca la risposta alla domanda di come l'uomo può riuscire ad essere in accordo con se stesso e con il mondo. Al crepuscolo del terzo giorno di un lungo viaggio, intrapreso nel settembre 1915 sull'Ogoué, la risposta sorge all'improvviso davanti a lui: "Rispetto della vita".

Colui che medita sul mondo e su se stesso osserva che tutto ciò che lo circonda, tanto le piante quanto gli animali ed i suoi simili, tengono alla vita, proprio come lui stesso. Colui che lo ha compreso deve trattare gli uni e gli altri con rispetto.

Per riguardo verso Dio che ha dato la vita ad ogni essere perché possa svolgere il compito che gli è impartito, bisogna rispettare ed aiutare ogni essere a realizzarsi; sta qui il buon comportamento come originalmente previsto per l'uomo. Colui che agisce così, agisce bene.

Va da sé che l'etica del rispetto della vita diventa efficace soltanto a partire dal momento in cui la trasponiamo dall'idea alla pratica di tutti i giorni. Albert Schweitzer non si è limitato ad agire lui stesso in questo modo, ma non ha smesso di ricordarci i nostri impegni. La nostra generazione per la quale si pone il grande problema della protezione dell'ambiente, capisce meglio delle generazioni precedenti quanto sia attuale questa esigenza.

Albert Schweitzer si rende naturalmente conto che questo principio di base è in contraddizione con la realtà, poiché nella natura un essere vive alle spese di un altro e anche l'uomo non può mantenersi in vita se non alle spese delle piante e degli animali.

Colui però che si sente toccato da questa severa esigenza, comprende la sua responsabilità. Egli non porterà più pregiudizio alla vita degli altri per noncuranza o per il proprio conforto personale. Al contrario, si sforzerà ovunque di agire con discernimento e coscienza. Più un uomo edificherà la sua vita quotidiana su questa base, più riuscirà a dare un senso alla propria vita e a quella di chi lo circonda. Ad ogni istante dovrà decidere in piena coscienza su quel che dovrà fare per operare bene.

Per Albert Schweitzer, è evidente che il rispetto della vita alla fine non è altro che il messaggio che abbiamo incontrato presso Gesù. Per questo dice:"L'etica del rispetto della vita comprende dunque tutto ciò che coprono le nozioni di amore, di devozione, di condivisione della sofferenza, di condivisione delle gioie e di impegno per il bene". O semplicemente: "L'etica del rispetto della vita è l'estensione dell'etica dell'amore. È il

pensiero essenziale dell'etica di Geù".

Così Albert Schweitzer è un Buon Samaritano anche nel campo spirituale. Con la sua dedizione verso tutte le creature e con il fatto di prendere sotto la sua responsabilità senza limiti tutto quel che vive, egli aiuta gli uomini a dare un senso alla loro vita.

Quando, durante la prima guerra mondiale, Schweitzer si vede rifiutare il diritto a lavorare nell'ospedale, trascorre alcuni mesi in una casa a Cap Lopez vicino al mare, poi nel 1917 si trasferisce in Francia. Dopo essere passato per due campi di internamento, finisce per rientrare, completamente sfinito, in Alsazia attraversando la Svizzera. Quando si ristabilisce, lavora come medico-assistente presso l'ospedale civile di Strasburgo e riprende le sue vecchie funzioni di pastore alla chiesa di San Nicola.

Nel 1920, dopo Pasqua, Albert Schweitzer va ad Upsala, in Svezia, su invito dell'arcivescovo Nathan Soderblom, per tenere delle conferenze presso l'università della città. A ciò si aggiungono conferenze e concerti tanto in Svezia quanto in Svizzera che gli permettono di saldare dei debiti contratti per il mantenimento dell'ospedale durante la guerra. Allo stesso tempo matura l'idea di tornare a Lambaréné.

Nel 1921 appaiono i suoi ricordi d'Africa dal titolo "Ai margini della foresta vergine". I pensieri raccolti possono ancora essere utili per risolvere i problemi d'aiuto allo sviluppo divenuti oggi così critici. Anche in questo campo Albert Schweitzer è un Buon Samaritano.

Nel 1922, mentre avanzano i preparativi per il suo nuovo viaggio in Africa, Albert Schweitzer apporta l'ultima correzione prima della stampa alle conferenze tenute a Birmingham su "Il cristianesimo e le religioni mondiali". Prima di partire, scrive ancora la conclusione del libro "Ricordi della mia infanzia". Nelle due opere, tratta di problemi che sono e restano il centro delle nostre preoccupazioni.

Il 14 febbraio, Albert Schweitzer lascia Strasburgo e si ritrova il 19 aprile alla sede della Missione a Andende. Dell'ospedale non esiste che una piccola baracca di lamiera ondulata e l'ossatura di una delle grandi capanne in bambù. Tutte le altre costruzioni sono marcite o crollate nel corso degli anni.

Per questo i mesi che seguono sono dedicati alla ricostruzione. Nell'autuno 1925, l'ospedale può già ospitare centocinquanta malati e coloro che li accompagnano. Una grande carestia ed un'epidemia di dissenteria obbligano Albert Schweitzer a trasferire l'ospedale in un'area più vasta. A malincuore decide di costruire per la terza volta un ospedale, tre chilometri a monte. Il 21 gennaio 1927, si procede al trasferimento dei malati dal vecchio al nuovo ospedale. Nel corso dell'estate costruisce altre capanne, perché ci sia abbastanza posto per dare alloggio a duecento malati e a quanti li accompagnano.

Felicemente circondato da medici ed infermiere competenti, Albert Schweitzer può, il 21 giugno

1927, prendersi la tanto necessaria vacanza in Europa. Anche lì comincia a viaggiare; dà concerti e pronuncia conferenze. Durante i momenti liberi lavora alla "Mistica dell'Apostolo Paolo", di cui scriverà il primo capitolo nel suo viaggio di ritorno a Lambaréné nel dicembre 1929.

Poiché l'ospedale è ormai conosciuto per centinaia di chilometri, al suo terzo arrivo Albert Schweiter si trova di nuovo ad affrontare lavori di costruzione.

Alla fine del mese di gennaio 1932, torna in Europa dove a Francoforte, il 22 marzo, pronuncia il discorso commemorativo del centenario della morte di Goethe, dopo aver ottenuto, nel 1928, il premio Goethe. Egli attira l'attenzione sul grande senso umanitario di Goethe, di quest'uomo che, molto spesso, gli appare nella foresta vergine come un "consolatore sorridente".

Nel 1949, Albert Schweitzer compie il suo primo viaggio negli Stati Uniti. La grande generosità degli americani e i doni raccolti in Europa gli permettono di posare le fondamenta di un villaggio per i lebbrosi. Nel 1951, riceve il Premio della Pace dai librai tedeschi e viene nominato membro dell'Accademia delle scienze morali e politiche. Nel 1953, riceve il Premio Nobel per la Pace per il 1952. Con il denaro ricevuto, può coprire con lamiere ondulate le case del villaggio dei lebbrosi e renderle così più durature.

Nel 1954, si inaugura il villaggio che porta il nome di "Villaggio Luce", perché procura un po' di luce nella vita cupa di questa gente tanto duramente provata. Non per nulla i suoi abitanti dicono che per i malati ordinari Albert Schweitzer ha costruito un ospedale, mentre a loro ha dato una casa. È qui in particolare che si distingue come Buon Samaritano.

Il 4 novembre 1954, ad Oslo, gli viene consegnato il Premio Nobel per la Pace, che gli era stato conferito in sua assenza. Egli approfitta dell'occasione per insistere sul fatto che la guerra è inumana e che il male è peggiore che mai. Il discorso, stampato con il titolo "Il problema della pace nel mondo di oggi", nel corso degli anni non è più d'attualità.

La minaccia di una guerra atomica fa uscire Albert Schweitzer dalla riserva di cui aveva fatto prova fino ad allora nei confronti di questi avvenimenti. Il 23 aprile 1957 lancia da Radio Oslo un "appello al mondo" a favore della cessazione degli esperimenti atomici. I negoziati restati senza risultato tra gli Stati Uniti e la Russia lo incitano ancora a scuotere la coscienza del mondo. Questi tre discorsi appaiono sotto forma di un libro dal titolo "Pace o guerra atomica".

In occasione della ripresa degli esperimenti atomici, dopo una pausa di due anni, Albert Schweitzer, in collaborazione con Bertrand Russel, Martin Niemoller, Robert Jungk ed altri, redige un "Appello a tutti. Gli esperimenti atomici non contribuiscono alla pace". L'appello viene pubblicato nella Pasqua del 1962.

Vi si sottolineava che non esiste giustificazione per mantenere un inquinamento radioattivo dell'atmosfera nel mondo. Con sua grande gioia, gli fu permesso di vivere almeno l'interruzione delle ricerche di armi atomiche nell'atmosfera.

Purtroppo, l'attualità ci mostra che questo problema non ha ancora trovato soluzioni accettabili.

Nel 1959, Albert Schweitzer torna per la quattordicesima volta a Lambaréné. L'ospedale accoglie in permanenza circa 600 persone. Il numero dei malati progredisce costantemente.

Il 14 gennaio 1965 apporta al nonagenario felicitazioni ed auguri da tutto il mondo. Fino alla metà del mese di agosto, può rallegrarsi di essere ancora pronto e vivace. Poi le forze diminuiscono rapidamente. Si spegne il 4 settembre 1965, alle 23.30. Il 5 settembre, alle 15.00, viene sepolto da tutta la popolazione della regione.

La sua opera e il suo pensiero continuano a dare frutti. Questa realtà diverrà sempre più preziosa a mano a mano che sempre più uomini mediteranno su quel che scriveva un giovane dopo una visita a Lambaréné: "Io non mi chiamo Albert Schweitzer e non intendo assolutamente vedere i giornali parlare di me, ma non riesco a staccarmi dalla domanda: dove mi aspetta il mio Lambaréné?".

Gli scritti lasciati da Albert Schweitzer alla sua morte, già pubblicati, o che lo saranno, ci mostrano che il suo pensiero continua ad essere di attualità e di meraviglia per il lettore.

Lo stesso ospedale di Lambaréné è rimasto un esempio vivente di questo cristianesimo e dell'operato che è all'origine della sua creazione. Coloro che vi lavorano in situazione difficili, che offrono i loro servizi a quanti sono meno felici e i generosi donatori che permettono il funzionamento dell'ospedale, mostrano in maniera significativa che la chiamata di Gesù a seguirlo viene sempre ascoltata.

In un'epoca in cui tanti uomini dubitano del senso dell'esistenza e fanno fatica a trovare la loro strada, la vita e il pensiero di Albert Schweitzer possono essere un aiuto prezioso.

La via che conduce ad una vita di pienezza è aperta a tutti coloro che si riconoscono in questa definizione di Albert Schweitzer riguardante il destino dell'uomo: "La sua vocazione è quella di essere, già in questo mondo imperfetto, un vettore dell'amore di Dio".

Rev. P. RICHARD BRULLMANN
Presidente dell'Associazione Internazionale per l'opera del Dott. Albert Schweitzer a Lambaréné (Svizzera)

SUSANNA AGNELLI

Florence Nightingale

È diventata famosa come la "Signora con la lampada", china con la lanterna in mano a vegliare e curare i soldati inglesi negli ospedali da campo della guerra di Crimea del 1854.

In effetti la sua esperienza diretta con feriti e malati si ferma qui, ai mesi sul fronte di Crimea che l'hanno resa nota e hanno iniziato a costruire la sua figura pubblica, facendone quasi un mito.

Ma sono altri gli aspetti per cui ancora oggi chi si occupa di assistenza ai malati, spesso senza saperlo, segue le orme tracciate da Florence Nightingale.

Florence nasce il 12 maggio 1820 da una nobile famiglia ricca, ma soprattutto molto colta: nel salotto di casa Nightingale vengono ospitati i maggiori intellettuali non solo inglesi, ma anche francesi, italiani, americani.

Tra i 20 e i 30 anni si precisa in lei l'interesse per la cura degli ammalati, cui si sente chiamata quasi come ad una missione religiosa.

La prima occasione per esercitare pubblicamente la sua vocazione viene offerta a Florence Nightingale da Sydney Herbert, amico di famiglia e ministro della Guerra. Nell'ottobre 1854 gli articoli del corrispondente del Times dalla guerra di Crimea cadono come bombe sui tavoli dei borghesi e dei nobili inglesi, cioè della parte di popolazione che legge i giornali: vengono descritte con crudezza le sofferenze dei soldati, mettendo il dito sulla piaga dell'assoluta inadeguatezza dell'assistenza sanitaria nell'esercito. Il governo, impegnato in una guerra accolta dall'opinione pubblica con grandi slanci patriottici e forti aspettative, è in difficoltà per le critiche che piovono da più parti. Herbert incarica Florence Nightingale di selezionare e reclutare un gruppo di infermiere e di partire con loro per il fronte; il ministro intuisce di poter fare leva su una delle doti principali della Nightingale, cioè la capacità organizzativa.

Per la prima volta nella storia inglese delle donne (sono 38, 14 laiche, 10 suore cattoliche e 14 religiose protestanti) sono chiamate ufficialmente a svolgere un ruolo attivo in un teatro di guerra. Le difficoltà non sono poche, è continuo lo scontro con gli ufficiali dell'esercito, che non intendono cedere nulla del proprio potere decisionale neppure in materia sanitaria. Per di più il carattere autoritario della Nightingale, l'ostinazione con cui sostiene le proprie convinzioni e le critiche all'esercito, non l'aiutano certo ad essere ben accettata nel corso della missione.

Mentre in Crimea gli ufficiali e i medici dell'esercito entrano quotidianamente in polemica con la Nightingale, in patria comincia a prendere forma il mito della "Signora con la lampada". La guerra viene raccontata a puntate su una rivista popolare, l'*Illustrated History of the Expedition to the Crimea,* illustrata con disegni che rendono per immagini gli episodi più significativi; nel febbraio 1855 la rivista pubblica il ritratto di una giovane signora con la croce al collo e una lanterna in mano; è senza nome, perché vuol essere un simbolo delle donne inglesi che si impegnano per la patria, ma anche perché per il momento Florence Nightingale è conosciuta solo da una ristretta élite. Quando però torna in Inghilterra, nella primavera dello stesso anno, la sua fama cresce in breve tempo. È la prima donna a ricevere una medaglia dalla regina per i servizi alla nazione; le sue immagini stereotipate si moltiplicano sulle riviste più diffuse.

Il governo le chiede di fare una relazione sul lavoro svolto in Crimea. Risponde con uno scritto di più di 800 pagine, decisa, come afferma lei stessa, a "vendicare le migliaia di morti per malattia che si sarebbero potuti salvare se ben curati". Una delle caratteristiche di Florence Nightingale è di andare oltre i singoli fatti, per cercare di comprendere le cause di fondo di un problema e trovare quindi i rimedi adatti. Perciò nel rapporto non si sofferma sui singoli fatti, ma critica la complessiva disorganizzazione e inadeguatezza del servizio sanitario dell'esercito; le cifre della guerra, d'altra parte, parlano chiaro: sono stati uccisi in battaglia 2.700 soldati, 1.800 sono deceduti per le ferite, ma la grande maggioranza delle morti – circa 17.000 – è dovuta alle malattie contratte in un clima molto diverso da quello inglese e in condizioni igieniche pessime.

L'esperienza della Crimea consente a Florence di cominciare a definire la propria concezione di assistenza sanitaria, fondata sull'idea-cardine di "prevenzione": la pulizia, la corretta alimentazione, la buona aerazione degli ambienti secondo lei sono la base della salute.

L'interesse per le cure sanitarie non sono una fissazione puramente personale di Florence Nightingale. Quella che veniva chiamata "l'idea sanitaria" già dagli anni Quaranta dell'Ottocento ispira filantropi, uomini politici e poeti; è

la situazione sociale dell'Inghilterra, in un periodo di grandi e veloci mutamenti, ad imporre nel dibattito pubblico la preoccupazione per le condizioni di vita delle classi popolari, e la ricerca di modi per migliorarle. L'espansione dell'industria ha trasformato i quartieri popolari di molte città inglesi in zone sovraffollate e insalubri, con case prive di ogni requisito d'igiene. Numerose inchieste sulle condizioni del popolo rispecchiano una società urbana in gran parte povera, e spesso malata proprio a causa della miseria della vita quotidiana.

Gli ospedali sono rivolti ai poveri, mentre chi può permetterselo si fa curare in casa dal proprio medico. Le condizioni dell'assistenza ospedaliera sono disastrose, un gran numero di pazienti muore entro le prime 24 ore di degenza. Inseritasi nel movimento d'opinione e nelle iniziative concrete che mirano a migliorare questa situazione, Florence Nightingale contribuisce in modo determinante alla nascita della moderna professione infermieristica, tant'è che tuttora i manuali delle scuole di formazione per infermiere la propongono come un'iniziatrice e un'innovatrice.

Nel 1860, finanziata da un fondo governativo da lei gestito autonomamente, nasce la Nightingale School per infermiere. Si tratta non solo di costruire una figura professionale fino ad allora inesistente, ma anche e soprattutto di abbattere il pregiudizio che considera le infermiere ignoranti e di dubbia moralità, spesso ex prostitute.

Nello stesso periodo vengono aperte anche altre scuole per la formazione delle infermiere, ma nella maggior parte dei casi l'impostazione e i programmi si ispirano al "metodo Nightingale". Florence definisce minuziosamente compiti quotidiani e metodi di lavoro, cercando di chiarire la differenza di ruoli e di funzione tra i medici e il personale infermieristico. Durante il periodo di tirocinio in ospedale vengono redatte ogni mese per ciascuna infermiera complesse schede personali, dove sono comprese sia le capacità tecniche sia le doti morali e personali (ad esempio la puntualità, l'affidabilità, la calma). Nei propri scritti la Nightingale sostiene che il mestiere di infermiera è un'arte che si acquisisce con la pratica e la disciplina, attraverso una formazione morale, e non è una semplice raccolta di conoscenze tecniche.

Nella fase di impostazione della scuola Florence invia complessi questionari a diverse istituzioni in Francia e nei Paesi tedeschi, per assumere conoscenze sui loro sistemi di formazione delle infermiere.

In quegli anni infatti si sta affermando la scienza statistica applicata alle problematiche sociali; qualunque affermazione acquista peso e credibilità pubblica solo se supportata da dati e cifre. Fornita di una mentalità spiccatamente scientifica, e abituata per carattere ad agire senza mezze misure, Florence Nightingale elabora e sostiene le proprie posizioni sulla base di masse di dati che raccoglie personalmente. Diventano famosi e temuti i suoi questionari composti da centinaia di domande, con cui inonda l'Inghilterra, le colonie del vasto impero inglese e gli altri Paesi europei.

La Nightingale School vuole consentire l'accesso alla professione infermieristica a donne di tutte le condizioni sociali ed economiche. Perciò le iscritte vengono suddivise in cinque categorie, da chi riceve una retribuzione a chi invece paga per il vitto e l'alloggio, dal momento che la scuola è strutturata come un collegio residenziale; la formazione di per sé invece è gratuita per tutte.

Se all'inizio la scuola fatica a trovare allieve, con il passare degli anni cresce il numero di donne che si iscrivono non solo alla Nightingale e alle altre scuole per infermiere, ma anche a molti altri corsi di formazione professionale. Nell'ultimo quarto del secolo la componente femminile della società inglese sta compiendo una svolta nella propria storia. Le donne escono sempre più di casa; l'industrializzazione ha tolto molte opportunità di lavoro artigianale a domicilio; ma adesso non sono più solo le proletarie, ma anche le signore della piccola e media borghesia a cercare spazio nel mondo del lavoro.

Ferve intanto la lotta per il voto alle donne; Florence Nightingale firma diverse petizioni presentate dalle "suffragette", ma non partecipa direttamente alle campagne di lotta; in parte perché ritiene che la propria missione sociale sia un'altra, ma soprattutto perché è scettica sulla maturità politica delle donne: teme che con il voto seguano i mariti nelle divisioni tra parti politiche, anziché sostenere gli specifici interessi femminili. D'altra parte Florence non ha mai avuto dubbi sulle capacità delle donne e sul loro diritto ad una vita autonoma; scriveva nel suo diario nel 1852: "Non ho intenzione di starmene a ciondolare nel salotto di mia madre... Uscirò e cercherò un lavoro. L'uomo nasce per il mondo, la donna per la famiglia. La donna deve nascere per il mondo per trovare gioia e per esercitare le sue capacità".

Una delle idee-guida di tutta l'attività di Florence Nightingale, cioè la necessità di formazione per il personale sanitario, trova applicazione anche nel delicato settore dell'assistenza alle nascite. Come in tutti i reparti degli ospedali, nell'Inghilterra della metà dell'Ottocento, anche nelle corsie delle maternità si registra un elevato tasso di morti tra le puerpere; i dati statistici dicono anzi che in ospedale si muore di parto molto più che in casa. Molti studiosi dei problemi

socio-sanitari, tra i quali la Nightingale, ritengono che sarebbe più opportuno abolire i reparti di maternità, sostituendoli con un servizio di ostetriche a domicilio. Si pone però il problema di fornire alle donne che partoriscono in casa un aiuto da parte di ostetriche adeguatamente preparate. Anche in questo campo, come per le infermiere, Florence Nightingale vuole trasformare un mestiere esercitato per tradizione da donne spesso ignoranti in una professione moderna e basata su conoscenze scientifiche.

Nel 1862 la Nightingale avvia un corso di formazione per ostetriche della durata di 6 mesi. La scuola ha una duplice finalità sociale; da un lato rivolge la formazione soprattutto a candidate delle classi popolari residenti in campagna; dall'altro lato, le ostetriche diplomate dovranno impegnarsi a lavorare per quattro anni nelle case dei poveri della loro zona, con uno stipendio elargito dalla parrocchia.

Dal punto di vista dei risultati concreti ed immediati l'iniziativa non può dirsi un successo. Nei cinque anni di attività la scuola forma solo 40 ostetriche; le iscrizioni sono poche, sia perché le parrocchie di campagna non sono in grado di aiutare economicamente le loro candidate, sia perché le donne che già esercitano questo mestiere non possono permettersi di sospendere il lavoro per i sei mesi di formazione.

Tuttavia la Nightingale ha la capacità di rendere pubbliche le proprie iniziative e di suscitare interesse e dibattiti intorno ai principi che le ispirano. Nel caso della scuola per ostetriche ha il merito non indifferente di aver attratto l'attenzione del pubblico e dei medici sulla necessità di migliorare l'assistenza al parto. Ci vogliono però ancora 40 anni perché l'ostetricia venga ufficialmente riconosciuta come professione e regolamentata da un'apposita legge.

L'attenzione della Nightingale per la cura delle classi povere la porta inevitabilmente a partecipare al grande dibattito politico degli anni Sessanta sulle leggi sulla povertà, rivolte in particolare a regolamentare le istituzioni che accolgono diseredati, pazzi, malati.

Per il fatto di essere povere, e spesso anziane, nella sola Londra circa 20.000 persone vivono rinchiuse nelle *workhouses*, ricoveri dove chi può lavora, in cambio del vitto e dell'alloggio; più di un terzo degli ospiti è malato, molti muoiono per l'inadeguatezza delle cure. Si forma un'Associazione per il Miglioramento dell'Assistenza Infermieristica nelle *workhouses*, sostenuto da personaggi di spicco come Charles Dickens, John Stuart Mill, e la stessa Nightingale; negli anni '70 viene avviato un programma governativo per la costruzione di nuovi ospizi per i malati poveri, ma i lavori procedono lentamente e si scontrano con la mancanza di fondi e vari ostacoli burocratici.

La maggior parte del personale formato dalla Nightingale School viene inviato a lavorare nelle infermerie delle *workhouses* e contribuisce a renderle un po' meno disumane. Sotto questo aspetto la Scuola svolge un ruolo di notevole utilità sociale, anche perché le infermiere formatesi in altri corsi preferiscono i più remunerativi impieghi negli ospedali.

Ma la posizione di Florence Nightingale si differenzia da quella degli altri riformatori per la sua radicalità sulla questione delle *workhouses*. Secondo lei, benché sia fondamentale migliorare l'assistenza infermieristica offerta da queste istituzioni, il problema risiede nell'esistenza stessa delle *workhouses*. Scrive nel 1867: "Secondo il mio punto di vista lo scopo ultimo di tutta l'attività infermieristica è il servizio ai poveri nelle loro case... Io miro all'abolizione di tutti gli ospedali e gli ambulatori delle *workhouses*. Ma è inutile parlare dell'anno 2000".

Vicina a parte del dibattito e delle iniziative sociali in corso proprio alla soglia del Duemila, Florence Nightingale dedica molta attenzione al problema dell'assistenza infermieristica a domicilio. Quando nel 1874 le viene chiesto da un parlamentare, Mr Rathbone, di avviare a Londra una associazione di infermiere domiciliari, la Nightingale risponde che è necessario svolgere prima una ricerca per verificare l'esistenza e l'entità di questo bisogno. Dalla distribuzione di uno dei suoi soliti massicci questionari risulta che a Londra esistono già 26 associazioni che si occupano di assistenza infermieristica a domicilio e sono gestite da benefattori laici o gruppi religiosi; ciò che manca è un'adeguata formazione professionale delle infermiere. Di solito le associazioni inviano nelle case dei poveri una lady caritatevole, accompagnata da una popolana, entrambe con scarse nozioni mediche e nessun preciso metodo di lavoro.

Nell'aprile 1876 Florence Nightingale scrive al Times lanciando una campagna di sostegno finanziario per la sua neonata associazione rivolta alla formazione di infermiere domiciliari per i malati poveri; nel comitato promotore ci sono medici, riformatori, parlamentari. Vengono aperte 3 scuole di formazione. Alle allieve viene richiesto un livello socio-culturale medio-alto, dal momento che si troveranno a lavorare in condizioni difficili e dovranno essere in grado di organizzare e gestire con molta autonomia il proprio lavoro; inoltre, nella concezione della Nightingale, assistenza domiciliare non significa semplicemente fornire le cure a casa in caso di malattia; l'infermiera deve essere in grado anche di trasmettere ai pazienti informazioni sulle norme igieniche e sull'uso delle opportunità sanitarie a loro disposizione.

Le spinose questioni sociali dell'Inghilterra della seconda metà dell'Ottocento vengono affrontate per lo più, sia nel dibattito teorico che per quanto riguarda gli interventi concreti, da cittadini e associazioni private. Tuttavia i riformatori liberali radicali ritengono che sia necessario un maggiore coinvolgimento diretto dello Stato nell'assistenza alle classi povere. Florence Nightingale condivide queste posizioni, tanto che nel corso degli anni, pur accettando donazioni occasionali, non fa quasi mai ricorso ad appelli pubblici per sostenere finanziariamente la propria scuola; secondo lei infatti dovrebbe spettare al governo farsi carico della formazione delle infermiere che curano i malati poveri, sia negli ospedali che a domicilio.

Il 75° compleanno della regina Vittoria, nel 1887, costituisce un'occasione di finanziamento per molte iniziative sociali. Opportune mosse diplomatiche di riformatori e benefattori ottengono dalla Corona un fondo per aprire l'istituto Regina Vittoria per la formazione di infermiere domiciliari per i poveri; i programmi della scuola si ispirano alle linee indicate da Florence Nightingale. L'iniziativa è un primo passo che porterà, nel secolo successivo, alla formazione del sistema nazionale dell'assistenza infermieristica a domicilio.

Negli anni centrali della sua esistenza Florence Nightingale partecipa a più livelli alla vita pubblica dell'Inghilterra. In effetti le diverse questioni di cui si occupa sono tutte collegate da un unico filo conduttore, che è il suo interesse di sempre per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Nel corso degli anni questo argomento viene approfondito, esteso, ed applicato dalla Nightingale ad ambiti diversi.

Sul piano delle politiche sociali, come si è visto, la sua attenzione è rivolta alla cura delle classi povere. Ma anche in alcune vicende della politica internazionale inglese la voce di Florence Nightingale esprime pubblicamente le proprie opinioni, analizza i problemi e propone soluzioni.

Come la maggior parte dei sudditi della regina Vittoria, anche Florence partecipa con orgoglio alla crescita dell'Inghilterra come potenza coloniale. Nella seconda metà del secolo l'impero inglese è all'apice della sua espansione; come scrive lo storico Asa Briggs, l'Inghilterra è "l'officina del mondo, il cantiere del mondo, il correre del mondo, il banchiere del mondo e la stanza di compensazione del mondo".

Per mantenere l'impero e la preminenza sulla scena internazionale lo stato inglese si dota di un esercito imponente. L'esperienza della Crimea consente alla "Signora con la lampada" di entrare in

contatto con le condizioni di vita quotidiana dei militari; dal rientro dalla Crimea in poi il tentativo di migliorare l'organizzazione sanitaria e l'igiene delle caserme sarà uno dei suoi impegni costanti. In particolare la colpiscono il gran numero di soldati, reclutati in maggioranza nelle classi popolari, che muoiono a causa delle malattie e della mancanza di cure appropriate; nelle colonie la situazione è peggiore a causa del clima e delle malattie sconosciute in Inghilterra.

Nel 1856 Florence Nightingale ottiene la formazione di una commissione governativa incaricata di migliorare le condizioni di vita nei quartieri militari di tutto il Paese; le conoscenze raccolte dalla commissione nel corso di numerose ispezioni vengono analizzate da Florence, che propone una serie di rimedi. Le sue indicazioni portano miglioramenti che fanno calare notevolmente la percentuale di soldati morti per malattia: nel 1855, prima della "cura Nightingale", sono 17 ogni mille, nel 1860 scendono a 9,9 su mille.

La rivolta antiinglese dell'India, nel 1857, mette in subbuglio il Paese; le numerose truppe subito inviate vengono decimate dalle malattie tropicali. Dal dibattito che ferve in Parlamento, sui giornali e nei salotti sulla "questione indiana", emerge l'urgenza di misure che non solo rafforzino l'esercito, ma introducano cambiamenti anche nell'organizzazione della vita civile della colonia.

Florence Nightingale decide di entrare in campo e di studiare un sistema per migliorare le condizioni di salute e la qualità della vita degli inglesi in India e degli stessi indiani. Così stupefatti responsabili di 200 stazioni militari inglesi della colonia si vedono recapitare dalla madrepatria fogli e fogli di un questionario firmato dalla bizzarra lady.

La relazione sui dati raccolti viene presentata con successo nel 1863 al congresso di Edimburgo della Associazione Nazionale per la Promozione della Scienza Sociale. Alla presenza del Principe Consorte la Nightingale legge le proprie osservazioni dal significativo titolo "Come le persone possono vivere e non morire in India".

Il suo piano sanitario comprende il miglioramento dell'igiene nelle abitazioni, metodi di irrigazione e di distribuzione dell'acqua, innovazioni nelle tecniche agricole. Lancia persino l'idea di prestiti ai contadini indiani da un'apposita cassa rurale, perché possano diventare proprietari della terra che lavorano e irrigarla con l'acqua fornita a pagamento dal governo inglese. La Nightingale ipotizza in questo modo di trasformare gli agricoltori indiani sul modello dei piccoli proprietari della campagna inglese, ma non tiene conto delle profonde differenze di mentalità e di cultura.

I problemi dell'India le staranno a cuore per più di vent'anni, ma le sue proposte troveranno scarsa applicazione da parte dei governatori della colonia.

Il "metodo Nightingale" per la

formazione del personale sanitario tocca anche la più lontana delle colonie inglesi. Nel 1866 il nuovo ospedale di Sydney, in Australia, è al centro di roventi polemiche per la cattiva qualità del servizio offerto ai pazienti. Ma la fama di Florence Nightingale è già arrivata oltreoceano: per risolvere il problema il segretario coloniale della regione, sir William Parkes, richiede alla Nightingale School un gruppo di infermiere disposte a trasferirsi in Australia; partono in sei, e inaugurano anche nell'ospedale della città australiana il metodo di lavoro recentemente avviato nella madrepatria.

Dopo gli anni '90 Florence Nightingale non intraprende più iniziative pubbliche; vecchia e malata, si limita a partecipare al dibattito sulle questioni sanitarie scrivendo lunghe lettere dalla camera da letto della sua casa.

Molte delle condizioni che l'avevano spinta a combattere le sue battaglie sono cambiate. Con le nuove conoscenze scientifiche sull'igiene e sulla diffusione delle infezioni il servizio offerto dagli ospedali è migliorato; in corsia si muore più raramente; ormai i pazienti non sono più solo i poveri, ma anche una parte della borghesia si fa ricoverare a pagamento.

La Nightingale School non è più in grado di aggiornare la formazione adeguandola ai cambiamenti sopraggiunti in un settore che la scuola stessa ha contribuito a far nascere e a rendere più moderno.

Florence Nightingale muore il 13 agosto 1910. Ma la sua testimonianza non morì con lei.

Nella sua vita terrena, Florence Nightingale non soltanto lasciò un'impronta tanto efficace e radicale nel campo delle cure sanitarie, ma fece anche in modo che il proprio lavoro valesse come esempio universale e duraturo.

Il suo fu un grande atto di testimonianza cristiana.

Il conseguimento del progresso scientifico e materiale nel lavoro di Florence Nightingale non fu mai disgiunto dalla massima preoccupazione per la persona umana e per la dignità morale e spirituale dell'uomo.

Queste, a mio modo di vedere, sono le caratteristiche più rilevanti della sua testimonianza: la posizione centrale che ella diede alla persona umana nel conseguimento del progresso scientifico, e la priorità da lei attribuita al soddisfare le esigenze del malato nello sviluppo delle cure sanitarie.

Florence Nightingale ci ha insegnato che il fine ultimo, tanto della ricerca scientifica quanto della cura medica, deve essere quello di metterci al servizio dell'uomo, di alleviare le sofferenze su questa terra.

Ella ci esorta a non mirare a veri e propri conseguimenti scientifici, ma a vite reali e senza prezzo che possiamo salvare.

Ella ci ricorda che dobbiamo rivolgere la nostra attenzione ai malati nella loro dignità umana, più che alla loro malattia considerata con astrazione scientifica.

Per questo ho sempre ammirato Florence Nightingale: una donna con una grande visione intellettuale ed un profondo spirito cristiano, che ci ha mostrato la via per poter combinare i principi del G*iuramento di Ippocrate* con l'amore del *Buon Samaritano.*

La società di oggi si trova di fronte a decisioni estremamente difficili. Nell'oscurità dell'irrisolto rapporto tra valori etici/spirituali e progresso medico/scientifico, la testimonianza di Florence Nightingale si erge come un faro, come una luce di speranza per tutti noi.

On.le SUSANNA AGNELLI
Ministro degli Affari Esteri d'Italia

CORNELIO SOMMARUGA

Henry Dunant

Henry Dunant, nato in Svizzera nel 1828, è senza dubbio un Buon Samaritano dei nostri tempi: il suo operato ed il suo messaggio, profondamente cristiani, pur essendo universali ed indipendenti da qualsiasi credo religioso, continuano ad imporsi ai nostri giorni.

Henry Dunant, infatti, è stato, nel contempo:

1) *un Cristiano impegnato* durante tutta la sua vita a trasmettere, nella fede e per mezzo delle opere, il messaggio di Cristo di amore fraterno fra tutti gli esseri umani, anche in seno alle guerre, anche fra uomini tra loro nemici;

2) *un Buon Samaritano attivo*: come il Samaritano del Vangelo, anche Henry Dunant, durante un viaggio, si trova di fronte alla necessità impellente di lenire la sofferenza umana; si ferma, improvvisa i soccorsi, mobilita e coordina ulteriori forze, rifugge dall'accessorio per concentrarsi sull'essenziale;

3) *un uomo di comunicazione*: è in grado di mobilitare l'opinione pubblica del suo tempo con la stesura dei *Ricordi di Solferino,* opera che si fa testimonianza della sofferenza e dell'abbandono di cui sono vittime migliaia di soldati feriti sul campo di battaglia, il 24 giugno 1859, e che esorta all'azione nell'esempio del *Buon Samaritano di Solferino*;

4) *un diplomatico*: nella veste di "pellegrino dell'azione umanitaria", riesce a convincere i principali Governi dell'epoca ad accettare la creazione delle Società nazionali della Croce Rossa ed a negoziare, indi a firmare, nel 1864, la Prima Convenzione di Ginevra.

5) *creatore di una rete di uomini di buona volontà*: come il Buon Samaritano della parabola, Henry Dunant è in grado di spingere all'azione, non soltanto nel momento stesso in cui ciò si rende necessario, ma anche al lungo termine; da gesto isolato, la sua azione diventa modello, si diffonde da un paese all'altro, raggiungendo tutte le classi sociali e tutti i continenti;

6) *paladino di valori universali*: come per il Samaritano del Vangelo, il suo messaggio ed il suo operato a favore della causa umanitaria sono incondizionati, vanno al di là di ogni pregiudizio di carattere politico o religioso, sono destinati a tutti senza discriminazione: il valore universale del diritto internazionale umanitario e del Movimento della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa ne è la conseguenza e la testimonianza;

7) *un uomo in grado di conciliare idealismo e realismo*: egli sa bene che la carità non sostituisce la giustizia, che l'azione umanitaria non sostituisce la pace (Henry Dunant sarà insignito del Premio Nobel per la Pace nel 1901) quindi vuole mantenere i due campi d'azione ben distinti;

8) *un soccorritore impegnato che sa rimanere neutrale*: prima a Solferino, nel 1859, in seguito in Francia, nel 1870 e nel 1871, Henry Dunant fornisce l'esempio al quale continua ad ispirarsi il CICR nei trenta conflitti in cui interviene attivamente: *azione umanitaria concreta, neutra ed imparziale, a favore di tutte le vittime* della guerra, senza distinzioni di sorta, in una comunanza fraterna: "Tutti fratelli", dicevano le donne di Castiglione che erano con Dunant nella Chiesa Maggiore.

Il messaggio e l'operato di Henry Dunant, morto il 30 ottobre 1910, nello stesso anno di Florence Nightingale e di Lev Tolstoj, due personalità che godevano della sua ammirazione, rimangono di attualità; la sua azione umanitaria è perpetuata dal CICR, il Comitato internazionale della Croce Rossa, di cui è stato uno dei cinque membri fondatori, dalle Società nazionali della Croce Rossa, di cui ha preconizzato e promosso l'istituzione e dalla Federazione che le riunisce; le Convenzioni di Ginevra sono nel diritto internazionale l'espressione concreta del diritto delle vittime di conflitti a ricevere protezione e soccorso; l'*emblema della croce rossa,* come quello della Mezzaluna rossa, riconosciuto successivamente, sono il simbolo, universalmente accettato, del rispetto dovuto ai feriti, ai malati, al personale che presta loro soccorso, ai veicoli che li trasportano, agli edifici che li accolgono. Oggi, questi due emblemi simboleggiano l'azione umanitaria.

Il generoso atto di Solferino non deve ripetersi soltanto in tempo di guerra, ma *anche in tempo di pace,* sia che si tratti di soccorrere le vittime di catastrofi naturali che di aiutare coloro che sono nell'indigenza. È questo il ruolo che debbono rivestire le Società nazionali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa nonché la loro Federazione.

Sono questi l'intervento ed il diritto umanitario che scaturiscono dall'esperienza di Solferino e che noi, seguendo l'esempio del Buon Samaritano che fu Henry Dunant, siamo tenuti a perpetuare ed a rinsaldare onde garantire, anche quando la violenza dei conflitti esplode in tutta la sua crudezza, il rispetto della vita e della dignità di

ogni essere umano, mediante l'*azione umanitaria concreta* a favore delle vittime, la proclamazione dei *Principi fondamentali*, la codificazione e l'applicazione del *diritto internazionale umanitario.*

Se da Solferino ai nostri giorni l'operato di Henry Dunant continua a dare frutti, vuol dire che non si tratta soltanto del ricordo di un atto di generosità degno del Buon Samaritano della parabola di Cristo, di un atto che s'inserisce in un Movimento mondiale, riconosciuto da una codificazione internazionale; ma significa anche che l'azione umanitaria rimane profondamente ancorata a *Principi fondamentali* che ne garantiscono autenticità ed efficacia. Tali Principi fondamentali sono stati proclamati solennemente trent'anni fa, in occasione della XX Conferenza internazionale della Croce Rossa, tenutasi a Vienna, nel 1965.

Consentitemi di citare e commentare brevemente i sette Principi che riflettono l'operato ed il messaggio di Henry Dunant e che si riallacciano all'insegnamento della parabola del Buon Samaritano.

– *Umanità*: il principio di umanità, che esige di prevenire ed alleviare in ogni circostanza la sofferenza umana, si ritrova in tutte le religioni, in tutte le tradizioni, in tutte le civilizzazioni, in tutti i movimenti filosofici. Oggi, è indispensabile comprendere che l'umanità intera costituisce una sola grande famiglia, qualunque sia la religione, la tradizione, la civilizzazione o la filosofia professate dal singolo essere umano...

– *Imparzialità*: l'imparzialità è, nel contempo, il riconoscere l'uguaglianza tra uomini e donne, l'esigenza di prestazioni eque che corrispondano alle necessità ed un atteggiamento equanime, esente da pregiudizi e partiti presi, come quello del Buon Samaritano del Vangelo, come quello di Henry Dunant a Solferino.

– *Neutralità*: l'astenersi dal prendere posizione in una controversia politica, razziale, religiosa o ideologica consente di godere della fiducia di tutte le parti al conflitto e di vedere solamente la sofferenza di esseri umani che meritano soccorso e protezione, senza discriminazioni. Né il Buon Samaritano, né Henry Dunant, né tantomeno, oggi, il CICR vogliono elevarsi a giudice di chi ha indotto le sofferenze o di chi è venuto meno al proprio dovere di assistenza.

– *Indipendenza*: ogni intervento umanitario che si rispetti dev'essere indipendente sul piano politico, confessionale ed economico.

– *Volontariato*: tale principio rivela il carattere deliberato e disinteressato che contraddistingue l'azione umanitaria.

– *Unità*: unità significa nel contempo coesione ed armonia; le Società nazionali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa danno prova di apertura e di una condotta non discriminatoria nel reclutare membri e collaboratori, chiamati ad operare nell'intero territorio di un Paese.

– *Universalità*: lo spirito umanitario non conosce frontiere, deve trionfare sempre ed in ogni luogo. La parabola del Buon Samaritano, come i *Ricordi di Solferino* di Dunant, non sono racconti stereotipati, ma piuttosto un appello alla solidarietà con il prossimo, in ogni tempo ed in ogni luogo.

L'attualità d'Henry Dunant è nel suo messaggio e nel suo operato. Al di là dell'ardore del cristiano ispirato, al di là del generoso atto di Solferino degno del Samaritano del Vangelo, al di là della mobilitazione pur sempre precaria dei mezzi di informazione, al di là delle doti di convincimento del diplomatico, al di là della creazione di una rete di uomini di buona volontà, reclutati in tutti gli ambienti sociali, in tutti i Paesi, al di là dell'ideale di universalità in anticipo sui tempi, tale messaggio e tale operato di un idealista realista continuano ad ispirare, ancora oggi, milioni di uomini e donne, sono un segno di speranza di fronte alla disperazione, un gesto per la vita in uno scenario di morte e, in mezzo a tanto odio, un germe di fratellanza e di pace.

La vita e l'opera di Henry Dunant, Buon Samaritano dei giorni nostri, rimangono un segno di speranza, una testimonianza di compassione e di solidarietà, come gli scriveva Victor Hugo: *"Voi armate l'umanità e servite la libertà"*.

Dr. CORNELIO SOMMARUGA
Presidente del Comitato Internazionale della Croce Rossa (CICR)

ANDRÉ RECIPON

Raoul Follereau. L'apostolo dei lebbrosi

Associazioni di oltre trenta paesi portano il suo nome e continuano la Battaglia da lui condotta per tutta la vita contro la lebbra e contro tutte le lebbre.

Chi è dunque questo Raul Follereau nel cui nome si mobilita tanta devozione da parte di persone di ogni età e di tutte le classi sociali?

Un uomo dal cuore immenso, un avvocato dalla parola magnifica.

Era nato a Nevers nel 1903. I suoi genitori possedevano una piccola industria che lavorava per l'agricultura locale. Non erano né ricchi né poveri, la loro era un'agiatezza semplice e fondamentalmente onesta. Nel 1914, il padre viene richiamato; nel 1916 è ucciso a Verdun. Raul Follereau ha allora 13 anni.

Nel 1920, a 17 anni, pubblica le sue Prime Poesie e il suo primo Libro d'Amore:

"Vivere non è niente, bisogna amare.

Poiché amare vuol dire pregare: l'amore è un battesimo!"

"Beati coloro che amano, poiché saranno benedetti dal Signore".

Nel 1923, a 20 anni, pronuncia la sua prima conferenza, in occasione di una cerimonia in memoria delle vittime della guerra. La conferenza ha per titolo: *Dio è Amore.*

"Il cuore è la chiave del cielo.

È la grande forza dell'Universo,

la sola invincibile, la sola creatrice".

"Amiamoci, sta tutto qui".

Così, nell'Amore, si definiscono e si riassumono tutta la filosofia e tutta l'azione di Raoul Follereau, mentre incomincia il suo favoloso destino sulle strade della carità.

Nel 1924, si laurea in diritto e lettere. Parte quindi per assolvere il servizio militare. Quando viene congedato, l'anno seguente nel 1925, si sposa. Si iscrive allora come avvocato al Foro di Parigi ed entra a far parte di un grande studio legale. Ma la prima causa che gli si vuole fare difendere è un divorzio. Allora lascia il Foro ed entra come segretario di redazione in un grande giornale parigino.

Nel 1927, con alcuni amici poeti, tra cui mio nonno Michel Rameaud ed un giovane sacerdote che diventerà più tardi Mons. Ducaud-Bourget crea la sua prima organizzazione: *La lega dell'unione latina per la difesa della civilizzazione cristiana contro tutti i paganesimi e tutte le barbarie.*

"Vasto programma", scriverà più tardi.

Nel 1929, il Ministero dell'Educazione Nazionale che è in debito con lui per un problema d'esame in cui Raoul Follereau aveva dovuto richiedere una sanzione disciplinare contro un esaminatore la cui onestà era stata notoriamente messa in dubbio, gli affida una missione: cercare le cause dell'influenza francese in America del Sud. Dopo otto mesi, egli torna con due resoconti. Uno era il rapporto ufficiale della missione, l'altro si intitolava: *"Le leggi anti-religiose del 1905 hanno tradito la Francia"!*

In entrambi egli diceva: "Tutti i Religiosi e le Religiose che avete cacciato dalle nostre scuole sono partiti per il mondo, hanno creato delle scuole, dei collegi, delle università che si sono moltiplicati, da Buenos Aires a Caracas e da Rio de Janeiro a Valparaiso. Ovunque vi si impara il francese e si cantano le vecchie canzioni francesi con le quali sono stato accolto!". Evidentemente non era quello che si aspettava il Ministero!

Durante quel viaggio, un grande giornale argentino, *La Nacion* gli chiede un reportage "Sui passi di P. De Foucault". Egli farà quindi diversi viaggi nel Sahara e, ad ogni ritorno, scriverà articoli e pronuncerà conferenze i cui proventi permetteranno di ultimare i lavori della Basilica di El Goléa e di costruire le Cappelle di Adrar e di Timimoum. In quell'occasione, *La lega dell'unione latina* diventerà *Le Fondazioni Charles De Foucault.*

Fu nel corso di uno di questi viaggi, nel 1935, che attraversando il Sahara ed arrivando al Niger, incontrerà per la prima volta dei lebbrosi. Ecco il suo racconto dell'avvenimento.

"Come cominciò questa avventura che durò tutta la mia vita d'uomo? Con un guasto alla macchina! Dovevo fare un reportage per un grande giornale argentino, e mi trovavo nel centro dell'Africa. Quel mattino, la nostra macchina aveva superato un villaggio quando dovemmo fermarci per raffreddare il motore.

Ben presto sbucarono dalla boscaglia alcuni volti impauriti, poi qualche corpo famelico. Gridai loro di avvicinarsi, alcuni fuggirono; gli altri, senza dubbio i più coraggiosi, restarono immobili, senza smettere di guardarmi con i loro occhi fissi e pieni di dolore.

Dissi alla guida: Chi sono questi uomini?

– Dei lebbrosi, mi rispose

– Perché sono là?

– Sono lebbrosi.

– Capisco, ma non starebbero meglio al villaggio? Cosa hanno fatto per esserne esclusi?

– Sono lebbrosi, mi rispose l'uo-

mo taciturno e testardo.

– Almeno, vengono curati?

Allora il mio interlocutore alzò le spalle e se ne andò senza dire nulla.

Quel giorno compresi che esisteva un crimine imperdonabile, un crimine senza ricordo e senza amnistia: la lebbra".

Poco dopo, entriamo nel periodo immediatamente prima della guerra. La dichiarazione di guerra lo trova in Argentina. Egli torna in Francia, viene richiamato, e nel 1940 riesce a sfuggire alla cattura. Nel luglio 1940, piomba a St.Etienne presso mio nonno che assicurerà il segretariato dell'opera durante tutta la guerra.

Dal 1940 al 1942, egli percorre tutti i comuni di Francia pronunciando instancabilmente la stessa conferenza: "Quel che il mondo deve alla Francia", al fine di restituire fiducia ai Francesi brutalmente scioccati dalla sconfitta che avevano appena subito. Fu in quell'occasione che lo ascoltai per la prima volta, verso la fine del 1941. Avevo 16 anni.

L'anno seguente, il 1942, è l'anno in cui il conflitto diventa totale.

– Sul piano internazionale, tutte le nazioni del mondo sono direttamente o indirettamente coinvolte nel conflitto.

– Sul piano nazionale, i francesi cominciano a dividersi in due gruppi irriducibilmente divisi da un odio così terribile che prosegue ancor'oggi. Con l'intelligenza che lo caratterizza, egli percepisce chiaramente – in questa fine d'anno del 1942 – che i "maresciallisti" ed i "gollisti" non si riconcilieranno mai.

L'appello della Superiora Generale delle Religiose di Notre-Dame des Apôtres, presso le quali si è rifugiato, è un segno poiché è allora che si decidono la creazione di Adzopé e, di conseguenza, la *Battaglia della lebbra.*

Siamo nel novembre 1942. La Madre Generale torna da un viaggio difficile e pericoloso. Ha scoperto in un'isola della laguna di Abidjan un'orda di lebbrosi rifiutati, abbandonati, maledetti, senza speranza.

Ella concepisce allora il progetto di costruire per loro una piccola città in piena foresta vergine per rispettare i regolamenti sanitari. Ogni famiglia avrà la sua casetta e il suo giardino, e tutti avranno così l'impressione di essere liberi.

Ricordo che a quell'epoca *non esisteva ancora alcun trattamento medico contro la lebbra* e che l'esclusione di cui sono vittime i malati della lebbra deriva tanto dal panico delle persone sane che dall'abbandono da parte del corpo medico e dalle prescrizioni dei regolamenti sanitari.

Come il P. Damien che il Santo Padre ha recentemente elevato agli onori dell'altare, soltanto dei religiosi e delle religiose accettano di lasciare tutto: famiglia, amici, paese per andarsene molto lontano in una regione spesso ingrata e torrida e passare la vita con uomini e donne che il nostro egoismo ha reso dei lebbrosi. Questi Missionari, di cui due su tre francesi, hanno scritto le più belle pagine della carità.

Per costruire la città dei lebbrosi di Adzope, c'è bisogno di fondi. Raoul Follereau se ne occupa. Per dieci anni, accompagnato da due Suore, egli percorre le strade di Francia, Belgio, Svizzera, Libano, Algeria, Tunisia, Marocco, Canada: 1.200 conferenze in dieci anni! La prima ha luogo il 15 aprile 1943 al Teatro Municipale di Annecy.

"La lebbra ormai mi aveva preso. Non che l'avessi contratta. Ero il suo felice prigioniero. Avevo visto troppa miseria, troppo dolore, troppi volti rosi dal male e dalla vergogna, troppi sguardi senza speranza ...".

Le conferenze gli varranno un'enorme corrispondenza da parte di malati, medici e missionari che scrivono tutti la stessa cosa: al mondo non c'è soltanto Adzopé!

"Milioni – gli scrivono – sono milioni che restano senza cure, senza soccorsi, senza amore".

Percorre allora l'Africa, l'Asia e l'America del Sud: 35 paesi nei quali pronuncerà 296 conferenze e potrà verificare l'estensione del male.

È allora che, il 20 settembre 1952, indirizza una richiesta all'ONU:

"La noncuranza delle nazioni civilizzate di fronte a questo problema, è tale che nessun paese saprebbe oggi fornire una statistica, anche approssimativa, del numero dei suoi malati; attualmente si è incapaci di fissare intorno a qualche milione la cifra dei lebbrosi che agonizzano nel mondo […] *Da quando percorro il mondo, investigando sul posto ed interrogando le persone maggiormente qualificate, sono arrivato alla certezza che nel mondo esistono almeno 12 milioni di lebbrosi, cioé 1 per 200 abitanti* [...] *Per numerosi paesi, la lebbra resta una malattia di cui vergognarsi. I lebbrosi vengono nascosti, dissimulati, rintanati. Nelle famiglie come nelle nazioni"*.

Egli può parlare energicamente tanto più che nel 1952, cioé dieci anni dopo l'inizio della Battaglia della Lebbra, si dispone *per la prima volta* di un medicinale che guarisce la lebbra: i solfonici. Non so se potete immaginare la gioia causata da questa scoperta tanto ai malati che a quanti li curavano. *Alla fine* la scienza medica aveva trionfato su una malattia vecchia quanto il mondo. I malati, *alla fine,* sarebbero tornati ad essere uomini come gli altri.

Allora Raoul Follereau, per attirare fortemente l'attenzione, intraprende una iniziativa spettacolare: nel 1953, lancia l'idea di una *Giornata Mondiale dei lebbrosi* che sarà celebrata l'ultima domenica di gennaio.

Ne definisce così gli scopi:

– ottenere che i malati della leb-

bra siano curati e trattati come tutti gli altri malati, nel rispetto della loro libertà e della loro dignità di uomini;

– guarire le persone sane dalla loro paura assurda ed a volte criminale nei confronti di questa malattia e di coloro che ne sono colpiti.

Fin dalla prima giornata, svoltasi il 31 gennaio 1954, si è potuto vedere uno spettacolo unico e meraviglioso: abitanti delle città e vicini ai lebbrosari si recano in corteo "dai lebbrosi". L'anno seguente, il 1955, la giornata viene celebrata in 60 paesi; nel 1961 in 116.

Festa dei lebbrosi nei paesi endemici, o raccolta di fondi presso le persone sane, il desiderio di Raoul Follereau si è realizzato per la quarantaduesima volta, il 29 gennaio 1995, in moltissimi paesi.

Nel 1968, egli mi incarica di continuare la sua opera e, dietro questo uomo di genio, ho costituito le necessarie strutture nazionali ed internazionali.

Senza condividere l'ottimismo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, possiamo affermare che la lebbra sta per essere sconfitta e in questo larga è stata la parte svolta dalle organizzazioni che portano il nome di Raoul Follereau e proseguono la sua opera *Contro la lebbra e contro tutte le lebbre.*

Il 6 dicembre 1977, al termine della sua vita e della sua opera, Raoul Follereau torna alla Casa del Padre.

Non posso terminare questo intervento senza menzionare il ruolo svolto da sua moglie, Madeleine Follereau, nella Battaglia contro la lebbra e contro tutte le lebbre, e senza leggervi alcuni testi di Raoul Follereau sul Cristianesimo e sulla Carità. Capirete meglio perché quest'uomo abbia avuto un tale ascendente.

Nel primo tomo del suo libro La Sola Verità è quella di amarsi, edito nel 1966, Raoul Follereau scrive:

La mia più grande fortuna

La più grande fortuna della mia vita è stata mia moglie. Quando decidemmo di sposarci, avevamo trenta anni in due. I nostri genitori furono saggi, sorrisero [...] *Circa cinquanta anni sono passati: siamo noi che sorridiamo oggi. Non feci mai un viaggio senza di lei. Ella mi ha accompagnato in tutti i lebbrosari del mondo. È stata il mio sostegno, sempre. E, a volte, la mia consolazione. Confesso che freno a stento l'irritazione quando una brava donna le dice, con una punta di invidia mal celata: "Però fate dei bei viaggi". La maggior parte delle volte, ella sorride senza rispondere. Forse pensa a quella notte che passammo in Bolivia, in una capanna che gli Indiani Quichuas ci avevano ceduto* [...] *Mia*

moglie era stata bloccata da una crisi improvvisa di appendicite. Eravamo a mille chilometri dal primo medico. Nella notte senza luna, la immaginavo piegata in due, e la sentivo gemere, per difenderci e per proteggerla avevo soltanto una pistola inceppata, due centimetri di candele e tre fiammiferi. In quell'oscurità che ci schiacciava, ebbi l'impressione strana ed un poco terrificante che i miei capelli – avevo trenta anni – fossero diventati bianchi. O a quella sera in cui il motore del nostro canotto si fermò al centro dell'Amazzonia e, nella notte squarciata dai lampi, ci sforzavamo di guadagnare la riva remando [...] *con le nostre scatole di conserva, per arrivare ad impantanarci nelle canni frementi al volo di migliaia di zanzare, e in cui enormi caimani avevano istallato il loro dormitorio. In due soltanto si è invincibili.*

E penso, terminando, a quei testi sul Cristianesimo apparsi nel 1948, in *L'Età dell'Uomo* e sulla Carità, un anno più tardi in *Bomba atomica o Carità.*

L'età dell'uomo

Il cristianesimo ha dato agli uomini le loro sole vere libertà la loro sola felicità duratura, le loro sole giuste leggi.

Esso ha infranto le catene degli schiavi e ha fatto piegare davanti alla sua giustizia le fronti di principi e di re.

Ha fatto dell'opera materna una funzione santa e venerata.

Ha reso alla donna la sua grandezza rispettata e il suo tenero potere.

Ha fatto dell'individuo un uomo.

Ha protetto il bambino "al quale appartiene il Regno dei Cieli".

Ha maledetto le guerre. Le ha limitate finché ha potuto farlo.

Ha creato ospedali, scuole.

Ha curato, consolato, guarito senza sosta per venti secoli in nome del Povero che diceva: "Amatevi gli uni gli altri" [...]

Il cristianesimo è universale.

Il suo messaggio è per tutti i popoli.

La sua civilizzazione è simile al volto di Gesù ...

Il cristianesimo è la rivoluzione attraverso la Carità.

Bomba atomica o carità

La Carità, luce della nostra vita.

La Carità, non l'elemosina.

La Carità, fonte di ogni gioia.

La Carità, ordine di Dio, riflesso della sua eternità ...

La Carità deve essere fatta anzitutto"per l'amore di Dio".

Senza l'amore di Dio che ne è la fonte, essa diventa generosità, altruismo... È molto bello... Ma non è la carità.

La Carità, è la proiezione del volto di Cristo sul volto del Povero, del Sofferente, del Perseguitato

[...]

La Carità, è la storia e la gloria del cristianesimo.

M. ANDRÉ RECIPON
Presidente del Gruppo Raoul Follereau (Francia)

SIMONE TONINI

L'abate Ildebrando Gregori

Introduzione:
Monaco e Buon Samaritano?

La parola "Abate" ci dice che stiamo parlando di un monaco. Viene subito da chiedersi come un monaco può essere anche un "Buon Samaritano" nel senso in cui siamo indotti a pensare.

Un "monaco" dovrebbe vivere una vita nascosta e quieta nelle mura di un monastero, intento alla preghiera, allo studio, al lavoro. Come può essere un "buon samaritano" che si prende cura degli orfani, dei poveri, dei malati, degli anziani, che vivono fuori nel mondo? Se egli si dedica a queste attività, si può dire che è coerente alla sua vocazione? Sono, queste, domande legittime quando si presenta un monaco come un Buon Samaritano dei nostri tempi.

Ma è precisamente questo binomio inconsueto di monaco e buon samaritano che attrae la nostra attenzione alla persona e all'opera dell'Abate Ildebrando.

Sua Eminenza il Card. Fiorenzo Angelini, il primo biografo del Servo di Dio e suo figlio spirituale, lo ha capito molto bene quando ha intitolato il suo libro *Dall'Eremo alla Folla,* titolo che io vorrei tradurre più esattamente *Dal Monastero alla Gente.*

1. Chi era l'Abate Ildebrando

L'Abate Ildebrando Gregori nacque nel piccolo centro di Poggio Cinolfo, in Abruzzo, Italia, l'8 maggio 1894 e fu battezzato con i nomi di Alfredo Antonio. Sentì una forte attrazione alla vita religiosa fin dai primissimi anni, ma gli fu consentito di entrare in un

monastero della Congregazione Benedettina Silvestrina solo all'età di 15 anni, e allora assunse il nome religioso di Ildebrando. Durante la prima guerra mondiale prestò servizio in ospedali da campo di varie località, toccando con mano le rovine fisiche e morali provocate dalla guerra. Fu durante quel periodo che cominciò a pensare a come aiutare i ragazzi a diventare dei cittadini utili e responsabili dopo quell'umana catastrofe. Finita la guerra, completò i suoi studi per il sacerdozio alla Pontificia Università Gregoriana di Roma, conseguendo il dottorato in filosofia e teologia. Per nove anni si dedicò interamente a promuovere e formare le vocazioni alla vita religiosa e al sacerdozio. Divenne anche un predicatore e un direttore spirituale molto ricercato. Nel 1933 fu nominato superiore della Casa-Madre dell'Ordine e nel 1939, quando già si preannunciava lo scoppio della seconda guerra mondiale, fu eletto Abate Generale.

Se negli anni precedenti la sua attività fu intensa, in tempo di guerra non conobbe altri limiti che il tempo. Oltre alla cura della sua Congregazione – tutte le case rimasero aperte e funzionanti, nonostante le enormi difficoltà per le comunicazioni, per gli spostamenti, per il vitto e il vestiario – egli si trovò sempre più coinvolto nell'aiutare comunità e gente in difficoltà. Aprì il suo monastero di S. Stefano in Roma a persone in estremo pericolo, ebrei e altri, e trovò perfino modi e mezzi per sostentare rifugiati costretti a stare lontani dalle loro case in zone di guerra. C'è veramente da chiedersi come faceva un uomo, spesso con problemi di salute, a tenere un ritmo simile: mangiava poco, dormiva anche meno, era in continuo movimento, eppure trovava sempre il tempo per una intensa e prolungata preghiera.

I piani che andava maturando durante il periodo di calma nella prima guerra mondiale, all'improvviso divennero per lui drammaticamente impellenti. Egli era Abate Generale, e perciò aveva l'autorità di agire, ma per lui l'autorità significava sopra tutto responsabilità. Sentiva che poteva e doveva agire. La vista penosa di bambini e bambine abbandonati e malnutriti, spesso lasciati sulla strada a badare a se stessi, facili

prede di vizi e malattie, non poteva lasciare l'Abate indifferente.

In un luogo donatogli da una nobile famiglia romana, luogo che nessun altro Ordine religioso aveva voluto perché l'edificio era in rovina, il terreno sterile e privo di acqua, riuscì a metter su una casa a tempo di record, usando ogni tipo di materiale che gli veniva sotto mano. Sorsero presto le prime "colonie". Queste erano una specie di campi estivi per ragazzi minacciati dalla TBC, spesso senza famiglia o figli di genitori troppo poveri per prendersi cura della loro salute e della loro educazione. L'Abate Ildebrando non era un uomo che poteva rimandare a casa questi ragazzi, supposto che una casa ce l'avessero, o restituirli alle stesse istituzioni che glieli avevano indirizzati, dopo pochi mesi di soggiorno in questi campi. Egli sognava dei luoghi dove questi piccoli potessero trovare un tetto, cura, educazione, e soprattutto amore e speranza. Fu così che questi campi estivi divennero permanenti. Ciò significava nuovi edifici, nuove strutture. Le povere strutture esistenti divennero presto insufficienti per accogliere le centinaia di richieste che piovevano da ogni parte. Cominciò una specie di meravigliosa valanga: baracche ottenute come residui dell'esercito, ancora ragazzi, nuovi edifici, altri luoghi. Altri sei monasteri dell'Ordine furono coinvolti, altri monaci, altri insegnanti e collaboratori. In breve tempo i ragazzi assistiti divennero centinaia, poi migliaia. E l'Abate Ildebrando? Come faceva a tener dietro a tutto? I suoi compiti di Abate Generale gli richiedevano di viaggiare per visitare monasteri non solo in Italia, ma anche negli Stati Uniti d'America, in Sri Lanka, in Australia, in India. Era lui che doveva trovare denaro, cibo, vestiario, arredamento, libri e ogni altra necessità; lui doveva trovare il personale, tenere l'amministrazione, sovrintendere ai nuovi edifici, conservare i documenti, tenere la corrispondenza con Ministri e uffici governativi come il Ministero della Sanità, della Pubblica Istruzione, dei Lavori Pubblici e altri. Anche se aveva messo su una specie di ufficio rudimentale in una saletta adiacente alla sacrestia del suo monastero di S. Stefano in Roma, il suo ufficio abituale era per lo più l'autobus, il treno, la macchina. Incredibile la mole di corrispondenza a cui teneva dietro, come incredibile era il numero dei contatti che conservava con ogni genere di persone. Abbiamo nell'ufficio della Postulazione più di 30 agende piene di indirizzi e di numeri telefonici. Aveva un profondo senso di gratitudine; di ogni aiuto che riceveva emetteva

puntualmente ricevuta e ringraziava il benefattore. Aveva cominciato da niente e con niente. Egli era povero e povero era anche il suo Ordine. Non esitava a chiedere e a bussare, a salire le scale di Ministri e a fare, con umiltà e persistenza, lunghe ore di attesa nelle anticamere di persone che potevano aiutare o avevano il dovere di farlo per ragioni di ufficio.

2. Fondatore

E ora diamo un cenno a un'altra inconsueta, in certo modo, attività dell'Abate Ildebrando. Egli, monaco, pensava anche alle bambine: queste erano, sotto molti aspetti, in condizioni peggiori dei loro fratellini. Gli riuscì di radunare un gruppo di giovani donne desiderose di consacrarsi a Dio e al prossimo. Prese in affitto un vecchio conventino di Frati Cappuccini, non lontano dal luogo dove aveva cominciato con i bambini e lì diede inizio a un'altra incredibile opera di carità. In breve tempo le due istituzioni accolsero centinaia di piccoli, provvedendo ad essi scuole e altre attività. Mentre altri sei monasteri del suo Ordine aprivano le porte ai bambini, il numero delle case per bambine crebbe rapidamente, a mano a mano che l'Istituto religioso femminile da lui fondato arruolava nuovi membri. Migliaia di piccoli, bambini e bambine, trovarono accoglienza, nuova vita, speranza, dignità, un futuro.

3. Uomo di Dio

Dinanzi a questa figura inusitata di monaco e di buon samaritano sorgono spontanee delle domande.

Come faceva l'Abate Ildebrando a svolgere una sì grande attività sociale e caritativa, e insieme ad essere coerente con la sua vocazione di monaco?

Come riusciva a fare tutto questo, perché lo faceva, che cosa lo spingeva, lui monaco, a questo tipo di attività?

L'Abate Ildebrando era certamente un monaco tutto d'un pezzo, un monaco senza compromessi. Se il motto dei monaci benedettini è *"Ora et Labora"*, egli certamente lo incarnò in grado eminente. Era un uomo di preghiera, e come pregava! Chi lo accompagnava nei suoi viaggi, può testimoniare che la macchina diventava cappella e ufficio. Non di radio passava lunghe ore nella notte in preghiera, davanti al Ss. Sacramento, a volte letteralmente prostrato sul pavimento, e lì, nel silenzio della notte, al Signore apriva il suo cuore, da Lui riceveva la forza per continuare, nel suo amore per Lui sentiva crescere in sé la compassione e l'amore per i suoi fratelli sofferenti. Fu durante la guerra che divenne particolar-

mente devoto al Santo Volto di Gesù Cristo, una devozione cara a molti santi e mistici benedettini, uomini e donne, dei tempi passati. Per la sua intensa e continua unione con Cristo Redentore, egli vedeva il Suo Volto sofferente nel volto dei suoi fratelli bisognosi. Questa era la forza che lo muoveva. Questa la sorgente dalla quale beveva e dalla quale attingeva l'energia per la sua prodigiosa attività. Il suo *"Labora"*, il suo operare, era frutto della prima parte del binomio benedettino *"Ora"*, che egli certamente visse con appassionata intensità.

4. Uomo per gli altri

Quanto al secondo termine del binomio, *"Labora"*, nessuno lo ha mai visto in ozio o in vacanza. Fin da quando era un giovane monaco, pieno di fervore, aveva preso la risoluzione di non perdere mai un minuto di tempo: il suo proposito lo mantenne fino alla fine. E spese tutto il suo tempo a lavorare per gli altri: i suoi confratelli monaci, i suoi bambini e le sue bambine, le sue figlie spirituali, tutti coloro che venivano a lui in cerca di aiuto, materiale o spirituale. Amava la pittura, la musica, la poesia, ma una volta terminati gli studi dovette tralasciare i suoi gusti personali per dedicarsi agli altri.

Si può allora dire che questo genere di vita sia "non-monastico"? Gli antichi Padri del monachesimo, Pacomio, Basilio il Grande, Martino di Tours, hanno accolto con gioia in mezzo a loro l'Abate Ildebrando, come accolsero coloro che contribuirono alla costruzione dell'Europa cristiana. Chi non sa che i monasteri avevano in passato meravigliose farmacie? (cfr. *Il Nome della Rosa* di Umberto Eco!). San Benedetto, del resto, nel capitolo 4 della sua Regola, chiede ai monaci di "soccorrere i poveri, vestire gli ignudi, visitare gli ammalati, seppellire i morti, correre in aiuto ai sofferenti, consolare gli afflitti". Tra i precetti che la Regola ribadisce con maggior forza c'è quello della cura per i malati ("la cura dei malati deve essere prima e al di sopra di ogni cosa, ad essi si deve servire proprio come si serve a Cristo") e la cura per gli anziani e i bambini ("sebbene la stessa natura umana è incline ad essere compassionevole verso i vecchi e i bambini, è giusto che anche l'autorità della Regola si provveda ad essi").

Monaco e buon samaritano: è quello che da al Servo di Dio l'Abate Gregori pieno diritto di cittadinanza in questa conferenza e giustifica l'inclusione del suo nome tra i Buoni Samaritani del nostro tempo che stiamo oggi com-

memorando. Come monaco, come contemplativo, come mistico, l'Abate Ildebrando ci invita alla sorgente del nostro ideale e della nostra forza: la contemplazione di Cristo-Dio sofferente in coloro che si trovano nel bisogno e nel dolore.

5. Uomo di visione

L'Abate Ildebrando era un uomo di visione: egli descrive la sua vocazione alla vita religiosa come un'esperienza e una visione indimenticabile. Durante la prima guerra mondiale, sui campi di battaglia, egli ebbe la visione di quanto sarebbe stato necessario fare per i bambini dopo il conflitto. Quando vide per la prima volta il luogo in rovina dove avrebbe dovuto avviare la sua grande opera di carità, egli ebbe la visione di quello che sarebbe diventato.

Quando finalmente, dopo i guasti della guerra, la società non solo si riprese, ma si avviò verso il benessere, le nuove generazioni non ebbero più il bisogno di quel tipo di assistenza. L'Abate Gregori, libero ormai dal peso dell'ufficio di superiore generale del suo Ordine, rivolse il suo pensiero a una nuova categoria di persone che cadevano nelle mani dei ladroni: gli anziani, usciti o dimessi dagli ospedali, spesso non desiderati a casa, o senza nessuno che si potesse o volesse prendere cura di loro. Di questi nuovi "poveri" cominciò l'Abate Ildebrando a prendersi cura, e sulle loro ferite effuse l'olio della sua carità. Il Servo di Dio previde quello che stava per succedere e quello che si doveva fare. Si diede allora a trasformare gradualmente gli edifici che aveva costruito per i piccoli, ricavandone strutture adatte ad ospitare gli anziani, specialmente lungodegenti. Si adoperò, nel frattempo, che molte delle sue suore si diplomassero infermiere, per essere pronte alla nuova situazione. In esse cercò di instillare un grande amore per i deboli e i bisognosi, perché quello di cui gli anziani di oggi hanno bisogno è soprattutto amore e comprensione.

6. Riparazione

Una delle tipiche qualità dell'Abate Ildebrando era sempre stata quella di prendere oggetti considerati vecchi e scartati, come anche proprietà o strutture fatiscenti, opere artistiche malandate e senza valore: tutte queste cose egli le faceva restaurare, riutilizzandole poi come nuove e riportate al loro giusto valore. Ciò che egli, spesso con straordinario successo, seppe fare con le cose, lo fece ancor più mirabilmente con le persone. I visi smagriti dei bambini ritornarono radiose e sane, i volti tristi degli anziani di-

vennero di nuovo sereni e sorridenti. E l'austero monaco, anche, si trasformava quando era in mezzo ai suoi bambini e ai suoi anziani. E rideva, e scherzava, e gioiva per i trattenimenti e le feste che egli voleva si organizzassero per loro. Alla Congregazione religiosa che egli fondò diede il titolo di "Riparatrici del Santo Volto di Gesù".Troppo spesso questo titolo viene inteso come ristretto a un semplice aspetto devozionale: preghiera e penitenza in riparazione alle offese che si fanno al Signore. Per il Servo di Dio, invece, il titolo aveva un significato più largo e profondo: riparare, restaurare il Volto di Cristo sfigurato dall'umana debolezza e ingratitudine, significava adempiere il suo comandamento dell'amore, impegnando se stessi a restaurare i corpi e le anime dei fratelli più deboli e bisognosi.

7. Il suo messaggio

Il messaggio dell'Abate Gregori, attraverso la sua opera, le sue parole e la sua devozione al Santo Volto del Signore, è pertanto un messaggio di amore e di speranza. Come il Volto sfigurato del Cristo ritorna splendente e glorioso nella sua Risurrezione, così il volto sofferente dei piccoli e dei poveri può tornare radioso con l'amore e la speranza.

"Il nostro programma – diceva un giorno a Sua Eminenza e alle sue suore – il mio programma, il vostro programma, il programma delle Suore, è quello di fare il bene, di fare il bene, di fare il bene, di fare molto del bene, il bene delle anime e dei corpi...". In un altro discorso improvvisato alle infermiere e ai medici dell'Ospedale di S. Giovanni in Laterano, a Roma, dove le sue Suore erano allieve, il Servo di Dio lasciò questo messaggio:

"È stata affidata a voi la porzione più preziosa dell'umana Redenzione: quella degli "ultimi" di Cristo Gesù,

il povero e l'anziano,

il malato di tumore,

l'afflitto da ogni altra infermità...

A voi ricorre la giovane donna, che insieme al tormento fisico si porta appresso il peso della colpa, a voi ricorre il bambino che la sofferenza fa piangere e invocare la sua mamma, lui che forse è senza una madre...

Cari Professori, ringraziate Dio che ha posto nelle vostre mani la più benedetta fra tutte le arti, quella di asciugare le lacrime. Possa il Buon Dio, cari Dottori, aiutarvi ad asciugare molte lacrime. Che il vostro, sia un vero servizio ai corpi e alle anime...".

Riflettendo sulla parabola del Buon Samaritano, mi piace pensare all'Abate Gregori anche come a un'altra persona della parabola: quella dell'albergatore. Non ci vien detto che andò lui stesso a cercare l'uomo ferito: questo gli fu portato, affidato, dal Buon Samaritano; ed egli di lui si prese gran cura. Era certo, l'albergatore, che il suo Amico e Signore sarebbe ritornato e lo avrebbe ricompensato con larghezza per quanto aveva fatto. Molti di noi siamo nella stessa situazione, il povero e il bisognoso nel corpo e nello spirito ci sono affidati dal Buon Samaritano nelle diverse circostanze della vita. Egli ci ha già donato tanto da spendere per curare i Suoi Ultimi, quelli che Egli ama di più, e noi possiamo essere certi che Egli ci ricompenserà, e in sovrabbondanza, al Suo Ritorno. Proprio come ha fatto con il suo fedele albergatore il Servo di Dio Ildebrando Gregori.

Abate SIMONE TONINI
Postulatore della Causa
di Santificazione del Servo di Dio

JANUSZ BOLONEK

Janusz Korczak

Voglio presentare la figura di Janusz Korczak, un grande uomo della Polonia: medico, scrittore ed educatore. Nato nel 1878 o 1789 a Varsavia, morì 53 anni fa, probabilmente ucciso nel campo hitleriano di sterminio a Treblinka nell'agosto del 1942 (finora nessuno è riuscito a stabilire con precisione le date della sua nascita e della sua morte).

Janusz Korczak è uno pseudonimo di Henryk Goldszmit, preso in prestito dal titolo di un romanzo di Józef Ignacy Kraszewski: *Historia o Janaszu Korczaku i o pięknej miecznikównie* (Storia su Janasz Korczak e la bella figlia dello spadaio).

Di aspetto insignificante e non molto alto di statura, calvo e con una barbetta rossa, il dottor Goldszmit aveva un volto mite e pensoso e per tutta la vita si distinse per una non comune nobiltà di cuore e bellezza di spirito. Non ha mai aderito ad alcun partito politico: non fu né comunista, né massone.

Uomo modesto e laborioso, camminava per la vita sulla strada della verità, ricercata con fatica, e con profondo senso di responsabilità, in un servizio sociale silenzioso e completamente disinteressato tra i più bisognosi.

Dedicò tutta la sua vita ai figli altrui. Quale medico accorto e fine pedagogo, amava il bambino con tutto il cuore, con tutta la mente e poneva ogni sollecitudine per il suo sviluppo integrale. Al bambino donò se stesso senza riserve.

Da pubblicista e scrittore mostrava l'enorme vastità della miseria umana, faceva notare le necessità elementari degli strati sociali più poveri, incitava ad opporsi al male e a fare il bene, credeva nell'esistenza di norme morali universali, lottava per i diritti dell'uomo, specialmente del bambino povero e abbandonato. Desiderava organizzare la società dei bambini secondo i principi della giustizia, della fratellanza e della parità di diritti e di doveri.

Janusz Korczak appare oggi come modello di un atteggiamento giusto dell'uomo nei riguardi dell'uomo. L'ambito e la forza della sua opera cresce e si diffonde quasi in tutto il mondo. La storia della sua vita, le sue opere e la sua attività pedagogica raggiungono cerchie sempre più vaste di creatori ed esponenti di varie ideologie, convinzioni religiose, razze e continenti. In molti Paesi, ormai da anni, operano associazioni intitolate al Dottore Janusz Korczak. I suoi scritti vengono pubblicati in varie lingue. Simposi scientifici internazionali ne rivisitano l'opera e sorgono centri di ricerche sul ricco patrimonio di Korczak. La figura e la vita di questo straordinario medico-educatore e, in modo particolare, la sua morte eroica e dei suoi allievi sono un'ispirazione per opere letterarie e musicali, per opere plastiche e film, per programmi alla radio e alla TV. Dal giugno 1978 fino al settembre 1979 l'UNESCO ha celebrato il centenario della nascita di questo grande umanista organizzando apposite cerimonie per commemorare quello che fece.

Chi veramente era Henryk Goldszmit alias Janusz Korczak e quale è stata la sua opera?

Henryk Goldszmit nacque il 22 luglio 1878 o 1879 a Varsavia, allora sotto l'occupazione russa. Era figlio di un noto e facoltoso avvocato, Józef Goldszmit e di Cecylia Gembicka. Entrambe le famiglie di origine erano ebree e, anche se ormai pienamente assimilate alla cultura polacca, tuttavia non erano cristiane. Così, mentre i cattolici e il blocco nazionale non potevano perdonare a Korczak la sua orgine ebraica, dicevano, infatti, di lui: sembra una brava persona ma è un ebreo; gli ebrei, a loro volta, gli rimproveravano la sua "polonizzazione" e la sua piena assimilazione della cultura e delle usanze polacche. Henryk Goldszmit non conosceva, infatti, né l'yddish né l'ebraico. La formazione della sua personalità fu fortemente influenzata dalle opere di insigni scrittori polacchi: Stefan Żeromski (1864-1925) e Bolesław Prus (1847-1912).

Era un ragazzo dotato e sensibile, piuttosto timido e silenzioso, passò l'infanzia nel benessere fino alla grave malattia e alla morte del padre. Quelli che seguirono – gli anni delle medie superiori e degli studi universitari – furono anni difficili dovendosi egli nel contempo prendere cura della madre e della sorella.

Dopo aver finito il ginnasio filologico russo, desideroso di una solida scienza, sceglie lo studio della medicina all'Università di Varsavia, frequentando la facoltà di pediatria. Scelse il bambino, "poiché oltre al vizio di pensare aveva ancora il cuore"[1]. Questo suo cuore, tenero verso la miseria e l'indigenza specialmente dei fanciulli sofferenti, abbandonati, trascurati, lo costringeva ad interessarsi della sorte dei bambini figli dei mendicanti di Powisle (un quartiere povero di Varsavia), dai quali andava per istruirli e farli giocare. Essi divennero così il tema del suo primo

romanzo: *Dzieci ulicy* ("Bambini della strada"), pubblicato nel 1901[2]. Il libro, forse un po' ingenuo ed immaturo, descrive le sorti degli orfani della città senza casa e i loro drammatici sforzi per sopravvivere.

Va subito notato che Korczak mise il suo talento di scrittore innanzitutto a servizio dei bambini meno fortunati dal punto di vista sociale, ai quali in seguito dedicherà numerosi libri.

Completa la sua formazione medica a Berlino, a Parigi e a Londra. Ritorna a Varsavia nel 1903 ed inizia il lavoro nell'ospedale pediatrico intitolato ai Berson e ai Bauman, in via Sliska. Nello stesso tempo scrive articoli critici di tematica sociale per il *Głos* e per il *Kolce*. Pubblica inoltre una raccolta di racconti umoristici intitolata: *Koszałki Opałki* ("Fandonie e frottole") (1905) e un secondo romanzo: *Dziecko salonu* ("Figlio del salotto") (1906). Il suo contenuto è la protesta e la ribellione di un figlio della borghesia contro l'ambiente capitalistico dei genitori e la sua tragica deviazione[3].

Nel 1905 Korczak viene chiamato alle armi nell'esercito russo e inviato al fronte nella guerra russo-giapponese già in corso. Per oltre un semestre svolge la funzione di medico anziano sui treni sanitari che trasportano i soldati gravemente feriti e malati. Arriva fino al Lontano Oriente, in Manciuria. Lavora nei punti di evacuazione a Harbin e a Toataj-Dżou[4].

Durante la prima guerra mondiale, mobilitato come medico è viceprimario dell'ospedale militare sul fronte ucraino. Dopo, richiamato al lavoro in un ricovero per i bambini ucraini nei pressi di Kiev, per un breve tempo finisce in un istituto per ragazzi polacchi. Qui continua a delinearsi il suo futuro sistema educativo.

Nel 1918 torna a Varsavia per assumere la direzione di un ricovero per gli orfani ebrei. Temporaneamente lavora nell'ospedale per le malattie infettive a Łódź, dove soggiornano i malati di dissenteria, e poi in un ospedale simile a Kamionek, presso Varsavia.

Sentiva fortemente il dilemma: *medicina aurea* e *medicina pauperum*. Curando i figli dei ricchi prendeva alti onorari, ma i poveri, li curava gratuitamente e non di rado alla prescrizione aggiungeva il denaro per l'acquisto delle medicine. Dagli ebrei poveri chiedeva un compenso simbolico, dato che nel Talmud è scritto: "Il medico gratuito non aiuta i malati". La sua generosità destava l'individia e l'antipatia da parte dei colleghi che lo ritenevano un corruttore dei pazienti, e perfino... un matto. Anzi, i maliziosi fra di essi non si facevano alcuno scrupolo a inviargli pazienti anche durante il riposo notturno. Le persone del cosiddetto

margine sociale scoprivano in lui un animo grande e bello, molto sensibile alle necessità del prossimo. Egli circondava i bambini infermi e deboli di particolare premura. Divenne un autentico Samaritano per gli orfani. Con il suo sorriso e la sua dedizione disarmava i cuori duri e sprigionava moti di compassione e di aiuto verso i fanciulli poveri.

Dopo sette anni di lavoro come medico, rinuncia alla pediatria a favore della pedagogia. Diventa educatore degli orfani. Vuol servire anzitutto i bambini poveri e trascurati. Per dedicarsi totalmente a tale missione rinuncerà a formarsi una famiglia: "Mi ricordo il momento in cui decisi di non formarmi una famiglia propria. Fu in un parco nei pressi di Londra... Scelsi come mio figlio l'idea di servire il bambino e la sua causa"[5].

Con grande affetto ama i bambini e si dedica a loro senza riserve. Vuole aiutarli a svilupparsi sotto l'aspetto fisico, intellettuale e morale. È per loro sia medico sia infermiere e soprattutto cerca di essere padre.

Svolge anche un'intensa attività sociale nelle sale di lettura gratuite, appartenenti all'Associazione Varsaviense di Beneficenza e all'Associazione delle Colonie Estive. Va come educatore nelle colonie estive a Michałówka e, successivamente, alla villa "Różyczka" a Gocławek vicino a Varsavia. Lì si prende cura di ragazzi gracili e deboli sia ebrei (1907) che cristiani (1908). Risultato di tali lavori estivi sono anche due libri per bambini: *Joski, Mośki i Srule* (1910) e *Józki, Jaśki i Franki* (1911). Korczak ci teneva a superare i reciproci pregiudizi e disagi tra i bambini ebrei e polacchi. La sua attività educativa e tutelare non si racchiude in una stretta cerchia di separatismo razziale, ma si eleva al di sopra degli antagonismi sia razionali che religiosi.

Prende parte attiva alle iniziative dell'Associazione Polacca per la Tutela del Bambino. Solidale con l'ambiente ebreo, compatisce in modo particolare gli orfani del proletariato ebreo. È uno degli organizzatori di un ricovero in Via Franciszkańska a Varsavia. Quando nel 1912 la "Casa degli Orfani" si trasferisce nella nuova sede in Via Krochmalna 92, Korczak ne diventa il direttore. Nel lavoro educativo viene aiutato validamente da una donna, ebrea, Stefania Wilczyńska. (Oggi in Via Krochmalna 92, a Varsavia, si trova un istituto per bambini intitolato al Dottor Janusz Korczak).

Alcuni anni dopo, nel 1919, con la collaborazione di un'altra donna, Maria Rogowska Falska, Korczak organizza sotto un bel nome "La Nostra Casa", un altro orfanotrofio per i bambini degli operai polacchi, a Pruszków, nei pressi di Varsavia. Successivamente questo istituto fu trasferito a Varsavia, nel quartiere Bielany.

In queste due case raccoglieva essenzialmente fanciulli dai 7 ai 14 anni.

È docente all'Istituto Statale di Pedagogia Speciale e alla Libera Università Polacca a Varsavia. I-

noltre scrive molto, principalmente nel campo della pedagogia. Ancora nel 1913 viene pubblicato il racconto *Sława* ("La gloria"), colmo di lirismo e di umorismo, uno studio di psicologia del bambino del proletariato. Due anni dopo Korczak pubblica *Bobo* (1914) – "alcune novelle il cui tema è il torto arrecato al bambino, la sua psiche osservata eccellentemente".

Durante la prima guerra mondiale, al fronte, Korczak scrive in due volumi un libro sull'educazione intitolato *Jak kochać dziecko* ("Come amare il bambino") (il primo volume fu stampato nel 1920, e il secondo nel 1921 e 1929). Negli anni 1919-1926, in un periodico per i bambini e per i giovani *W słońcu"* ("Nel sole") pubblica un ciclo di articoli sotto il comune titolo: *Co się dzieje w świecie?* ("Che cosa avviene nel mondo?) ed altri articoli. Scrive l'introduzione allo studio di Jędrzej Śniadecki *Rozprawa o fizycznym wychowaniu dzieci* ("Dissertazione sull'educazione fisica dei bambini") (1922) e un opuscolo: *O gazetce szkolnej* ("Il giornalino scolastico") (1921). Alquanto eloquenti sono i titoli dei successivi libri: *Sam na sam z Bogiem. Modlitwy ludzi, którzy się nie modlą* ("A tu per tu con Dio. Preghiere di coloro che non pregano") (1922); *Król Maciuś Pierwszy* ("Il re Macius I"), *Król Macius na bezludnej wyspie* ("Il re Macius su un'isola deserta"), (1923), un romanzo su un bambino coinvolto nella problematica della vita degli adulti e sulla responsabilità dell'individuo per la nazione; il romanzo: *Bankructwo małego Dżeka* ("La bancarotta del piccolo Jack") che propagava il movimento di cooperazione (1924); il racconto: *Kiedy znów będę mały* ("Quando sarò nuovamente piccolo") (1925): la storia di un uomo ritornato nel mondo del-l'infanzia; *Bezwstydnie krótkie* ("Spudoratamente brevi") (1926): dialoghi sui massoni e sugli ebrei; un opuscolo programmatico *Prawo dziecka do szacunku* ("Il diritto del bambino al rispetto") (1929); *Prawidła życia. Pedagogika dla młodzieży i dorosłych* ("Regole di vita. Pedagogia per i giovani e per gli adulti") (1930). Il teatro Ateneum di Varsavia rappresentò un dramma di Korczak: *Senat szaleńców. Humoreska ponura* ("Il senato dei forsennati. Un fosco racconto umoristico") (1930) il cui tema è la crescente follia del mondo. Nella serie *Biblioteczka Palestyńska dla Dzieci* ("Piccola biblioteca palestinese per i bambini") Korczak pubblica alcuni racconti sui bambini, rivolti a questi e agli adulti: *Ludzie są dobrzy* ("Gli uomini sono buoni") (1938), *Trzy wyprawy Herszka* ("Le tre spedizioni di Herszek") (1939) e *Refleksje* ("Riflessioni") (1938).

Va inoltre notato, che negli anni 1926-1931 Korczak redige insieme ai bambini il *"Mały Przegląd"* ("La Piccola Rivista"), un periodico per i bambini e per i giovani, come supplemento all'ebraico *"Przegląd"* ("La Rivista").

Korczak serve il bambino anche tramite la radio. Negli anni 1935-1936 alla Radio Polacca tiene un ciclo di conversazioni pedagogiche intitolato: *Gadaninki radiowe Starego Doktora* ("Il favellare alla radio di un Vecchio Dottore"), ascoltate volentieri dagli adulti e dai bambini[7]. La raccolta di questi programmi radiofonici fu pubblicata in stampa nel 1939 sotto il titolo: *Pedagogika żartobliwa* ("Pedagogia scherzosa").

Korczak stupiva per il suo straordinario dono di contatto diretto con i bambini e con i giovani, caratterizzato da una piena intesa. Educò migliaia di bambini ebrei e polacchi, facendoli diventare degli uomini validi.

La sua pedagogia è colma di scienza medica. Attinge anche dalle esperienze di un famoso pedagogo e scrittore svizzero Johan Heinrich Pestalozzi (1746-1827) e da alcune idee dello scrittore russo Lev Tolstoj (1828-1910), il quale consigliava gli adulti ad imparare dai bambini.

La pedagogia di Korczak in linea di massima si basa sul dialogo con i bambini, cioè un dialogo tra allievo ed educatore. Tale dialogo si fonda sull'amore che scaturisce dall'intima convinzione che al bambino si può trasmettere soltanto ciò di cui si vive. Questa "pedagogia dell'amore sapiente" (Natalia Han-Ilgiewicz), chiamata anche "la pedagogia del cuore" (Danuta Sołowicka), è imperniata sul rispetto e sull'amore per il fanciullo considerato non virtualmente uomo, ma già uomo. La società dei bambini formata da Korczak era orientata verso l'autoeducazione: possedeva il proprio autogoverno (il parlamento dei bambini e il consiglio di autogestione) e un giurì d'onore. Korczak è riuscito a creare un modello di universale solidarietà dei bambini.

Di fronte ai conflitti sociali che si stavano accentuando (il crescente separatismo polacco ed ebreo) e le sempre più acute difficoltà economiche (la lotta per l'esistenza e per i mezzi di sussistenza per la "Casa degli Orfani") a volte Korczak si sentiva scoraggiato e deluso. Pensava perfino di trasferirsi in Palestina, dove andò per brevi periodi nel 1934 e 1936. Cominciò allora a scrivere i racconti sulla tematica mistica e sui motivi biblici. Intendeva scrivere un'epopea che elogiasse il lavoro dei *chalucim*, ossia dei pionieri. Il progetto di una partenza definitiva non fu tuttavia realizzato poiché Korczak "era legato troppo fortemente alla lingua, alla cultura e al bambino polacco"[8].

Negli anni della seconda guerra mondiale, mentre la Polonia soffre terribilmente sotto l'occupazione hitleriana, Korczak organizza, in condizioni estremamente difficili, la vita degli orfani a lui affidati. Li difende dalla fame e dalle repressioni. Sotto le bombe e sotto i tiri

dell'artiglieria corre per le strade di Varsavia, compiendo ogni giorno, sfidando la morte, lunghe marce da Via Krochmalna al centro. Raccoglie sulla strada i bambini smarriti, spaventati e spesso feriti, li porta nei ricoveri e nelle medicherie procurando loro indumenti e cibo. Bussa alle case private e alle istituzioni sociali chiedendo viveri per i suoi protetti della "Casa degli Orfani".

Nell'autunno del 1940 questa casa viene trasferita nel ghetto. Indossando l'uniforme di maggiore dell'esercito polacco, il giorno del trasloco, Korczak viene arrestato per non aver sul braccio la fascia obbligatoria con la stella di Sion. Per alcuni mesi soggiorna nella prigione di Pawiak. Riscattato da lì da tre ex-allievi (è ormai ultrasessantenne) non cessa di aver cura dei bambini. Inoltre le autorità cittadine gli affidano la direzione di un ricovero municipale in via Dzielna 39. Il *Pamiętnik* ("Diario") scritto nel 1942 è un eloquente documento di quest'ultimo, quanto drammatico, periodo di vita del "Vecchio Dottore", nelle condizioni terribili del ghetto. Anche lì sogna un grande orfanotrofio ai piedi del Libano, dove ogni notte, attraverso un tetto di vetro, potrebbe guardare le stelle palestinesi. (Il *Diario* fu salvato perché era stato murato nella "Nostra Casa" a Bielany).

Tra le molteplici prove della vita di medico e di pedagogo Korczak non perdette la fede in Dio. Ne deriva prova, tra gli altri, nel libro già nominato: *A tu per tu con Dio. Preghiere di coloro che non pregano*. Questo è un coro di voci che implorano, a volte sono colme di lamenti e di proteste, il più spesso di amore e di gratitudine. Queste preghiere rispecchiano lo stato d'animo delle persone di varie età e che svolgono varie funzioni sociali. Una fede profonda e creativa fu certamente l'ispiratrice del suo servizio al prossimo, pieno di dedizione, e allo stesso tempo la strada più breve lungo la quale egli camminava verso Dio, anche se questa non era né facile né gioiosa. Per tutta la vita Korczak ha cercato Dio. Benché non appartenesse a nessuna istituzione religiosa, nutriva una particolare simpatia per il giudaismo e per la religione cristiana. Sì, lo caratterizzava un atteggiamento positivo verso il cristianesimo attraverso l'accettazione di alcuni principi e di alcune verità della fede cristiana. Nella "Nostra Casa" a Bielany decise di sistemare una cappella per i bambini cattolici, e nella "Casa degli Orfani" in Via Krochmalna, una casa di preghiera per i bambini ebrei. Formulava molti pensieri educativi conformemente allo spirito cristiano. Nel suo atteggiamento verso la vita si può scorgere una disposizione d'animo ecumenica, che si manifesta in un certo senso in un impegno pieno di dedizione a favore dei bambini ebrei e polacchi.

Come un buon pastore, diede la sua vita per la causa dei bambini. Morì infatti assassinato, all'inizio dell'agosto del 1942, nel campo di sterminio tedesco a Treblinka (in Podlasie, nella valle del fiume Bug). In quel luogo vennero uccisi dai nazisti circa 750.000 persone, principalmente ebrei e popolazioni d'origine ebraica. Korczak non volle beneficiare della possibilità di salvare la propria vita, ma accompagnò liberamente i duecento bambini nel cammino verso Shoah. Nel ghetto fu emesso l'ordine di portar via la popolazione ebrea, il che significava inevitabilmente la morte nelle camere a gas, dato che i nazisti riconoscevano agli ebrei "il diritto di precedenza per il gas" nei campi di sterminio. La "Casa degli Orfani", i suoi educatori e gli allievi furono costretti a sfollare ai primi di agosto. "Allora Korczak a capo dei suoi bambini attraversò per l'ultima volta le vie di Varsavia verso il cosiddetto "Umschlagplatz" (il posto di trasbordo delle ferrovie in via Stawki), da dove la popolazione ebrea veniva caricata per la deportazione. Sembra che all'ultimo momento abbia ricevuto la proposta di essere graziato individualmente, ma egli la rifiutò. Fino alla fine tranquillizzava i suoi ragazzi illudendoli nella prospettiva di un viaggio in campagna, ed insieme a loro andò incontro alla morte"[9]. Rimase fedele ai bambini a lui affidati fino all'"olocausto" di sè.

Janusz Korczak però non fu un uomo di un solo gesto. La sua ultima azione fu una conclusione coerente di quanto egli aveva fatto prima. Non è possibile comprendere questo gesto eroico senza accettare il suo grande cuore paterno, che vuole essere vicino al bambino, specialmente quando esso si trova in pericolo. Esso non si lascia spiegare fino in fondo senza richiamarsi alla fedeltà ai principi morali che lui, medico e pedagogo, professava, animato da una fede religiosa profonda e spontanea. Quella straordinaria solidarietà con chi soffre, gli veniva dettata dalla sua tenera e sensibile coscienza, formata alla luce delle riflessioni religiose. Con la morte eroica egli confermò la missione della sua vita. Se fosse stato un cattolico, sarebbe stato riconosciuto santo e certamente avrebbe ottenuto la gloria degli altari.

Questo "Samaritano del bambino" è caro ai nostri tempi, specialmente quando ci rendiamo conto di aver oggi milioni di bambini abbandonati, affamati, demoralizzati, analfabeti, privi degli elementari diritti dell'uomo, "bambini della strada" che vivono in tutti i continenti. Korczak può e dovrebbe essere modello e ispiratore per tutti coloro che si adoperano per il bene di "questi nostri fratelli più piccoli" (cfr. Mt. 25, 40-45), tanto amati da Cristo. Ad essi Korczak assegnò appunto un ruolo decisivo nella rinascita spirituale dell'umanità.

S. E. Mons. JANUSZ BOLONEK
Arcivescovo Tit. di Madauro
Nunzio Apostolico in Romania

[1] I. NEVERLY, Introduzione e commento a: Janusz Korczak, *Wybór pism* (Scritti), vol. I-IV, Varsavia 1957-1958.

[2] H. MORTKOWICZ-OLCZAKOWA, Goldszmit Henryk, nel: *Polski Slownik Biograficzny* (Dizionario Polacco Biografico), vol. 8, p. 214.

[3] *Ivi.*

[4] Cfr. gli articoli di Korczak pubblicati in *Glos*, dicembre 1905 e i risultati degli studi di Kinga Sienkiewicz in base ai materiali conservati nell'Archivio Centrale Statale Militare-Storico russo a Mosca.

[5] Lettera di Korczak a Mieczyslaw Zylbertal datata 30 marzo 1937.

[6] H. MORTKOWICZ-OLCZAKOWA, art. cit., p. 214.

[7] Vedi: J. PIOTROWSKI, *Ojciec cudzych dzieci. Wspomnienia o "Starym Doktorze" Januszu Korczaku (Padre dei figli altrui. Ricordi sul "Vecchio Dottore" Janusz Korczak)*, Lodz 1946.

[8] H. MORTKOWICZ-OLCZAKOWA, art. cit., p. 215.

[9] *Ivi.* Cfr. anche M. JAWORSKI, *Janusz Korczak*, Editions Interpress 1977, pp. 205-208; J. LICHTEN, *Janusz Korczak* - Zyd polski; "Wiez" 1983, n. 4, pp. 11-18.

VINKO PULJIC

La medicina pastorale nella Bosnia ed Erzegovina in stato di guerra

Premessa

Voglio presentarvi e illustrarvi la terra e la città da cui provengo. La Bosnia ed Erzegovina è uno stato formalmente riconosciuto come tale dalle Nazioni Unite nel 1992 e che comprende cinquantunomila e centoventinove chilometri quadrati. In base al censimento del 1991 vi erano 4.365.600 abitanti nelle seguenti proporzioni: 43% musulmani che durante la guerra hanno preso il nome di bosniaci, 31% serbi ortodossi e 18% croati cattolici; il resto è composto da altre piccole minoranze nazionali o semplicemente jugoslave.

In questo stato vi sono quattro diocesi cattoliche con tre sedi vescovili: *Sarajevo*, sede arcivescovile e metropolitana, *Banjaluka*, *Mostar* e *Trebinje* che è Amministratura Apostolica affidata al vescovo di Mostar. La capitale è Sarajevo che prima di questa guerra contava circa 550.000 abitanti. Questa città riflette la varietà di religioni, di culture e nazionalità così come era tutta la Bosnia ed Erzegovina.

1. La guerra

Già durante il 1991 l'ex-Esercito Federale Jugoslavo mostrava chiaramente la sua intenzione di occupare la Bosnia ed Erzegovina per realizzare il progetto della Grande Serbia. L'aggressione era iniziata già nel settembre del 1991 con la distruzione e la pulizia etnica delle zone cattoliche nell'Erzegovina orientale dove è situata la diocesi di Trebinje. Tutto l'arsenale bellico che l'esercito ritirava dalla Slovenia e dalla Croazia venne dislocato stretegicamente nella Bosnia-Erzegovina. Questa guerra, progettata e imposta dalla politica di Belgrado coll'obiettivo di conquistare nuovi territori per una Grande Serbia nazionalmente omogenea, ha mostrato la sua barbarie soprattutto contro Sarajevo. All'inizio di aprile 1992 hanno avuto inizio i tragici eventi e la distruzione sistematica di Sarajevo. Proprio all'inizio delle operazioni belliche la Chiesa Ortodossa Serba spostò il suo centro fuori di Sarajevo, mentre la maggioranza dei sacerdoti ortodossi abbandonò la città ancor prima dell'inizio, evidentemente secondo un piano prestabilito, come se sapessero in anticipo quale sorte sarebbe toccata a Sarajevo. Quando la città fu colpita da una pioggia di granate e da pesanti bombardamenti, è stato un vero miracolo che la gente si sia organizzata per difendersi praticamente senza armi e per sopravvivere all'assedio. In un primo momento la gente pensava che ciò non sarebbe durato a lungo e che questa pazzia degli aggressori si sarebbe presto esaurita. Purtroppo, le detonazioni continuavano inesorabili giorno dopo giorno, seguite da incendi, distruzioni, con numerosi feriti e morti per le strade e nelle abitazioni. Le autorità cittadine non erano preparate per la guerra, per cui furono prese di sorpresa. Infatti, non erano state predisposte nemmeno le riserve essenziali di cibo ed altri generi di prima necessità, e tanto meno le armi e i sistemi di difesa della città. Oltre al blocco totale della città e circa 600 bocche da fuoco dell'artiglieria pesante e dei carri armati sistemate sulle montagne intorno a Sarajevo e puntate contro la città indifesa, la strategia bellica dell'aggressore serbo comprendeva ancora altre misure: il blocco delle forniture di acqua, gas ed elettricità, la distruzione del sistema di telecomunicazioni, il blocco dei movimenti in entrata ed uscita dalla città, l'uccisione ed il ferimento del maggior numero possibile di gente ad opera dei famigerati cecchini nonché la distruzione sistematica di tutto ciò che poteva essere utile alla gente. Così ben presto in città cominciò a scarseggiare il cibo ed i medicinali, e ciò dura ininterrottamente ormai da quattro anni. Gli specialisti militari parlano di milioni di proiettili che sono esplosi in questa città.

2. Conseguenze delle distruzioni belliche

1) L'impatto con gli orrori della guerra. La prima conseguenza è stato il disorientamento nella organizzazione della vita e delle attività. La distruzione della rete di comunicazioni ha isolato e allontanato tra di loro la gente anche se fisicamente erano vicini. In particolare, la distruzione della rete telefonica provocò una grande incertezza sulla sorte dei propri cari e l'impossibilità di comunicare con essi e aiutarli.

2) La paura dinanzi alle terribili esplosioni. Ci sono state giornate durante le quali le granate esplodevano ininterrottamente quasi ogni minuti o secondo portando con sé l'angoscioso interrogativo: chi è stato ucciso e che cosa è stato distrutto?

3) L'orrore dinanzi alle morti e ai vari massacri. La gente costretta ad uscire fuori dai rifugi per cercare un pezzo di pane, dell'acqua ed

altri generi necessari, spesso rimaneva vittima delle esplosioni nelle strade e molti hanno perso la vita anche nelle proprie abitazioni prese di mira.

4) La sepoltura dei morti. Vi erano giorni quando era possibile ritirare i cadaveri dalle strade a causa del terribile sbarramento di fuoco, e un grave problema era seppellirli nei cimiteri che erano sulla linea di fuoco, cosicché venivano seppelliti nei parchi o in posti vicini nascosti ai cecchini. In tali casi veniva a mancare ogni forma di decente accompagnamento come si usa nel mondo civile in occasione dei funerali. In questa guerra sono stati uccisi per le vie di Sarajevo circa 12.000 persone, di cui circa 1.500 bambini.

5) L'assistenza ai feriti. Si calcola che a Sarajevo durante tutto questo periodo sono state ferite circa 50.000 persone. Vi sono state varie specie di ferite, dalla perdita delle estremità, soprattutto piedi e mani, alla totale paralisi e incapacità di autosufficienza, costretti a dipendere in tutto dagli altri. Un trauma gravissimo è dato dal ferimento dei bambini, spesso neonati, che restano handicappati per tutta la vita.

6) La mancanza di generi di prima necessità. Le poche riserve di generi alimentari ed altri generi necessari per una vita normale vennero ben presto esaurite. Gli aiuti umanitari arrivavano in piccola quantità e peraltro fornendo generi alimentari in modo non completo e quindi senza sufficienti componenti necessari all'organismo umano per un lavoro normale.

7) Le conseguenze della mancanza di fonti di energia. Gravi privazioni hanno colpito la gente con la sparizione dell'elettricità e del gas indispensabili per il riscaldamento e la preparazione del cibo. Nel primo inverno di assedio ben presto furono tagliati tutti gli alberi della città per riscaldarsi e cucinare.

8) La mancanza di acqua era un'altro grave problema. Essa infatti è necessaria non solo per cucinare e per le più elementari esigenze igieniche, ma anche e soprattutto per bere e soddisfare l'esigenza di liquido dell'organismo umano. Vi era in primo luogo la paura della gente che anche quel poco d'acqua, che riusciva a procurarsi a rischio di vita, fosse avvelenata. E poi l'igiene personale e dell'ambiente in cui si viveva non potevano essere curati a causa della scarsità.

9) L'impossibilità di mantenere l'igiene personale e dell'ambiente. Le riserve di prodotti igienici furono esaurite presto e quel poco che arrivava con gli aiuti umanitari era del tutto insufficiente per un numero così grande di abitanti. L'insufficienza di acqua rendeva impossibile assicurare l'igiene degli

ambienti di vita e di lavoro, per cui nelle fognature cominciarono a svilupparsi vari insetti nocivi, topi e ratti che infestavano liberamente le fognature e le abitazioni. Sulle strade si accumulavano montagne di rifiuti perché era impossibile il loro trasporto nelle discariche pubbliche. Tutto ciò peggiorava la situazione igienico-sanitaria della città.

10) Vari traumi psichici. Poiché la gente era costretta a trascorrere giorni e notti nei rifugi, in ambienti stretti, oscuri e umidi, spesso nella totale oscurità, si è manifestata la "sindrome della cantina", che ha colpito soprattutto i bambini con pesanti conseguenze psichiche. Le numerose notti passate in bianco dagli adulti hanno causato varie nevrosi, soprattutto a causa dell'incertezza del domani e della paura della fame incombente che aveva colpito quasi tutti dopo che le scorte erano state esaurite. In particolare i genitori soffrivano assai perché non erano in grado di soddisfare le più elementari esigenze dei propri figli. Diversi tipi di depressione davano un ulteriore aggravio perché provocavano angosce notturne a causa di tanto sangue e massacri. Questi traumi erano visibili soprattutto nelle persone anziane e deboli che si sentivano sole e abbandonate, come pure nei bambini i cui genitori erano stati uccisi o gravemente feriti rimanendo del tutto inabili. A ciò si aggiungano le angosce interiori causate dalla incertezza sui propri cari dei quali si era persa ogni traccia.

11) I contatti interrotti con i propri cari. La guerra ha interrotto le comunicazioni tra i membri delle famiglie, tra marito e moglie, tra figli e genitori, tra amici e conoscenti. Alcuni erano stati mobilitati e inviati al fronte, altri erano scomparsi e altri ancora avevano fatto perdere le proprie tracce. Lacerazioni affettive profonde, aggravate dalla paura e dall'incertezza totale.

3. Portare la luce nelle tenebre della guerra

La Chiesa Cattolica in mezzo a tutti questi orrori della guerra ha cercato di organizzarsi per porgere ogni genere di aiuto alla gente nella difficile situazione di guerra e fra tante prove. A tale scopo l'attività della Chiesa è stata molteplice.

1) In primo luogo, i sacerdoti, i religiosi e le religiose con a capo i propri vescovi sono rimasti accanto al popolo e con la loro presenza li rincuoravano e sostenevano nel sopportare tutte queste privazioni causate dalla guerra.

2) Nonostante i pericoli della guerra, la chiesa radunava i suoi fedeli per la preghiera e la celebrazione dell'Eucaristia per creare il senso e l'atmosfera della comunità che ha giocato un ruolo importantissimo per superare il sentimento di solitudine e di abbandono. In questa comunione di fede si sperimentava la vicinanza di Dio e quella degli uomini fratelli. In queste riunioni di fede il colloquio con Dio e tra gli uomini la gente riusci-

va pian piano a scaricare le proprie tensioni e attingere l'energia spirituale necessaria per superare le difficoltà. Una fonte speciale di energia spirituale era la preghiera personale e comunitaria, la partecipazione ai sacramenti e specialmente la parola di Dio, la riconciliazione e la comunione. Sapendo ciò, visitavo appena possibile le singole comunità di fedeli incoraggiando con la parola di Dio i sacerdoti ed i loro fedeli. Era evidente che dopo ogni incontro di questo tipo nella celebrazione della Messa la gente sprigionava, per così dire, dagli occhi un raggio di speranza e tornava rinfrancata alle proprie case.

3) Organizzazione dell'aiuto umanitario mediante la Caritas. Sebbene vi fosse il blocco delle vie di comunicazione, ci siamo prodigati per trovare altre vie per portare in Sarajevo gli aiuti e distribuirli alla gente in modo da garantire almeno la sopravvivenza. Oltre a portare il cibo, abbiamo organizzato anche gli aiuti in medicinali fornendo ai benefattori di fuori l'elenco delle medicine e materiale sanitario più necessari. Una parte veniva distribuita agli ospedali civili e l'altra parte alle farmacie gestite dalla Caritas in modo da essere vicini alla gente in tutte le zone della città, senza costringerli a esporsi ai pericoli nelle strade esposte al tiro dei cecchini e non servite da mezzi pubblici di trasporto.

Perciò, sempre nell'ambito della Caritas, abbiamo organizzato i medici nei centri parrocchiali e in altre strutture adeguate. A tale scopo abbiamo aperto il Centro medico di S. Vincenzo nel centro della città dove erano sistemati la farmacia, l'ambulatorio e il consultorio. Ivi è stata aperta una cucina popolare che erogava a migliaia di persone un pasto caldo.

In special modo si è cercato di aiutare le donne nei loro problemi, dando ad esse consigli per risolvere le loro difficoltà e i dilemmi di coscienza.

4) Il servizio di patronato. Vedendo che nelle abitazioni rimaneva un numero sempre più grande di gente anziana, ammalata e bisognosa di aiuto, abbiamo organizzato un servizio di patronato che visitava regolarmente questi anziani e portava gli aiuti umanitari e le medicine. Tale attività era svolta soprattutto dalle religiose.

5) L'acquisto di stufe per riscaldamento e il loro montaggio specialmente nelle abitazioni degli anziani e ammalati. Si tratta di un tipo di stufe che possono bruciare qualsiasi combustibile. Nel periodo in cui veniva erogato il gas, abbiamo aiutato molte famiglie nell'installazione del gas.

6) Il ripristino dei collegamenti interrotti. Non solo tramite la Caritas, ma anch'io personalmente come pure tanti altri sacerdoti e religiose che potevamo uscire ed entrare in città a rischio della vita, abbiamo fatto opera di postini portando numerose lettere e pacchi di viveri e medicinali. Spesso questo era l'unico modo perché la gente ricevesse notizie dei propri cari e qualche aiuto finanziario. Tramite il nostro Vicariato a Zagabria abbiamo organizzato anche un servizio per l'inoltro di aiuti in denaro. Il sistema funzionava in questo modo: la gente depositava una certa somma destinata ai loro parenti a Sarajevo nel nostro Vicariato, e l'arcidiocesi pagava l'importo ai destinatari a Sarajevo tramite la Caritas. Era un servizio bancario sussidiario, l'unico che funzionava, naturalmente senza finalità di lucro. Durante le fasi più acute della guerra questa era spesso l'unica forma per assicurare un minimo di sopravvivenza alla gente assediata e bombardata.

7) L'attività dei mass-media. Abbiamo organizzato un servizio informativo via radio privata della diocesi e foglietti vari per arginare e contrastare gli altri mass-media che propagavano sistematicamente il veleno dell'odio e dell'intolleranza degli altri, e per costruire la cultura dell'amore e della vita con trasmissioni radio dei valori umani fondamentali e la trasmissione della S. Messa e della parola di Dio. Abbiamo cercato di portare un po' di ottimismo nella gente tramite la nostra radio trasmittente *Vrhbosna* (che è il nome storico della diocesi di Sarajevo quando ancora la città non esisteva nel medioevo) e la pubblicazione di vari fogli e libri con cui rompevamo il blocco delle notizie e l'informazione di parte.

8) L'attività culturale. Abbiamo organizzato incontri di giovani nell'ambito della Chiesa e dell'Associazione culturale croata *Napredak* ("Progresso") allo scopo di superare il clima di barbarie portato dalla guerra e di educare i giovani alla pace. Volevamo una serie di manifestazioni culturali proprio in mezzo al fragore della guerra per dare un segnale alla città e al mondo intero.

9) L'apertura di un Centro scolastico cattolico nel cui ambito sono attivi la Scuola elementare, il ginnasio e la Scuola media di medicina. In tal modo abbiamo dato una prospettiva agli alunni che in mezzo alla pesante atmosfera bellica e al clima di odio e di fanatismo hanno avuto l'opportunità di frequentare regolarmente le lezioni e sentire un discorso centrato sui valori positivi della riconciliazione, della tolleranza e della convivenza pacifica.

Ho cercato di illustrare con questi brevi flash le pesanti sofferenze della nostra gente nella Bosnia ed Erzegovina sconvolta dalla guerra e specialmente nella capitale Sarajevo, città assediata e trasformata in un campo di concentramento, e quello che la Chiesa Cattolica ha fatto e sta facendo per aiutare la gente in queste durissime prove e sofferenze. Come sono indescrivibili il dolore e le sofferenze di ogni singolo uomo, così è impossibile illustrare anche solo superficialmente che cosa hanno significato per questa povera gente la preoc-

cupazione, la cura, l'interessamento e l'aiuto dei sacerdoti, religiosi, religiose con a capo i loro vescovi. Però noi sappiamo che l'onnipotente e buono Signore Dio, "che scruta nei segreti" dell'umanità, vede tutto ciò. Il Signore e il suo amore per ogni uomo singolo sono stati ciò che ci ha motivati, guidati, incoraggiati e sostenuti e solo Lui sarà per tutti noi la vera e imperitura ricompensa. Gesù Cristo non ha dato molte risposte scientifiche e teologiche sulla questione del dolore e della sofferenza, ma ha preferito semplicemente "scendere sulla terra e diventare uomo" e per puro amore abbracciare la croce. Da allora fino ad oggi questa croce è il vero significato e la risposta al problema del dolore e noi a Sarajevo e in Bosnia ed Erzegovina abbiamo cercato di condividere la croce, di portarla insieme e di morire sopra di essa uniti a tanti altri nostri conterranei e concittadini, senza distinzione di religione, nazionalità e cultura. In questa *Via Crucis* abbiamo cercato di asciugare le lacrime dei sofferenti, di nutrire gli affamati, di vestire gli ignudi, di visitare e curare gli ammalati. Nel grande carcere che è Sarajevo eravamo tutti insieme. Tutto questo ci è stato possibile grazie al sostegno e alla paterna cura del Santo Padre, di numerosi confratelli vescovi e sacerdoti nonché della moltitudine con cui ci unisce la grazia battesimale o forse soltanto l'amore disinteressato verso la persona umana.

In questa nostra epoca più che mai il Signore Gesù chiede ad ogni suo discepolo di essere il misericordioso Samaritano. Si deve soccorrere il ferito e guarire le sue piaghe. Ma questa parabola applicata alla Comunità internazionale non termina qui. Certo, anche la Comunità internazionale ha il dovere di curare le ferite, ma essa ha in primo luogo il dovere di arrestare coloro che infliggono queste ferite, anzi, che uccidono tante persone alle quali ormai è impossibile porgere un aiuto materiale. La Comunità internazionale ha il dovere dinanzi a Dio e al mondo intero di trovare i modi per difendere efficacemente i più deboli e gli oppressi. In caso contrario il curare le ferite perde quasi ogni significato e utilità. Mi chiedo e vi chiedo: che senso può avere lo sforzo per sfamare gli affamati e al tempo stesso permettere consapevolmente che dopo averli sfamati vengano uccisi? Quale senso può avere il fatto di curare i feriti e permettere consapevolmente che in seguito vengano nuovamente feriti o uccisi? Quale senso può avere il continuo declamare sui diritti dell'uomo e al tempo stesso consentire che ogni giorno questi diritti vengano calpestati così brutalmente?

La Chiesa Cattolica si sforza e cercherà sempre di più di aiutare ogni uomo in necessità, ma al tempo stesso continuerà a denunciare le violazioni e alzare la sua voce a difesa dei diritti e della dignità della persona umana, di ogni uomo. Grazie per avermi offerto l'occasione di attirare ancora una volta l'attenzione della Chiesa e del mondo medico e politico su questi gravi problemi.

Card. VINKO PULJIC
Arcivescovo di Vrhbosna, Sarajevo
(Bosnia ed Erzegovina)

BOZO LJUBIC

La medicina in tempo di guerra

Vorrei premettere che sono un ortopedico, e che negli ultimi quattro anni ho lavorato nel centro di *Medicina di guerra,* e da quando sono stato nominato ministro della sanità, ho innumerevoli informazioni di interminabili sofferenze e tragedie, specialmente da parte di particolari categorie di persone, come le donne, i bambini, i feriti, gli anziani, ecc. È stata questa la molla che mi ha spinto a dedicarmi esclusivamente all'analisi delle realtà naturali. Tuttavia, visto che questa stimata assemblea si occupa di problemi filosofici, sociologici, teologici e di etica, non posso fermarmi esclusivamente al livello empirico. D'altronde la mia conoscenza, derivata direttamente dall'esperienza pratica, è presentata come un argomento per l'elaborazione teorica a livello universale. Per potervi introdurre la situazione, permettetemi di presentarvi, con l'ausilio di sistemi statistici, la tragica situazione del mio paese.

In questo periodo è molto difficile scoprire e documentare tutte le conseguenze di questa quarta guerra mondiale in Bosnia Erzegovina, guerra che purtroppo continua ancora.

Secondo le informazioni del "Republic committee for health and social welfare" (Comitato della repubblica per la sanità ed il benessere sociale) della Bosnia Erzegovina (Bollettino n. 180 del 25 settembre 1995), dall'inizio della guerra 146.245 persone sono state uccise, risultano disperse, o sono morte a causa del freddo e della fame. Di queste, 16.838 sono bambini. Secondo la stessa fonte, sono state ferite 174.397 persone, e 12.302 sono rimaste invalide.

Si stima che circa 2 milioni di persone abbiano lasciato la propria casa (rifugiati, profughi e esuli) per spostarsi all'interno o fuori dal territorio della Bosnia Erzegovina. Tutto ciò compromette la definizione del quadro epidemiologico e del settore sanitario, che si trova di fronte ad una serie di enormi sfide di natura medico-professionale.

Negli anni della guerra è stato registrato un livello elevato di stati patologici, legati alle infezioni e alle malattie parassitiche, dovute alle difficili condizioni di vita, al vasto movimento migratorio, alla mancanza di acqua potabile per bere e per l'igiene personale, ed alla mancanza di carburante per cucinare e per il riscaldamento. Per questi motivi, la media delle malattie dovute alle infezioni è salita da 1.358,5 (anni 1990-'91) a 2.882,97 (1993-'94). Durante questi anni di guerra sono stati registrati importanti cambiamenti nella struttura del movimento delle malattie infettive. C'è stato un aumento significativo delle malattie infettive intestinali, rilevante se paragonato alle cifre degli anni antecedenti la guerra.

Il cambiamento della situazione epidemiologica richiede che il personale medico cambi le priorità esistenti in tempo di pace e si concentri sulla cura delle persone ferite e sulla prevenzione delle epidemie dovute alle malattie infettive. Le conoscenze acquisite nelle accademie mediche militari e dai testi di medicina in tempo di guerra si sono rivelate non sempre adeguate alle nostre esigenze. In guerra non c'è nessuna organizzazione di corsi sanitari, o separazione dei libri di testo nei cosiddetti "livelli", dato che è impossibile metterle in atto con precisione in ogni luogo. Civili e soldati, bambini ed anziani, feriti e malati cronici, talvolta vittima e carnefice, sono curati nel medesimo ospedale e a volte nella stessa stanza. Inoltre, non tutti sono abbastanza fortunati da poter essere curati in ospedali specializzati. La situazione ci ha costretti ad installare diverse dozzine dei cosiddetti ospedali da campo, che non sono ospedali militari, ma ospedali in cui vengono curate persone come quelle summenzionate ed anche coloro che soffrivano per altre patologie.

Il linguaggio dei fatti gravi e crudi ha mostrato l'impatto della guerra sulla sfera sociale e su quella sanitaria, ma il problema riguarda cosa essi significhino per le considerazioni scientifiche e da un punto di vista generale.

Oltre alla quantificazione delle informazioni, come riflesso e conseguenza della guerra, esiste una molteplicità di fenomeni che interessano il campo sanitario, quello delle patologie sociali, ed il lavoro dello staff medico.

Siamo convinti che questa esperienza, tragica e piena di dolore, non sarà usata soltanto dagli storici, ma anche dagli scienziati in generale. La nostra conoscenza, si potrebbe supporre, è molto importante per la ricerca teorica e filosofica sulla guerra in una società moderna, e lo dimostreremo con un profilo, in quanto è impossibile fare un'elaborazione.

Primo, ogni sforzo per sostenere le tradizionali separazioni della medicina tra servizi civili e servizi per il periodo di guerra è impossi-

bile e circostanziale. Senza dubbio questa supposizione può essere convalidata dall'analisi della pratica, che è ancora in corso.

Secondo, in un tipo di guerra come quella che abbiamo conosciuto nel mio paese, il problema centrale sono i civili, le persone non protette e che non sono aiutate da nessuno nel loro sforzo di difendersi dalle armi moderne. Per questo motivo, il punto focale di attenzione della medicina non sono più gli ospedali, ma i centri urbani che vengono devastati da lontano, e la cui popolazione viene uccisa senza distinzione.

Terzo, questa non è la classica guerra, dove c'è soltanto l'usurpatore del territorio o la difesa di una nazione, ma è una scusa per uccidere. Migliaia di civili e di militari sono stati feriti, imprigionati, o uccisi soltanto perché appartenevano ad un altro gruppo etnico.

Quarto, nelle guerre precedenti c'era rispetto per le regole del gioco, e, cosa più rilevante, c'era rispetto per le norme e le leggi internazionali. Ciò non è più vero, in quanto la *Croce Rossa*, gli ospedali e le strutture sanitarie sono stati obiettivi di attacchi militari.

Quinto, sappiamo dalla storia europea quanto sia difficile localizzare e contenere le guerre in un'area limitata. Spesso le autorità trovavano dei motivi per andare in aiuto delle vittime. Questa è stata la prima volta in cui l'Europa politica, per tre interi anni, ha osservato freddamente l'orrore svilupparsi dall'ignoranza del mondo civilizzato, e non si può fare appello alla forza nel nome della moralità, delle norme universali dell'etica o almeno alla solidarietà antropologica per fermare i crimini. È evidente che lamentarsi non è utile alle idee o ai giudizi, proverò perciò a tradurre questi pensieri in parole che ne esprimano il senso, presentate da un punto di vista teorico e esplorando il fenomeno della guerra e dei suoi problemi a livello di prospettiva, anch'essa teorica.

Inoltre, se in queste condizioni mi limiterò esclusivamente agli omicidi, ai feriti e all'abuso sulle vittime in generale, credo di aver raggiunto solo in parte il nostro obiettivo, perché parlerei soltanto delle cause della guerra come fenomeno, nella prospettiva della guerra che è in atto nella mia patria. Vorrei parlare della posizione dei medici in guerra, sulle cui spalle è stato posto un grave fardello, non in quanto chirurghi o internisti, ma come umanisti e professionisti. Questi medici si trovano nella posizione di ammortizzatori delle conseguenze della distruzione umana nei confronti degli uomini, ed anche nella posizione di chi oppone resistenza all'andamento pesantissimo della distruzione.

La conoscenza della storia ci mostra che ogni civilizzazione ha avuto le sue progressioni spirituali, segnate da nuove e grandi realizzazioni, per mezzo delle quali le civilizzazioni si sono separate l'una dall'altra. Nel frattempo, assieme alle grandi realizzazioni, esse presentano avvenimenti patologici e non funzionali. Talvolta sono stati dei "regali della natura", talvolta della società, talvolta una combinazione di entrambi. Ciò che divide la nostra società elettronica dalle altre sono le sue sindromi patologiche, che sono abbondantemente un prodotto dell'uomo. Apparentemente, la civilizzazione elettronica si è impigliata in un mare di energie di distruzione umana completamente nuove, e questa molteplicità di avvenimenti sono legati l'uno all'altro, rappresentando una intera catena di cause e di conseguenze. La degenerazione può avere diverse forme: personale, di gruppo, della società, terrorismo, droga, alcolismo, lascivia, prostituzione, criminalità, incidenti atomici contro il genere umano, ecc., e tutte insieme formano una sintesi di vari prodotti del progresso fantastico e dello sviluppo.

Per la sua civilizzazione e per il suo tempo, San Giovanni ha preso in considerazione i pericoli nelle sue significative sequenze escatologiche del *Cavaliere dell'Apocalisse.* Delle quattro fonti di pericolo di quel tempo, rimane soltanto la *guerra*, se escludiamo il fenomeno della morte, in quanto la morte è una conseguenza e non una causa dell'*Apocalisse.* Per quattro anni, 3 dei 4 *Cavalieri dell'Apocalisse* hanno cavalcato per il mio paese, visitatandoci tutti tranne la peste. Ho osservato però che soltanto la *guerra* oggi merita di essere analizzata dettagliatamente, visto che gli altri due sono solo conseguenze della guerra.

Si potrebbe dire che la guerra sia al tempo stesso causa e conseguenza, e in qualche modo parte naturale della vita e della morte. Questa riflessione non è il prodotto di un'ossessione data dalla guerra che c'è attualmente nel mio paese, ma è una cosa riconosciuta e effettivamente dimostrata. La *fame* è un segno del degrado dello sviluppo di una società, teoricamente un evento non-esistente. La fame è un elemento determinante del modello ingiusto della società per la distribuzione e la ri-distribuzione della ricchezza. La *peste*, nel suo significato apocalittico, è oggi una malattia sconosciuta. Il fenomeno della morte appartiene alla sfera dell'esemplificazione e dell'eccessivamente fattivo, non raggiungibile cioè dal pensiero e dalla teoria. La *guerra* non può essere fermata con la ri-distribuzione della ricchezza, anche la scienza medica non ha nessuna influenza su di essa, la guerra è una cosa innaturale. La guerra non appartiene alla sfera della religione o della scienza, ma alla fine è un soggetto dell'occupazione nei confronti di tutte le persone, è cioè un *fenomeno totale*. La guerra non riesce a rivelarsi nella sua vera luce, non ha un archetipo nè uno stereotipo, fatta eccezione per la sua etimolo-

gia, il suo contenuto ed il suo bersaglio, che significano sempre morte, distruzione e antiumanismo. La guerra è uno sfortunato complemento del progresso ed oggi, con l'uso di vari metodi di distruzione, uccisione e tortura, dipende dal livello elettronico della civilizzazione moderna. La guerra è, con tutte le sue particolarità, un avvenimento determinato socialmente che non soggiace ad alcun giudizio naturale, giuridico o alle leggi. Se la guerra fa parte dell'umanità ed è un fenomeno i cui effetti e conseguenze ci ricordano un'inondazione generale e l'estinzione delle specie antropologiche, il problema è qual è il posto e quale ruolo ha la medicina in guerra.

La moralità e i valori etici turbati della nostra civilizzazione, così come i cambiamenti nella scala dei valori a livello universale, trovano il loro riflesso nella guerra attuale, così come nel rapporto del mondo in questa stessa guerra. Credo perciò che sia più adatto che in questa relazione mi concentri sui problemi di etica e di moralità e, esaminando gli antichi principi di *Ippocrate* e gli atti del *Samaritano* biblico, proponga di cercare un "nuovo Ippocrate" ed un Samaritano del nostro tempo.

La guerra mette tutti alla prova. Solo nella guerra l'intera scala dei valori etici assume un nuovo significato, ed i medici si trovano di fronte alla prova se devono essere fedeli alle responsabilità che hanno assunto con il loro giuramento o se devono perfidamente infrangerlo. In guerra tutto ha un significato sofferto e modifica i tratti dell'umanismo. La moralità, la pietà, il perdono e la comprensione sono, in condizioni di pace, la base dell'etica e della moralità, che racchiudono tutto. In guerra essi suonano come un'idea cinica disprezzabile. L'uomo si trasforma fino a diventare una nullità, il suo comportamento e le sue azioni sono basate sull'uccisione, sulla vendetta, sulla tortura e chi è indotto alla distruzione arriva al completo annientamento. Ma l'uomo, ed è ciò che ci infonde certezza in questa guerra, ha dimostrato di avere i più alti principi etici e morali, principi sani e di aiuto agli altri, anche sacrificando la propria vita per un altro essere umano.

Indubbiamente noi discutiamo di etica avendo come ideali due grandi simboli storico-etici (il dottor Ippocrate ed il paradigmatico Samaritano della Bibbia) e ci troviamo ancora di fronte a questo problema: quale tipo di etica nell'educazione e nel consolidamento (e come) in condizioni dove *bellum omnium contra omnes* funziona come principio nella pratica, nell'attualità?

La guerra però non riconosce i principi o gli ordini, che bisognerebbe rivalutare, essendone noi

stati purtroppo testimoni nella nostra esperienza. Arriviamo qui alla domanda-chiave del problema della nostra analisi, e cioè al tema più importante. Non è superfluo chiedere: cosa fanno coloro che curano il corpo e l'anima degli assassini, dei violentatori, di quelli che praticano torture perverse, uomini che sono pieni di energia distruttiva? Come si viene a patti con il fatto che bisogna curare esseri come questi, che dopo il proprio rinnovamento spirituale o fisico accetteranno nuovamente di uccidere e di commettere crimini?

Così, un operatore spirituale che ascolta le confessioni, dà consigli, mostra il perdono e la carità, è lacerato tra principi etici e la realtà che gli si presenta.

In guerra, quando non ci sono limitazioni umane o etiche, molti sono "liberi" nella loro scelta comportamentale. Essi odiano, si vendicano, non hanno principi, seminano pregiudizi e xenofobia, in essi è infusa una energia negativa. Pressati o limitati dalle restrizioni morali, i loro impulsi naturali possono mostrarsi senza paura o sensi di colpa.

Nelle guerre classiche (anche se abbiamo già detto che non esiste uno stereotipo né un archetipo), i nemici erano depersonalizzati, ad eccezione dell'identificazione mediante l'appartenenza ad una certa nazione o gruppo. La guerra che c'è ora nel mio paese è, senza le vergogne dell'ossessione o dell'emozione, un avvenimento specifico, oserei dire, anche nella storia delle guerre.

Nelle guerre tradizionali, le persone vengono riconosciute dalle loro uniformi, dai simboli, dalle iconografie, dalle lingue, e sulla base di questi segni esse vengono uccise, arrestate, imprigionate, e persino torturate. In questa guerra le persone, anche i medici, si conoscono soggettivamente e personalmente. Inoltre, esse conoscono il loro comportamento nella guerra in modo diretto o mediante testimonianze. Un criminale viene identificato in modo concreto, non per l'unità o per il reparto di appartenenza, com'era nel passato. Questa è l'ulteriore pressione sulla morale delle persone che guariscono o che perdonano i peccati. In questo modo, in guerra, e specialmente nella nostra, la medicina non è più soltanto una professione, o una vocazione di particolare merito, ma è diventata un fenomeno importante per l'etica.

Tutto ciò che abbiamo menzionato come forme di patologia sociale, sono ora infatti causa ed effetto del rapporto. L'omicidio (collettivo, di gruppo, personale o completamente senza selezione o riconoscimento) e la distruzione senza riguardo per ciò che ha un valore spirituale o materiale, sono forme di permissivismo e immoralità che hanno trovato il loro spazio e le condizioni adatte nella guerra. La violenza sulle donne, sulle ragazze, sulle donne non più giovani, in condizioni normali sarebbero metodi da psicopatici, ma qui sono una parte della strategia di guerra (come riferito da un osservatore internazionale indipendente che accusa una delle parti in

guerra). Nulla vale la pena o è troppo sacro per non essere distrutto o umiliato.

Così, la crisi morale e l'atteggiamento insufficiente nel campo dell'etica, non sono problemi vacui o retorici, ma sono stati messi in pratica nel mio paese. La specificità della guerra in Bosnia Erzegovina e in Croazia merita attenzione non soltanto da parte della comunità medica, ma anche da parte delle scienze filosofoche ed etiche.

La struttura morale, mentale, psicologica, emotiva ed intellettiva dei medici non è atipica per credere che il giuramento o l'accettazione di principi morali universali possano rimanere immutati, e funzionare oggettivamente e professionalmente senza dei conflitti interni ed esterni. Così, i principi etici ci forniscono un modello comportamentale e le crude esperienze presentano una sfida enorme e la causa per riflettere di fronte ad un bivio morale.

Non è difficile supporre quale tipo di dilemma etico un medico senta dentro di sé quando incontra coloro che sono i precursori del crimine nei confronti dei figli, delle mogli, dei genitori, dei colleghi.

Possiamo scegliere l'etica universale, e andarle contro con gli avvenimenti della vita. Possiamo sviluppare il fondamento della nostra professione basato sul raggruppamento dell'etica, della tolleranza stoica, le giustificazioni etiche o il dimenticare le memorie negative. Possiamo cedere al valore del fatalismo o del disfattismo, ma non ci dispenseremmo dalla contraddizione fatale e dall'insidia della *contradictio in adjecto* come la forma più drastica della posizione contraddittoria del personale medico. Inoltre, allo stesso modo non possiamo liberarci dalla *contradictio materialis*, sulla quale un tribunale importante elimini la legittimità di un altro, e in modo particolare, non possiamo esimerci dalla *contradictio in subjecto* conseguentemente al conflitto spirituale nel soggetto stesso.

Nella pratica della realtà e delle funzioni professionali, quando è in questione questo tipo di guerra, non sempre il personale medico è risparmiato dalla repressione e dalla violenza, in quanto non vi sono convenzioni riconosciute o responsabilità internazionali sul rispetto del comportamento umano e morale. Ricordiamoci i primi giorni dell'assedio di Sarajevo. Il principale obiettivo dei cecchini erano le ambulanze e una delle prime vittime a Sarajevo (dove sino ad ora sono state uccise più di 12.000 persone e altre 50.000 sono state ferite, delle quali 1.700 sono bambini) è stato un medico del pronto soccorso, la Dottoressa Silva Rizvanbegovic.

A causa di tutto ciò sembrerebbe che la medicina in guerra non

sia una questione pragmatica ed empirica, e neanche un problema di moralità tradizionale, basata su valori fondamentali. Il problema dovrebbe essere considerato e giudicato sullo stesso piano della fenomenologia, della filosofia e della "nuova etica". Secondo me, non c'è alcun dilemma morale. *I dieci comandamenti* sono un orientamento morale adeguato, tuttavia si tratta di una comprensione piuttosto soggettiva della morale in quanto non tutti coloro che fanno parte del personale medico (così come gli altri) sono cattolici e di fatto non sempre religiosi. Niente è uguale a ciò che era al tempo di Ippocrate e al tempo biblico del caritatevole Samaritano, il cui modello comportamentale fu un'eccezione e non la regola. Gesù usò la parabola del Buon Samaritano che faceva parte di un gruppo ai margini della società, come lezione per i membri della società israelitica (farisei e leviti) che passavano davanti alla persona sfortunata con disinteresse, e credevano di essere persone con i più alti principi morali in quel tempo. Questa è però una misurazione antica della scala dei valori; ora noi viviamo nell'era atomica.

Da ciò, dobbiamo parlare del problema della "nuova etica" perché sfidando il processo di disumanizzazione soltanto con nobile pacifismo e carità, specialmente in condizioni dove la competizione di tutti i valori con significati diversi si è fermata alla perfezione, non si può garantire un risultato esplicito. Le guide spirituali, gli umanisti, e le altre fonti morali stanno facendo il possibile per ridurre questa spaventosa crisi morale, ma i loro successi sono ovviamente limitati, perché le cose non si attuano ora come nel periodo delle grandi realizzazioni etiche. Nel passato l'intera difesa della moralità e dell'umanismo prendeva di mira gli atti individuali o soggettivi. Nella società moderna, gli atti individuali di amoralità o immoralità sono piuttosto marginali nelle loro conseguenze, in termini di atti dei gruppi sociali collettivi. A parte ciò, la civilizzazione è minacciata dal pericolo di modelli comportamentali che non possono essere identificati esplicitamente come amorali. Facciamo per un attimo una digressione, che non è totalmente estranea a quanto già detto. Ci chiediamo se la comunità internazionale (paesi delle attuali democrazie o istituzioni delle Nazioni Unite) nel 1991 avrebbe potuto salvare centinaia di migliaia di vite nella ex-Jugoslavia, soltanto con la minaccia attendibile di azioni come quella intrapresa nel 1995.

Le antiche civilizzazioni e culture hanno sempre cercato il modo per combattere la minaccia di estinzione. Non erano consapevoli delle realizzazioni scientifiche di proporzioni divine, ma trovarono i modi, per mezzo di esempi, per rispondere agli atti di amoralità e di immoralità.

Il tema di questa conferenza racchiude due simboli illustri del passato: il dottor Ippocrate ed il Buon Samaritano come paradigma della carità. La questione è se oggi ab-

biamo bisogno di trovare un modello ideale di un nuovo Ippocrate o un nuovo Samaritano e non soltanto porli nel contesto della professione medica. Inoltre, la questione più importante è: chi e come guarire. Cioè, le opinioni della medicina sempre fanno venire in mente la guarigione dell'uomo e il suo corpo biologico. Tuttavia, chi curerà la malattia collettiva, la patologia sociale, e qual è la posizione della patologia morale e la fonte di un possibile cataclisma? Il loro potere distruttivo e patologico prende di mira l'uomo e la sua espansione causa la paura ed il pessimismo. Ciò dimostra la fondatezza del fatto che in un solo giorno della guerra in Bosnia Erzegovina (o in quella del Ruanda) sono state uccise migliaia di persone tra i prigionieri o le persone indifese, anche tra persone giovani o sane, e nello stesso giorno, nonostante gli sforzi di migliaia di operatori sanitari, sono state salvate soltanto poche vite umane.

Usando la nostra conoscenza empirica, notiamo una correlazione tra la guerra e la medicina, e il significato e il ruolo della medicina in un cataclisma reale, dal suo inizio alla fine, ha imposto che soltanto nella filosofia pura e nella fenomenologia è possibile meditare sul problema, a livello più generalizzato. Consideriamo che solo in questo caso la nostra esperienza può essere valida se ciò non accade mai nuovamente in alcun luogo.

Per motivi comprensibili, conclusioni dalla forma di determinanti ipotetiche non possono essere completamente elaborate e sostenute da argomenti, ma ci siamo presi, qui di seguito, la libertà di separarle.

Primo, usando come un ideale il *Nuovo Testamento,* il pensiero scientifico, specialmente nel campo dell'etica, formulerebbe un nuovo ordine di minacce nei confronti della società. L'ordine escatologico dei Cavalieri dell'Apocalisse, secondo San Giovanni, può essere utile come postulato del metodo.

Secondo, mediante i giudizi ed il lavoro del chiarimento analitico del rapporto tra guerra e medicina, abbiamo concluso che il pensiero scientifico, e l'etica in modo particolare, non ha mostrato particolare interesse nel contesto importante e sostanziale della guerra. Credo comunque che non soltanto la scienza medica ma la filosofia e l'etica abbiano molto materiale che insiste sull'essere protetto scientificamente, non solo per pura curiosità intellettuale, ma per problemi che riguardano il modo per poter salvare il mondo dalla rovina.

Terzo, la crisi morale ha assunto una forma allarmante, ed il processo di sviluppo della civilizzazione l'ha alimentata di più. Il problema scaturisce dal fatto se l'Europa ha considerato adeguatamente il fenomeno della crisi morale e del suo processo.

La medicina, anche quella di guerra, è soltanto un piccolo fattore di intervento che si occupa delle conseguenze (in una sfera bio-fisica, mentale e epidemiologica) a livello personale e non sociale.

Quarto, è sorprendente che le istituzioni e le organizzazioni scientifiche internazionali nei campi della filosofia, dell'etica e della moralità non abbiano alcun interesse (non sappiamo se a causa della mancanza di informazioni) alla guerra del mio paese. Tutto è stato ridotto alla presenza militare, all'osservazione, all'aiuto umanitario e agli appelli che giungono da lontano. Qui, a "2 ore da Londra", come ha detto qualcuno, speriamo in un esperimento irripetibile. Non è un appello o un grido dal deserto, e non è neanche un avvertimento agli scienziati (per questo essi sono gli ultimi a tenerne conto). Sembra che dalla nostra tragedia possiamo dedurre dei giudizi generali e delle conclusioni. Questo tipo di tragedia può riguardare altri paesi, anche quelli che crediamo distanti.

Quinto, non penso che una singola persona o una conferenza possano rispondere ai dilemmi morali ed ai conflitti che una guerra come questa mette di fronte all'umanità, ed ai medici prima. Ci fa tornare perciò all'Antico Testamento. Se comprendiamo adeguatamente le idee morali del Buon Samaritano, non porremmo più la domanda: "Chi è il mio prossimo?" ma "Di chi sono il prossimo?", di modo che il punto centrale non sono più "io" ma piuttosto "loro", l'"uomo in difficoltà", l'uomo che ha bisogno del nostro aiuto, sia egli un amico o un nemico, un umanista o un criminale.

Dr. BOZO LJUBIC MD PhD,
Chirurgo Ortopedico
Professore Associato
Ministro della Sanità, Bosnia Erzegovina