



DOLENTIUM HOMINUM

N. 37 – anno XIII – N. 1, 1998

RIVISTA DEL PONTIFICO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI OPERATORI SANITARI

Atti della XII Conferenza Internazionale

*promossa dal
Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli
Operatori Sanitari
su*

***Chiesa e salute nel mondo
Attese e speranze
alle soglie dell'anno 2000***

6-7-8 novembre 1997

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

DIREZIONE

S.E. MONS JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Direttore
P. JOSÉ L. REDRADO, O.H., Redattore Capo
P. FELICE RUFFINI, M.I., Segretario

COMITATO DI REDAZIONE

BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DR.A LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D'ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DR.A MAYA
FALLANI DR. GIOVANNI
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESUS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DR.A DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, Argentina
CASSIDY MONS. J. JAMES, U.S.A.
DELGADO DON RUDE, Spagna
FERRERO P. RAMON, Mozambico
GOUDOTE P. BENOIT, Costa d'Avorio
LEONE PROF. SALVINO, Italia
PALENCA P. JORGE, Messico
PEREIRA DON GEORGE, India
VERLINDE SIG.A AN, Belgio
WALLEY PROF. ROBERT, Canada

TRADUTTORI

CHALON DR.A COLETTE
FARINA SIG.A ANTONELLA
FORD PROF. MATTHEW
MULTIER SR. MARIE-GABRIEL
MURRAY P. DAVID
NOVELLI SIG.A SIMONA
QWISTGAARD SIG. GUILLERMO



Direzione, Redazione, Amministrazione: CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 698.83138, 698.84720, 698.84799,
Fax: 698.83139 E-MAIL: opersanit@hlthwork.va

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 60.000 Lire (o importo equivalente in valuta locale),
compresa spedizione

Stampato a cura della Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Spedizione in abbonamento postale - art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Roma

Sommario

- 6 **Indirizzo d'omaggio al Santo Padre di S.E. Mons Javier Lozano**

- 7 **Il mondo sanitario si liberi delle dinamiche del profitto e si lasci permeare dalla logica della solidarietà e della carità**
Discorso del Santo Padre

- 9 **CHIESA E SALUTE NEL MONDO. ATTESE E SPERANZE ALLE SOGLIE DELL'ANNO 2000**



giovedì
6
novembre

- 10 **Saluto e introduzione**
S.E. Mons. Javier Lozano

- 11 **Gesù, verbo incarnato, salute e salvezza dell'uomo**
S.Em. Card. Pio Laghi

- 16 **Le dimensioni antropologiche della salute**
Prof. Corrado Viafora

- 22 **Storia del concetto di salute**
Prof. Diego Gracia Guillén

- 28 **La persona e il diritto alla salute**
Prof. Francesco D'Agostino

- 30 **Morale cristiana e salute integrale**
P. Bonifacio Honings, O.C.D.

- 35 **Il ruolo preventivo e dell'educazione-autoeducazione sanitaria per corrispondere ad attese e speranze nella cura degli infermi**
Prof. Achille Ardigò

- 38 **L'operatore sanitario al servizio della vita e della salute**
Prof. J.P.M. Lelkens

SESSIONE POMERIDIANA

- 41 **Verso una visione unitaria della realtà**
S.E. Mons. Angelo Scola

- 42 **Aspetti socio-politici ed economici della salute**
S.E. Dott. Maria de Belem Roseira

- 45 **Salute e sanità nei paesi industrializzati**
P. Pierluigi Marchesi

- 48 **Invecchiamento e salute**
Dott. Fernando Morales Martínez

- 51 **Affrontare la povertà e la vulnerabilità**
Dr. Fernando S. Antezana

- 53 **Organizzazione dei Sistemi Sanitari**
Prof. Franco Splendori

- 58 **Modelli etici per la gestione della salute**
Prof. W.J. Eijk

- 64 **La distribuzione delle risorse economiche e la salute**
Prof. Joseph Joblin



venerdì
7
novembre

- 69 **La Chiesa, comunità sanante**
P. Luciano Sandrin, M.I.

- 75 **Scienza medica e fede cristiana**
Prof. Marie-Odile Rethore

- 79 **Contributo della vita consacrata alla salute**
Fra Miguel Martin Rodrigo, O.H.

- 85 **Il ruolo degli ospedali cattolici nel nuovo millennio**
Dr. Michael F. Collins

- 90 **Sfide lanciate all'evangelizzazione nel mondo della salute**
P. Vitor Feytor Pinto

- 94 **Vivere in modo sano la sofferenza e la morte**
Prof. Rudesindo Delgado Pérez

- 100 **I sacramenti, fonte di salute e di salvezza**
S.E. Mons. Jorge Medina Estévez
- 105 **Il Grande Giubileo: anno di grazia, di salvezza e di salute**
S.Em. Card. Roger Etchegaray
- TAVOLA ROTONDA:
SALUTE, MALATTIA E GUARIGIONE
NELLE GRANDI RELIGIONI
- 108 **I: Il buddismo**
P. Michael Fuss
- 112 **II: L'induismo**
P. Mariasusai Dhavamoni, S.I.
- 116 **III: L'ebraismo**
Prof. Rabb. Abramo Alberto Piattelli
- 118 **IV: L'islamismo**
P. Maurice Borrmans
- SESSIONE POMERIDIANA
- 121 **Scienza e tecnologia al servizio della persona**
Prof. Luigi Donato
- 125 **Tecnologia o tecnicismo per la società del terzo millennio?**
Prof. Corrado Manni
- 131 **Le “nuove” terapie in medicina**
Prof. Silvio Garattini
- 137 **Potenzialità e limiti del progresso scientifico e tecnologico**
S.E. Mons. Prof. Elio Sgreccia
- 145 **Verso un'esistenza olistica**
P. José Antonio Pagola
- TAVOLA ROTONDA:
L'IMPATTO DELL'AMBIENTE
SULLA SALUTE
- 150 **Ecologia, creazione, salute**
P. José Antonio Merino, OFM
- 156 **Protezione della salute nel luogo di lavoro**
Prof. Carla Giuliana Bolis
- 159 **Impatto dell'immigrazione sulla salute**
Dr. Riccardo Colasanti
- 162 **Responsabilità verso il futuro**
Prof. Walter Osswald
- 
- sabato
8
novembre
- 165 **Salute e destinazione universale dei beni**
Prof. Marie Hendrickx
- TAVOLA ROTONDA:
LA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE VERSO UNA SOLIDARIETÀ
- 174 **I: Organizzazioni Non Governative**
Dott. José A. Pujante
- 180 **II: Il Cor Unum**
S.E. Mons. Ivan Marín
- 182 **III: La Caritas**
M. Luc Trouillard
- 186 **IV: Il ruolo della Croce Rossa**
On. Maria Pia Garavaglia
- 189 **V: L'esperienza di “Manos Unidas”**
Dr. Luis Arancibia
- 195 **VI: Il punto di vista della FIPC, Federazione Internazionale Farmacisti Cattolici**
Dr. Alain Lejeune
- 199 **VII: L'Organizzazione Mondiale della Sanità**
Dr. Hiroshi Nakajima

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal volume “L’Isola della Salute, L’Isola Tiberina dall’antichità ai nostri giorni” a cura dell’Associazione “Amici dell’Ospedale Fatebenefratelli dell’Isola Tiberina di Roma”, 1996

INDIRIZZO D'OMAGGIO DI S.E. MONS. JAVIER LOZANO

Beatissimo Padre,

il *Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari* ha sviluppato la sua XII Conferenza internazionale *Chiesa e salute nel mondo. Attese e speranze alle soglie dell'Anno 2000 – Gratia eius salvati estis – (Ef 2,8)*.

Questo vuol essere anche un grato riconoscimento al grande impegno del mio predecessore, Cardinale Fiorenzo Angelini, grazie al quale sono facilmente riuscite le Conferenze realizzate negli undici anni precedenti.

In questo anno di preparazione al grande Giubileo dell'Anno 2000, secondo le indicazioni di Vostra Santità, abbiamo dedicato il nostro lavoro a Gesù Cristo, Verbo di Dio incarnato, fonte di salute per tutti; così la nostra Conferenza è partita dalla fede in Gesù Cristo, nella Chiesa, e si è confrontata con la realtà della salute nel mondo d'oggi sotto molteplici aspetti, per arrivare a degli orientamenti pastorali in questo campo così importante della vita cristiana che Vostra Santità ci ha affidato.

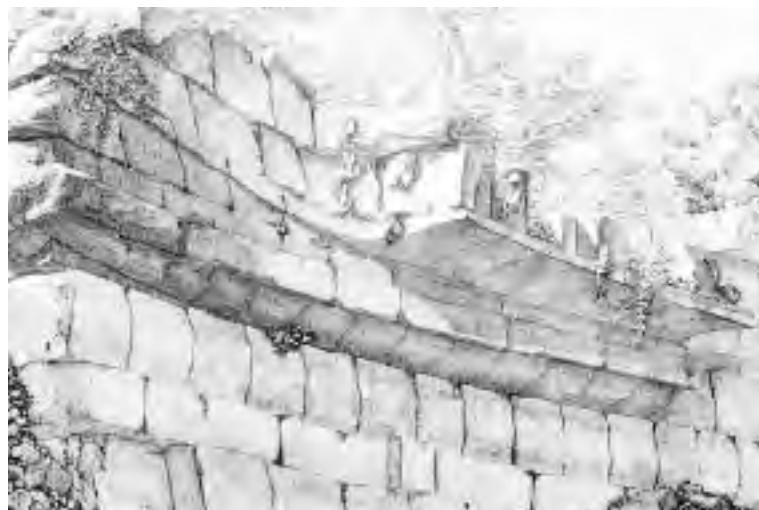
Così, dopo una contemplazione di Gesù Cristo, abbiamo trattato della dimensione antro-

pologica della salute, che con tutte le sue problematiche moderne chiede una risposta attuale nella Chiesa; abbiamo così parlato della Chiesa come comunità sanante e della scienza medica e la fede cristiana che in questa preparazione al Grande Giubileo offrono risposte valide; non abbiamo trascurato il rapporto con le grandi religioni, e così investigando le “semina Verbi” abbiamo anche studiato i contributi che ci offrono specialmente il Buddismo, l'Induismo, l'Ebraismo e l'Islamismo. Abbiamo anche considerato le risposte pratiche nel campo della Scienza e della Tecnologia, per concludere con il grave problema odierno della medicina e l'economia.

Attendiamo adesso la Parola di Vostra Santità, perché ci indichi le vie da percorrere in questo ambito così complesso della pastorale degli operatori sanitari alla fine del secondo Millennio.

Ascoltiamo con religioso ossequio Vostra Santità.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari



DISCORSO DEL SANTO PADRE

Il mondo sanitario si liberi dalle dinamiche del profitto e si lasci permeare dalla logica della solidarietà e della carità

Venerati Fratelli nell'Episcopato
e nel Sacerdozio,
Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Sono lieto di rivolgere un cordiale benvenuto a ciascuno di voi, che prendete parte alla dodicesima Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari sul tema *"Chiesa e salute nel mondo. Attese e speranze alle soglie dell'anno 2000"*. Desidero manifestare particolare gratitudine a Mons. Javier Lozano Barragán per l'impegno profuso nell'organizzare questo Simposio e per le cortesi parole rivoltemi a nome dei presenti. Con lui saluto e ringrazio tutti i collaboratori.

In queste intense giornate di studio e di confronto, le varie relazioni hanno sottolineato quanto i problemi della salute siano complessi e richiedano interventi coordinati ed armonizzati, per coinvolgere efficacemente non solo gli operatori sanitari, chiamati ad offrire una risposta terapeutica ed assistenziale sempre più "competente", ma anche quanti operano nel campo dell'educazione, nel mondo del lavoro, nella difesa dell'ambiente, nell'ambito dell'economia e della politica.

"Salvaguardare, ricuperare e migliorare lo stato di salute significa servire la vita nella sua totalità", afferma la *Carta degli Operatori Sanitari*, redatta dal vostro Pontificio Consiglio. Si delinea, in questa prospettiva, l'alta dignità dell'attività medico-sanitaria, che si configura come collaborazione con quel Dio che nella Scrittura è presentato come "amante della vita" (*Sap* 11, 26). La Chiesa vi approva e vi incoraggia nel lavoro che affrontate con generosa disponibilità a servizio della vita vulnerabile, debole e malata, lasciando a volte la vostra patria e giungendo anche a rischiare la vita nell'adempimento del vostro dovere.

2. Sono molti i segni di speranza presenti in questo ultimo scorciò di secolo. Basti ricordare

"i progressi realizzati dalla scienza, dalla tecnica e soprattutto dalla medicina a servizio della vita umana, il più vivo senso di responsabilità nei confronti dell'ambiente, gli sforzi per ristabilire la pace e la giustizia ovunque siano state violate, la volontà di riconciliazione e di solidarietà fra i diversi popoli..." (*Tertio Millennio adveniente*, 46).

La Chiesa si rallegra per questi importanti traguardi, che hanno fatto crescere le speranze di vita nel mondo. Tuttavia, essa non può tacere di fronte agli 800 milioni di persone ridotte a sopravvivere in condizioni di miseria, malnutrizione, fame e precaria salute. Ancora troppe persone, soprattutto nei Paesi poveri, soffrono di malattie che possono essere prevenute e curate.

Di fronte a tali gravi situazioni, le organizzazioni mondiali stanno ponendo in atto un notevole sforzo per promuovere uno sviluppo sanitario fondato sull'equità. Esse sono convinte che "la lotta contro l'ineguaglianza è allo stesso tempo un imperativo etico e una necessità pratica, e da questa dipenderà la realizzazione di una salute per tutti nel mondo intero" (OMS, *Projet de document de consultation pour l'actualisation de la strategie mondiale de la santé pour tous*, 1996, p. 8). Mentre esprimo vivo apprezzamento per tale benemerita azione in favore dei fratelli più poveri, desidero rivolgere un pressante invito a vigilare perché le risorse umane, economiche e tecnologiche siano sempre più equamente distribuite nelle varie parti del mondo.

Esorto, altresì, gli organismi internazionali competenti ad impegnarsi efficacemente nel predisporre garanzie giuridiche adeguate, perché sia promossa nella sua interezza anche la salute di quanti non hanno voce e perché il mondo sanitario, non lasciandosi costringere dalle dinamiche del profitto, sia invece permeato dalla logica della solidarietà e della carità. In preparazione al Giubileo del 2000, anno di gra-

zia del Signore, la Chiesa ribadisce che le ricchezze sono da considerarsi come un bene comune di tutta l'umanità (cfr. *Tertio Millennio adveniente*, 13), da utilizzare in modo da promuovere, senza alcuna discriminazione di persone, una vita più sana e dignitosa”.

3. La salute è un bene prezioso, ancora oggi insidiato dal peccato di molti e messo a rischio da comportamenti privi di riferimenti etici appropriati. Il cristiano sa che la morte è entrata nel mondo con il peccato (cfr. *Rm 5, 12*) e che la vulnerabilità ha segnato, fin dagli inizi, la storia umana. Tuttavia, la malattia e il dolore, che accompagnano il cammino della vita, diventano spesso occasioni di solidarietà fraterna e di accorata invocazione a Dio perché assicuri la sua consolante presenza d'amore.

“Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo” (*Salvifici Doloris*, 19). Il dolore vissuto nella fede conduce il malato a scoprire, come Giobbe, l'autentico volto di Dio: “Io ti conoscevo per sentito dire, ma ora i miei occhi ti vedono” (*Gb 42, 5*). Non solo: attraverso la sua paziente testimonianza, il malato può aiutare coloro stessi che lo curano a scoprirsì quali immagini di Gesù che è passato facendo del bene e sanando.

A questo riguardo vorrei sottolineare, come ricorda la *Carta degli Operatori Sanitari*, che l'attività medico-sanitaria è, allo stesso tempo, “ministero terapeutico” e “servizio alla vita”. Sentitevi collaboratori di Dio, che in Gesù si è manifestato come “medico delle anime e dei corpi”, così da divenire concreti annunciatori del Vangelo della vita.

4. Gesù Cristo, unico Salvatore del mondo, è la parola definitiva di salvezza. L'Amore del Padre, che Egli ci ha donato, sana le più profonde ferite del cuore dell'uomo e ne appaga le inquietudini. Per i credenti impegnati nell'ambito sanitario l'esempio di Gesù costituisce la motivazione ed il modello dell'impegno quotidiano a servizio di quanti sono piagati nel corpo e nello spirito, per aiutarli a ritrovare salute e guarigione, in attesa della salvezza definitiva.

Guardando al Mistero trinitario, l'operatore sanitario, con le sue scelte rispettose dello statuto ontologico della persona, creata ad immagine di Dio, della sua dignità e delle regole iscritte nel creato, continua a narrare la storia d'amore di Dio per l'umanità. Ugualmente lo studioso credente, obbedendo nella sua ricerca

al progetto divino, fa esprimere via via alla creazione tutte le potenzialità di cui Dio l'ha arricchita. Gli studi, le ricerche e le tecniche applicate alla vita e alla salute devono essere, infatti, fattori di crescita di tutta l'umanità, nella solidarietà e nel rispetto della dignità di ogni persona umana, soprattutto di quella debole e indifesa (cfr. *Evangelium vitae*, 81). In nessun modo esse possono divenire espressione del desiderio della creatura di sostituirsi al Creatore.

5. La cura della salute del corpo non può prescindere dalla relazione costitutiva e vivificante con l'interiorità. Occorre, pertanto, *cultivare uno sguardo contemplativo* che “non si arrende sfiduciato di fronte a chi è nella malattia, nella sofferenza, nella marginalità e alle soglie della morte; ma da tutte queste situazioni si lascia interpellare per andare alla ricerca di un senso e, proprio in queste circostanze, si apre a ritrovare nel volto di ogni persona un appello al confronto, al dialogo, alla solidarietà” (*Evangelium vitae*, 83). Nella storia della Chiesa, la contemplazione della presenza di Dio in creature umane deboli e malate ha sempre suscitato persone ed opere che hanno espresso con intraprendente inventiva le infinite risorse della carità, come al nostro tempo ha testimoniato Madre Teresa di Calcutta. Essa si è fatta *buon samaritano* di ogni persona sofferente e disprezzata e, come rilevavo in occasione della sua dipartita da questo mondo, “ci lascia la testimonianza della contemplazione che diventa amore e dell'amore che diventa contemplazione” (*Angelus* del 7.9.1997, in *L'Osservatore Romano*, p. 1).

6. La Vergine Maria, Madre della Salute e Icona della Salvezza, che nella fede si è aperta alla pienezza dell'Amore, è l'esempio più alto di contemplazione e di accoglienza della Vita. La Chiesa, che “con la predicazione e il battesimo genera a vita nuova e immortale i figli, concepiti ad opera dello Spirito Santo e nati da Dio”, guarda a Lei come a modello e a madre (*Lumen gentium*, 63-64). A lei, *Salus infirmorum*, i malati si rivolgono per ricevere aiuto, accorrendo ai suoi santuari.

Maria, *grembo accogliente della Vita*, vi renda attenti a cogliere nelle domande di tanti malati e sofferenti il bisogno di solidarietà e la “richiesta di aiuto per continuare a sperare, quando tutte le speranze umane vengono meno” (*Evangelium vitae*, 67). Vi sia vicina per fare di ogni gesto terapeutico un “segno” del Regno.

Con tali auspici, imparto a Voi, ai Collaboratori ed agli infermi a cui prestate amorevolmente le vostre cure una speciale Benedizione Apostolica.

Chiesa e salute nel mondo



*Attese e speranze
alle soglie
dell'Anno 2000*

JAVIER LOZANO

Saluto e introduzione

Con lo svolgimento della XII Conferenza Internazionale, promossa dal *Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari*, si prosegue il programma di queste Conferenze, che hanno avuto inizio dodici anni fa.

Non possiamo dimenticare di menzionare con animo grato l'Emmo. Sig. Cardinale Fiorenzo Angelini, già Presidente di questo *Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari*: la sua dedizione e il suo sforzo costante hanno reso possibile la perfetta riuscita di tutte le precedenti edizioni. Sotto la sua direzione è nato e si è sviluppato questo Dicastero, fondato dal Santo Padre Giovanni Paolo II. A Lui va la nostra riconoscenza affettuosa e la nostra preghiera, affinché il Signore ricompensi abbondantemente il Suo lavoro a favore della Chiesa, condotto con la sua efficace attività a servizio di questo Pontificio Consiglio.

Ritorniamo all'Aula del Sinfo, dove hanno avuto inizio le nostre Conferenze e che è stata testimone di tanti lavori e studi. Riteniamo che un numero ridotto di specialisti permetterà un maggiore approfondimento degli orientamenti che ci si aspetta da questo Dicastero e favorirà con maggiore facilità la comunicazione fra i partecipanti.

La nostra Conferenza Internazionale ha una valenza generale per la sua tematica: si tratta della Chiesa e della Salute nel mondo e si colloca nel contesto della preparazione all'anno Giubilare del 2000, dalla prospettiva di Gesù Cristo, della fede in Gesù Cristo nostro Signore. Da qui, coscienti di essere stati salvati dalla Sua gra-

zia, ci addentriamo nelle speranze e nelle aspettative che ci sono in questo campo così coinvolgente. Riteniamo la salute come qualcosa di integrale che costituisce il benessere fisico, psichico e sociale, estendendosi necessariamente fino ai confini della spiritualità.

Il nostro Pontificio Consiglio ha tra i suoi obiettivi la missione di orientare nel campo della salute seguendo le prospettive cristiane, ed è precisamente ciò che intendiamo ottenere attraverso questa XII Conferenza Internazionale sulla Chiesa e la salute nel mondo. Abbiamo scelto un metodo che ci è sembrato adeguato essendo pluridisciplinare, mediante il quale vogliamo approfondire e trovare luci che ci orienteranno circa il compito pastorale della Chiesa nel campo della salute nel nostro mondo. È un metodo che inizia con la contemplazione per contrastare quello che si è ottenuto con la pratica concreta e concludere con l'azione per migliorarla.

Abbiamo pertanto strutturato così la nostra Conferenza, partendo da un tema centrale che necessariamente deve essere Cristologico, giacché Gesù Cristo è il paradigma pratico di tutta la salute: Gesù il Verbo Incarnato, salute e salvezza per l'uomo; da questo tema avranno validità tutti gli altri temi che si esporranno.

Nella realtà concreta ci troviamo adesso con la dimensione antropologica della salute e la sua evoluzione storica, con la persona e il suo diritto fondamentale alla vita, con la morale cristiana e la salute, con il ruolo preventivo dell'educazione sanitaria, con gli Operatori Sanitari al servizio della vita e della salute, con i problemi



sanitari nei paesi industrializzati, con l'invecchiamento e la salute, con la problematica della salute nei Paesi in via di sviluppo, con il confronto fra povertà e vulnerabilità, con l'organizzazione dei sistemi sanitari, con i modelli etici della gestione della salute, e con la distribuzione delle risorse economiche e la salute.

Questa realtà esige una risposta esplicita da parte della Chiesa nel campo della pastorale della salute: così, tra la prospettiva di Cristo e la Salute, il tema sarà la Chiesa, comunità sanante e le forme pratiche per adempiere a questa esigenza ecclesiale; quindi parleremo della scienza medica e della fede cristiana, del contributo alla pastorale della salute della vita consacrata, del ruolo dell'ospedale cattolico, del mondo della salute e la nuova evangelizzazione, della forma di vivere sanamente la sofferenza e la morte, dei sacramenti, fonte di salvezza e di salute, del grande Giubileo, anno di grazia, di salute e di salvezza.

Cercando anche i semi del Verbo in rapporto al tema della Chiesa e della Salute, rivolgeremo la nostra ricerca a trovare la salute, la malattia e la guarigione nelle grandi religioni, specialmente nel Buddismo, nell'Induismo, nell'Ebraismo e nell'Islamismo.

Cercando ormai di trovare sempre un'azione adeguata nell'ambito pastorale e terapeutico, studieremo in seguito la Scienza e la Tecnologia al servizio della persona, la Tecnologia o la Tecnicità per la salute nel Terzo Millennio, le nuove terapie in medicina, le potenzialità e i limiti del progresso scientifico e tecnologico, l'impatto dell'ambiente sulla salute,

l'ecologia, la Creazione e la salute, la protezione della salute nel mondo del lavoro, l'impatto dell'emigrazione sulla salute, gli eccessi della Società di consumo, e le responsabilità verso il futuro.

Concluderemo con un tema pratico che oggi sta ottenendo molta importanza e che ha modificato gli schemi tradizionali della salute in molti Paesi: il tema economico;

studieremo così la salute e il destino universale dei beni e, da molti punti di vista, la cooperazione internazionale verso la solidarietà.

Sono temi molto distinti, che però si unificano con il tema centrale della nostra Conferenza: Chiesa e Salute; o se vogliamo guardare con maggiore profondità: Cristo e la Salute oggi. Speriamo – in questo modo – di poter-

ci collocare pienamente nell'ottica delle celebrazioni giubilari e cooperare con il tema della pastorale della salute, alla più degna celebrazione dell'Anno di Gesù Cristo, come preparazione al Terzo Millennio.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO B.
Presidente del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli Operatori Sanitari

PROLUSIONE

PIO LAGHI

Gesù, verbo incarnato, salute e salvezza dell'uomo

Mi sembra molto opportuno dare inizio a questa XII Conferenza Internazionale, promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, sul tema "Chiesa e salute nel mondo: attese e speranze alle soglie del 2000", con le parole di un Prefazio, la preghiera con cui il sacerdote, nella celebrazione eucaristica, introduce il rito della consacrazione. È un inno di lode e di ringraziamento rivolto a Dio, Creatore e Signore dell'universo:

"È veramente giusto lodarti e ringraziarti, Padre Santo, Dio onnipotente ed eterno, in ogni momento della nostra vita, nella salute e nella malattia, nella sofferenza e nella gioia, per Cristo tuo servo e nostro redentore.

Nella sua vita mortale Egli passò beneficiando e sanando tutti coloro che erano prigionieri del male; ancor oggi, come buon Samaritano, viene accanto ad ogni uomo piagato nel corpo e nello spirito, e versa sulle sue ferite l'olio della consolazione ed il vino della speranza.

Per questo dono della tua grazia, anche la notte del dolore si apre alla luce pasquale del tuo Figlio crocifisso e risorto. E noi, insieme agli angeli ed ai santi, cantiamo con voce unanime l'inno della tua lode" (*Prefazio comune VIII*).

Questa bella preghiera liturgica, oltre ad aiutarci ad elevare il nostro

pensiero benedicente ed implorante a Dio onnipotente e misericordioso, inquadra bene l'argomento specifico sul quale sono stato chiamato a parlare: "Gesù, Verbo incarnato, salute e salvezza dell'uomo".

"Salute" e "salvezza" sono due termini che provengono dalla stessa parola latina, "salus". Essi sono strettamente intrecciati tra di loro e richiamano ciascuno alcuni aspetti dell'altro. Il discorso acquista un particolare significato se riferito a Gesù Cristo, Verbo incarnato: Egli è "salus", salute e allo stesso tempo salvezza dell'uomo.

Partendo da questa precisazione terminologica, ho dato alla mia riflessione l'articolazione seguente:

1. La missione salvifica di Gesù, Verbo incarnato;
2. La salvezza dalla malattia;
3. La salvezza dal peccato;
4. L'ampiezza della salvezza cristiana;
5. L'azione salvifica della Chiesa.

1. La missione salvifica di Gesù, Verbo incarnato

Per collocare adeguatamente la nostra riflessione, è necessario partire dal disegno di salvezza concepito per noi dal Padre da tutta l'eternità. Questo disegno – insegnava il decreto *Ad gentes* – scaturisce dall'"amore fontale", cioè

dalla carità di Dio Padre che "decise di entrare in modo nuovo e definitivo nella storia degli uomini, inviando il Figlio suo con un corpo simile al nostro, per sottrarre per mezzo di lui gli uomini al potere delle tenebre e di satana ed in lui riconciliare a sé il mondo" (n. 3). Così, "il Verbo si fece carne e venne ad abitare in mezzo a noi" (Gv 1,14). Egli, "pur essendo di natura divina, non considerò un tesoro geloso la sua uguaglianza con Dio; ma spogliò se stesso, assumendo la condizione di servo e divenendo simile agli uomini" (Fil 2,6-7).

Il Figlio di Dio, nell'Incarnazione, si è calato in tutta intera la realtà umana e terrena e si è legato indissolubilmente con essa in modo reale e non solo apparente. Egli non ha sfiorato l'umanità con la punta delle dita, senza passare attraverso il suo opaco spessore di miseria e di dolore, ma ne ha condiviso profondamente la realtà: "ha lavorato con mani d'uomo, ha pensato con mente d'uomo, ha agito con volontà d'uomo, ha amato con cuore d'uomo" (GS, 22); ha fatto suoi la vita e la morte, la gioia e la sofferenza, la festa e il lavoro, il sudore della fronte e il nutrimento, il sonno e la veglia; ha preferito la condizione dei più poveri e diseredati; ha accettato ingiusti supplizi e una morte ignominiosa. Venendo nel mondo, dunque, il Verbo di Dio ha assunto la nostra na-

tura umana completa, quale esiste in noi miseri e poveri, ma senza peccato (cf *Eb* 4, 15). E questa natura, Egli l'ha salvata con la sua morte redentrice. I Santi Padri ripetevano quasi come un ritornello: "Tutto ha assunto di me per donare a me la salvezza, poiché ciò che non ha assunto non è salvato". E la Liturgia romana ha tradotto in canto: "Id quod fuit remansit et quod non fuit assumpsit"; "Rimase quel che era – cioè Dio – e assunse quel che non era – cioè la natura di uomo –".

Ora, Cristo ha assunto tutto l'uomo e tutti gli uomini e perciò tutti in Lui hanno la salvezza. A ragione possiamo proclamare con le parole del rito della benedizione del cero pasquale: "Cristo ieri e oggi; Egli è il principio e la fine, l'alfa e l'omega, a Lui appartengono il tempo e i secoli". A ragione possiamo dire: Egli è il "salvatore" del mondo.

Il titolo di "salvatore" è presente solo nei testi più tardivi del Nuovo Testamento, quelli che risentono del contatto con il mondo ellenistico, quali le ultime Lettere paoline (*Tt* 1, 4; 2, 13; 3, 6; 2 *Tm* 1, 10) o la prima Lettera di Giovanni (*I Gv* 4, 14). Ma il suo contenuto pervade tutta la Scrittura ed in particolare i Vangeli. Non è infatti un caso che al Bambino che deve nascere da Maria venga imposto il nome di Gesù: "Lo chiamerai Gesù – dice l'angelo in sogno a Giuseppe –; Egli, infatti salverà il suo popolo dai suoi peccati" (*Mt* 1, 21).

È questo il messaggio che siamo chiamati ad annunciare con "parresia" all'alba del terzo millennio cristiano. Sono tanti i popoli che attendono ancora di conoscere la Buona Notizia della loro salvezza; sono tanti quelli che l'hanno smarrita. Noi dobbiamo sentirsi responsabili perché questo annuncio continui a risuonare con forza fino agli estremi confini della terra. Ma dobbiamo dare ad esso tutta l'ampiezza, l'altezza e la profondità che gli appartengono.

Per far questo, è necessario prima di tutto che comprendiamo da quale schiavitù il Verbo incarnato è venuto a salvarci. Se fosse venuto semplicemente a liberarci dall'ignoranza, allora sarebbe bastato un Cristo filosofo; se fosse venuto ad affrancarci dalla povertà, allora

sarebbe bastato un Cristo economista; se fosse venuto a toglierci dall'oppressione, allora sarebbe bastato un Cristo politico; se fosse venuto a sollevarci dalla disperazione e dall'angoscia, allora sarebbe bastato un Cristo psicanalista (cfr. B. MONDIN, *Gesù Cristo salvatore dell'uomo*, Bologna 1993, 267).

Qui sta, a mio avviso, il punto debole di alcune cristologie contemporanee. Esse, fissandosi semplicemente sui bisogni di salvezza degli uomini, hanno di volta in volta fatto di Cristo un filosofo, un economista, un politico, uno psicanalista. Ne hanno presentato certo l'eccezionalità della persona, ma non ne hanno colto in profondità la singolarità del mistero. Di conseguenza, anche la salvezza di Cristo è stata mortificata, circoscritta entro dimensioni sociali e culturali, privata della sua portata spirituale, trascendente ed eterna. È questo il pericoloso riduzionismo stigmatizzato dall'Istruzione *Libertatis nuntius* della Congregazione per la Dottrina della Fede. "Ad alcuni sembra addirittura – dice il documento citato – che la lotta necessaria per la giustizia e la libertà dell'uomo, intese nel loro senso economico e politico, costituisca l'aspetto essenziale ed esclusivo della salvezza. Per essi il Vangelo si riduce ad un Vangelo puramente terreno" (VI, 4). Questa posizione è inaccettabile perché porta ad "identificare il Regno di Dio ed il suo divenire con il movimento della liberazione umana ed a fare della storia stessa il soggetto del suo proprio sviluppo come processo di auto-redenzione dell'uomo" (*Ibidem*, IX, 3), sia mediante la lotta di classe, sia mediante il progresso scientifico, medico, tecnologico. "Questa identificazione – conclude l'Istruzione della Congregazione per la Dottrina della Fede – è in opposizione della fede della Chiesa richiamata dal Concilio Vaticano II".

La salvezza cristiana è singolare. Essa non esclude la salute fisica e non ignora i vari tipi di liberazione umana (sociale, politica ed economica), ma non si riduce ad essi. Giovanni Paolo II in *Varcare la soglia della speranza* lo sottolinea con grande chiarezza: "Salvare – dice – significa liberare dal male.

Qui non si tratta soltanto di male sociale, come l'ingiustizia, la costrizione, lo sfruttamento; né soltanto delle malattie, delle catastrofi, dei cataclismi naturali e di tutto ciò che nella storia dell'umanità viene qualificato come disgrazia. Salvare vuol dire liberare dal *male radicale, definitivo*. Tale male non è più nemmeno la morte... Male ancor più radicale è il rifiuto dell'uomo da parte di Dio, cioè la *dannazione eterna* come conseguenza del rifiuto di Dio da parte dell'uomo" (p. 79).

Precisato questo, credo che tutti noi ci interroghiamo su quale sia il rapporto tra liberazione terrena (nel nostro caso, della malattia) e salvezza cristiana. Risponderemo a questa domanda ripercorrendo il modo di porsi di Gesù, dapprima nei confronti della malattia, e poi nei confronti del peccato. Il confronto tra i due ci permetterà di cogliere l'ampiezza della salvezza cristiana.

2. La salvezza dalla malattia

L'evangelista Matteo riassume l'attività di Gesù dicendo: "Percorreva tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la Buona Novella del Regno e curando ogni sorta di malattie e infermità nel popolo" (*Mt* 4, 23). Si deduce da quanto dice Matteo, ma anche dagli altri evangelisti, che le guarigioni operate da Gesù non erano gesti puramente occasionali, ma un atteggiamento costante, strettamente legato all'annuncio del Vangelo. Di fatto, Gesù era continuamente circondato da malati di ogni genere: storpi, ciechi, zoppi, paralitici, lebbrosi: l'elenco delle malattie da Lui guarite è una specie di litania.

Negli sguardi e nell'invocazione che i malati rivolgono a Gesù, si coglie immancabilmente l'ansia, il forte desiderio di essere sanati. Ecco il lebbroso che Gli si avvicina e Gli dice: "Signore, se vuoi, puoi mondarmi" (*Mt* 8,1-4); ecco il cieco Bartimeo, di Gerico che, sentendoLo passare, grida ad alta voce: "Gesù, Figlio di Davide, abbi pietà di me" (*Mc* 10, 46-52); ecco la povera donna che da 12 anni soffre di un flusso di sangue e pensa che se solo riuscirà a toccare il

mantello del Maestro, sarà guarita (*Mc 5,25-34*).

Di fronte a tanta sofferenza che trova sulla sua strada, Gesù mostra sentimenti di pietà, di compassione, di premura, di viva emozione; si commuove nell'intimo e arriva fino a piangere, come nel caso della morte di Lazzaro (cf *Gv 11, 33-35*). Di fronte al grido di chi Gli chiede aiuto con fiducia e insistenza, Egli non rimane inerte, ma interviene con una generosità senza riserve.

Però, è da notare che Gesù, durante la sua vita pubblica, operò miracoli di guarigione per molte persone, ma non per tutti. Ad esempio, quando guarì il paralitico alla piscina probatica, c'erano molti altri ammalati che aspettavano di essere risanati e che invece rimasero con la loro malattia. Non solo! Tutte le guarigioni da Lui operate furono solo temporanee. Le persone guarite o risuscitate non vissero per sempre, ma ad un certo punto probabilmente si ammalarono di nuovo e senza dubbio morirono.

Ci sono poi nei Vangeli altre affermazioni che ci dicono come Gesù non ritenesse il benessere corporale come un assoluto: "Se il tuo occhio destro ti è occasione di scandalo, - dice - cavalo e gettalo via da te: conviene che perisca uno dei tuoi membri, piuttosto che tutto il tuo corpo venga gettato nella Geenna" (*Mt 5, 29*; cf. *18,9*).

Un altro elemento su cui riflettere è che molti dei miracoli operati da Gesù furono in favore di indemoniati o di malati la cui malattia era ritenuta dalla gente opera del demonio. Un caso emblematico è la guarigione della donna curva. Da diciotto anni, racconta Luca, ella era tenuta tenuta inferma da uno spirito e non poteva drizzarsi in nessun modo. Gesù la vide, la chiamò a sé e le disse: "Donna, sei libera dalla tua infermità" (*Lc 13, 12*). Qui, nel comune sentire dei contemporanei di Gesù, è esplicito il rapporto tra demonio e malattia; a me pare difficile pensare che Gesù, nell'operare il miracolo, non abbia tenuto conto di tale convinzione.

Tutto ciò che abbiamo sopra osservato ci porta a chiederci quale sia il significato profondo dei miracoli di guarigione.

Gesù stesso ci aiuta a comprendere. Essi non sono fine a se stessi, ma il "segno" di un evento più grande, il segno della venuta del Regno di Dio tra gli uomini. "Andate - dice Gesù ai discepoli del Battista - e riferite a Giovanni ciò che voi udite e vedete: *i ciechi ricuperano la vista*, gli storpi camminano, i lebbrosi sono guariti, i sordi riacquistano l'udito, i morti risuscitano, *ai poveri è predicata la buona novella*, e beato colui che non si scandalizza di me" (*Mt 11, 4-6*). Se questi segni predetti da Isaia sono arrivati, allora vuol dire che il Messia è in mezzo a voi!

Ma perché, per annunciare la venuta del Regno, Gesù si serve soprattutto di gesti di guarigione? Per rispondere a questa domanda, bisogna partire dalla prospettiva antropologica biblica, che considera l'uomo come una "totalità vivente". Ora, in questa prospettiva, la malattia è il simbolo dell'uomo in stato di peccato, dell'uomo spiritualmente cieco, sordo, paralitico, lebbroso. Al contrario, la guarigione del corpo è il simbolo di una guarigione più ampia, della guarigione dell'"io" più profondo dell'uomo, della guarigione dell'anima. È questo il significato che Gesù dà ai miracoli che compie. Attraverso di essi, vuol significare che Egli è venuto a risanare l'uomo dalla sua malattia più radicale, dalla lontananza da Dio.

In questa prospettiva, il cieco nato che recupera la vista indica l'uomo che si apre a Gesù "luce del mondo" (*Gv 9, 1-41*); il sordo che ode è segno dell'uomo che ascolta la parola che salva (*Mc 9, 25*); il paralitico che cammina è immagine dell'uomo vivificato da Cristo (*Gv 5, 1-18*).

In Gesù, dunque, la guarigione dai mali fisici è un segno della liberazione dal male spirituale. Qui si apre un altro punto nodale della nostra riflessione.

3. La salvezza dal peccato

Gesù ha chiara coscienza che la sua missione fondamentale è quella di salvare l'uomo dal peccato. Agli scribi che mormoravano perché lo vedevano mangiare con i peccatori e i pubblicani, risponde: "Non sono i sani che hanno biso-

gno del medico, ma i malati; non sono venuti per chiamare i giusti, ma i peccatori" (*Mc 2, 17*). Egli si riconosce dunque come il medico dei peccatori, venuto per prendere su di sé le loro infermità e addossarsi le loro malattie (cfr. *Mt 8,17*).

Ha scritto J. Leclercq che "guarire i malati e cacciare i demoni sono due forme della stessa vittoria sul peccato". Sono due forme che dicono che Satana è ormai vinto e che il Regno di Dio è già inaugurato sulla terra. Infatti, ci fa osservare Gesù, "che cosa è più facile, dire: Ti sono rimessi i tuoi peccati, o dire: Alzati e cammina? Ora, perché sappiate che il Figlio dell'uomo ha il potere sulla terra di rimettere i peccati: io ti dico - esclamò rivolto al paralitico - alzati, prendi il tuo lettuccio a va' a casa tua" (*Lc 5, 23-24*).

L'obiettivo essenziale che Gesù persegue è la liberazione spirituale dell'umanità, la liberazione dai suoi peccati. Ciò è espresso con estrema chiarezza nel momento solenne dell'Ultima Cena: il sangue versato per la moltitudine è "per la remissione dei peccati" (*Mt 26,28*).

Questo è un discorso che molti nostri contemporanei fanno fatica a comprendere perché hanno perduto il senso del peccato. Ci sono vari fattori che hanno contribuito a ciò. C'è certamente l'alto livello di benessere, che ha portato ad attenuare la sensibilità verso il peccato. C'è poi un certo abuso dei principi della psicologia, che ha determinato un addomesticamento del concetto di peccato. Ma soprattutto c'è l'affievolimento della fede e del riferimento a Dio che ha oscuro la verità dell'uomo e della sua vocazione e di conseguenza la consapevolezza del peccato.

Di fronte a questo clima culturale, è urgente che la predicazione aiuti i nostri contemporanei a rendersi conto dell'abisso di morte e di solitudine in cui si trovano e ad aprirsi con fiducia alla salvezza di Dio.

Ma riprendiamo il filo del nostro discorso. Dicevamo che la salvezza portata da Cristo è fondamentale salvezza dal peccato. Attenzione! Ciò non significa una salvezza spiritualistica, disincarnata, che non si cura delle realtà del mondo. Infatti, l'uomo redento, divenuto

figlio di Dio, fa partecipi le cose materiali del suo destino: tutto l'universo è reso solidale con lui, in modo da avere una certa partecipazione alla vita nuova che gli è concessa. Questa "nuova creazione" troverà il suo compimento nella risurrezione finale dell'umanità. Tuttavia, nell'attesa di questa trasformazione ultima, l'universo comincia già, come il corpo dell'uomo, a partecipare della liberazione spirituale.

In questo "frattempo", si pone l'opera della Chiesa, che è chiamata a dilatare la liberazione spirituale di Cristo attraverso la Parola e il Sacramento e ad incarnarla sempre più attraverso la trasfigurazione della sofferenza e l'impegno per la promozione della salute.

Ma questo punto lo vorrei riprendere poi. Ora vorrei concludere il discorso sul rapporto tra salvezza della malattia e salvezza dal peccato e considerare nel suo insieme la "salvezza integrale" portata da Cristo.

4. L'ampiezza della salvezza cristiana

Secondo l'insegnamento e l'opera di Gesù, l'essenza più profonda della salvezza consiste nella liberazione dal peccato e dalla morte e nella partecipazione alla vita eterna e alla gioia infinita della Trinità.

Questa salvezza è spirituale e allo stesso tempo temporale. Essa non si oppone alle liberazioni umane (dalla sofferenza e dall'ingiustizia), ma neppure si identifica con esse. La sua peculiarità è di essere fondamentalmente salvezza dal peccato e solo conseguentemente salvezza dai frutti del peccato, in un orizzonte però che varca le soglie della vita presente.

Sta qui una seconda dimensione della salvezza cristiana: essere ad un tempo storica ed escatologica. Benché già reale, essa è presente ora solo nella speranza: si manifesterà pienamente nella parusia, quando il nostro corpo mortale sarà trasformato ad immagine del corpo glorioso del Risorto e l'intera creazione sarà liberata dalla schiavitù della corruzione.

La contemplazione dell'esito finale della storia ci aiuta a com-

prendere una terza dimensione della salvezza cristiana: essere insieme personale e comunitaria, una salvezza cioè che salva la persona facendola uscire dal dramma della sua solitudine e immettendola nel circuito della comunione trinitaria e fraterna.

La salvezza cristiana è dunque una salvezza integrale che, nell'orizzonte della vita eterna, salva tutto l'uomo, in tutte le sue dimensioni.

Punto importante da sottolineare è che l'orizzonte della salvezza cristiana è la vita terrena. Questo orizzonte non toglie pregnanza all'impegno di liberazione terrena, ma dà ad esso uno spessore e un significato nuovi, straordinari, appunto eterni.

È in questo orizzonte che si colloca l'impegno della Chiesa per la salvezza e la salute dell'uomo. È un discorso che sarà oggetto di riflessione nei prossimi giorni, ma di cui io intanto vorrei offrire alcune coordinate generali.

5. L'azione salvifica della Chiesa

Sacramento di Cristo, la Chiesa deve "salvare" l'uomo combattendo alla radice i mali che lo affliggono, con il fargli dono della vita nuova. Ne consegue che la sua azione salvifica consiste propriamente nell'evangelizzazione e nella celebrazione dei sacramenti.

Ma tale impegno non può non avere una ripercussione nella storia, perché il frammento di mondo già "salvato" nel sacramento, per sua natura tende a diffondersi, estendendo a tutto il creato il dinamismo dell'incarnazione che lo vivifica. L'azione salvifica della Chiesa si dilata perciò anche in offerta di senso alla sofferenza e in impegno per la promozione della salute. Se ciò non avvenisse, si cadrebbe in un dualismo che farebbe procedere fede e storia su due piani paralleli, senza mai punti d'incontro.

I punti d'incontro invece ci sono, e molto precisi. A livello ampio della promozione umana essi consistono nelle mille sfaccettature che assume la carità cristiana: dall'impegno sociale e politico alla ricerca scientifica, dall'elemosina all'accoglienza e alla condivi-

sione, dal volontariato alle opere di misericordia corporale e spirituale.

Nell'ambito della diaconia della salute, il primo impegno della Chiesa è quello di farsi campagna di strada con coloro che sono nel dolore, di aiutarli a dare un senso nuovo alla sofferenza e a trasfigurarla nell'amore.

Oltre ciò, la Chiesa è chiamata a continuare il ministero di guarigione di Cristo. Fin dall'inizio della sua storia, essa si è impegnata a favore della salute, nella ricerca di medicinali, nella costruzione di ospizi ed ospedali, nell'assistenza dei malati, nel recupero degli handicappati. Essa si è dimostrata sempre molto sensibile verso i nuovi e disattesi bisogni sociali. L'istituzione dei diaconi prima, il sorgere di innumerevoli Ordini religiosi dediti ai malati e ai sofferenti, poi, costituiscono un capitolo splendido nella storia dell'umanità.

Oggi, la Chiesa continua il suo ministero di guarigione attraverso l'opera di religiosi, di volontari, di cristiani impegnati nelle strutture sanitarie, desiderosi di testimoniare uno stile di servizio centrato sui valori sacri della vita e della persona ed evidenziare la preferenza che la Chiesa riserva alle categorie che, nel mondo della salute, vengono maggiormente dimenticate: gli anziani, i portatori di handicap, gli ammalati terminali, i morenti.

A questo proposito, vorrei ricordare un testo molto bello di Paolo VI, che mette in evidenza con lucidità e gratitudine l'impegno della Chiesa verso i malati e i sofferenti. Mi piace consegnarvi questo testo anche come gesto di omaggio al grande Pontefice nel primo centenario della sua nascita. Diceva dunque Paolo VI ad un'Udienza Generale di venti anni fa: "La Chiesa dimostra l'intelligenza dei bisogni umani, come nessun altro organismo sociale ancora ha potuto fare, anche se oggi la civiltà dispone di sviluppi meravigliosi. Un'intelligenza che previene: quante istituzioni benefiche sono sorte appunto dal cuore della Chiesa, quando ancora la società non pensava a portarvi soccorso! La Chiesa ha la percezione del dolore dell'uomo, in ogni condizione, ad ogni età, in ogni Paese, dove essa sia ammessa a eser-

citare la sua missione umanitaria... Non v'è miseria umana che non abbia avuto nella Chiesa un Istituto suo proprio che vi abbia consacrato della vite intere, di Religiosi, e Religiose specialmente, con indicibile pazienza, con silenzioso amore. Ancora oggi testimonianze evangeliche, come quelle per citarne alcune famose, di un Padre Damiano, lebbroso con i lebbrosi alle Molucche, di una Madre Teresa, vivente, fra i Poveri senza numero di Calcutta, o dei *Petits Frères* e delle *Petites Soeurs* de Charles de Foucauld, ormai sparse per il mondo, e le tante, tante Figlie e Suore e Ancelle della Carità d'innumerevoli Famiglie religiose, e di tante iniziative benefiche, dicono con l'eroismo della loro immolazione che cosa fa la Chiesa nel mondo; lo dicono, disseminate nelle grandi Città e nei sobborghi delle periferie urbane, con ammirabile perseveranza, le schiere di Dame, di Compagnie, di Conferenze e di gruppi derivati da San Vincenzo

de' Paoli, di laici e di giovani anche, che insigniti di tale nome, e di quelli d'altri Santi o Sante, e di innumerevoli buoni cristiani dappertutto nel mondo, vanno cercando il Povero, dovunque si trovi... È il Cristo che ispira, guida, sostiene, trasfigura, santifica il programma, nella sua parte più impegnativa ed espressiva della sua Chiesa; perché tale è il suo programma, tale il suo genio; amare e servire Cristo-Dio nell'Uomo che soffre" (*L'Osservatore Romano*, 22 settembre 1977, p. 2).

Conclusione

Ecco fin dove arriva la salvezza cristiana! Essa arriva dove nessun altro arriva; arriva fino agli ultimi, fino alle anime, fino all'eternità!

La salvezza cristiana è proposta di "senso": senso della vita, senso dell'esistenza, senso della storia. Laddove tanti uomini cercano a tastoni ciò che può mettere in pericolo il loro destino individuale e

collettivo, e tanti rinunciano o disperano, il cristianesimo propone una luce e una direzione. Dire, come esso fa, che c'è una salvezza, significa in realtà dire che la vita non va verso l'assurdo, né verso il nulla.

Ma la salvezza cristiana non è solo una questione di senso e di itinerario. Essa è fondamentalmente una questione di vita: è il superamento della morte e della solitudine e la partecipazione alla vita e all'amore di Dio.

Noi, dunque, non siamo degli sbandati, perché abbiamo la via; non siamo degli ingannati, perché abbiamo la verità; non siamo dei morti, perché abbiamo la vita. Cristo è nostra via, verità e vita. Egli, Verbo incarnato, è nostra salvezza e salute.

Come dice l'Apostolo: "Gratia eius salvati sumus" (cfr. Ef 2, 8).

S. Em. Card. PIO LAGHI
Prefetto della Congregazione
per l'Educazione Cattolica,
Santa Sede



CORRADO VIAFORA

Le dimensioni antropologiche della salute

Un approccio filosofico centrato sulla “crisi del soggetto”

Premessa

Alla domanda su cosa vuol dire per l'uomo essere sano si può rispondere da prospettive diverse e secondo diverse metodologie: come quelle della medicina, “scientifiche”, nel senso più diffuso del termine, della psicologia, della sociologia, della storia. Ma se si vuole far emergere l'esperienza umana della salute nella sua specificità, la prospettiva più adeguata è quella antropologico-filosofica. Il termine antropologia spesso si riferisce all’“antropologia culturale”. Lo si fa anche coincidere con le scienze umane in genere. Con antropologia filosofica si vuole espressamente indicare il settore della filosofia che si occupa dell'uomo e delle sue costitutive dimensioni. A differenza di altre discipline che portano il nome di antropologia e che studiano l'uomo da punti di vista settoriali, la prospettiva dell'antropologia filosofica studia l'uomo come soggetto personale nella sua globalità. È questa la prospettiva entro cui si colloca il presente contributo. Suo obiettivo è di fornire alcune indicazioni per elaborare, di fronte alle provocazioni dell'attuale contesto culturale, una concezione integrale della salute. Il presupposto che accomuna i diversi approcci ad una concezione integrale della salute è la critica ad ogni concezione che pretenda di ridurre la salute dell'uomo a puro dato naturalistico-biologico. C'è da aggiungere, tuttavia, che la critica non si riferisce tanto a quello che tali concezioni dicono, quanto invece a ciò che non dicono. L'occultamento della dimensione umana del processo di salute e malattia che in questo modo si produce è il più delle volte frutto di un arbitrario slitta-

mento da una riduzione della salute-malattia giustificata da motivi metodologici ad una riduzione sostanziale. Un procedimento che va smascherato, anche se praticato in ambiti disciplinari che si pretendono rigorosamente scientifici¹.

Dove tuttavia l'occultamento della dimensione umana del processo di salute e malattia produce le conseguenze più negative è nel contesto delle pratiche sanitarie: una pratica sanitaria incapace di una sistematica “intenzione antropologica” è destinata inevitabilmente a trasformarsi da pratica sanitaria in pratica ammalante.

Il quadro che emerge dalle nuove tendenze epidemiologiche non fa che confermare l'importanza di una rinnovata attenzione alla dimensione antropologica del processo di salute e di malattia. Esemplici al riguardo, proprio per le provocazioni che rivolgono al modo di concepire la salute, sono i bisogni di salute connessi con l'invecchiamento della popolazione e con l'accresciuta incidenza delle patologie croniche e degenerative; l'apparizione di nuove e aggressive malattie infettive legate a particolari stili di vita; la diffusione di nuovi tipi di malessero sociale: la dipendenza da droga, da alcool, da fumo, i nuovi disagi relazionali come la depressione, l'anoressia, la bulimia.

Se c'è un elemento che accomuna queste situazioni patologiche è proprio l'emergenza della componente specificamente umana della salute e della malattia.

1. Una cultura ossessionata dalla salute?

Punto di partenza della riflessio-

ne che intendo svolgere è un fenomeno che si viene sempre più configurando come il fulcro attorno a cui ruota l'interesse individuale e collettivo in questo scorciato di fine secolo: si tratta della crescente attenzione della gente nei confronti della salute. Con una precisazione: la gente in questione è costituita dai paesi industriali e da quanti, al loro interno, appartengono ai “due terzi di integrati”. Fatta questa precisazione, è facile riconoscere che il fenomeno è sotto gli occhi di tutti².

Risulta interessante tuttavia, più che sui comportamenti che testimoniano tale attenzione, soffermarsi su quanto riferisce chi, cercando di leggere l'attuale rappresentazione sociale della salute, non esita a scorgervi i segni di una reale svolta culturale. Mi riferisco alle conclusioni a cui François Laplantine arriva alla fine della sua ricerca sui diversi modi in cui oggi uomini e donne della nostra società si rappresentano salute e malattia³.

Ciò che, secondo l'antropologo francese, caratterizza la nostra cultura non è tanto la ricerca della sicurezza, dato che questa ricerca – secondo Laplantine – non è più intensa oggi che un tempo in qualsiasi altro luogo. La novità consiste piuttosto nella forma sanitaria che essa tende ad assumere nella nostra cultura. La preoccupazione per la salute viene considerata talmente importante da trasformarsi in obiettivo, fine e valore dell'esistenza. Pervasiva e onnipresente, questa preoccupazione rischia di essere vissuta come una vera e propria ossessione. A completare il quadro di questa forma sanitaria assunta dalla ricerca della sicurezza, Laplantine segnala altri due fattori: la crescente medicalizzazione della vita, uni-

ta alla tendenza a costruire, nel vuoto lasciato dal disinteresse nei confronti di una visione religiosa della vita e dal discredito nei confronti delle ideologie, una nuova morale su base medica.

La funzione della medicina di oggi, non è solo quella di curare la malattia, ma di spingere il più lontano possibile l'assillo della conservazione di sé. Essa non è più soltanto la parte, anche se molto importante della nostra cultura, ma l'elemento dominante, quasi al punto da rappresentare da sola tutta la cultura. «In qualsiasi società – conclude Laplantine – per dare una spiegazione globale dell'individuo e del sociale si mettono in gioco raffigurazioni, ma mentre quelle spiegazioni sono il più delle volte religiose, a volte politiche, a volte economiche, per la prima volta nella storia dell'umanità tendono a diventare sanitarie e più specificatamente biomediche»⁴.

La medicina giunge così a configurarsi come il sapere per eccellenza con una tendenza ipertrofica a estendere il proprio dominio ben oltre l'ambito puramente biologico, fino a trasformarsi in una nuova morale. Le sue tracce sono evidenti nell'immagine che noi oggi abbiamo della medicina: è lei che ordina, prescrive, notifica, è lei che minaccia, provocando angoscia in tutti coloro che si rendono conto di non obbedire alle regole della salute e gestendo il terrore di quanto è vissuto come il flagello che sovrasta l'immaginario collettivo: il cancro.

Ancora più perentoria la conclusione a cui arriva, dal punto di vista particolare della storia della medicina, Diego Gracia: «L'uomo del secolo XX ha assimilato in maniera così estrema la norma medica che vive in maniera ossessiva la propria salute, arrivando al paradosso di vivere per la propria salute»⁵.

Come interpretare questa crescente attenzione verso la salute? Come, più precisamente, valutare la forma sanitaria che si tende a dare globalmente alla cultura, intendendo con questo termine l'orizzonte di senso entro cui comprendiamo le nostre esistenze?

C'è chi, considerando la portata del fenomeno, invita a prendere atto che si è di fronte ad un reale passaggio di civiltà: mentre il XIX secolo metteva in risalto soprattutto il

diritto al lavoro, il nostro tempo si caratterizza per l'insistenza sul diritto alla salute; e così questo secolo, nato all'insegna di «più sviluppo industriale», sembra declinare all'insegna della richiesta di «più garanzie per la salute della gente», anche attraverso riparazioni più o meno tardive nei confronti dei danni provocati dallo sviluppo industriale⁶.

Una drastica valutazione negativa proviene da chi considera questa nuova attenzione alla salute espressione di mediocrità, maschera più o meno seducente dell'impoverimento dell'uomo, la maschera che Nietzsche riferiva all'«ultimo uomo»: «Una vogliuzza per il giorno, una vogliuzza per la notte, salvo restando la salute». Ricollegandosi direttamente alla figura dell'«ultimo uomo» di Nietzsche, un giudizio molto critico nei confronti di questa ossessione per la salute è espresso da Francis Fukuyama nel suo discusso libro *Fine della storia e ultimo uomo*⁷. A proposito degli americani (assunti comunque a figura dell'uomo occidentale) Fukuyama annota: «Per gli americani la salute dei propri corpi, cioè quello che devono mangiare e bere, la ginnastica che devono fare, i mezzi per tenersi in forma, sono diventati un'ossessione di gran lunga superiore a quello che i loro antenati avevano per i problemi morali».

Esprime una valutazione positiva chi, pur consapevole della deriva consumista a cui in un sistema di mercato è esposta anche questa crescente attenzione per la salute, vede tuttavia in essa l'espressione della ricerca di un nuovo rapporto con il corpo, attitudine destinata, qualora riuscisse a prendere consistenza, a segnare una svolta antropologica duratura. Lungi dall'essere indice di impoverimento dell'uomo, questo tentativo di «riappropriarsi» del corpo si annuncerebbe come la promessa di un nuovo umanesimo⁸.

L'interpretazione che si tende a dare a questa nuova cultura della salute è, come si vede, diversificata. Personalmente propendo a considerarla nella logica dei «segni dei tempi»: nella logica cioè di cifre a cui prestare particolare attenzione per la capacità che hanno di indicare l'orizzonte di senso entro cui

una determinata cultura cerca di comprendersi. Le analisi fin qui presentate indicano chiaramente che il sistema simbolico assunto dalla nostra cultura è fortemente modellato dal riferimento alla salute. Questo riferimento non è certo immune da ambiguità, limiti e distorsioni. E perciò un atteggiamento coerente con l'attenzione ai segni dei tempi richiede un lucido discernimento.

È quello che mi propongo di fare sviluppando due ordini di considerazioni: (a) il primo finalizzato a individuare e chiarire le ambiguità da cui questa nuova cultura della salute è attraversata; (b) il secondo finalizzato a indicare le condizioni per dare consistenza alle istanze positive in essa implicate.

2. Salute o felicità? La prima ambiguità da chiarire

L'ambiguità nasce per il fatto che in questa nuova cultura della salute il bene salute non coincide semplicemente con l'assenza di malattia, ma tende invece a identificarsi con uno stato di completo benessere, sinonimo in sostanza di felicità. Ma per quanto valido sia il tentativo di mirare a un concetto globale di salute, è giusto identificare la salute con la felicità? È possibile?

Gli interrogativi rimandano alla discussione aperta dal 1948 in avanti a partire dalla definizione proposta dall'OMS: la salute dell'uomo è una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non significa solo assenza di malattia». Nonostante le innunnevoli discussioni questa definizione continua ad essere riconfermata. Il motivo di questo consiste nel fatto che tale definizione ha il merito di includere nel concetto di salute, accanto a quello fisico, anche quello mentale e sociale, evitando di operare una rigida dicotomia tra corpo, mente e società. Le critiche comunque non sono mancate e non mancano a motivo del fatto che il concetto di salute che ne risulta è esposto a pericolose mistificazioni.

Tra le critiche più significative: (a) Alcune vedono in questa definizione una fonte di mistificazione in quanto non riesce a distinguere in maniera adeguata tra campo medi-

co (“Medical Goals”) e campo della salute (“Health Goals”). Una definizione di salute in termini così ampi rende molto difficile determinare quali aspetti della salute siano strettamente medici e quindi a quali compiti deve rispondere una politica sanitaria. Se infatti, scopo delle istituzioni sanitarie è, nella concezione idealizzata della salute proposta dall’OMS, di mantenere e reintegrare tutti gli aspetti del nostro naturale benessere, ci si mette in condizione di richiedere troppo dalla medicina e di sovradeterminare il diritto alla salute⁹. (b) Altre critiche partendo dalla stessa denuncia di “eccessività” e di “ossessione” accusano, come molto grave, il fatto che enfatizzando il completo benessere, questa definizione legittima atteggiamenti errati nei confronti di quelle condizioni umane che non realizzano le indicazioni di un tale benessere, e quindi vengono inevitabilmente patologizzate: la vecchiaia, ad esempio. Con questa definizione non si ha modo di definire “sana” una vecchiaia. Così come non si hanno ragioni adeguate per definire “sano” un modo di vivere una situazione di menomazione¹⁰. (c) E infine la critica più pertinente con la prospettiva antropologica entro cui si situa la presente riflessione: l’approccio alla salute come completo benessere, considerando la salute ad un tempo come il mezzo per il raggiungimento di fini ulteriori e insieme la sintesi di questi fini, porta a confondere salute e felicità. Non si esce da questa confusione se non distinguendo a quale specifico livello si situa la salute rispetto all’orizzonte di senso nella sua totalità. Questo è possibile solo se si riesce a pensare un rapporto tra salute e felicità che mantenga insieme distinzione e reciproco rimando¹¹.

3. Salute e medicina: reciproche seduzioni nel rapporto medico paziente

Una seconda ambiguità da chiarire: è la medicina che tende a gestire in termini totalizzanti i bisogni di salute degli individui, o sono gli individui a delegare la gestione dei loro bisogni di salute all’istituzione medica?

L’interrogativo rimanda alle tesi

provocatorie di Ivan Illich e all’onda di scalpore che suscitarono a metà degli anni ’70¹². Illich era chiaramente sostenitore della prima tesi: è la medicina che tende ad appropriarsi della salute degli individui, espropriando gli individui delle capacità potenziali di far fronte in maniera personale ai propri bisogni di salute. La medicina organizzata professionalmente, secondo Illich, è venuta assumendo la funzione di un’impresa morale dispotica tutta tesa a programmare la sua espansione in nome della lotta contro ogni sofferenza. In realtà al di là dei suoi proclami umanitari, non ha fatto altro che minare la capacità degli individui di far fronte ai propri bisogni di salute e di integrare nella propria vita le inevitabili menomazioni, la decadenza e la morte.

Al di là del tono provocatorio e della quota di pregiudizi di cui si alimentano le tesi ispirate alla visione della medicina come espropriazione della salute, c’è un aspetto di queste tesi che merita di essere attentamente valutato. È il forte richiamo a considerare la salute come “virtù”, compito personale da assumere responsabilmente, più che aspettarsela dal medico e dai farmaci. È questo il contributo costruttivo presente nella denuncia di Illich, e tuttavia è proprio la considerazione di questo aspetto che rende evidente il superamento delle sue tesi sul “potere medico”. Analisi storiche¹³ e psicologiche¹⁴, infatti, hanno evidenziato in maniera sempre più chiara che le resistenze a intendere la salute come un compito affidato innanzitutto al soggetto non vengono solo dai medici. La resistenza dei medici è solo una parte di verità. L’altra parte di verità di cui bisogna prendere atto è che sono i pazienti stessi ad andare dal medico semplicemente per liberarsi dal sintomo, evitando di scendere alla radice della malattia e assumersi la parte di responsabilità del processo che ha portato alla malattia, diventando così soggetti protagonisti della propria salute. Perciò, se è vero che l’incapacità di integrare la dimensione personale nel rapporto clinico ha indebolito, secondo alcuni, la mano guaritrice del medico, bisogna aggiungere che l’impersonalità diventa seducente anche per il paziente, per il

quale un rapporto più personale con il medico, con l’invito ad appropriarsi della propria malattia, potrebbe comportare un insostenibile confronto con il proprio stile di vita.

4. Salute e diritto alla salute: i limiti della solidarietà istituzionalizzata

Un’ulteriore ambiguità da chiarire: i bisogni di salute si lasciano tutti gestire dal linguaggio dei diritti, oppure bisogna ammettere che ci sono alcuni bisogni di salute che non riescono costitutivamente a farsi esprimere da tale linguaggio?

Una prima verifica del rapporto tra salute e diritto deve naturalmente concentrarsi su tutti quei casi in cui il diritto alla salute viene di fatto negato. È la situazione di tutti quei soggetti deboli che non hanno la forza di far valere le loro ragioni. Emblematico è il caso della negazione del diritto alla salute degli anziani non autosufficienti. Questo è vero e queste negazioni vanno denunciate con forza. Eppure bisogna riconoscere che non si situa a questo livello l’aspetto più problematico connesso al rapporto salute-diritto.

Potrebbe darsi, infatti, che la solidarietà istituzionale venga realizzata appieno e che sorgano nuove istituzioni socio-sanitarie per accogliere gli anziani lungodegenti non autosufficienti, nuove istituzioni perfettamente funzionanti dal punto di vista organizzativo e igienico-sanitario, senza tuttavia che si riesca a scalpare il muro dell’indifferenza che separa gli uomini e che emarginata categorie che sono considerate di peso, come gli anziani cronici. È a questo punto che, una volta assunta in tutta la sua radicalità, tale prospettiva porta a problematizzare la strategia di fondo entro cui il soggetto moderno si è mosso in rapporto alla salute: la salute come un diritto da rivendicare¹⁵.

Quanto mai pertinente è a questo proposito la distinzione ispirata dal sociologo canadese Michel Ignatieff nella sua storia dei bisogni significativamente intitolata *I bisogni degli altri. Saggio sull’arte di essere uomini tra individualismo e solidarietà*¹⁶. Ignatieff distingue

nella sua analisi tra bisogni che si esprimono nel linguaggio dei diritti (diritti politici, diritti sociali) e altri bisogni invece che non riescono a farsi esprimere con il linguaggio dei diritti. Partendo da questa distinzione egli arriva a formulare la seguente interpretazione: la modernità che ha espresso una concezione del soggetto modellata prevalentemente dalla figura dell'individualità, ha sviluppato una risposta imponente ai bisogni collegati con l'autonomia del soggetto, ma ha invece dimenticato fino a cancellarli quei bisogni non dicibili dal linguaggio dei diritti. Attrezzatissimo per esprimere le richieste che un individuo può fare alla collettività o contro di essa, tale linguaggio è relativamente povero come mezzo per esprimere i bisogni di collettività degli individui stessi.

Si tratta di una interpretazione della modernità che per la sua ampia portata andrebbe verificata ulteriormente e comunque bisogna dare atto che sulla irriducibilità della questione salute a pura rivendicazione di diritti appare particolarmente convincente. Di fronte all'aumento delle richieste terapeutiche a forte intensità solidaristica (vedi accompagnamento dei malati terminali, assistenza ai malati sieropositivi in fase conclamata, cura degli anziani non autosufficienti) e di fronte all'incongruenza tra queste richieste rivolte al personale curante e agli atteggiamenti di "apatia" che dominano all'interno della società da cui queste richieste provengono, tale convinzione risulta sempre più evidente.

5. Le dimensioni antropologiche della salute: un approccio centrato sulla "crisi del soggetto"

Se sono valide le considerazioni finora svolte, esse fanno capire che le acquisizioni della nuova cultura della salute, insieme alle contraddizioni da cui questa nuova cultura è attraversata, vanno tutte ricondotte a una matrice unitaria: essa è costituita dalla crisi in cui si trova coinvolto il soggetto moderno; e perciò è all'interno delle vicende del costruirsi, decostruirsi e ricostruirsi del soggetto che bisogna individuare i fronti su cui intervenire per da-

re consistenza ad una cultura della salute non effimera.

L'ipotesi che propongo risulterà più chiara se si analizzano più in dettaglio le implicanze che intercorrono tra la questione salute e gli aspetti più rilevanti di tale crisi.

5.1 La crescente convinzione della salute come compito e l'incertezza morale del soggetto

Quanto più cresce la convinzione che la salute più che un dato naturale o un semplice prodotto della medicina è un compito di cui ognuno è chiamato responsabilmente ad appropriarsi, ad essere chiamato in causa è il soggetto. Ma che ne è di questo compito se il soggetto non vuole o non può assumersene la responsabilità? È a questo livello che devono essere onestamente individuati i veri motivi del fallimento di tanti progetti nel campo della prevenzione. Da qui l'esigenza di tematizzare esplicitamente questa indebolita capacità.

Ad essere chiamata in causa è direttamente la competenza etica del soggetto. Mi riferisco con questo non tanto alla conoscenza e al rispetto di regole e di norme, quanto alla dinamica più radicale che sta alla base di un'autentica competenza etica e cioè l'impegno ad appropriarsi della propria vita. È questa la dinamica che esprime e compie la dimensione etica del soggetto e apre l'orizzonte di senso che può motivare un atteggiamento di responsabilità verso la salute. Da bene assoluto, inevitabile fonte di osessione come testimoniato dall'attuale rappresentazione sociale, la salute viene vista in questa prospettiva come mezzo a servizio della realizzazione dei propri progetti di vita. Un bene fondamentale, quindi, ma non bene assoluto.

Inquadrate entro tale cornice, le difficoltà ad assumere la salute come compito si presentano come un aspetto particolare di una più generale situazione critica, la "crisi etica del soggetto moderno". Così la descrive Zygmunt Bauman, uno dei più lucidi interpreti di tale crisi: "Alla fine del percorso che la società moderna ha compiuto alla ricerca di un codice di regole etiche universalmente valide assimilabili a Legge, sta l'individuo moderno bombardato da richieste, opzioni e

desideri di natura morale in conflitto tra loro ed è sulle sue spalle che ricade la responsabilità delle azioni che compie"¹⁷. Ambiguità e frammentarietà: è questo secondo Bauman l'approdo in campo morale nel passaggio dal moderno al post-moderno. "La nostra è un'epoca caratterizzata da un'ambiguità morale profondamente sentita. Un'epoca che ci offre una libertà di scelta mai goduta prima, ma che ci getta anche in uno stato di incertezza mai prima d'ora così angoscioso"¹⁸. Mancano le regole? No, anzi ce ne sono troppe perché si possa stare tranquilli. E questo non è un caso. Si tratta di fenomeni intrinsecamente legati alla condizione moderna: da una parte la complessità dei criteri di valutazione, dall'altra la frammentazione dei ruoli. Le dimensioni della valutazione si sono sviluppate in direzioni sempre più lontane l'una dall'altra per cui quello che era l'unitario "modo giusto" si è frammentato in "economicamente ragionevole", "esteticamente gradevole", "moralmente appropriato". E così le azioni possono essere giuste in un senso e sbagliate in un altro. Quando si aggiunga a tutto questo "la frammentazione della vita sempre più suddivisa da una molteplicità di obiettivi e funzioni blandamente collegati, ciascuno dei quali perseguitibili in un contesto diverso e secondo una pragmatica diversa"¹⁹, si può facilmente capire quanto ne risulti minata la progettualità del soggetto, compresa la sua capacità di assumersi il compito della salute in prima persona.

5.2 L'aumento di bisogni di salute a forte intensità solidaristica e la difficoltà ad integrare polarità professionale e polarità personale

Quanto più cresce la convinzione che ci sono bisogni di salute non dicibili con il linguaggio dei diritti, ad essere chiamato in causa è ancora una volta il soggetto. Ad essere direttamente interpellata, è in questo caso, la pretesa così tipica nel soggetto moderno di poter completamente gestire anche la salute all'interno del linguaggio dei diritti. Tale pretesa si rivela sempre di più un'illusione, e questo capita non tanto in primo luogo per vincoli di natura economica, quanto per-

ché quel bene soggettivo che si pensava di poter coniugare interamente con il linguaggio dei diritti e del contratto, è in realtà un bene intersoggettivo che non può essere del tutto assecondato con la categoria della soggettività individuale²⁰. Pensare di farlo è un'illusione. E questo perché, finché persiste una concezione individualistica che considera la società come una costruzione atomistica, l'idea moderna del contratto, altro non sarà se non l'illusione di aver trovato la sutura tra esseri smembrati. Ogni tentativo contrattualistico sarà solo una fragile sutura se la dimensione relazionale non sarà situata nel cuore stesso del soggetto, come momento di dilatazione e di realizzazione della vita personale²¹. Se la "prospettiva post-moderna" significa innanzitutto strappare la maschera delle illusioni e riconoscere certe pretese della modernità come false e certi obiettivi come non raggiungibili, non c'è forse un'altra situazione in cui si possa più coerentemente applicare tale interpretazione.

L'illusione in questione, meglio precisata in rapporto al particolare campo dei bisogni di salute, consiste nel fatto che è impossibile che attorno a questi bisogni si costruiscano dei rapporti di solidarietà, finché persiste la concezione individualistica e atomistica del soggetto moderno. È impossibile pensare che all'interno di una società, dove gli unici rapporti ad essere legittimi e riconosciuti sono quelli di tipo utilitaristico e funzionale, nascano istituzioni sanitarie dove ci sia spazio per rapporti più umani e umanizzanti, dove in particolare si diano operatori sanitari che non vivono il loro lavoro come semplice "erogazione di prestazioni" e dove le persone malate non siano ridotte a "utenti" e "clienti". Ciò che si richiede non è, ben inteso, un'operazione di tipo moralistico destinata a non avere nessun futuro. Si tratta piuttosto di prendere atto dei limiti connessi con la concezione atomistica e funzionale del soggetto moderno. Tale concezione tende in campo sanitario a riconoscere vera dignità unicamente alla competenza tecnica della professione, rinforzando così una costruzione del rapporto terapeutico, tutto centrato sulla gestione di un ruolo.

Che ne è della valenza sanante di un tale rapporto di fronte ai nuovi bisogni di salute che richiedono più che trattamenti medici da rivendicare una presenza umana da condividere?

5.3. La tendenza a fare della salute l'orizzonte totale di senso e l'indebolita capacità simbolica del soggetto

Quanto più si afferma nell'attuale cultura la tendenza a fare della salute l'orizzonte totale di senso, a essere chiamato in causa, è ancora il soggetto. Ad essere direttamente coinvolta è la sua capacità simbolica. Ma che ne è di questa capacità simbolica all'interno di un contesto sociale e comunicativo che induce uno stato di perenne stimolazione ed eccitazione? Reale è il rischio che il soggetto finisca per esserne bloccato dalla ricerca ossessiva di stimoli sempre nuovi. E così, alla fine, più che dilatare la capacità di sentire e godere, questa dimensione stimolatorio-narcisistica a cui il soggetto è consegnato, non fa che creare e rinforzare nuove dipendenze. "Negli ultimi decenni sembra essersi stabilito un contesto socioculturale per cui ogni occasione di eccitazione e di piacere viene consumato avidamente e velocemente; essa si trasforma così in una fonte di insoddisfazione che richiama ad un'esposizione maggiore e più intensa allo stesso genere di stimolo. Tutta l'attenzione del soggetto e del suo ambiente sociale si concentra sullo stimolo attrattivo che diventa ben presto insufficiente e consunto"²². Da un punto di vista sociologico le parole di Marco Ingrossi danno chiaro il senso della dimensione stimolatorio-narcisistica da cui il soggetto rischia oggi di essere assorbito. Si tratta di una interpretazione che ha di mira la comprensione di una particolare scelta ammalante, l'origine di ogni dipendenza. Letta dal particolare punto di vista qui assunto, la crisi del soggetto, questa interpretazione della riproduzione sociale della dipendenza rende evidente un aspetto molto importante della crisi del soggetto e cioè la sua indebolita capacità di riammendo simbolico.

Che ne è a questo punto della pretesa di fare della salute l'orizzonte totale di senso? Ciò che questa pretesa richiede è infatti una for-

te capacità simbolica che renda capace il soggetto di andare oltre il livello puramente fisico, per attingere una dimensione di senso ulteriore. Solo a questa condizione il riferimento alla salute potrebbe costituire il simbolo capace di abbracciare ed esprimere l'orizzonte umano nella sua interezza, capace cioè di esprimere insieme un sano stile di vita, un sano modo di far fronte ("coping") alla sofferenza e alla malattia, un sano modo di pensare alla morte, un sano modo di vivere anche nella menomazione fisica. Fuori da questa prospettiva, c'è il rischio che l'enfasi posta sulla salute, oltre a ridurre l'orizzonte di senso entro cui il soggetto si progetta e si vive, porti a legittimare un nuovo concetto di "normalità sociale" gravemente discriminante.

Tutto questo non è detto per demonizzare la portata totalizzante assunta dalla salute all'interno della nostra cultura, quanto invece per dare a questa domanda risposte di qualità.

Conclusione: da una concezione anestetica a una concezione estetica della salute

Se le contraddizioni da cui la nuova domanda di salute è attraversata si possono ricondurre tutte alla "crisi del soggetto", una risposta consistente a tale domanda dovrà necessariamente passare attraverso un reale "empowerment" del soggetto stesso capace di rinforzarlo su quei fronti dove, stando alle analisi fatte, si è dimostrato più esposto e più debole. Il riferimento a una concezione estetica sembrerebbe tuttavia non far presagire nulla di "forte". L'approccio estetico, considerato come superamento di un approccio etico, viene generalmente presentato come l'aspetto tipico del pensiero post-moderno, un pensiero "debole". Da qui l'urgenza di chiarire i termini del passaggio proposto²³.

La concezione estetica che viene suggerita è qui intesa come superamento, sia a livello soggettivo che a livello intersoggettivo, di una concezione anestetica della salute, una concezione che identifica la salute come lo stato del soggetto al riparo dall'esposizione alla sofferenza. In

una concezione estetica, al contrario, la dimensione specificamente umana della salute consiste nella disponibilità ad ascoltare il linguaggio del corpo e a decifrarlo nel suo duplice significato di "tramite" e di "limite"; nella disponibilità ad aprirsi al nuovo e al non-ancora, superando la paura di perdere il controllo; nella disponibilità a imparare anche nei tempi duri della sconfitta, della menomazione e del restringimento dello spazio fisico. A partire dallo sviluppo di questa disponibilità, definita globalmente estetica per l'ampliamento del sentire che promuove, si apre per il soggetto una modalità nuova di costruirsi. In particolare, la contrapposizione discriminante non è più tra salute e malattia a livello semplicemente fisico, ma piuttosto tra un atteggiamento realmente produttivo e un atteggiamento irrimediabilmente sterile.

L'ulteriore significato del passaggio da una concezione anestetica a una concezione estetica della salute si situa a livello intersoggettivo. L'alternativa tra estetica ed anestetica si presenta a questo livello coestensiva alla contrapposizione tra "empatia" e "apatia". L'apatia indica l'indisponibilità a sentire e ad accogliere i segnali della sofferenza degli altri. Da neutralizzare ad ogni costo. L'empatia, al contrario, indica l'attitudine a "mettersi nei panni dell'altro", cosa che fa sentire il mondo come lui lo sente.

Le implicanze che questo atteggiamento ha sulle pratiche sanitarie sono evidenti. A partire dallo sviluppo di questa disponibilità empatica si apre per la relazione terapeutica un nuovo modo di strutturarsi. Ascoltare oltre che parlare, esserci oltre che fare, sentire oltre che agire: sono queste in sintesi le condizioni che a livello umano rendono la relazione sanitaria realmente sanante. E non solamente per il paziente.

Da bene soggettivo, la salute diventa bene intersoggettivo. Non solo il bene più in comune che abbiamo, ma anche il bene più accomunante.

Prof. CORRADO VIAFORA
Docente di Bioetica,
Università degli Studi di Padova
Coordinatore del Progetto
Etica e Medicina,
Fondazione Lanza, Padova

Riferimenti bibliografici

- F.ANSCHÜTZ, *Medicina umanistica. Scienza ed etica per guarire*, Città Nuova, Roma 1991.
 A.ARDIGÒ, *Salute e diritto alla salute nella società in trasformazione*, in "L'Arco di Giano", 4(1994), pp. 111-125.
 M.AUGÉ-C.HERZLICH, *Il senso del male. Antropologia storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano 1982.
 Z.BAUMANN, *Le sfide dell'etica*, Feltrinelli, Milano 1996.
 P.BENCIOLINI-A.APRILE, *Il diritto alla salute*, in: A.MARTIN-R.NACCARATO, *Diritto alla salute e coscienza sanitaria*, Cedam, Padova 1989, pp. 1-12.
 A.BONDOLFI, *La salute: diritti e responsabilità*, Dossier dell' "Arco di Giano", 4(1994).
 D.CALLAHAN, *The WHO Definition of Health*, in: "The Hastings Center Studies", 1(1973), pp. 77-87.
 G.CANGUILHEM, *Il normale e il patologico*, Guaraldi, Firenze 1979.
 A.L.CAPLAN, *The Concepts of Health and Disease*, in R.VEATCH (a cura di), *Medical Ethics*, Jones and Bartlett Publishers, Boston 1989, pp. 49-63.
 Concepts of Health and Disease, numero monografico di "The Journal of Medicine and Philosophy", Settembre 1976.
 P.DONATI (a cura di), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano 1983.
 G.FEDERSPIL, *La malattia come evento biologico*, in "Minerva Medica", 87(1990), pp. 845-854.
 F.FUKUYAMA, *La fine della storia e l'ultimo uomo*, Rizzoli, Milano 1992.
 D.GRACIA GUILLEN, *La estructura de la antropología médica*, in "Realitas, Trabajos del Seminario Xavier Zubiri", 1(1972-73), Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid 1974, pp. 293-397.
 D.GRACIA, *La medicina nella storia della civiltà*, in: "Dolentium Hominum", 1(1988), pp. 67-74.
 T.H.HENGELHARDT, *Health and Disease: Philosophical Perspective*, in Encyclopedia of Bioethics, 2(1978), pp. 599-606.
 C.HERZLICH-J.PIERRET, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris 1984.
 M.IGNATIEFF, *I bisogni degli altri. L'arte di essere uomini tra individualismo e solidarietà*, il Mulino, Bologna 1986.
 I.IILICH, *Nemesi medica. L'appropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977.
 M.INGROSSO, *La nostra salute verso l'anno 2000*, in AA.VV., *Salute. Malattia*, Citadella Ed, Assisi 1996.
 P.LAIN-ENTRALGO, *Subjetualidad Subjetividad y Enfermedad*, in Ciencia, técnica y medicina, Alianza Universidad, Madrid 1986.
 P.LAIN-ENTRALGO, *Antropología médica*, Ed. Paoline, Milano 1988.
 P.LAIN-ENTRALGO, *Cuerpo y alma*, Colección Austral, Espasa Calpe, Madrid 1992, con il prologo di D. Gracia: "El cuerpo humano en la obra de Lain Entralgo", pp. 13-29.
 F.LAPLANTINE, *Antropología della malattia*, Sansoni Ed, Firenze 1988.
 F.MORDACCI, *Health as an analogical concept*, in: "The Journal of medicine and Philosophy", 5(1995), pp. 475-497.
 G.PRODI, *Salute - Malattia*, in: "Dizionario Einaudi", 4, Einaudi, Torino 1978.
 E.SHORTER, *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano 1996.
 S.SPINSANTI, *Salute, malattia, morte*, in Nuovo Dizionario di Teología Morale, Ed Paoline, Milano 1990, pp. 1134-1144.
 S.SPINSANTI, *Il corpo nella cultura contemporanea*, Queriniana, Brescia 1982.
 S.SPINSANTI, *Guarire tutto l'uomo. La medicina antropologica di V.von Weiszäcker*, Ed Paoline, Milano 1988.
 The Concept of Health, numero monografico di "The Hastings Center Studies", 3(1973).

Paoline, Milano 1988.

The Concept of Health, numero monografico di "The Hastings Center Studies", 3(1973).

Note

¹ Sui principi metodologici della prospettiva antropologica sulla salute e la malattia si vedano: P.LAIN-ENTRALGO, *Antropología médica*, Ed. Paoline, Milano 1988 e D.GRACIA, *La estructura de la antropología médica*, in: "Realitas, Trabajos del Seminario Xavier Zubiri", 1(1972-73), Madrid 1974, pp. 293-397: entrambi esponenti di primo piano della tradizione spagnola delle Humanidades Medicas, e H.VAN DER BRUGGEN, *Il malato. Protagonista sconosciuto*, Armando Ed., Roma 1977: rappresentante e divulgatore del "ramo nordico" della prospettiva antropologica, nella cui tradizione spiccano i nomi di Buytendijk e V.von Weiszäcker.

² Per un ragguaglio sulla "nuova domanda di salute": cfr. A.ARDIGÒ, *Salute e diritto alla salute nella società in trasformazione*, in "L'Arco di Giano", 4 (1994), pp.111-125.

³ F.LAPLANTINE, *Antropología della malattia*, Sansoni , Firenze 1988.

⁴ *Idem*, p.229.

⁵ D.GRACIA, *La medicina nella storia della civiltà*, in: "Dolentium Hominum", 1 (1988), pp. 67-74.

⁶ A.ARDIGÒ, *art.cit.*, p. 111.

⁷ F.FUKUYAMA, *La fine della storia e l'ultimo uomo*, Rizzoli, Milano 1992.

⁸ Cfr. S.SPINSANTI, *Il corpo nella cultura contemporanea*, Queriniana, Brescia 1982.

⁹ Critiche in tal senso: D.CALLAHAN, *The WHO Definition of Health*, in: "The Hastings Center Studies", 1 (1973) pp. 77-87.

¹⁰ Critiche in tal senso: F.ANSCHÜTZ, *Medicina umanistica. Scienza ed etica per guarire*, Città Nuova, Roma 1991

¹¹ È il tentativo di R.MORDACCI, *Health as an analagical concept*, in: "The Journal of Medicine and Philosophy", 5 (1995) pp. 475-497.

¹² I.IILICH, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1976.

¹³ Cfr. E.SHORTER, *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano 1996.

¹⁴ Cfr. S.SPINSANTI, *Guarire tutto l'uomo. La medicina antropologica di V. von Weiszäcker*, Edizioni Paoline, Milano 1988.

¹⁵ Non si vogliono minimamente mettere in questione le acquisizioni "moderne" circa il "diritto alla salute". Per una focalizzazione dei fondamenti e dell'evoluzione di un tale diritto rimando a P.BENCIOLINI-A.APRILE, *Il diritto alla salute*, in: A.MARTIN-R.NACCARATO, *Diritto alla salute e coscienza sanitaria*, Cedam, Padova 1989, pp. 1-12 e più recente, a: La salute: diritti e responsabilità, Dossier dell' "Arco di Giano", 4(1994). Cfr. in particolare: D.GRACIA, *I diritti in sanità nella prospettiva della bioetica*, pp. 29-44; F.D'AGOSTINO-L.PALAZZANI, *La dimensione internazionale del diritto alla salute*, pp. 45-53; A.SANTOSUSSO, *Gli sviluppi del diritto alla salute in Italia*, pp. 53-75.

¹⁶ M.IGNATIEFF, *I bisogni degli altri. Saggio sull'essere uomini tra individualismo e solidarietà*, Il Mulino,

¹⁷ Z.BAUMANN, *Le sfide dell'etica*, Feltrinelli, Milano 1996, p. 37.

¹⁸ Z.BAUMANN, *op.cit.*, p. 27.

¹⁹ Z.BAUMANN, *op. cit.*, p. 12.

²⁰ Si vedano al riguardo le considerazioni di A.Autiero.

²¹ Mi riferisco alla lezione del personalismo comunitario di E. Mounier.

²² M.INGROSSO, *La nostra salute verso l'anno 2000*, in AA.VV., *Salute. Malattia*, Cittadella Ed, Assisi 1996, p. 37.

²³ Prendo spunto da M.INGROSSO, *op. cit.*, pp. 63-70.

DIEGO GRACIA GUILLÉN

Storia del concetto di salute

Introduzione

Il concetto di salute è talmente inseparabile da quello di malattia, da non poter essere definito escludendo quest'ultimo. Gli esseri umani prendono coscienza della salute attraverso la malattia. Da ciò deriva il fatto che la salute di solito è stata definita in modo negativo, come assenza dalla malattia, silenzio degli organi, ecc. La saggezza popolare dice che la salute si apprezza di più quando si perde. È tutto un paradosso: un valore negativo, la malattia, conferisce un contenuto positivo a quello di salute.

Oltre a ciò, i valori salute e malattia sono andati man mano cambiando di significato, o sono stati definiti in modo diverso nell'arco della storia. Bisogna distinguere almeno tre momenti particolari nella storia delle civiltà. Il primo, proprio delle culture primitive, interpreta la malattia in termini di "disgrazia" e la salute come "grazia"; in un secondo momento, la salute viene vista come "ordine" e la malattia come "disordine". Per finire, la cultura moderna intende la salute come "felicità" e la malattia come "disgrazia". Sono le tre parti che la mia esposizione prenderà in esame. Nella conclusione, tenterò di riflettere sul senso che questi due concetti, salute e malattia, possono avere nella nostra situazione attuale, qui e ora.

1. La cultura primitiva: la salute come "grazia" e il dolore come "disgrazia"

I racconti eziologici delle grandi religioni mediterranee, in modo particolare quella israelita, sono so-

liti attribuire al peccato la causa del dolore¹. Ricordiamo il racconto del libro della Genesi: Jahvè crea l'uomo a sua immagine e somiglianza e lo colloca nel paradiso terrestre. Ma l'uomo commette peccato, e come castigo inizia a patire il dolore, la malattia, la morte. Jahvè dice alla donna:

“Moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze,
con dolore partorirai figli”².

E all'uomo:

“Maledetto sia il suolo per causa tua!

Con dolore ne trarrai il cibo
per tutti i giorni della tua vita.
Spine e cardi produrrà per te
e mangerai l'erba campestre.

Con il sudore del tuo volto mangierai il pane;
finché tornerai alla terra,
perché da essa sei stato tratto:
polvere tu sei e in polvere tornerai!”³.

Situati nel loro contesto, questi paragrafi dimostrano come per il suo autore ci siano due situazioni o stati di base nella vita dell'uomo, lo "stato di grazia", come quello di Adamo ed Eva nel paradiso terrestre, e lo "stato di disgrazia" o confino. Il primo è accompagnato da salute, bellezza, immortalità, prosperità materiale, ecc., così come il secondo si caratterizza dall'esatto contrario: dolore, malattia, morte, povertà, ecc.

L'esperienza religiosa primaria è sempre quella del gratuito o della grazia, che per definizione è immeritata. Da qui la differenza fondamentale tra l'esperienza religiosa e quella morale, che è precisamente l'esperienza del merito. Ciò che è gratuito è immeritato. Ciò che si

merita non è gratuito, ma è un dono immeritato quello che possiamo meritare. Ciò significa che per il pensiero religioso, la dimensione religiosa è sempre più profonda di quella morale e del suo fondamento. È questo il senso del termine "peccato", quello della risposta morale negativa al dono ricevuto. Per i popoli primitivi, questa è la radice di tutte le "disgrazie", tra le quali sono compresi i mali fisici, il dolore, la fame, la malattia, la morte. In questo modo, una caratteristica fisica negativa, come il dolore, si considera dovuta ad una mancanza morale, il peccato⁴.

La critica di questa teologia della grazia e della disgrazia non si trova chiaramente formulata sino al poema di Giobbe. Qui ci viene raccontata la storia di un uomo giusto che, senza dubbio, si sente annientato nella sofferenza. Giobbe si ammalia, ma non trova nella propria vita alcun peccato al quale poter attribuire le proprie disgrazie.

Come lo schiavo sospira l'ombra
e come il mercenario aspetta il
suo salario,
così a me son toccati mesi d'illusione
e notti di dolore mi sono state assegnate.

Se mi corico dico: “Quando mi alzerò?”.

Si allungano le ombre e sono
stanco di rigirarmi fino all'alba.

Ricoperta di vermi e croste è la
mia carne,
raggrinzita è la mia pelle e si difende.

L'autore del libro di Giobbe è un teologo innovatore che si scontra con la tesi tradizionale secondo la quale il dolore e la disgrazia sono la

conseguenza di un peccato commesso. Per questo fa sì che il protagonista del suo poema, Giobbe, non trovi nel peccato la causa di tanto male. Di fronte a lui pone tre amici, Bildad, Elifaz e Zofar, che rappresentano la teologia tradizionale. Per questo non cessano di reprimicare a Giobbe la sua empietà, non accettando la dottrina tradizionale della giustificazione.

L'ultima redazione del libro di Giobbe è molto tarda, risale approssimativamente al III secolo a.C. Sembra perciò che in questo periodo la considerazione del dolore e della malattia come conseguenze del peccato siano entrate in crisi. Non dovrebbe essergli stato estraneo il modo in cui un'altra cultura mediterranea, quella greca, stava mettendo a fuoco, già a quel tempo, questo problema.

2. La cultura antica: la salute come “ordine” e il dolore come “disordine”

La novità originaria della cultura greca fu l'interpretazione della realtà in termini di “natura” (*physis*). Le cose non si devono capire secondo lo schema “grazia-disgrazia”, ma con quello di “naturale-antinaturale”. Pertanto, la salute non viene vista – perlomeno in un modo tanto immediato come nelle altre culture mediterranee – come “dono” o “grazia”, ma come qualcosa di “naturale”; e anche la malattia ed il dolore sono già interpretati come “colpa”, “disgrazia” o “peccato”, ma come realtà “antinaturali”.

Partendo da questi concetti fondamentali stabiliti dai pensatori presocratici, nacque in Grecia la medicina occidentale. La medicina ippocratica si differenziò da quelle degli altri popoli del bacino mediterraneo per il fatto che interpretò la salute e la malattia in termini di “natura”. La natura è “ordine” (*kósmos*), e la malattia e il dolore, “disordine” (*khaos*). Alcmeón di Crotone dirà, nel testo che ha fondato la medicina scientifica, che:

Il mantenimento della salute si deve all’“equilibrio” (*isonomía*) delle forze: l’umido, il secco, il freddo, il caldo, l’amaro, il dolce, ecc; e viceversa, il “predominio” (*monarkhía*) di una sola produce la malattia⁶.

La salute, come la felicità, consiste in un ordine naturale, e la malattia ed il dolore nel disordine antinaturale. Un testo di Estobeo ci dice che Democrito

dava alla felicità (*eudaimonía*), anche altri nomi: *euthymía* (animo buono), *euestó* (benessere), *harmonía* (buon temperamento), *symmetría* (proporzione, equilibrio) e *ataraxía*⁷.

L'ordine fisiologico (*harmonía, isonomía*), cioè quello che i medici ippocratici denominarono salute, è anche intimamente in relazione con la *ataraxía* e, da ultimo, con la felicità. Si può dire che la salute, l'equilibrio, la *ataraxía* e la felicità sono fenomeni “naturali” o “fisiologici”, così come la malattia, lo squilibrio, la passione e il dolore sono fenomeni “antinaturali” o “patologici”. A questo proposito c'è un testo nel trattato ippocratico *Sulla natura dell'uomo* molto significativo. Dice così:

Il corpo umano contiene sangue, catarro, bile gialla e bile nera: questi sono gli elementi costitutivi della natura umana e la causa delle malattie e della salute. Si gode di buona salute quando gli elementi sono debitamente equilibrati nella loro mescolanza, forza, quantità, e quando la loro proporzione è giusta. Viceversa, si sente dolore quando qualche elemento è in eccesso o in difetto, o quando qualcuno di loro si separa e non si trova nella giusta proporzione rispetto agli altri. Perché, se uno di essi si separa e si manifesta nella sua forma pura, non solo causa dolore e disturbi in quella parte del corpo dalla quale si è separato, ma anche in quella nella quale si è localizzato nella forma pura e sulla quale si è sparso, dovuto all'eccesso di secrezione⁸.

Questo testo è interessante perché cerca di dare una spiegazione fisiologica del fenomeno del dolore. Le cose naturali o equilibrate non patiscono il dolore. Questo sopravviene quando c'è una sproporzione, sia per eccesso che per difetto; quando cioè si produce un “disordine”, che implica sempre, in qualche modo, una “snaturalità”. Un altro testo ippocratico dice:

I dolori sopravvengono sempre quando c'è una trasformazione e corruzione della natura. I dolori si curano con i contrari⁹.

E Galeno aggiunge:

Tutti noi uomini abbiamo bisogno della salute per mantenere le funzioni della vita, alle quali le malattie nuocciono, provocano impedimento e la fanno terminare; inoltre abbiamo altresì bisogno di essere liberi da fastidi, invece poco a poco veniamo importunati dai dolori. La costituzione sana è quella in cui non si sentono dolori e nella quale non sono impediti le funzioni dell'essere vivente¹⁰.

La conseguenza di ciò è che il dolore non può avere, in medicina, così come nella cultura greca, un senso “naturale”, né pertanto “positivo”. Il dolore è sempre negativo. Da qui il combatterlo ha un significato quasi religioso. A ciò obbedisce l'apotemma latino che dice: *Divinum opus sedare dolorem*, di origine chiaramente ippocratica. Lo scritto *Sull'arte* afferma che

lo scopo della medicina è quello di eliminare la sofferenza degli infermi¹¹.

La crociata ippocratica contro il dolore ha profonde radici teologiche. I greci definirono Dio come natura perfetta, e perciò anche come la pienezza dell'ordine, dell'unità, della bontà, della bellezza, ed anche, ovviamente, della salute. Al Dio greco sono consustanziali i segni della parola, della felicità e, pertanto, della salute. In lui non è possibile il dolore, la malattia o la morte. Se è Dio non può soffrire, e se soffre non è Dio. Gli stoici stabilirono il principio che Dio dev'essere per definizione *apathés*, “impossibile”. Il *páthos* suppone sempre l'imperfezione. Dio non può essere soggetto “paziente” di nulla, perché sarebbe come ammettere che ha bisogno di qualcosa di esterno a lui, il che suppone l'imperfezione. Soffrire è essere imperfetto. Dio non può essere definito mediante la categoria della passività, ma per il suo contrario, quella dell'azione; pertanto, come “atto puro”.

Il Dio “apatico” non ha affetti, precisamente perché non può sen-

tirsi interessato da nulla di esterno a sè stesso. La teologia stoica esalta di Dio, eminentemente, due delle tre potenze della psiche umana, l'intelligenza e la volontà, ma non gli affetti o i sentimenti. Dio non può sentire né soffrire. Per questo non sentiamo parlare del dolore di Dio. E siccome, d'altra parte, l'uomo saggio dev'essere un imitatore di Dio (è questo che significa il termine "filo-sofo", imitatore della sapienza, cioè, di Dio), risulta che anche questo deve disfarsi di ogni sentimento, sia positivo (sentimento di piacere) sia negativo (sentimento del dolore). In ciò consisterà la "fase purificativa" della sua vita spirituale. Da essa, l'intelligenza comprenderà molto più facilmente i dettami del *lógos* ("fase illuminante"), e la volontà si unirà ad essa ("fase unitiva"). In un certo periodo, lo stoicismo ed il neoplatonismo si unirono alla ricerca di questo ideale di distacco dai sentimenti e dagli affetti e di ricerca della sapienza "pura" e "perfetta". Il risultato era l'*ataraxía* o "imperturbabilità", che Sesto Empirico definì come "la serenità e la calma dell'anima"¹². Seneca la chiamò *tranquillitas animi*. Saggio è colui che rimane impassibile anche se il mondo intero crolla ai suoi piedi. Qui non c'è posto per il "dolore", che è un sentimento "impuro" e "imperfetto".

La comparsa del cristianesimo comportò in parte un cambiamento, ed in parte una continuità. Significò rottura in quanto il Dio cristiano, Gesù, non è un Dio "apatico" ma, al contrario, un Dio "patetico". La passione di Gesù è in questo senso un paradosso teologico, quasi una bestemmia. Per questo si comprende che quando San Paolo predicò nell'Aeropago un Dio che soffrì la passione e la morte, i suoi uditori stoici e epicurei si burlarono di lui, secondo quanto racconta il libro degli Atti degli Apostoli¹³. Per essi parlare della morte di Dio era come dichiararsi atei. Da ciò deriva il fatto che ai primi cristiani veniva lanciata questa accusa con una certa frequenza. Giustino, nella sua *Apologia*, scrive:

Per questo ci viene dato anche il nome di atei; e, se di questi supposti déi si tratta, confessiamo di essere atei...¹⁴

Ora che non siamo atei, chi è colui che nel pieno delle sue capacità non lo confesserà, quando rendiamo culto al Creatore di questo universo che, come ci è stato insegnato, non necessita né di sangue né di libazioni, né di incensi; chi glorifichiamo, secondo le nostre forze, con parole di orazione e di azione di grazie per quanto offerte facciamo?... E poi dimostreremo che con ragione onoriamo anche Gesù Cristo, che è stato nostro maestro in queste cose e che da Lui nacque, lo stesso che fu crocifisso sotto Ponzio Pilato, procuratore della Giudea nel tempo di Tiberio Cesare, che abbiamo appreso essere il figlio dello stesso vero Dio e che poniamo in secondo luogo, così come lo Spirito profetico, che poniamo al terzo. Qui, effettivamente, veniamo tacciati di pazzia dicendo che diamo il secondo posto dopo il Dio immutabile, che sempre è e che creò l'Universo, a un uomo crocifisso; è che ignorano il mistero che c'è in lui¹⁵.

Questi testi dell'apologista Giustino dimostrano chiaramente la novità che all'inizio del II secolo d.C. aveva il messaggio di un Dio "patetico", che aveva sofferto passione e morte. Non ci fu una rottura più radicale con la tradizione stoica. Nonostante ciò, la teologia speculativa non indietreggiò, sino a trovare una spiegazione "naturale" o "fisiologica", cioè, "greca" della grande novità cristiana. La strada era nella distinzione delle due "nature" in Cristo, quella divina e quella umana, delle quali solo la seconda può essere passibile e mortale. Pertanto, per la prima bisogna continuare a utilizzare tutta l'eredità della teologia apatica greca. Era possibile, inoltre, dire che in Cristo c'erano due nature, una apatica ed un'altra patetica. E, alla domanda del perché Dio si era incarnato in quest'ultima, si rispondeva, seguendo la tradizione del popolo d'Israele, che dopo il primo peccato l'uomo era caduto in "disgrazia", ed aveva bisogno di un redentore che riparasse questa situazione. Gesù soffrì passione e morte, e con questo si "de-naturalizzò", per restituire all'uomo il suo stato di "grazia". Il risultato è

ciò che i teologi medievali chiamarono *status naturae lapsae et reparatae*. Quando lo stato di natura cade, l'uomo, nonostante la redenzione, continua a patire il dolore, la malattia e la morte; ma quando la natura è riparata, sarà rimesso dal peccato e chiamato alla filiazione divina. La redenzione che Cristo ottenne con la propria passione e morte, diede al dolore una nuova dimensione, di carattere strettamente positivo, la dimensione salvifica. Non c'è motivo per cui debba essere solo la conseguenza del peccato, ma anche, e principalmente, un ingrediente positivo di sequela ed identificazione con Gesù lungo il cammino verso il Regno. In questo modo, anche nel dolore "è così perché si manifestassero in lui le opere di Dio"¹⁶.

Se la teologia speculativa cristiana del Medioevo fu per molta parte greca, tanto più si può dire ciò della teologia pratica. L'ideale neoplatonico del distacco dal corpo mediante la negazione degli affetti è stata la base di tutta la teologia ascetica. Solo dopo il raggiungimento dello stato di impassibilità, è possibile il progresso nella vita spirituale mediante la fase illuminativa, che culmina nell'unione mistica. L'ideale del santo cristiano continua a conservare i principali lineamenti dell'ideale greco del saggio. Così si spiega, ad esempio, che Sant'Agostino definiva la pace come *tranquillitas animi*, esattamente nello stesso senso di Seneca o degli stoici. Solo in personaggi particolarmente lontani dalla tradizione ellenistica, come Francesco d'Assisi, è possibile percepire qualcosa di realmente estraneo da queste impostazioni, che diedero forma, ad esempio, a tutto l'ideale benedettino e monastico.

3. La cultura moderna: la salute come "fortuna" e il dolore come "disgrazia"

Con l'arrivo della modernità, inizia la costituzione di un nuovo quadro interpretativo della realtà del dolore. Gli uomini moderni, a partire soprattutto dal XVII secolo, iniziarono ad essere coscienti del fatto che il dolore e la malattia non potevano essere interpretati in termini di "disordine".

Di fatto, si inizia a pensare che il dolore è una cosa tanto "naturale" come la fortuna. È una pura teoria, ed anche una teoria falsa, pensare, come fecero i greci, che la natura è per principio ordinata, e che ogni disordine è antinaturale. L'esperienza ci dimostra ogni giorno che il disordine è naturale. Nella prefazione al suo libro *Osservazioni mediche sulla storia e cure delle malattie acute*, Thomas Sydenham ha scritto:

Sino ad oggi, non c'è una storia esauriente delle malattie, principalmente come conseguenza del fatto che molti le avessero considerate solamente come effetti confusi e disordinati della natura, mal curata da se stessa e deviata dal suo stato normale, e persuadendosi, pertanto, di perdere del tempo facendone la storia in un modo completo¹⁷.

Non è stata studiata neanche la storia naturale delle malattie, perché sono state sempre considerate come deviazioni dallo stato normale della natura, come alterazioni confuse e disordinate, anormali, cioè come realtà snaturate. Solo a partire da questo momento, da quando la malattia inizia ad essere considerata naturale quanto la salute, si possono applicare al suo studio i metodi delle scienze naturali. A partire da ora, il dolore e la malattia potranno essere visti come qualcosa di "naturale".

Se il dolore è naturale, allora non può essere interpretato come "disordine". Ma non è facile neanche definirlo concettualmente in termini di "disgrazia". L'uomo moderno è andato prendendo lentamente coscienza della propria autonomia, ed ha appreso a distinguere con nitidezza le cause prossime dalle cause ultime delle cose, come era in uso nella scuola medievale.

Interpretare il dolore come disgrazia è metterlo a fuoco solo partendo da questa ultima prospettiva, con riferimento alle cause ultime. Ora, proprio dall'orizzonte delle cause prossime, o in altri termini, nella prospettiva quotidiana, terrena, il dolore non può essere interpretato come una disgrazia, ma come qualcosa di distinto, una "non-fortuna". Non c'è dubbio che il dolore sia qualcosa di negativo nell'esistenza umana, ma questa nega-

tività non consiste primariamente in disgrazia né nel disordine, ma nella non fortuna. Ciò che il dolore fa è esporre al rischio il benessere e la felicità dell'uomo sulla terra. Nell'orizzonte del disordine la malattia si definisce concettualmente come un "fatto". Nell'orizzonte della non-fortuna, come un "valore". Questa è, forse, una delle massime creazioni moderne, l'idea del valore di fronte all'idea del fatto.

Presente già nell'opera di Hume, a partire da questo momento avrà un'importanza fondamentale in tutto lo sviluppo della cultura occidentale. La salute non è primariamente una questione di fatto, ma un problema di valore.

Per "fortuna" intendiamo, come abbiamo già affermato, il mondo del valore. Fortuna è un valore positivo, e disgrazia un valore negativo. Naturalmente, questi valori si definiscono individualmente, socialmente e storicamente. Da qui il fatto che, in ultima istanza, la definizione della fortuna dev'essere personale, e che ci sono molte concezioni distinte di essa, come progetti di vita, idee della felicità, opzioni di valore.

Tutte queste distinte opzioni di valore possono essere classificate in molti metodi diversi. Uno è quello di differenziare quanti non vedono nella fortuna altro che il gusto della vita, da quegli altri che in essa – o nel suo contrario, la sfortuna – vedono o intuiscono qualcosa di più profondo, che rimanda il senso della vita stessa. Chiameremo il primo atteggiamento "immanente" di fronte alla fortuna (o al valore), e il secondo "trascendente". In generale, il primo è stato più frequente nella coscienza popolare, molto attaccato alle realtà terrene, mentre il secondo è stato considerato di solito come una caratteristica propria degli spiriti eletti. Nella letteratura spagnola, il primo sarebbe rappresentato pragmadicamente da Sancho Panza, ed il secondo da Don Chisciotte.

Questi due tipi di mentalità interpretano il dolore in modi radicalmente diversi, e tra di loro opposti. Per coloro che sono dalla parte dell'atteggiamento che abbiamo chiamato trascendente, il dolore dev'essere visto come un costitutivo formale della natura umana.

L'uomo deve imparare a fare assegnamento sul dolore. L'uomo senza dolore non è uomo. Viceversa, coloro che assolutizzano il concetto di fortuna ottengono una conseguenza opposta: il dolore è l'unico che intorbidisce la nostra fortuna, ragion per cui bisogna esercitare una lotta senza quartiere contro di lui. Come, d'altra parte, questo orizzonte si è stabilito nella cultura occidentale man mano che la scienza moderna è stata seguita dalla credenza che le scoperte scientifiche ci permetterebbero di annullare il dolore, e pertanto di costruire un mondo senza disgrazia. Vediamo più in dettaglio le caratteristiche di ognuno di loro.

L'atteggiamento che assolutizza il concetto di fortuna fa consistere la felicità nel conseguimento del massimo benessere, e nel raggiungimento dell'assenza totale del dolore. Perciò, dev'essere questo l'obiettivo della medicina veramente scientifica. In pieno XVII secolo, Cartesio scrisse il suo *Progetto di una scienza universale che elevi la nostra natura al suo più alto grado di perfezione*, pubblicato più tardi con il titolo *Discorso sul Metodo*. In esso, Cartesio insegna che la medicina scientifica deve renderci "padroni e possessori della natura". E aggiunge:

"Il quale è più di desiderare, non solo per l'intervento di un'infinità di artifici che ci permetterebbero di godere senza alcun lavoro dei frutti della terra e di tutte le comodità che essa ci offre, ma anche principalmente per la conservazione della salute, che è, senza dubbio, il bene primario e il fondamento degli altri beni di questa vita, perché lo stesso spirito dipende tanto dal temperamento quanto dalla disposizione degli organi del corpo che, se è possibile trovare qualche mezzo per fare in modo che gli uomini siano comunemente più saggi e più abili di quanto non lo siano stati sino ad ora, credo che sia nella medicina che bisogna cercarlo"¹⁸.

La medicina è la scienza fondamentale nell'arte di evitare il dolore e conseguire la perfezione e la fortuna in questa vita. Cartesio sapeva bene quanto poco a tal fine poteva aiutare la medicina del suo

tempo, e sognava di dedicarsi allo scopo di fondare la nuova scienza medica. Il paragrafo prima riportato continua così:

“Vero è che la medicina che ora si usa contiene poche cose di utilità tanto notevole; ma senza che con ciò si voglia disprezzarla, so per certo che non c’è nulla né nessuno che ne abbiano fatto la loro professione, che non confidi che quanto si sa, in questa scienza, non è quasi per nulla comparato con quanto si vuole scoprire, e che potremmo liberarci da una infinità di malattie, tanto del corpo quanto dello spirito, e forse anche dalla debolezza che ci porta la vecchiaia, se trovassimo sufficiente conoscenza delle sue cause e di tutti i rimedi, dei quali la natura ci ha fornito”¹⁹.

Nasce così la credenza nel progresso indefinito dell’umanità per opera della scienza, e più concretamente l’idea che la medicina si occuperà, in un certo lasso di tempo, del dolore e della disdetta. Un secolo dopo Cartesio, l’ideologia del progresso capovolgeva tutti i programmi illustrati. “Sembrava avvicinarsi il tempo” – ha scritto Paul Hazard – “che Ormuz, dio del bene, stava sul punto di terminare vittoriosamente la sua lotta contro Arimán, dio del male”. Alla fine del secolo, nel 1794, Antoine de Condorcet affermava, nel suo *Abbozzo di un quadro storico del progresso dello spirito umano* che “la natura non ha posto alcun termine alle nostre speranze”, per cui sono poche le cose che l’uomo non può conseguire con il tempo. “Senza dubbio l’uomo non diventerà immortale; ma la distanza tra il momento in cui inizia a vivere e quello in cui, naturalmente, senza malattie, senza disgrazie, inizia a sperimentare la difficoltà di essere, non potrebbe crescere senza finire?”.

“Tra il 1870 e il 1880 – ha scritto John Bury – l’idea del progresso si trasformò in un trattato di fede per l’umanità”²⁰. Una delle sue manifestazioni più evidenti fu la legge comitiana dei tre stadi. E quando Comte non fu più di moda, e siamo entrati nel nostro secolo, la credenza che la medicina riuscirà a darci la completa e perfetta fortuna, non ha smesso di crescere, tanto che nel

1946 l’Organizzazione Mondiale della Sanità poté definire nel suo atto di fondazione la salute come “uno stato di perfetto benessere fisico, mentale e sociale, e non solo l’assenza di malattia”. L’utopia di un mondo felice di Aldous Huxley sembra essere a portata di mano. Siamo arrivati alla “società del benessere” (*Welfare state*), e manca poco per giungere al “perfetto benessere”. Intanto, è necessario continuare a stimolare il consumo di salute, intesa come fortuna. La salute è diventata così il criterio morale ultimo e unico: è buono ciò che produce salute e benessere, cioè fortuna, e male il contrario.

Ciò spiega che dalla metà del XIX secolo la medicina abbia considerato come un imperativo morale la “lotta senza quartiere contro il dolore”. Il dolore è un male in quanto significa malessere e disdetta e dev’essere sterminato. Tutta la “cultura del benessere” si basa su questo atteggiamento. Probabilmente non c’è modo di comprendere il complesso fatto culturale e umano della tossicodipendenza, se non si tiene conto di queste caratteristiche strutturali del nostro ambiente. In una società che assolutizza il benessere, e che lo definisce come l’assenza di ogni tipo di dolore fisico, mentale e sociale, probabilmente la droga è l’unico veicolo idoneo per ottenere la felicità. Essa è anche l’esempio paradigmatico dei paradossi a cui conducono i concetti di felicità e di benessere. Quando la fortuna diventa un’ossessione, si soffre la sfortuna della fortuna. Allo stesso modo, la ricerca ossessiva della salute è già in sé una malattia, la malattia della salute. È ciò che Ivan Illich battezzò anni fa con il nome di Nemesi Medica. La salute così intesa e la fortuna sono diventate un’aberrazione, e la medicina inizia a costituire un serio pericolo per la salute degli uomini.

Lo stesso fenomeno della droga dimostra che questo atteggiamento è pieno di incoerenze e paradossi. Ciò spiega il fatto che in tutto il mondo moderno emergano voci accusatrici, secondo cui il dolore ha un carattere altamente positivo, quello di ricordare all’uomo la sua condizione effimera e finita. Il dolore diventa ciò che apre all’orizzonte dell’infinito e del trascenden-

te. La tesi generale è che il dolore spiritualizza, eleva, ci fa essere uomini migliori. Il benessere ci fa vivere nel quotidiano, così come il malessere ci obbliga a relativizzare il quotidiano, a toccare il fondo, e a collocarci nell’orizzonte degli ultimi, cioè del trascendente. Per questo, dice Karl Jaspers, la sofferenza è una “situazione-limite”, che fa toccare il fondo dell’esistenza e apre all’orizzonte della trascendenza. Il dolore non sempre avvilisce, ma anzi può nobilitare. Nietzsche scrisse che “solo il grande dolore è l’ultimo liberatore dello spirito”. Rilke, da parte sua, analizzò in un testo il carattere “cattivo” del dolore, e ricordò come in tedesco la parola *schwer* ha il doppio significato di ciò che è “cattivo” e il “centro di gravità”. Il dolore ci fa conseguire il nostro centro di gravità. A suo modo, poi, ripete l’agostiniano *pondus meum, amor meus*.

Nella poesia spagnola è possibile incontrare molteplici testimonianze simili. Ci sono dei versi di Valle Inclán che dicono:

È la tristeza divina eredità
cuore triste, buon cuore.
Solo i dolori prendono
coscienza,
dolore è la scienza di Salomone.

È di Antonio Machado questo impressionante poema:

Erano ieri i miei dolori
come vermi di seta
che andavano tessendo bozzoli
oggi sono farfalle nere.

Da quanti fiori amari
ho estratto cera bianca!
Oh, tempo in cui i miei dolori
lavoravano come api!
Oggi sono come zampogne
pazze,
o zizzania seminata,
come carbonchio sulla spiga,
come tarlo nel legno.

Oh tempo in cui i miei dolori
avevano lacrime buone,
ed erano come acqua del pozzo
che va ad irrigare un orto!
Oggi sono acqua di torrente
che toglie limo alla terra.

Dolori che ieri fecero
del mio cuore un alveare
oggi trattano il mio cuore
come una vecchia muraglia:
vogliono demolirla, e presto,
al colpo del piccone.

Questo testo di Antonio Machado dimostra chiaramente che non tutto il dolore è un male. Ci sono dolori che nobilitano e dolori che sviliscono, dolori sopportabili ed altri che non lo sono. Per questo nel tema del dolore è necessario un certo "discernimento". L'antico tema del "discernimento degli spiriti", emerge qui con un nuovo significato. Prendono un nuovo significato, da questa prospettiva, anche l'ascetica e l'etica. C'è un'ascetica del dolore, che non può reggersi sulla vecchia designazione stoica del *sustine e abstine*, ma sul principio che il dolore è un elemento costitutivo della vita, senza il quale è impossibile avere piena coscienza di ciò che significa essere uomo.

Il nuovo atteggiamento di fronte al dolore comporta anche una nuova etica. L'etica della cultura moderna si basa sui concetti di "autonomia" e "diritto", allo stesso modo in cui quella antica mette le sue radici su quella dell'"ordine naturale" e "virtù". Ciò permette di capire perché nella nuova etica del dolore il principio fondamentale è il rispetto, nei limiti del possibile, della volontà del paziente. Solo la persona può decidere sul proprio dolore, perché solo essa può darle senso. Oggi ciò non è un semplice *pim desiderium*, ma un diritto umano fondamentale, che tutto il mondo è obbligato a rispettare.

Bisogna decidere, finalmente, che il nuovo atteggiamento di fronte al dolore comporta anche una teologia specifica. Nel Medioevo il

dolore è stato interpretato sempre con la teologia della "remissione" delle pene. Con le sue sofferenze, Gesù pagò le nostre pene, e noi soffrendo facciamo qualcosa di simile. La sofferenza in questo mondo ci redime dalle pene dell'aldilà. C'è un "commercio" del dolore, un'"economia" del dolore. Nietzsche parla, in *Ecce Homo*, di come il cristianesimo sia stato interpretato da molti come un problema puramente commerciale: si fa tutto con un fine interessato. Stando così le cose, si comprende come la teologia attuale abbia compiuto grandi sforzi per superare queste impostazioni tradizionali. Alcuni hanno cercato di farlo mediante l'elaborazione di una nuova "patetica". Sono i casi di Kazoh Kitamori e Jürgen Moltmann. Altri, secondo la mia opinione con maggior esito, si sono sforzati per mettere a punto quella che possiamo denominare una nuova "neoetica" del problema del male. Questi atteggiamenti dimostrano chiaramente come il problema della teologia del dolore possa essere posto in categorie completamente distinte da quelle dei greci e dei cittadini del medioevo. Il dolore non è messo in relazione alla categoria dell'ordine ma a quella di finitezza. Partendo da qui, è possibile elaborare tutta una nuova teologia della redenzione.

Prof. DIEGO GRACIA GUILLÉN
Professore di Storia della Medicina
all'Università Complutense,
Madrid, SPAGNA

Note

¹ Cfr. PAUL RICOEUR, *Finitude et culpabilité*, Paris, Seuil, 1960.

² Gen 3, 16.

³ Gen 3, 17ss.

⁴ PEDRO LAIN ENTRALGO, *Enfermedad y pecado*, Barcelona, Toray, 1961.

⁵ Giobbe 7, 2-5.

⁶ HERMANN DIELS e WALTHER KRANTZ, *Die Fragmente der Vorsokratiker*, Berlin, Weidmann, 1972, Vol. 1, pp. 215ss: 24 B 4.

⁷ DIELS-KRANTZ, *Die Fragmente der Vorsokratiker*, Vol.2 p. 129: 68 A 167; cfr. JULIAN MARIAS, "Ataraxia y alcionismo", in JULIAN MARIAS, *Obras Completas*, Madrid, Revista de Occidente, 1969, Vol VI, p. 442.

⁸ HIPPOCRATE, *Nature of Man*, 4, in HIPPOCRATES, ed. WHS Jones, Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1979, Vol. 4, pp 11-13.

⁹ HIPPOCRATE, *De locis in homine*, 42, in *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, ed. E.Littré, Amsterdam: Adolf M., Hakkert, 1962, Vol. 6, p. 335.

¹⁰ GELNO, *De sanitate tuenda*, I, 5, en CLAUDIO GALENI, *Opera Omnia*, ed. C.G.Kühn, Hildesheim, Georg Olms, 1965, Vol. 6, p. 18. Cfr. R.M. MORENO, L.GARCIA BALLESTRER, "El dolor en la teoría práctica médicas de Galeno *dynamis* 2, 1982: 18.

¹¹ HIPPOCRATE, *The art* 3, in HIPPOCRATES, ed. E.T. Wittington, Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1968, Vol. 2, p. 193.

¹² JULIAN MARIAS, *Obras Completas*, vol. 6, p. 439.

¹³ Atti 17, 16-32.

¹⁴ SAN GIUSTINO, *Apologia*, in *Padres Apólogos*, ed. Daniel Ruiz Bueno, Madrid, BAC, 1979, p. 187.

¹⁵ SAN GIUSTINO, 1979, pp. 193-4.

¹⁶ Giovanni, 9, 3.

¹⁷ THOMAS SYDENHAM, *Observationes medicæ circa morborum acutorum historiam et curationem*, in Sydenham, ed.Pedro Laín Entralgo, Madrid, CSIC, 1956, p. 74.

¹⁸ CARTESIO, *Discorso sul metodo*, Buenos Aires, 1938, p. 87.

¹⁹ CARTESIO, Ibid.

²⁰ CH. BURY, *La idea de progreso*, Madrid, Alianza, 1971, p. 309.



FRANCESCO D'AGOSTINO

La persona e il diritto alla salute

La persona e il diritto alla salute

1. Che il *diritto alla salute* vada annoverato tra i diritti umani fondamentali è non solo un dato di fatto (riscontrabile empiricamente, a partire dalle innumerevoli *Carte dei diritti* che lo menzionano), ma molto più un *principio interpretativo* del tempo in cui viviamo, una *cifra* (per usare l'espressione di Jaspers) che ci consente di meglio focalizzare non solo la comprensione delle dinamiche giuridico-sociali che si danno nell'epoca moderna, ma anche, più in generale, la nostra stessa autocomprendensione. Si tratta, come è noto, di un'acquisizione sociologico-culturale (o, forse, addirittura, spirituale) relativamente recente, ma ormai assolutamente radicata nella coscienza della modernità.

2. Qual è il fondamento del *diritto alla salute*? Non si ritenga ingenua una domanda del genere, né eludibile con un mero appello al senso comune, che pone lo "star bene" al vertice di qualsiasi possibile e immaginabile gerarchia di "valori". Si tratta di una domanda essenziale, se non altro perché prioritaria a qualsivoglia compiuta analisi di questo diritto, sia di carattere giuridico (se, ad esempio, tale diritto sia individuale o collettivo, se promozionale o repressivo, se sia "giustificabile", ecc.) che sociologico (cioè quanto la difesa e/o la promozione di questo diritto possieda un reale carattere effettuale nell'attuale momento storico e in quali ambiti geopolitici). Peraltra, va riscontrato come la stessa elaborazione

scientifica da parte dei giuristi della categoria "diritto alla salute" è spesso carente di una piena consapevolezza di quello che è il suo specifico ambito epistemologico: un ambito *costitutivamente relazionale* (espressione, questa, in cui l'accento deve cadere sul *costitutivamente*). Ambito che potrebbe sulle prime apparire assolutamente banale ed autoevidente e proprio per questo cagionare, di conseguenza, possibili e non auspicabili fraintendimenti.

È infatti evidente che ad una considerazione immediata (e superficiale), il manifestarsi della malattia – almeno a certi livelli di rilevanza – apre *ovvie* dinamiche relazionali (tra chi ha bisogno di cura e chi assume la responsabilità della cura, tra chi cagiona un danno alla salute e chi subisce questo danno, ecc.), che hanno altrettanto *ovvie* ricadute giuridiche. Ma non sono dinamiche relazionali *costitutive*: appaiono anzi in qualche modo derivate e secondarie. Esse infatti sembrano insistere, nonostante le apparenze, su di uno sfuggente *a priori* autoreferenziale: lo *star bene* così come lo *star male* appaiono infatti, ad un'analisi rigorosa, come stati assolutamente personali e soggettivi, la cui stessa comunicabilità interpersonale appare molto ardua, se pensata nella prospettiva dell'oggettività. Non esiste, in altre parole, un metro comune per qualificare il benessere prodotto dalla "salute" o il malessere prodotto dalla "malattia". Ciò che si arriva a qualificare non è il "benessere" o il "malessere" in sé, ma il benessere o il malessere *indotti* da dinamiche relazionali che appaiono, per qualsiasi motivo, *sanzio-*

nabili. Quando è chiamato a stabilire il risarcimento a favore di un soggetto per il danno causato alla salute di questo, da un atto – ritenuto ingiusto – di un terzo, il giudice, come è ben noto, è costretto a ricorrere a criteri assolutamente *estrinseci* (la durata del ricovero ospedaliero, la percentuale di perdita di funzioni organiche, ecc.), ed è evidente che non potrebbe fare altrimenti. Quando (ma è ipotesi più rara) è chiamato a stabilire, in caso di controversia, il giusto onorario che un medico è legittimato a richiedere al paziente che ha in cura, il giudice adotta criteri fondamentali sociologico-economici, che non hanno in pratica alcun attinenza con la specificità della diagnosi operata dal medico e con la rilevanza *esistenziale* della terapia indicata al paziente e da lui praticata (così ad es. una corretta diagnosi di polmonite e l'applicazione di una coerente terapia – che si risolvano ad es. in un limitato numero di visite domiciliari – da una parte possono sul piano dello svolgersi "storico" degli accadimenti salvare obiettivamente la vita del paziente, ma dall'altra non sembrano, sul piano strettamente giuridico-sociale, legittimare il medico a pretendere onorari principeschi). È come se, insomma, lo *star bene* e lo *star male* riguardassero in sé e per sé un'esperienza assolutamente *privata* della persona, a livello sociale verrebbe ad acquistare rilevanza non l'in sé di questi fenomeni, ma il loro riflettersi in dinamiche relazionali. O, per essere ancora più precisi: è come se *star bene* o *star male* fossero dinamiche strettamente *naturalistiche* e quindi *pre-sociali*, e acquistassero rilievo

giuridico e sociale solo quando assurgessero a contenuti effettivi di esperienze interpersonali *ex contracto* o *ex delicto*. Questo è il paradigma che è alla base di uno dei più diffusi modelli bioetici del nostro tempo, quello elaborato da H.T. Engelhardt Jr¹.

3. Questo paradigma non è oggi più sostenibile. Il carattere relazionale del diritto alla salute possiede un connotato più profondo e nello stesso tempo più radicale. Ed è questo il connotato che ne spiega l'ingresso nel novero dei diritti umani fondamentali e la sua universale diffusione. Parafrasando Rawls², potremmo dire che il fatto che alcuni godano buona salute e altri invece cattiva (quali che ne siano i motivi) non è qualificabile né come giusto né come ingiusto: sono dinamiche che vanno riferite alla sorte, o, per usare l'espressione di Rawls, alla "lotteria naturale".

Ciò invece che può essere qualificato come giusto o come ingiusto è il mondo in cui nel sistema globale delle relazioni sociali vengono trattati questi fatti. Indipendentemente da chi o da cosa *eventualmente* siano a capo del *malessere* di una persona, è il fatto stesso dell'esistenza di questo malessere che acquista nella coscienza del nostro tempo un nuovo assoluto rilievo, come *problema di giustizia*. La caratterizzazione *relazionale* dell'essere dell'uomo – che sempre più sembra assurgere a tratto costitutivo dell'antropologia contemporanea – comporta che la malattia, così come la salute, non possano più essere visti, a seconda dei casi, come disgrazie o come benefici "privati", di cui gli individui sarebbero investiti ad opera di una "natura" cieca e ottusamente attiva. Salute e malattie qualificano il nostro essere nel mondo come persone in relazione e sono indici non della nostra possibilità di rapportarci al mondo (elevata nel caso della salute, bassa o al limite assente nel caso della malattia), ma della stessa costituzione generale del mondo. In altri termini, malattia e salute non si danno nel rinfrangersi nella sfera personale dei soggetti, ma si danno nel rispecchiare la possibilità che in ge-

nerale *ci siano soggetti*, come soggetti che solo a partire dalla relazionalità (e dal grado effettuale di questa) riescono a costruire un mondo di significati. Il che comporta che la salute e malattia non precedono la relazione, ma la costituiscono; o, se si preferisce, che è possibile nominare salute e malattia, solo perché esistono soggetti in relazione³.

Il diritto alla salute viene così ad acquistare un nuovo spessore, che oramai è probabilmente definitivamente entrato nella coscienza collettiva, anche se non sempre viene esplicitato: quello per il quale entra in gioco la stessa identità della persona. Rivendicando la salute come *diritto*, il soggetto rivendica, in ultima analisi, il diritto a essere riconosciuti nella propria identità, come diritto che si fonda non sulla natura, ma sulla relazionalità; riconoscendo la salute come *diritto umano fondamentale*, l'ordinamento giuridico (a partire dall'ordinamento giuridico internazionale) riconosce e prende sul serio la comune e pari soggettività di tutti gli esseri umani.

Il nuovo paradigma della soggettività che, attraverso il riferimento al diritto alla salute, viene qui in considerazione non ha una primaria valenza etica, né meno che mai una valenza politico-pragmatica. Ha una valenza epistemologica. La posta immediatamente in gioco non è quella di "umanizzare" la medicina, sottraendole o riducendone la *fredda* immagine di astratto sapere scientifico, per ricondurla pareneticamente all'ambito, ben più *caldo*,

di una *cultura dell'accoglienza*⁴: questo, e simili obiettivi, ovviamente auspicabili, devono essere perseguiti, ma saranno tanto più perseguiti, quanto più verranno fondati su di un'immagine dell'uomo epistemologicamente adeguata. Il paradigma del diritto alla salute, come *diritto umano fondamentale*, ci aiuta a costruire correttamente questa immagine. Non allo spirito di compassione, né più genericamente alla solidarietà fraterna va ricondotto il fondamento del diritto alla salute: alla compassione e alla solidarietà son dati in appannaggio spazi vastissimi di operatività, che non coincidono però *tout court* con l'ambito antropologico del giuridico e del sociale. Questo ambito – l'unico nel quale il discorso sui diritti possiede un senso e appaia praticabile – è l'ambito della nostra identità come identità relazionale: quella che ciascuno acquista nel riferimento all'altro, tramite l'altro e con l'altro, e nella quale acquista tutta la sua valenza antropologica la nostra storia fisico-biologica personale.

Prof. FRANCESCO D'AGOSTINO

Professore Ordinario
di Filosofia del Diritto
all'Università di Tor Vergata, Roma

Note

¹ Cfr. il suo ben noto *Manuale di bioetica*, tr. it., Milano, 1991.

² J. RAWLS, *Una teoria della giustizia*, tr. it., Milano, 1982, p. 99.

³ Ciò comporta che le stesse categorie di "salute" e di "malattia" sono categorie *antropologiche*, che solo per analogia possono essere estese ai viventi non umani. Non implica alcuna svalutazione della vita e della dignità animale l'affermare che gli animali, propriamente, *non si ammalano*, così come, propriamente, *non muoiono*, perché manca loro non solo la possibilità di elaborare come esperienza anticipata quella del *non-essere più*, ma più in generale la coscienza del carattere *patologico* (nel senso di *innaturale*) del loro eventuale "star male". È che dato che per gli animali non è congruo parlare di *relazionalità* in senso proprio, non è nemmeno attribuir loro alcuna esperienza o alcun connotato che appunto richiedano la relazione come loro necessario a priori.

⁴ Su questo punto, importanti le considerazioni di F. BOTTURI *La medicina come prassi della cultura dell'accoglienza*, in AA.VV., *Modelli di medicina. Crisi e attualità della professione*, a cura di P. Cattorini e R. Moraducci, Milano, 1993, pp. 105-112.



BONIFACIO HONINGS

Morale cristiana e salute integrale

Un discorso morale sulla salute sembra imporre un certo limite, perché obbliga ad una ricerca della mente umana a quanto Dio stesso ha voluto dirci in merito. Quindi non può trattarsi di una ricerca interdisciplinare in quanto le fonti della rivelazione divina non si preoccupano di scienza e tecnica. Eppure, proprio il discorso morale cristiano sulla salute dell'uomo esige di andare sempre più in profondità. In effetti, chi intende cogliere il progetto divino sulla salute dell'uomo, deve conoscere, prima, la volontà del Creatore, poi passare all'intenzione del Redentore, e, infine, seguire la missione dello Spirito Santificatore. Soltanto, allora, risulta evidente che Dio, Padre, Figlio e Spirito Santo, non ha mai voluto né la sofferenza né la morte dell'uomo, ma unicamente la sua salute integrale. Questo *iter* discorsivo rivela che il Divino Creatore concepiva l'uomo integralmente sano. È quando la sofferenza e la morte divennero retaggio del peccato commesso dai protoparenti, l'eterno Figlio di Dio s'incarnò per risanare l'uomo di questo suo retaggio. E quando il Figlio di Dio, fatto uomo, dopo aver ricapitolato in Sé tutte le cose, domandò al padre di inviare lo Spirito Santo, venne Questi per ridare la vita a tutti gli uomini, morti per il peccato, e, un giorno risuscitare in Cristo i loro corpi mortali¹.

Annato, subito, con San Paolo che un simile discorso cerca di esporre una sapienza di Dio, rimasta occulta e preparata da Dio prima dell'origine dei tempi per la nostra gloria²; una gloria della quale sta scritto: «Quello che occhio non vide e orecchio non udì, e in

mente d'uomo non venne; quello che Iddio preparò per coloro che lo amano»³. Parliamo di cose che esigono parole che non vengono dalla sapienza umana, ma dall'insegnamento dello Spirito che adatta a cose spirituali parole spirituali. E l'Apostolo spiega: «L'uomo terreno non accoglie le cose proprie dello Spirito di Dio: per lui, infatti, sono stoltezza e non le può intendere, perché soltanto in modo spirituale vanno giudicate»⁴. Quanto detto evidenzia perché divido il mio intervento in tre momenti: 1. La salute integra nel progetto creatore di Dio-Padre; 2. La salute da re-integrare nel progetto redentore del Verbo Incarnato; 3. La salute re-integrata nella missione dello Spirito Santo⁵.

1. La salute integra nel progetto creatore di Dio-Padre

Chi intende entrare subito nella profondità del discorso sulla creazione deve tener presente, anzitutto, che il progetto creatore «è il fondamento di «tutti i progetti salvifici di Dio», «l'inizio della storia della salvezza», che culmina in Cristo», ma, soprattutto, che «il Mistero di Cristo è la luce decisiva sul mistero della creazione. Cristo è la rivelazione del fine in vista del quale, «in principio Dio creò il cielo e la terra» (*Gn 1,1*), vale a dire, dalle origini, Dio pensava alla gloria della nuova creazione»⁶. Questo progetto fondamentale, pensato alla luce decisiva della gloria di un cielo nuovo e di una terra nuova, è caratterizzato da una gerarchia delle creature, espressa dall'ordine dei «sei giorni», che va dal meno perfetto al più perfetto⁷.

Il racconto pone l'uomo al vertice dell'opera della creazione come evidenzia l'atto creatore stesso di Dio: «allora 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» (*Gn 2,7*).

Ma, e qui s'impone una constatazione inconfutabile, proprio da questa origine «materiale» del corpo deriva che l'uomo è, per sua natura, un essere passibile e disposto a morire. Nonostante il fatto che dobbiamo intendere simbolicamente il racconto dell'origine dell'uomo, resta sempre vero che egli è, connaturalmente, un essere creaturale disposto a patire e morire, cioè a ritornare alla polvere. Neppure la profonda unità dell'anima e del corpo, come risulta dalla considerazione dell'anima quale forma del corpo, e quindi neppure il fatto che non ci troviamo di fronte a due nature, ma ad un'unica natura, cambia che si tratta di una natura passibile e mortale.

Senonché, ed è qui che Dio rivela il suo progetto di una salute integra dell'uomo: questo essere vivente, unità di anima e di corpo, non dovrebbe né patire né morire. Ripeto, per scansare ogni possibile equivoco, ciò non significa che l'uomo, progettato dal Divino Creatore, era diventato, per sua natura, impassibile e mortale. Dio voleva rendere ancora più evidente che Egli intendeva creare un uomo a sua immagine e somiglianza. In effetti, il primo uomo non solo è stato creato buono, ma è stato anche costituito, insegnava il CCC «in una tale amicizia con il suo Creatore e in una tale armonia con se stesso e con la creazione,

che saranno superate soltanto dalla gloria della nuova creazione in Cristo”⁸. È in questo senso che la Chiesa interpreta autenticamente il simbolismo del linguaggio biblico. Alla luce del Nuovo Testamento e della Tradizione essa “insegna che i nostri progenitori Adamo ed Eva sono stati costituiti in uno stato «di santità e di giustizia originale»⁹. Vuol dire che la irradiazione della santità originale, ossia della partecipazione alla vita divina, potenziava tutte le dimensioni della vita dell'uomo. Ma, ed eccoci alla prova più convincente che l'uomo, creato da Dio, è connaturalmente passibile e mortale, “finché fosse rimasto nell'intimità divina, l'uomo non avrebbe dovuto né morire, né soffrire. L'armonia interiore della persona umana, l'armonia tra l'uomo e la donna, infine l'armonia tra la prima coppia e tutta la creazione costituiva la condizione detta «giustizia originale»¹⁰. Insomma, “l'uomo era integro e ordinato in tutto il suo essere, perché libero dalla triplice concupiscenza che lo rende schiavo dei piaceri dei sensi, della cupidigia dei beni terreni e dell'affermazione di sé contro gli imperativi della ragione”¹¹. Dunque, la salute integra dell'uomo paradisiaco consisteva in una triplice armonia: la radice ossia quella religiosa, e due conseguenziali, vale a dire, intra-personale ed inter-personale, sociale l'una e cosmica, l'altra.

Ma, notiamolo bene, finché l'uomo fosse rimasto nella armonia religiosa, cioè nell'intimità divina. Ora, è noto che “per il peccato dei nostri progenitori andrà perduta tutta l'armonia della giustizia originale che Dio, nel suo disegno aveva previsto per l'uomo”¹². E, di fatto, è andato perduto il dono “praeter naturale” del non dover soffrire e morire, come Dio aveva stabilito: “E Jahve Dio comandò all'uomo: «Di tutti gli alberi del giardino tu puoi mangiare; ma dell'albero della conoscenza del bene e del male non devi mangiare, perché nel giorno in cui ne mangerai, dovrà certamente morire»”¹³.

A questo punto interessa conoscere la reazione di Dio Creatore all'azione disintegrante della salute religiosa, personale, sociale e cosmica.

2. La maggiore re-integrazione della salute nel progetto redentore di Dio Figlio

La reazione divina è sorprendente. Dopo il suo dialogo con i protagonisti della disintegrazione, il serpente, la donna e l'uomo, il Creatore promette una re-integrazione cristica. Ai progenitori che hanno sentito la realtà alla loro auto-punizione¹⁴, Dio annunzia, rivolgendosi al serpente: «Una ostilità io porrò tra te e la donna e tra il tuo seme e il seme di lei: esso ti schiaccerà la testa e tu lo assalirai al tallone»¹⁵. Questo passo della Genesi, chiamato «Protovangelo» pre-annuncia il Messia redentore ossia il discendente della Donna, il quale riporterà la vittoria finale della lotta tra il serpente ed Essa¹⁶. Si tratta di una vittoria, notiamolo bene, che re-integra la salute dell'uomo in maniera insospettata a causa della ineffabile grazia di Cristo. Dice san Leone Magno: «L'ineffabile grazia di Cristo ci ha dato beni migliori di quelli di cui l'invidia del demonio ci aveva privati»¹⁷. E san Tommaso commenta: «Nulla si oppone al fatto che la natura umana sia stata destinata ad un fine più alto dopo il peccato. Dio permette, infatti, che ci siano i mali per trarre da essi un bene più grande». Da qui il detto di san Paolo: “Laddove è abbondato il peccato, ha sovabbondato la grazia” (*Rm 5, 20*). E il canto dell'Exultet: «O felice colpa, che ha meritato un tale e così grande Redentore»¹⁸. Possiamo affermare senza temere una smentita che “secondo la fede cristiana, questo mondo è stato «creato» ed è «conservato nell'esistenza dall'amore del Creatore»: questo mondo è «certamente posto sotto la schiavitù del peccato, ma liberato da Cristo crocifisso e risorto, con la sconfitta del Maligno...»¹⁹. È verissimo: il Figlio di Dio, come indica il suo nome Gesù, si è fatto uomo “per l'universale e definitiva Redenzione dei peccati”²⁰. In effetti, se da un lato gli spiriti maligni temono il suo nome, dall'altro i discepoli di Gesù compiono miracoli nel suo nome²¹. In altre parole, il Padre ha mandato il suo Figlio per salvare, cioè risanare il mondo malato, decaduto e morto. Scrive un padre greco: “la nostra natura, malata, richiedeva

d'essere guarita; decaduta, d'essere risollevata; morta, di essere risuscitata. Avevamo perduto, il possesso del bene, era necessario che ci fosse restituito...” Poi si domanda retoricamente “Tutte queste ragioni... non erano tali da commuovere Dio sì da farlo discendere fino alla nostra natura umana per visitarla, poiché l'umanità si trovava in una condizione tanto miserabile ed infelice?”²².

Ecco chiaramente asserito perché «Il Verbo si fece carne» (*Gv 1, 14*): per re-integrare la salute perduta a causa del peccato.

A questo punto va rilevato che la re-integrazione è iniziata con l'assunzione, da parte del Figlio di Dio, della nostra natura umana. Essendo l'uomo perfetto, Il Figlio di Dio ha, unendosi a ogni uomo, restituito ai figli d'Adamo la somiglianza con Dio. “Poiché in lui la natura umana è stata assunta, senza per questo venire annientata, per ciò stesso essa è stata anche in noi innalzata a una dignità sublime”²³. Spargendo liberamente il suo sangue, Egli “ci ha meritato la vita, e in lui Dio ci ha reconciliati con noi stessi e tra noi e ci ha strappati dalla schiavitù del diavolo e del peccato; così che ognuno di noi può dire con l'apostolo: il Figlio di Dio «ha amato me e ha sacrificato se stesso per me» (*Gal 2, 20*)²⁴. Qui è evidente come nel progetto redentore del Figlio di Dio, l'intento primario è quello di re-integrare la salute religiosa, cioè l'armonia tra Dio e l'uomo, e di conseguenza, la re-integrazione sociale, cioè l'armonia inter-personale. Una re-integrazione, notiamone la ineffabilità, avvenuta al livello della Unione Hypostatica tra la natura divina e la natura umana.

Tuttavia, resta la domanda riguardante la re-integrazione personale ossia l'armonia intra-personale, e, di conseguenza, riguardante la disposizione o meno alla sofferenza e alla morte. Ecco la risposta. Reso, ormai conforme all'immagine del Figlio-primo genito tra tutti i fratelli, l'uomo «le primizie dello Spirito» (*Rm 8, 23*), per cui diventa capace di adempiere la legge nuova dell'amore²⁵. Infatti, in virtù di questo Spirito, che è la «caparra della eredità» (*Ef 1, 14*), tutto l'uomo viene interiormente rifatto, fino al traguardo della «re-

denzione del corpo» (*Rm 8, 23*). La risposta è chiara, ma rimanda al traguardo, e, quindi, ciò significa che nel frattempo la re-integrazione della non-passibilità e della non-mortalità non è ancora avvenuta e neppure avviene. In effetti, l'uomo, anche se è cristiano, «rimane assillato dalla necessità e dal dovere di combattere contro il male attraverso molte tribolazioni, e di subire la morte»²⁶. Comunque, ormai le cose sono radicalmente e totalmente cambiate, poiché per «Cristo e in Cristo riceve luce quell'enigma del dolore e della morte, che al di fuori del suo vangelo ci opprime. Cristo è risorto, distruggendo la morte con la sua morte, e ci ha donato la vita, affinché, figli nel Figlio, esclamiamo nello Spirito: Abba, Padre!»²⁷.

Per quanto è vero che l'armonia paradisiaca della non-sofferenza e della non-morte è stata rimandata ad una armonia molto più grande, ritengo che Il Figlio di Dio ha voluto dare prove di questa armonia, ogni volta che ha ridato la salute ai malati e la vita ai morti. Basta pensare ai tanti miracoli. Essi testimoniano che Gesù non ha soltanto il potere di guarire, ma anche di perdonare i peccati²⁸: è venuto a guarire l'uomo tutto intero, anima e corpo; è il medico di cui i malati hanno bisogno²⁹. I malati lo cercano e sono convinti che basta toccarlo per essere guariti: «E tutta la folla cercava di toccarlo perché da lui usciva una forza che guariva tanti»³⁰. «Aveva, racconta Marco, guarito molti e tutti gli afflitti da malanni si precipitavano su di lui per toccarlo. E gli spiriti immondi, vendendolo, cadevano ai suoi piedi, gridando «Tu sei il Figlio di Dio!»³¹. È ancora Marco, il discepolo medico, che scrive: «Portata a termine la traversata, approdarono nella regione di Gennesaret. Appena sbarcati gli abitanti subito lo riconobbero e, percorrendo tutta quella regione, cominciarono a portargli i malati sui loro lettucci, dovunque venivano a sapere che si trovasse Gesù. E dovunque egli giungeva nei villaggi, nelle città, nelle borgate, deponevano i malati sulle piazze e lo supplicavano che permettesse loro di toccargli almeno la frangia del mantello. E tutti quelli che la toccavano erano guariti»³².

Che Gesù è venuto non solo a salvar i peccatori, i malati dell'anima, ma anche a sanare i malati del corpo evidenzia ancora san Marco. Gesù manda i suoi a predicare il vangelo e comanda loro d'imporre, nel suo nome, le mani ai malati perché li guarissero³³. «E partiti, attesta Marco, predicavano che la gente si convertisse, scacciavano i demoni, ungevano di olio molti infermi e li guarivano»³⁴. Sottolineo che la Chiesa ha fatto sempre suo il commando «Guarite gli infermi» cercando «di attuarlo sia attraverso le cure che presta ai malati sia mediante la preghiera di intercessione con la quale li accompagna. Essa crede nella presenza vivificante di Cristo, medico delle anime e dei corpi»³⁵. Infatti la Chiesa crede e professa che esiste «un sacramento destinato in modo speciale a confortare coloro che sono provati dalla malattia, l'Unzione degli Infermi»³⁶, di cui san Giacomo è il prolungatore: «Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato: il Signore lo rialzerà e se ha commesso peccati, gli saranno perdonati»³⁷.

Gesù ha anche voluto dimostrare che Egli è venuto per vincere la morte. Più volte ha fatto ritornare un morto alla vita terrena. Pensiamo a Lazzaro, alla figlia di Giairo, al figlio della vedova di Nain³⁸. Tuttavia, la sua vittoria definitiva sulla morte è quella della risurrezione, perché il ritorno alla vita di Lazzaro, della figlia di Giairo e del figlio della vedova di Nain era soltanto un ritorno temporaneo, un ritorno destinato a morire di nuovo. La risurrezione è un avvenimento del tutto differente come rivela la missione dello Spirito Santo.

3. La definitiva re-integrazione della salute nel progetto santificante di Dio-Spirito Santo

«Noi vi annunziamo la Buona Novella che la promessa fatta ai padri si è compiuta, poiché Dio l'ha attuata per noi, loro figli, risuscitando Gesù»³⁹. L'importanza di questa re-integrazione della morte

corporale di ogni uomo a causa della risurrezione di Gesù risulta da quanto insegna il CCC: «La risurrezione di Gesù è la verità culminante della nostra fede in Cristo, creduta e vissuta come verità centrale dalla prima comunità cristiana, trasmessa come fondamentale della Tradizione, stabilita dai documenti del Nuovo testamento, predicata come parte essenziale del Mistero pasquale insieme con la croce: Cristo, canta la liturgia bizantina, è risuscitato dai morti. Con la sua morte ha vinto la morte, Ai morti ha dato la vita»⁴⁰.

«Gesù «l'Autore della vita» (*At 3,15*) ha ridotto «all'impotenza, mediante la morte, colui che della morte ha il potere, cioè il diavolo» liberando «così tutti quelli che per timore della morte erano soggetti a schiavitù per tutta la vita» (*Eb 2, 14-15*). Ormai Cristo risuscitato ha «potere sopra la morte e sopra gli inferni» (*Ap 1, 18*)⁴¹. In una antica Omelia sul Sabato Santo si dice: «Dio e il Figlio suo vanno a liberare dalle sofferenze Adamo ed Eva, che si trovano in prigione... «Io sono il tuo Dio, che per te sono diventato tuo figlio. Svegliati, tu che dormi! Infatti non ti ho creato perché rimanessi prigioniero nell'inferno. Risorgi dai morti. Io sono la Vita dei morti»⁴².

È vero finora non è stato nemmeno nominato lo Spirito Santo. Eppure, il compimento ineffabile della re-integrazione va attribuito a Lui. «Quanto il Signore, scrivono i padri del Vaticano II, ha una volta predicato o in lui si è compiuto per la salvezza del genere umano, deve essere proclamato e diffuso fino all'estremità della terra, a cominciare da Gerusalemme, così che quanto una volta è stato operato per la comune salvezza, si realizzi compiutamente in tutti nel corso dei secoli»⁴³. Ora, «per realizzare questo, Cristo inviò da parte del Padre lo Spirito Santo, perché compisse dal di dentro la sua opera di salvezza e stimolasse la chiesa a estendersi»⁴⁴. L'Apostolo scrive al riguardo: «Nessuno può dire "Gesù è Signore" se non sotto l'azione dello Spirito Santo»⁴⁵. «Per essere in contatto con Cristo, bisogna dapprima essere toccati dallo Spirito Santo. È lui che ci precede e suscita in noi la fede, in forza del nostro Battesimo, primo sacra-

mento della fede; la Vita, che ha la sua sorgente nel Padre e ci è offerta nel Figlio, ci viene comunicata intimamente e personalmente dallo Spirito Santo nella Chiesa⁴⁶. Ecco, quanto, con ogni chiarezza, insegna la Chiesa Cattolica. Dunque, anche se ogni opera “ad extra” è comune alla Trinità, tuttavia, nell’economia divina della salvezza, lo Spirito Santo è inviato per unire tutti a Cristo e di farli vivere in Cristo.

Pertanto Egli è veramente lo Spirito della promessa. “Sfigurato dal peccato e dalla morte, l’uomo rimane «a immagine di Dio»... ma è privo «della Gloria di Dio» (*Rm* 3,23) della «somiglianza». La Promessa fatta ad Abramo inaugura l’Economia della salvezza, al termine della quale il Figlio stesso assumerà «l’immagine» e la restituirà nella «somiglianza» con il Padre, ridonandole la Gloria, *lo Spirito «che dà la vita»*⁴⁷. Il promesso discendente di Abramo è Cristo, nel quale, appunto, “l’effusione dello Spirito Santo riunirà «insieme i figli di Dio che erano dispersi» (*Gv* 11,52). Impegnandosi con giuramento, Dio si impegna già al dono del suo Figlio Prediletto e al dono «dello Spirito Santo che era stato promesso... *in attesa della completa redenzione* di coloro che Dio si è acquistato» (*Ef* 1, 13-14)⁴⁸.

La pienezza della re-integrazione, quale opera dello Spirito Santo, consiste nel ridonare, con Cristo e in Cristo, la piena somiglianza divina dell’uomo. E questa re-integrazione avverrà pienamente e definitivamente con la partecipazione dei corpi alla risurrezione di Cristo. E concludo.

L’uomo, dopo aver perso la salute integra a causa del peccato dei protoparenti, è stato nuovamente messo, per opera dello Spirito Santo, nella grazia di Dio cioè nella intimità di vita con Lui, perché, come Cristo fu risuscitato dai morti per mezzo della gloria del Padre, così anche noi possiamo camminare in una vita nuova. Una vita che consiste nella vittoria sulla morte del peccato e nella nuova partecipazione alla grazia, ossia alla Figlianza di Cristo e di conseguenza all’eredità di Cristo... Precisa il CCC: “Cristo, «il primogenito di coloro che risuscitano dai morti» (*Col* 1,18), è il princi-

pio della nostra Risurrezione, fin d’ora per la *giustificazione* della nostra anima, più tardi per la *vivificazione del nostro corpo*”⁴⁹. Ecco i beni migliori di quelli che il peccato ci aveva tolto. La perdita della santità e della giustizia originali dell’uomo adamitico nel paradiso è stata abbondantemente ricolmata dalla partecipazione alla Santità e alla Giustizia del Figlio di Dio, fatto uomo. Sacrificandosi, il Figlio di Dio ci ha resi partecipi alla Sua Vita Intertrinitaria e, risorgendo, Egli ci ha fatto eredi della Sua Gloria di Risorto. Da notare, come prova dei beni migliori, questa grazia di figli adottivi ha una tale irradiazione da rendere il corpo umano risorto eternamente immortale per grazia, per irradiazione pneumatica. Scrive l’Apostolo: “Si semina un corpo preda della corruzione e risorge dotato di incorruttibilità; si semina spregevole, risorge in gloria; si semina soggetto a debolezza e risorge in vigore; si semina un corpo spirituale: così appunto sta scritto. il primo uomo, Adamo, divenne un essere vivente; l’ultimo Adamo è uno spirito che vivifica”⁵⁰.

Insomma, la giustizia originale non rendeva il corpo umano, per sua natura mortale, immortale, ma Dio impediva soltanto che morisse. L’uomo paradisiaco poteva morire, ma per un intervento di Dio *non doveva né soffrire né morire*. L’uomo della re-integrazione “redentrice e santificatrice”, invece, è diventato un uomo che *non può né soffrire né morire*. È questo l’uomo “celeste” del progetto reintegrante di Dio in reazione all’azione della perdita della salute integra dell’uomo “terrestre”. Dunque, l’uomo “celeste” rivela che il progetto “originario” di Dio non conosceva né malattia né morte, ma solo una salute integrale: somatica, psichica e pneumatica. Quanto l’Adamo terrestre fece perdere, l’Adamo celeste ridonò sovrabbondantemente. L’armonia paradisiaca, dopo essere andata perduta, è restaurata, in modo ineffabile, dalla gloria alla nuova creazione in Cristo, per opera dello Spirito Santo⁵¹.

Da quanto esposto risulta la primaria e principale esigenza della morale cristiana in materia di salute integrale: se Dio – Creatore Re-

dentore e Santificatore – *progettava* un uomo che non doveva né soffrire né morire, e *ri-progettava*, e ciò per tutta l’eternità, un essere umano che non può né soffrire né morire, allora è chiaro che l’uomo ha l’obbligo di prendersi una grande cura della sua salute. E siccome, la salute “pneumatica” ossia della grazia, s’irradia sulla salute corporea e psichica, dobbiamo convenire che il primario e principale impegno per la salute integrale consiste in una particolare attenzione alla salute “spirituale”. Pertanto la ineffabile re-integrazione della perduta armonia paradisiaca obbliga ogni uomo di buon senso e di buona volontà a mirare al primato della armonia e salute religiosa, poiché da essa deriva anche e molto più di quanto generalmente si ritiene, quella intra-personale, inter-personale e cosmica.

Naturalmente con questo discorso religioso-morale della salute non si intende eludere e minimizzare la problematicità della malattia, della sofferenza e della morte, anzi. Voglio rilevare che Cristo, con la sua passione e la sua morte sulla Croce, ha dato un senso nuovo alla sofferenza: essa può ormai configurarci a lui e unirci alla sua passione redentrice⁵². Secondo la morale cristiana, la sofferenza e la morte possono diventare fonti di re-integrazione della salute come lo erano la sofferenza e la morte del Redentore. La sofferenza e la morte, pur essendo conseguenze del peccato disintegrante della salute integra, sono diventate partecipazioni all’opera salvifica di Gesù e, perciò, fonti di maggiore partecipazione alla Sua glorificazione. Concludo con San Paolo: “Ecco perché noi non ci scoraggiamo; anzi, ancorché in noi l’uomo esteriore si consumi, tuttavia quello interiore si rinnova di giorno in giorno. La nostra tribolazione, momentanea e di lieve peso, procura a noi, assolutamente al di sopra di ogni misura, un peso di gloria eterna... Noi infatti sappiamo che se la nostra abitazione terrestre, questa nostra tenda, viene distrutta, avremo nei cieli una abitazione di Dio, una casa eterna non costruita da mani d’uomo. E infatti noi sospiriamo in questa tenda, bramando di sopravvestirci di quella nostra abitazione celeste;... E chi proprio

a questo ci ha preparato è Dio, il quale ci ha dato il pegno dello Spirito”⁵³.

P. BONIFACIO HONINGS, O.C.D.
*Consultore della Congregazione
 per la Dottrina della Fede e
 del Pontificio Consiglio della Pastorale
 per gli Operatori Sanitari, Santa Sede*

Note

¹ Cfr. *Rm* 8, 10-11.

² *I Cor* 2, 6-7.

³ *I Cor* 2, 9; cfr. *Is.* 64, 1-3.

⁴ *I Cor* 2, 14.

⁵ A scanso di equivoci avverto che ogni opera di Dio “ad extra” è comune alla Santissima Trinità, al Padre e al Figlio allo Spirito Santo, ma per appropriazione si attribuisce la creazione al Padre, la redenzione al Figlio e la santificazione allo Spirito Santo. Insegna Il Catechismo della Chiesa Cattolica (CCC) “Sebbene l’opera della creazione sia particolarmente attribuita al Padre, è ugualmente verità di fede che il Padre, il Figlio e Lo Spirito Santo sono il principio unico e indivisibile della creazione”. (CCC 316).

⁶ CCC 280.

⁷ Cfr. CCC 342.

⁸ CCC 374.

⁹ CCC 375.

¹⁰ CCC 376.

¹¹ CCC 377. Il corsivo è mio.

¹² CCC 379.

¹³ *Gn* 2, 16-17: Il corsivo è mio. Ma cosa è accaduto in concreto? Ecco la risposta della CCC: “l’armonia nella quale essi erano posti, grazie alla giustizia originale, è distrutta: la padronanza delle facoltà spirituali dell’anima sul corpo è infranta; l’unione dell’uomo e della donna è sottoposta a tensioni; i loro rapporti saranno segnati dalla concupiscenza e dalla tendenza all’asservimento. L’armonia con la creazione è spezzata: la creazione visibile è diventata aliena e ostile all’uomo. A causa dell’uomo, la creazione è «sottomessa alla cattività» (*Rm.* 8, 20). Infine, la conseguenza esplicitamente annunziata nell’ipotesi della disobbedienza si realizzerà: l’uomo tornerà in polvere, quella polvere dalla quale è stata tratta. La morte entra nella storia dell’umanità” (CCC 400).

¹⁴ Cfr. *Gn* 3, 9-24.

¹⁵ *Gn* 3, 15.

¹⁶ Cfr. CCC 410-411.

¹⁷ SAN LEONE MAGNO, *Sermones*, 73,4: PL 54, 396.

¹⁸ SAN TOMMASO, *Summa theologiae*, III, 1,3, ad 3.

¹⁹ CCC 421.

²⁰ CCC 423.

²¹ Cfr. *Atti* 16, 16-18; 19, 13-16; *Mc.* 16, 17;

²² SAN GREGORIO DI NISSA, *Oratio catechistica*, 15: PG 45, 48 B.

²³ *Gaudium et Spes* (GS), 22.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ Cfr. *Rm* 8, 1-11.

²⁶ GS 22.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Cfr. *Mc* 2, 5-12.

²⁹ Cfr. *Mc* 2, 17.

³⁰ *Lc* 6, 19. Cfr. il racconto della guarigione di un lebbroso in *Mc* 1, 40-42;

³¹ *Mc* 3, 10-11.

³² *Mc* 6, 53-56. Interessante notare che il mantello era, allora, il segno di potere e, quindi, per i malati bastava toccarne la frangia.

³³ Cfr. *Mc* 16, 17-18.

³⁴ *Mc* 6, 12-13.

³⁵ CCC 1509.

³⁶ CCC 1511.

³⁷ *Gc* 5, 14-15.

³⁸ Cfr. di seguito, *Gv* 11, 44 e 8, 49; *Lc* 7, 11-15.

³⁹ *At* 13, 32-33.

⁴⁰ CCC 638.

⁴¹ CCC 635.

⁴² Cfr. *Liturgia delle Ore*, II, Ufficio delle letture del Sabato Santo.

⁴³ Decreto sull’attività missionaria della Chiesa (AG) 3.

⁴⁴ AG 4.

⁴⁵ *I Cor* 12,3.

⁴⁶ CCC 683.

⁴⁷ CCC 705; il grassetto è mio.

⁴⁸ CCC 706.

⁴⁹ CCC 658; il grassetto è mio.

⁵⁰ *I Cor* 15, 42-45.

⁵¹ Mi piace riportare quanto il CCC insegna a riguardo del corpo glorioso di Cristo. Questo corpo autentico e reale, poiché porta ancora i segni della passione, “possiede però al tempo stesso le proprietà nuove di un corpo glorioso; esso non è più situato nello spazio e nel tempo, ma può rendersi presente a suo modo dove e quando vuole, poiché la sua umanità non può più essere trattenuta sulla terra e ormai non appartiene che al dominio divino del Padre. Anche per questa ragione Gesù risorto è sovrannanzamente libero di apparire dove vuole: sotto l’aspetto di un giardiniere o sotto altre sembianze, che erano familiari ai discepoli, e ciò per suscitare la loro fede” (CCC 646).

⁵² CCC 1505:

⁵³ *2 Cor* 4, 16-18; 5,1-2, 5.



ACHILLE ARDIGÒ

Il ruolo preventivo e dell'educazione-autoueducazione sanitaria per corrispondere ad attese e speranze nella cura degli infermi

Le attese e speranze in tema di "Chiesa e salute", alle soglie del 2000 credo possano essere ricondotte a due orientamenti prioritari.

Il primo, che si colloca in un contesto etico-razionale è l'orientamento a favorire un riequilibrio delle cure per la salute più verso la prevenzione e la promozione – autopromozione e meno verso le terapie residenziali di urgenza, più verso un approccio medico-sanitario all'unità (anima e corpo) del paziente e meno verso l'approccio fisicalista/scientista che ha finora dominato la scienza medica.

Il secondo orientamento in chiave religiosa è verso un ritorno, entro la Chiesa, al primitivo insegnamento di Cristo per una evangelizzazione sempre associata alla cura degli infermi (e alla cacciata dei demoni), come insegnano tutti e quattro gli evangeli a partire da *Luca 9, 1-96*. "Egli allora chiamò a sé i Dodici e diede loro potere e autorità su tutti i demòni e di curare le malattie. E li mandò ad annunziare il regno di Dio e a guarire gli infermi (...).

Allora essi partirono e giravano di villaggio in villaggio, annunciando dovunque la buona novella e operando guarigioni".

Per un credente, i due orientamenti sono un aspetto specifico della vitale ambivalenza umana affidata al concrecere positivo di due polarità tra loro logicamente divaricanti e invece in qualche modo integrabili per la salute umana intesa in senso pieno. L'ambivalenza dei due orientamenti si esplicita nella attesa e nella speranza che si possano far superare all'umanità i limiti materialisti nelle cure degli infermi, senza rinunciare agli enormi benefici della scienza medica.

Oltre tre secoli di egemonia del modello scientista-fisicalista centrato sulla separazione cartesiana tra res cogitans e res extensa, hanno portato ad esclusivizzare lo studio causale sul nesso tra singole malattie e singoli eventi patogeni interni all'organismo umano e/o provenienti dalla natura esterna¹.

Prendendo a modello le scienze naturali, l'approccio scientista della medicina – ha osservato criticamente D. von Engelhardt – con "la concezione angusta che ne è risultata lascia cadere quanto fa parte della dimensione non organicistica dell'esistenza"². Nel processo di riduzione dell'infermità alla malattia, osserva F. Capra, "l'attenzione dei medici si è allontanata dal paziente come persona totale ... mentre l'infermità è una condizione dell'essere umano totale..."³. "Anziché chiedersi perché si verifica una malattia, e tentare di rimuovere le condizioni che conducono ad essa, i ricercatori medici tentano di capire i meccanismi biologici attraverso i quali la malattia opera"⁴.

E il paziente come persona totale va osservato – questa la filosofia contrapposta alla prima del modello medico-sociale – nel suo ambiente, entro l'organizzazione sociale in cui vive, con il peso (che la società industriale nascente ha ingigantito, insieme con il benessere economico) delle diseguaglianze sociali ingiuste, con lo sfruttamento dei lavoratori e la marginalizzazione delle esigenze vitali della famiglia.

Dai principi fondamentali, le critiche al modello in esame discendono, poi, anche agli aspetti pratico-operativi, e concernono soprattutto la critica al sacrificio della prevenzione, della riabilitazione e

della dietetica per la concentrazione delle migliori risorse umane e strumentali sui procedimenti medi ci d'urgenza, specie chirurgici, più spettacolari.

"Perciò, la dietetica, la prevenzione e la riabilitazione – si rammarica D. von Engelhardt – recedono sullo sfondo". La perdita della dietetica è associata alla riduzione del nutrimento alla sola dimensione fisica, col sacrificio del carattere religioso, sacrale e rituale del mangiare, bere, dormire, e far l'amore..."⁵.

Il primo dei due orientamenti citati all'inizio si presenta perciò come contro-tendenza, come azione persino controtattuale rispetto alle egemonie scientifiche, associate alle ingiustizie sociali... La prevenzione delle malattie e la promozione di uno sviluppo sostenibile di invecchiamento non alienante va in tal senso come centrata sul tema della coscientizzazione del proprio corpo quale responsabilità anche morale, ben oltre l'impatto sempre meno valido della psico-analisi o peggio di determinismi psicologici. Non ci può essere, insomma prevenzione della malattia sotto il profilo soggettivo e intersoggettivo che non chiami in causa la ricerca del senso della vita, secondo l'approccio fenomenologico introdotto da E. Husserl e dalla sua allieva E. Stein.

In tal direzione, per quanto importante sia l'apporto del sapere medico-sanitario all'educazione della salute, sempre più l'educazione impartita dal docente deve richiamare la partecipazione dell'utente. L'educazione, insomma, non può non comprendere l'autoueducazione. Cfr. in argomento A. Ardigò, *Società e salute*⁶.

Certo, non possiamo sottovalutare che tra i compiti primari della prevenzione delle malattie e della disabilità vi sono quelli della prevenzione ambientale, e delle cause connesse all'organizzazione societaria, che rimandano a responsabilità anche collettive, degli Stati e della società civile, oltre che delle professioni bio-sanitarie. Non a caso le principali cause di malattia e di morte sono connesse all'inquinamento, agli incidenti sul traffico, sul lavoro, in casa, e agli stress connessi alla convulsa e competitiva organizzazione sociale moderna, ma anche alle ingiustizie sociali che aggravano condizioni di povertà, marginalità, miseria. E tante sono le disarmonie e disegualanze ingiuste che si hanno nel campo della prevenzione primaria anche all'interno di uno stesso Governo nazionale. E tuttavia, nelle opinioni di esperti come nella partecipazione degli utenti, e dei loro portavoce, cresce il ruolo della coscientizzazione e responsabilizzazione personale ed interpersonale nella cura della salute a partire dalla correzione di stili di consumo e di vita insalubri, a partire dalla lotta contro il fumo, l'alcoolismo, la tossicodipendenza, la sfrenatezza sessuale.

Si può dire che in questi ultimi anni, prevenzione e promozione della salute, anche attraverso l'educazione ed auto-educazione sanitaria, sono tra gli obiettivi più frequentemente citati nei programmi governativi in Europa. Tuttavia agli intenti programmati non corrisponde spesso la pratica in quanto essi intenti implicano, com'è detto; un qualche dimensionamento del settore forte della spesa: quello ospedaliero. E le urgenze per ricoveri ospedalieri sono troppo cogenti in carenza di risorse pubbliche, per poter incoraggiare revisioni forti, con trasferimenti di risorse alla prevenzione, all'educazione ed auto-educazione alla salute.

I campi della prevenzione sono comunque vasti e rilevanti, con almeno tre direzioni di interventi specifici, per ciascuno dei quali vanno specificate le competenze dell'educazione e auto-educazione alla salute. Le tre direzioni sono:

a) per vaccinazioni e screening

di massa e prevensioni sull'ambiente;

b) per affrontare i maggiori danni alla salute provenienti da comportamenti personali e di gruppo (consumi del tabacco, dell'alcool, di sostanze tossiche, infezioni da AIDS);

c) per promuovere, a favore di gruppi di handicappati, l'educazione e l'auto-educazione sanitaria e misure preventive e promozionali.

Va detto che, sempre di recente, si avverte anche il crescere di iniziative di coordinamento da parte della CE (con programmi già avviati contro il cancro e l'AIDS).

Per concludere sul primo orientamento, possiamo dire che esso si qualifica, in sintesi, per una apertura speciale di interesse:

– al tema dell'organizzazione societaria in genere e di quella delle riforme dei servizi sanitari e sociali sul territorio in specie, (medicina di comunità), un tema in senso ultimo politico, ma anche

– alla prevenzione sia collettiva che personale, sia di igiene pubblica che di educazione e autoeducazione sanitaria, nei confronti di effetti iatrogeni dell'esposizione a situazioni sociali e a strutture collettive, anche sanitarie (specie in termini di igiene pubblica e di educazione sanitaria),

– alla umanizzazione e alla personalizzazione delle cure medico-sanitarie, con particolare attenzione alle relazioni di mondo vitale che legano il malato al suo immediato contesto di familiarità.

Le misure preventive e promozionali non possono, peraltro, tutte essere circoscritte entro beni e servizi sanitari. L'impatto degli inquinamenti ambientali e di sostanze alimentari e gli effetti di stress per le persone, ove le organizzazioni sociali sono più dense di modernizzazione e di traffici, costituiscono ambiti sempre più rilevanti in cui prevenzione e promozione vanno esercitati anche fuori delle strette competenze sanitarie.

Prevenzione e promozione chiamano in causa, per essere efficaci, l'intero assetto delle relazioni sanitarie fra territorio ed ospedale e sollecitano ad un cambio consistente negli stessi ruoli attuali dell'assistenza sanitaria di base, specie là dove essa è senza rapporti

organici con le strutture residenziali di cura.

Come sempre, quando si hanno obiettivi che chiedono un cambio sostanziale di strutture e prassi consolidate, occorre una qualche forma di accumulazione primitiva a carico degli innovatori. Se si riesce ad avviare consistenti iniziative di prevenzione e di promozione, esse avranno effetti positivi nel ridurre l'uso improprio degli ospedali, nell'evitare eccessi nei test diagnostici e interventi chirurgici non necessari. Più crescerà il ruolo della prevenzione e della promozione più le persone allungheranno le loro speranze medie di vita anche se non esenti da una pluralità di malattie cronico-degenerative. La prevenzione e la promozione della salute attraverso impegni educativi ed autoeducativi negli stili di vita hanno, infine, da affidarsi in misura sempre maggiore alla informazione e alla coscientizzazione delle persone nei confronti del proprio corpo accanto agli interventi collettivi, sanitari e non.

Sotto tale profilo, vanno indicati – sempre in relazione al primo dei due obiettivi indicati all'inizio – recenti positive tendenze all'interno della organizzazione socio-sanitaria, e precisamente:

a) la formazione di associazioni di persone già affette da malattie che implicano anche comportamenti personali (alcoolismo, tossicodipendenza, eccesso o carenza gravi di alimentazione, ecc.) insieme con malati attuali, per gruppi di autoterapia e co-educazione comunitaria;

b) l'uso delle telecomunicazioni, a partire dalla teleassistenza per giungere alla telemedicina, al fine di combattere la solitudine involontaria specie di anziani e di handicappati che possono ancora essere assistiti a casa. Tali sperimentazioni, con positivi sviluppi recenti anche nel nostro Paese, consentono di canalizzare informazioni e comunicazioni attraverso iniziative di privato-sociale, creando ponti tra famiglie e istituzioni sociosanitarie residenziali;

c) l'educazione alla cura della salute anche attraverso partecipazione volontaria e mista entro le strutture ospedaliere, e in altre residenze socio-sanitarie, con comitati consultivi per favorire l'infor-

mazione degli utenti, e dei loro aventi cura informali. Ciò per far crescere nei medesimi il consenso informato in caso di scelte terapeutiche rischiose nonché per promuovere, con la collaborazione anche degli operatori sanitari interni (medici, infermiere, tecnici di laboratorio, personale di supporto) la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure. In tale campo, l'Italia dal 1992 vanta importanti esperienze sia normative che pratiche. L'istituto ortopedico "Rizzoli" di Bologna, un centro di ricerca e cura di rilievo internazionale, ha fin dal 1992 avviato una pionieristica esperienza di comitato consultivo misto per il controllo delle cure dal lato dei pazienti.

Per passare al secondo orientamento inizialmente proposto, quello religioso, mi limiterò ad una breve informazione di una esperienza pionieristica avviata presso lo stesso istituto ortopedico Rizzoli. Nel 1995 per convenzione tra l'istituto "Rizzoli" e la diocesi di Bologna è stata aperta una nuova struttura esplicitamente ecclesiastica, in quanto l'istituto Rizzoli incorpora storicamente anche una delle più rilevanti chiese bolognesi: quella di San Michele in Bosco. Con l'approvazione del card. Biffi, vescovo della diocesi di Bologna,

la convenzione suddetta ha formalizzato l'introduzione di una nuova istituzione religiosa, la *Cappellania di San Michele in Bosco*, con l'esplicito intento, da parte dei padri camilliani che dal 1995 hanno in cura la parrocchia, per secoli curata dai monaci olivetani, di impostare l'assistenza religiosa ai malati proprio sul recupero del primitivo messaggio evangelico: di una evangelizzazione che sia insieme cura dei malati.

Prof. ACHILLE ARDIGÒ
Prof. di Sociologica Sanitaria
all'Università di Bologna

Note

¹ In merito cfr. ACHILLE ARDIGÒ, *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, ed. F. Angeli, Milano, 1997, V ed. specialmente il cap. 2, "I modelli del sapere bio-medico, ecc..."

² DIETRICH VON ENGELHARDT, *La medicina di fronte alla sfida antropologica* in "L'arco di Giano" F. Angeli ed., n. 1, 1993, p. 127.

³ FRITJOF CAPRA, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, G. Feltrinelli ed., Milano, 1984. Cfr. il cap. 5. Il modello biomedico, pp. 104-136, v.p. 104.

⁴ DIETRICH VON ENGELHARDT, *La medicina di fronte alla sfida antropologica*, ed. cit., v.p. 126.

⁵ D. VON ENGELHARDT, *cit.*, v.p. 30.

⁶ A. ARDIGÒ, *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, ed. F. Angeli, 1997, ved. specialmente il cap. 7.

Bibliografia

A. ARDIGÒ, *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, ed. F. Angeli, Milano, 1997.

A. ARDIGÒ e F. GARELLI, *Valori, scienza e trascendenza*. Vol. 1, Una ricerca empirica sulla dimensione etica e religiosa fra gli scienziati italiani, Ed. della Fondazione Giovanni Agnelli, Torino, 1989.

A. ARDIGÒ e G. SCIORTINO (a cura di), *Una svolta per la salute degli anziani*, ed. Istituto Trentino di Cultura, trento, 1994.

Saggi dell'autore

A. ARDIGÒ, *Dall'ospedale al territorio: tendenze emergenti*, in Odilia D'Avella, (a cura di) *Un infermiere per il terzo millennio*. Ed. I Percorsi infermieristici, Roma, 1994; ved. pp. 74-79;

Il controllo di qualità delle cure sanitarie dal lato del paziente anziani, in "Giorn. Genont.", vol. 431, 1995, pp. 167-171.

La qualità del servizio sanitario come percepita dall'utente, in M. Trabucchi, a cura di, Fondazione Smith Kline, Rapporto Sanità '97. I nodi del cambiamento, Il Mulino, Bologna, 1997, pp. 315-339;

La sanità italiana in mezzo al guado, in "L'arco di Giano", F. Angeli ed., Milano, 1997; n. 13, gennaio-aprile 1997; pp. 27-36.

Le cure domiciliari / secondo la / sociologia della salute, in "L'arco di Giano", n. 2, 1993, pp. 70-79.

Salute e diritto alla salute nella società in trasformazione, in "L'arco di Giano", n. 4, 1994, pp. 111-125.

Sedentary Life and Nutrition. A Sociologist's Point of View, in F. Fabris & L. Pernigotti, *Sedentary Life and Nutrition*, Raven Press Itd., New York, 1990; pp. 1-7.

Sociologia della salute, in "L'arco di Giano", n. 2, maggio-agosto 1993, pp. 70-80; (è dedicato all'home care).



J.P.M. LELKENS

L'operatore sanitario al servizio della vita e della salute

*Fa' poi passare il medico...
Ci sono casi in cui il successo è
nelle loro mani.
Anch'essi pregano il Signore
perchè li guidi felicemente
ad alleviare la malattia
e a risanarla, perchè il malato
ritorni alla vita.*

Siracide 38, 13-14

Vorrei parlare dello scopo e del compito degli operatori sanitari, facendo riferimento a queste parole del Siracide nel libro dell'*Ecclesiasticus* (A.T.).

Vorrei anzitutto farvi notare che, quando parlo dei medici, mi riferisco anche agli altri operatori sanitari come gli infermieri, il personale di laboratorio, quello della segreteria, ecc. Anch'essi sono coinvolti nel servizio al paziente, sia a distanza che con un approccio diretto.

Lo scopo dell'operatore sanitario è, come dice la Carta degli Operatori Sanitari¹, quello di garantire, ripristinare e migliorare lo stato di salute, il che significa servire la vita nella sua totalità.

Cosa intendiamo per salute?

Da un punto di vista puramente biologico, possiamo dire che una persona sana è un'entità coordinata, con una circolazione sanguigna, un sistema respiratorio ed un sistema nervoso centrale intatti. Ma questo non è l'uomo nella sua totalità.

Così come è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute è uno stato di benessere fisico, psichico e sociale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità. Ma questa definizione è incompleta e vaga, perché il "benessere" è un fattore piuttosto soggettivo che non può

essere specificato in modo esatto.

È incompleta perché non tiene conto del fatto che essere umano significa esistere nel mondo come entità spirito-fisica². Il primo polo è l'essere umano individuale, il resto contiene le varie situazioni in cui l'uomo vive:

- la situazione materiale: vivere sotto le influenze fisiche, chimiche ed ambientali e venire incontro alle loro esigenze per mantenere le proprie posizioni;
- la situazione personale: vivere diverse relazioni personali;
- la situazione socio-economica;
- la situazione spirituale e religiosa: vivere secondo una filosofia di vita ed una convinzione religiosa.

Da ciò emerge che dobbiamo concepire la nozione di "sano" in una prospettiva così ampia, perché la medicina deve occuparsi di tutte queste situazioni che possono far ammalare un uomo o minarne la salute.

Il fatto di non essere in grado di farvi fronte, causa sofferenza. Possiamo dire che solo l'uomo che si è adattato a tutti questi aspetti in modo armonioso è sano.

Ciò porta alla seguente descrizione dello scopo dell'operatore sanitario: mantenere, ripristinare o migliorare una condizione di adattamento ottimale di un paziente alla totalità della propria situazione di esistenza, applicando i metodi che egli ha appreso dalla scienza medica. La conseguenza, ma allo stesso tempo il vantaggio di usare la nozione di "adattamento", è che una persona può essere malata nel senso stretto del termine, ma ciò nonostante "sana", come è nel caso di un certo numero di santi che hanno mostrato un atteggiamento realmente sano rispetto alla propria sofferenza somatica. A parte ciò, il fatto di cercare di adattarsi non solleva il medico dal compito di rimuovere l'anormalità, se questa può essere trattata terapeuticamente senza danneggiare la persona.

Salute è così una delle nozioni fondamentali che hanno un ruolo importantissimo nell'esistenza umana. Perciò non è una coincidenza il fatto che in ogni cultura, seppur primitiva, si cerchi una persona speciale che possa essere destinata al servizio della salute, sia essa uno stregone, un sacerdote templare o un medico.

Sappiamo che le cure mediche erano probabilmente già usate dai primi esseri umani³. Le prime informazioni sulla cura della salute nei tempi antichi risalgono agli scritti di Ippocrate (*Corpus Hippocraticum*), che visse dal 460 a.C. al 370 d.C. in Grecia. Egli formulò il suo famoso giuramento, che è importante per ogni medico in quanto



riguarda i suoi doveri nei confronti dei pazienti. Fu un umanista con una religiosità pagana che unì l'arte della medicina ai propri déi.

Per quanto riguarda la pratica della medicina, è irrilevante che il medico abbia o meno una particolare filosofia di vita. Un medico è uno ministro particolare della salute e questa, come abbiamo già visto, contiene un elemento normativo e per questo diventa un argomento filosofico. Un medico cattolico aspira a qualcosa d'altro rispetto ad un medico che ha un atteggiamento positivistico-materialista, perché ha una visione diversa della gerarchia dei valori ai vari livelli dell'esistenza. Egli sa che il paziente, come lui stesso, ha il dovere di vivere la propria vita in un certo modo, persino quando il suo corpo lo fa stare male. Allo stesso tempo – e ciò è importante al giorno d'oggi – egli sa anche che un paziente deve rimanere fuori dalla sua vita e che è suo compito di medico portare soccorso ad una persona che sta morendo, e mai di prendere la sua vita, che è santa e perciò sana e tutto ciò che è sano non ha bisogno del medico.

Il primo che mise in relazione lo scopo ed il compito del medico con Dio fu Gesù figlio di Sirach, da cui deriva il patronimico di Siracide, ciò citato all'inizio di questo intervento. Se guardiamo all'Antico Testamento e soprattutto al discorso del Siracide nel libro dell'Ecclesiasticus, troviamo nel capitolo 38, versetti 1-154, una descrizione piuttosto dettagliata del medico e dei suoi pazienti. L'autore si presenta come Gesù, figlio di Eleazar, figlio di Sirach.

Egli viene chiamato anche Ben Sira, e scrisse il libro attorno al 190 a.C.; intorno al 130 a.C. un nipote lo tradusse dall'ebraico al greco. Nel testo greco il libro porta il titolo di "La testimonianza di Gesù Sirach".

È uno scritto interessante, perché richiama l'attenzione su un importante elemento religioso, e precisamente sul rapporto tra il medico e Dio: "...anch'egli è stato creato dal Signore. Dall'Altissimo viene la guarigione...", ed al versetto 14: "Anch'essi pregano il Signore..." (cfr. addendum).

Così il Siracide ha in mente un medico giudeo religioso e di fede,

che è in grado di servire la salute facendo uso dei medicamenti che "...il Signore ha creato dalla terra" (versetto 4) – di modo che – "...da lui proviene il benessere sulla terra" (versetto 8).

Dio diede non solo ai medici ma anche ad altri esseri umani la capacità di glorificare nelle Sue meravigliose opere (versetto 6). Ciò significa che ogni uomo ha il compito di utilizzare la creazione in modo ottimale e perché "non vengano meno le sue opere!" (versetto 8), egli non deve lasciare incolta la creazione. In questo modo il Siracide ha sviluppato una nuova visione avventurosa⁶ dell'uomo in generale e sul medico in particolare, vedendolo non come in competizione con Dio ma come co-creatore nel senso del completamento e, se necessario, del rispristino delle Sue opere e della Sua creazione, mediante le capacità e la sapienza che gli sono state date. Sia la scienza che la fede devono essere usate dal medico se la sua intenzione è quella di adempiere a questo compito. "Completare le Sue opere" significa che Dio vuole che la Sua creazione sia completa, totale e che l'uomo sia posto a coronamento della Sua creazione. Per conseguire questo scopo Egli si avvale del servizio del medico.

Tra le altre cose, "servire" significa aiutare, essere utile ad un'altra persona. Nell'ambito della sanità, il concetto di 'servire' contiene anche quello di amore, di carità: la legge fondamentale della comunità. Nella sua essenza, la carità cristiana significa volere l'altro, volere che

l'altro esista e preferibilmente in modo completo. Un essere umano è completo se è sano, in buona salute o se lo è di nuovo. In questo modo il medico dà il proprio contributo per un mondo sano e salutare, così come voluto da Dio⁷. Per questo, c'è, forse, un'affinità linguistica tra le parole 'sano' e 'santo'.

Servendo l'esistenza di qualcun'altro il medico diventa un vero compagno, come il Buon Samaritano. Come tutti gli altri uomini, egli si prende cura di sviluppare le capacità dei suoi compagni specializzandosi nella cura di una determinata parte in modo particolare. Egli non è più qualcuno che fornisce soltanto un trattamento medico come alcuni dei suoi colleghi fanno al giorno d'oggi, in un'era in cui si presta sempre meno attenzione alla persona umana.

Ogni medico sa che la diagnosi è l'inizio del suo trattamento. Dobbiamo imparare a comprendere il contenuto, il significato originario della parola greca "dia-gnosis": vedere attraverso le cose, i sintomi, il processo di una malattia e attraverso questo processo un essere umano che patisce una crisi⁸.

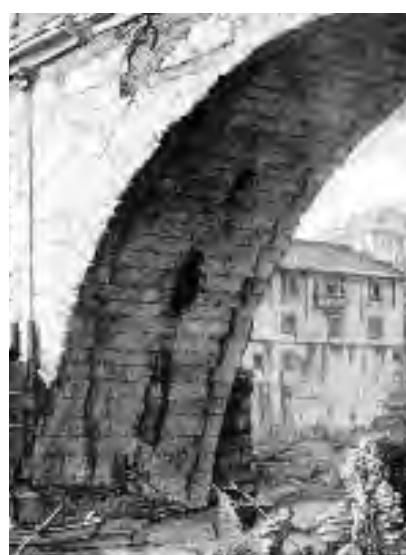
È per questo motivo che il medico, secondo il Siracide, prega il Signore – ed Egli gli garantisce il successo nella diagnosi e nelle cure, nell'intento di preservare la vita (versetto 14) e noi possiamo aggiungere: non soltanto per il successo nella diagnosi medica, ma soprattutto perché egli possa aiutare il paziente sulla base della diagnosi umana. In questo modo, quanto il Siracide ha scritto getta un ponte, per così dire, tra la visione ellenistica della medicina e l'antropologia cristiana del Nuovo Testamento.

Addendum

La testimonianza del Siracide 38; 1-15:

(38:1) Onora il medico come si deve secondo
il bisogno,
anch'egli è stato creato dal Signore.

(2) Dall'Altissimo viene la guarigione,
anche dal re egli riceve doni.



(3) La scienza del medico lo fa procedere a testa alta,
egli è ammirato anche tra i grandi.

(4) Il Signore ha creato medicamenti dalla terra,
l'uomo assennato non li disprezza.

(5) L'acqua non fu forse resa dolce per mezzo di un legno,
per rendere evidente la potenza di lui?

(6) Dio ha dato agli uomini la scienza perchè potessero gloriarsi delle sue meraviglie.

(7) Con esse il medico cura ed elimina il dolore
e il farmacista prepara le miscele.

(8) Non verranno meno le sue opere!
Da lui proviene il benessere sulla terra.

(9) Figlio, non avviliti nella malattia,

ma prega il Signore ed egli ti guarirà.

(10) Purificati, lavati le mani; monda il cuore da ogni peccato.

(11) Offri incenso e un memoriale di fior di farina e sacrifici pingui secondo le tue possibilità.

(12) Fa' poi passare il medico – il Signore ha creato anche lui – non stia lontano da te, poiché ne hai bisogno.

(13) Ci sono casi in cui il successo è nelle loro mani.

(14) Anch'essi pregano il Signore perchè li guidi felicemente ad alleviare la malattia e a risanarla, perchè il malato ritorni alla vita.

(15) Chi pecca contro il proprio creatore cada nelle mani del medico.

* Vorrei ringraziare il professor J. Liesen del Seminario Maggiore di Rolduc, (Kerkade, Olanda) che mi ha introdotto agli scritti del Sracide.

Note

¹ Carta degli Operatori Sanitari (1994), Introduzione n. 3, pubblicata dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano.

² KORTBEEK L.H.Th.S., *De zingeving va het medisch handelen* (1954), R.H.Artsenblad, 33, 1, p. 238.

³ LYONS A.S. e PETRUCELLI R.J.: *Medicine; An Illustrated History* (1978), H.N. Abrams Inc., New York, U.S.A.

⁴ DE HEILIGE SCHRIFT, *Apologetische Vereeniging 'Petrus Canisius'* (1973), Het Spectrum N.V., Utrecht p.803.

⁵ *Ibid.* p. 762.

⁶ BEENTJES P., *Een gedurfde visie op de geneeskunst* (1979) Schrift, Katholieke Bijbelstichting, Nijmegen 65:5, pp. 178-183.

⁷ *Ibid.* p. 183.

⁸ KORTBEEK L.H.Th.S., *op.cit.* p. 245.



SESSIONE POMERIDIANA

ANGELO SCOLA

Verso una visione unitaria della realtà

La questione della salute, più di altre che incidono in modo essenziale sull'umana esistenza, possiede strutturalmente una dimensione sociale e, pertanto, un risvolto economico. Come ha rilevato S.E. Mons. Lozano Barragán nella presentazione alla stampa di questo Convegno, non possiamo pensare che gli aspetti socioeconomici della salute, aspetti che vengono considerati generalmente sotto il titolo di "sanità", siano indipendenti dal profondo significato antropologico ed ultimamente cristologico che il bisogno di salute svela nell'uomo.

L'uomo, infatti, nell'autocomprendere di cui è capace, percepisce in sé l'esistenza di una dimensione drammatica. Questo dramma consiste nell'impossibilità di evitare il limite che lo costituisce. Egli è capace di Infinito, ma non può ultimamente disporne, è limitato. Sulla scorta del Magistero di Giovanni Paolo II si può dire che questa sua condizione emerge nella sua stessa esperienza elementare. Egli è uno, ma di un'unità duale. Vi sono in lui delle polarità costitutive: anima-corpo, uomo-donna, individuo-comunità. Parlare di qualche cosa di costitutivo vuol dire parlare di qualche cosa di "necessario", poiché la libertà dell'uomo ne deve tener conto in ogni atto e in ogni momento. Nessuno può decidere per lui. L'affermazione del dramma, tuttavia, non comporta che l'uomo, come afferma Sartre, sia una "passione inutile". L'uomo, al contrario, con la sua libertà è capace di percepire le dimensioni reali del dramma che lo costituisce, sebbene deve essere chiaro che niente e nessuno possono decidere in anticipo il dramma di ogni uomo.

Questo carattere drammatico

dell'esistenza dell'uomo viene messo in evidenza con particolarissima acutezza nell'esperienza della malattia e il conseguente bisogno di salute. Quando l'uomo è ferito nella sua integrità fisica non si ferma semplicemente all'interrogativo *che terapia è adeguata per questa mia situazione?*, bensì giunge, soprattutto quando la malattia è di una certa gravità, alla questione: *perché sono malato?* In questo senso l'esperienza della mancanza di salute svela il bisogno intrinseco di salvezza che caratterizza il cuore dell'uomo, svela quindi il carattere drammatico dell'umana esistenza, il suo esserci, in un certo senso, nella forma di "ferita". Ogni domanda di salute comporta anche una domanda di salvezza. In questo modo si riconosce l'unità dell'io contro ogni esclusione del soggetto che affronta anche le pratiche mediche.

Ci siamo soffermati su questa dimensione antropologica della salute perché la considerazione delle

problematiche sociali ed economiche ad essa connesse non può dimenticare metodologicamente, dandolo per scontato, il bisogno di salvezza di cui abbiamo parlato. Le risposte che la società può offrire alla questione della sanità (assicurazioni obbligatorie, servizi pubblici...), con i conseguenti risvolti economici (risorse dello Stato dedicate alla sanità pubblica), debbono contemplare la problematica secondo la totalità dei fattori. Questioni scottanti come, ad esempio, il posto della iniziativa pubblica e di quella privata in campo sanitario, dovrebbero essere affrontate tenendo conto sia del principio di sussidiarietà (chiara applicazione di una adeguata antropologica che considera la persona con la sua componente sociale originaria nei confronti dello Stato), sia dei bisogni concreti soprattutto delle fasce più povere della popolazione (solidarietà).

Gli interventi dei relatori di questa seduta affronteranno, in primo luogo, una panoramica generale degli aspetti socio-politici ed economici della sanità corredata da una riflessione sulla situazione e le problematiche della sanità sia nei paesi industrializzati che in quelli in processo di sviluppo. In secondo momento saranno affrontate le questioni della organizzazione, della gestione e dei modelli etici dei sistemi sanitari.

Il mio augurio è che la riflessione di questo pomeriggio contribuisca ad una visione unitaria della sanità che abbia come interlocutore l'uomo *anima et corpore unus*.

S. E. Mons. ANGELO SCOLA
Rettore Magnifico della Pontificia
Università Lateranense



MARIA DE BELEM ROSEIRA

Aspetti socio-politici ed economici della salute

1. Introduzione

Alle soglie del terzo millennio, l'uomo e la dignità derivante dalla sua natura si stanno imponendo in maniera crescente come valori primari della società globale.

Abbiamo d'altronde assistito con soddisfazione alla crescente consacrazione di nuove specificazioni dei diritti dell'uomo, nonché al riconoscimento di questi ultimi nella sfera internazionale per mezzo di meccanismi più svariati.

Abbiamo voluto collocare il nostro intervento nel quadro dei valori che scaturiscono dalla dignità dell'essere umano. Esso porta il titolo "Aspetti socio-politici ed economici della salute" e, su invito del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, ho oggi il piacere di condividerlo con voi.

Riferendoci al titolo, ci è lecito affermare che, nel campo della sanità, il senso della dignità umana acquisisce un peso del tutto particolare così come, secondo noi, gli devono essere subordinati gli aspetti politici, sociali ed economici, come è stato molto opportunamente ricordato dalla *Gaudium et Spes*: "L'uomo è l'autore, il centro e il fine di tutta la vita economico-sociale" (GS 63).

2. Il diritto alla salute

Nell'ambito del suo progetto per la salute per tutti nell'anno 2000, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha segnalato l'importanza di sistemi sanitari che cerchino di instaurare l'equità al fine di ridurre le ineguaglianze dei livelli sanitari tra i paesi, le regioni e le popola-

zioni, cioè l'equità da un triplice punto di vista:

- equità geografica tra i diversi paesi;
- equità socio-economica tra i diversi gruppi sociali;
- equità necessaria tra i diversi gruppi a rischio.

Il diritto alla salute è riconosciuto dalla maggior parte dei testi fondamentali dei paesi sviluppati. Non è possibile tuttavia esercitare questo diritto se lo Stato non ne garantisce l'accesso uguale a tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro condizione economica, dalla loro educazione, dalla loro situazione geografica, ecc.

Siamo ugualmente coscienti del fatto che i fattori che determinano i livelli di salute in una comunità sono molteplici: ci sono quelli che sono in rapporto diretto con la salute (risorse tecniche ed umane) e quelli che contribuiscono a porre le condizioni che portano gli abitanti di un paese a godere di migliori livelli di salute (educazione, sviluppo e integrazione sociale ed economica).

Se queste risorse non sono state distribuite in tutta equità, l'accesso al diritto alla salute risulta negato. È per questo che reputiamo che un sistema sanitario sia equo soltanto se permette lo stesso accesso all'assistenza e se offre le stesse risorse a persone uguali. Affinché questo stesso sistema sia equo, bisogna inoltre che permetta un trattamento diseguale per coloro che si trovano in condizioni diverse. In breve, un trattamento uguale agli uguali e un trattamento diseguale ai disuguali.

D'altronde, come afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità, "la nuova politica di salute

per tutti testimonia il bisogno di costruire un mondo in cui esista una vera *cultura della salute* ed in cui la salute si collochi al centro dello sviluppo umano. Le politiche e le strategie che guideranno questa transizione dovranno essere definite ed accettate rapidamente al fine di poter mantenere la coesione e la coerenza degli sforzi nel corso dei prossimi decenni" (OMS, p. 6).

3. Principi per una riforma

Nel luglio 1996, ho avuto il grande piacere, come Ministro della Sanità in Portogallo, di partecipare all'approvazione di un documento di notevole importanza che si inserisce in questo spirito: la Carta di Ljubljana, che stabilisce un insieme di principi fondamentali che abbiamo cercato di mettere in pratica nell'ambito della riforma del Servizio Nazionale Sanitario in Portogallo.

Ci proponiamo di sottoporre alla considerazione dei partecipanti di questa Conferenza alcuni concetti che sono stati difesi in quell'occasione e che ci sono più cari:

I. "La riforma dei sistemi sanitari deve essere guidata dai valori fondamentali che sono la dignità umana, l'equità, la solidarietà e l'etica professionale".

II. "Ogni riforma che voglia essere importante deve avere come obiettivo definitivo il miglioramento delle cure sanitarie. La prevenzione e la promozione della salute devono costituire le fondamentali preoccupazioni della società e dei cittadini".

III. "Le riforme dei sistemi sanitari devono corrispondere ai bisogni dei cittadini ed alle loro aspet-

tative in materia di sanità e di cure, nel quadro di un processo democratico. L'opinione e la scelta dei cittadini devono poter esercitare un'influenza decisiva sul modo con cui sono concepiti i servizi sanitari e sul loro funzionamento. I cittadini devono essere responsabili in materia di sanità”.

IV. “Ogni riforma deve tener conto del miglioramento continuo e costante della qualità delle cure sanitarie, senza omettere il rapporto costo/efficacia”.

Infine,

V. “Il finanziamento dei sistemi sanitari deve permettere che le cure siano fornire a tutti in modo vitale. Ciò significa, per ogni individuo, il diritto al pagamento delle prestazioni ed all'equità in materia di accesso alle cure, da cui la necessità di un utilizzo razionale delle risorse. I governi devono dunque poter garantire la solidarietà e partecipare attivamente alla regolamentazione del finanziamento dei sistemi sanitari”.

4. Le sfide dell'avvenire

I sistemi sanitari delle società moderne, complesse e pluralistiche, si sono evoluti sotto l'effetto di un insieme di influenze molteplici, che si è concretizzato con un processo di riforma scaglionato nel tempo.

Le trasformazioni sociali che si producono attualmente ad un ritmo accelerato, esigono un adattamento permanente di tutti i sistemi d'aiuto e una risposta costante ai diversi problemi sollevati dall'emergenza di nuove situazioni quali: invecchiamento progressivo della popolazione, nuove forme di esclusione sociale e nuove malattie associate ai modi di vita derivanti dallo sviluppo economico.

Il riapparire di alcune malattie infettive che si credevano scomparse, così come l'insorgere di patologie nuove e sconosciute tanto nel campo delle malattie infettive quanto in quello dell'immunologia, costituiscono delle sfide significative.

Senza contare i problemi che consideriamo allo stesso modo di grande portata, cioè quelli in rapporto con la qualità e la sicurezza dei prodotti della catena alimenta-

re e tutti gli altri legati all'ambiente, in particolare quelli che riguardano l'aria e l'acqua.

Queste questioni, così come quelle relative alla conservazione dell'ambiente dovranno costituire un messaggio chiaro per le generazioni future, messaggio il cui veicolo essenziale deve essere l'educazione.

Anche la ricerca clinica e scientifica, con tutte le implicazioni di ordine morale, politico e religioso che ne derivano, rappresenta per noi una sfida alla stesso tempo promettente e inquietante.

Tutto ciò contribuisce ad aumentare i costi della sanità. Come contropartita, le risorse finanziarie, tenuto conto dell'enormità del compito, sono chiaramente insufficienti; devono quindi essere gestite ed orientate in modo tale che tutti i cittadini possano beneficiarne al meglio.

5. Il Portogallo e il suo sistema sanitario

Per ciò che riguarda il sistema sanitario portoghese, il cambiamento è stato avviato dall'attuale governo che ha definito chiaramente le linee evolutive del sistema, ponendo il cittadino al centro del processo decisionale, dinamizzando una strategia di cambiamento, indispensabile alla preparazione di ogni riforma in profondità.

Sono stati così definiti i principi essenziali di questo processo di cambiamento e che ci proponiamo di enunciare qui:

I. *Primo principio* – Investire nelle potenzialità del Servizio Sanitario Nazionale assicurando il rispetto del principio dell'universalità dell'accesso; migliorando l'ampiezza della rete di infrastrutture dei centri sanitari ed ospedalieri che coprono ragionevolmente l'insieme del paese; dando valore ai suoi quadri professionali; utilizzando al meglio la possibilità offerta dal suo statuto di introdurre modifiche e perfezionamenti in modo articolato, riguardanti il finanziamento del sistema, l'esercizio delle funzioni della salute pubblica, la configurazione dei servizi dispensatori di cure sanitarie.

II. *Secondo principio* – Vigilare affinché la riforma del sistema sa-

nitario venga compiuta a partire da un'analisi rigorosa dei fattori che hanno influenzato la sua evoluzione e una riflessione profonda ed ampia sugli scenari del suo sviluppo futuro.

III. *Terzo principio* – Oltrepassare i modi meccanici, unidimensionali e volontaristi, comprendere il cambiamento dei sistemi sociali ed adottare una concezione dinamica ed interattiva.

IV. *Quarto principio* – Appropiarsi dell'idea che un cambiamento del sistema dovrà essere centrato sul cittadino e garantire un vero impegno dei diversi attori toccati dalla sua messa in atto.

V. *Quinto principio* – Adottare delle forme di sviluppo equilibrato di lavoro il cui scopo è di cercare di massimizzare gli sforzi di concentrazione, preparando e creando in questo modo il quadro di una evoluzione graduale a medio e a lungo termine, senza trascurare d'altro lato gli aspetti di rigore e di opportunità d'azione a più breve termine.

In seguito al processo di partecipazione della società civile che si è concretizzato con l'intervento del Consiglio di Riflessione sulla Sanità, creato con l'intento di portare a buon fine un compito specifico, in un prossimo futuro sorgeranno le proposte di riforma che saranno dibattute a livello politico al Parlamento.

Siamo tuttavia convinti che la questione del finanziamento resti fondamentale per il sistema. Dobbiamo valutare se il finanziamento pubblico sarà sufficiente per continuare ad assicurare un certo livello di prestazione di cure con una equità relativa, o se conviene fare appello al finanziamento privato.

Come popolo europeo, che persegue i valori legati alla solidarietà, non siamo disposti ad abdicare dal principio secondo il quale l'accesso alle cure sanitarie deve essere garantito a tutti.

Auspichiamo allo stesso modo che la qualità tecnica delle cure dispensate non sia differente per il ricco o per il povero.

Nel contesto internazionale di contenere la crescita delle spese pubbliche, dovremo essere capaci fin d'ora di trovare ciò che costituirà per noi il punto d'equilibrio come paese e società.

6. Conclusione

In un mondo che tende verso un progressivo invecchiamento, nella misura in cui le cure sanitarie sono più efficaci, in cui il numero delle persone socialmente svantaggiate ed apertamente incapaci di rivendicare è in aumento, la solidarietà si impone come principio operativo della vita societaria.

L'enorme pressione esercitata da questi fattori sul sistema sanitario, esige una filosofia del sistema totalmente innovatrice. Una gestione dotata di una salda dimensione etica.

“Le questioni etiche sollevate in materia di distribuzione e di utilizzo delle risorse destinate alla salute riguardano ogni società nonché tutti gli individui che la compongono, esse riguardano anche lo Stato attraverso le sue diverse istituzioni e tutti i gruppi professionali che intervengono nelle cure sanitarie, in particolare i medici e gli infermieri. Dall’azione coniugata di tutti questi attori sociali può nascere un impiego più universale e più equo delle risorse attribuite alla sanità” (CNECV, p. 81).

L’evoluzione tecnica e scientifica nel campo sanitario deve essere seguita da un duplice punto di vista: da una parte, le nuove tecnologie permettono agli operatori sanitari di intervenire più rapidamente e più efficacemente nel trattamento e nella guarigione delle malattie

ma, al contrario, esse presentano il pericolo che il rapporto *medico/paziente* possa essere dimenticato.

Per questo, se l’enorme diversità dei mezzi e delle risorse “non è retta da un intendimento morale e da un orientamento verso il vero bene del genere umano, si ritorce facilmente verso di lui per opprimerlo” (SRS, 28).

Le riforme del Servizio Sanitario Nazionale fanno appello, per questo motivo, a questa “nuova cultura della salute” in cui lo sviluppo comporta, inevitabilmente, una dimensione economica diretta ad assicurare alla persona umana la qualità di vita e il benessere, ma che comporta soprattutto un’altra dimensione ben più profonda che gli permette di essere più conforme all’essenza dell’Uomo stesso in cui l’“avere” si limita a servire la verità dell’“essere”.

Infatti, è in questo modo che la interpreta la *Salvificis Doloris*, quando ricorda che “il mondo dell’umana sofferenza invoca, per così dire, senza sosta un altro mondo: quello dell’amore umano; e quell’amore disinteressato, che si desta nel suo cuore e nelle sue opere, l’uomo lo deve in un certo senso alla sofferenza” (SD, 29).

Per concludere, vi dirò che confrontata così alla profondità dell’uomo e all’essenza del concetto di umanità, mi sento assolutamente piccola di fronte al valore ance-

strale della lezione e della pratica dell’Istituzione bimillenaria che, giustamente, si può definire come “esperta in umanità”.

Ma, mentre ci avviciniamo al nuovo secolo, la Chiesa deve assumere in modo sempre più manifesto ed attivo un ruolo di agitatore delle coscienze che obbliga i potenti politici a prendere delle decisioni all’altezza della nobiltà degli obiettivi in gioco.

S.E. Dott.sa MARIA DE BELEM ROSEIRA
Ministro della Sanità del Portogallo

Bibliografia

Changements et réformes à l’OMS, 1997 (OMS).

Constitution de la République Portugaise (CRP).

Gaudium et Spes (GS).

La Chartre de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, OMS, juin 1996.

Questões éticas na Distribuição dos Recursos para a Saúde, Concelho nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1997 – Questioni etiche in materia di distribuzione e d'utilizzo delle risorse attribuite alla Salute, Consiglio Nazionale d'Etica per le Scienze della Vita (CNECV).

GIOVANNI PAOLO II, *Salvificis Doloris*, (SD).

Saúde em Portugal, uma estratégia para o virar do Século, 1997 – La salute in Portogallo, una strategia per il cambio di secolo.

GIOVANNI PAOLO II, *Sollicitudo Rei Socialis*, (SRS).



PIERLUIGI MARCHESI

Salute e sanità nei paesi industrializzati

Nella varietà delle competenze rappresentate attorno a questo tavolo si può vedere la complessità dei problemi che agitano l'intero mondo della sanità.

Per il mio breve intervento ho scelto di sottoporre all'attenzione degli illustri professionisti presenti l'opinione che nel trattare di sanità bisogna concludere, forse, la fase delle analisi dettagliate.

Ormai sappiamo tutto sui costi della sanità, sul suo impatto nei confronti dello stato sociale, sui disagi dei cittadini del mondo intero. Occorre, ora, avere una visione d'insieme e disegnare strategie locali per passare dalle teorie analitiche astratte alle realizzazioni concrete che migliorino la sanità a favore delle persone malate.

Nel binomio salute e sanità è rappresentato, a mio parere, proprio il nesso che corre tra i bisogni concreti delle persone malate e i problemi strutturali dei sistemi sanitari.

In tutte le riflessioni non può mancare, infatti, il riferimento sostanziale al bisogno di salute che fonda e invoca il ricorso alle strutture ed al servizio sanitario.

Da tutte le parti ci viene detto che il servizio sanitario, e non solo nei paesi industrializzati, ha incominciato a confrontarsi con i vari sistemi economici sociali esistenti. In particolare, a causa del contenimento dei costi e nell'intento di incrementare l'efficienza dello Stato Sociale, ci si è trovati a dover ripensare l'intera organizzazione sanitaria.

Dal nord al sud della Terra corre un'unica parola d'ordine: "razionalizzare la spesa sociale". Questo vuol dire, senza mezzi termini: cambiamento radicale della gestio-

ne amministrativa, dell'organizzazione ed erogazione dei servizi, della distribuzione delle risorse umane e finanziarie.

Da qui nascono alcuni problemi che sottopongo rapidamente alla Vostra attenzione:

1. misurare i costi e rispettare la giustizia;
2. ripensare la qualità di vita come criterio di bioetica;
3. garantire l'accessibilità dei servizi a tutti i cittadini.

1. Misurare i costi e rispettare la giustizia

Non vi sembra eccessivo, in questo nostro incontro, richiamare, in materia di economia, l'insegnamento di Papa Giovanni Paolo II.

Nell'Enciclica "Centesimus Annus" del 1991, il Santo Padre riafferma l'importanza della internazionalità nell'economia di mercato. Attraverso l'accesso al mercato internazionale è possibile consentire lo sviluppo a tutte le economie nazionali, soprattutto valorizzando le risorse umane insieme a quelle naturali.

Il Papa non trova contrario all'insegnamento tradizionale della Chiesa, il fatto che il *libero mercato* venga riconosciuto come lo strumento più efficace a collocare le risorse e rispondere efficacemente ai bisogni. Riferendo quel pensiero alle nostre problematiche, riconosciamo che l'ingresso del mercato nella sanità può costituire un valido aiuto per evitare sprechi ed indirizzare meglio la spesa. Ma proprio per la sanità va fatto un discorso complementare che deve unire le esigenze di controllo della spesa con il rispetto dei

bisogni di tutte le persone malate.

Infatti, opportunamente il S. Padre distingue il ruolo del libero mercato in rapporto alle diverse aree di bisogni e dice: "Ciò, tuttavia, vale solo per quei bisogni che sono *solvibili*, che dispongono di un potere d'acquisto, e per quelle risorse che sono *vendibili*, in grado di ottenere un prezzo adeguato.

Ma esistono numerosi bisogni umani che non hanno accesso al mercato. È stretto dovere di giustizia e di verità impedire che i bisogni umani fondamentali rimangano insoddisfatti e che gli uomini che ne sono oppressi periscano" (C.A. 34).

Il bisogno di salute, che viene configurato in certe Costituzioni addirittura come ambiguo diritto alla salute, è chiaramente un bisogno non monetizzabile. Per tale ragione sarebbe l'ora di scindere il costo reale per le prestazioni dal plus-valore dell'assistenza al malato che andrebbe misurata e valutata in termini di qualità globale e – perché no – anche contabilizzata e pagata in sovrappiù.

L'impresa sanitaria infatti non può essere ridotta a semplice azienda basata sul profitto, anche se il profitto indica il buon andamento di un'azienda sanitaria.

Nel caso specifico il profitto ci suggerisce il Papa non può essere l'unico indice per giudicare l'efficienza di un'azienda.

"Scopo dell'impresa infatti – conferma il Papa – non è semplicemente la produzione del profitto, bensì l'esistenza stessa dell'impresa come *comunità di uomini* che, in diverso ruolo, perseguitando il soddisfacimento dei loro fondamentali bisogni e costituiscono un particolare gruppo al servizio del-

l'intera società" (C.A. 35).

In altri termini, la contabilizzazione dei costi deve includere il costo di quel bene incommensurabile che è la dedizione dei professionisti.

Che, ripeto, deve essere pagata come un servizio di qualità che non sarebbe tale senza la dedizione degli operatori sanitari indipendentemente dalle appartenenze religiose, che già di per sé agiscono come motivazione al miglioramento.

2. Ripensare la qualità di vita come criterio di bioetica

In tutti i Paesi del mondo i problemi sanitari hanno posto al centro la questione della misurabilità della qualità di vita.

Infatti, per gli economisti, anche la spesa sanitaria deve adeguarsi a criteri di efficienza-efficacia, tipici del sistema produttivo industriale.

Ciò presuppone che vi possano essere uomini la cui vita valga più, e altri la cui vita valga meno e quindi persone da curare e altre da lasciar perdere.

Per i cristiani questo è inaccettabile, proprio perché, per noi, il fondamento dell'etica consiste nel considerare ugualmente importanti tutti gli esseri umani la cui vita ed interessi devono essere trattati equamente senza distinzione di sorta. Pensiamo alle disastrose conseguenze cui andremmo incontro se considerassimo, come qualche legislatore propone, meno importante la qualità di vita di un anziano o di un disabile psichico, o riducessimo all'utilitarismo i criteri per l'attribuzione degli aiuti ai popoli in via di sviluppo.

Non si possono, per semplici ragioni economiche, escludere dai criteri di decisione quelli riguardanti:

- il valore della vita;
- il principio dell'equità nelle cure;
- il rispetto dei diritti civili.

Tentando di applicare alla sanità il concetto di qualità di vita di A. Sen qui possiamo soltanto accennare alla complessità di concetti che questo acuto economista di origine indiana, mette in gioco parlando dell'attenzione che il governo collettivo dovrebbe porre proprio sul livello di benessere e qua-

lità di vita cui aspirano i cittadini.

Cercando di capire a fondo le ragioni per le quali una persona possa essere soddisfatta del proprio stato, A. Sen afferma: "Vi sono molti modi fondamentalmente diversi di considerare la qualità della vita e un certo numero di essi possiede una certa plausibilità immediata. Si potrebbe essere agiati senza stare bene. Si potrebbe stare bene senza essere in grado di condurre la vita che si era desiderata. Si potrebbe avere la vita che si era desiderata senza essere felici. Si potrebbe essere felici senza avere molta libertà. Si potrebbe avere molta libertà senza possedere molto. E così via" (A. Sen, *Il tenore di vita tra benessere e libertà*, Venezia, 1993).

Vediamo che da questa prospettiva possiamo opporre all'utilitarismo ingenuo una concezione molto più articolata.

In questa, l'autodeterminazione individuale che passa anche attraverso il gioco delle preferenze diventa un percorso costellato di ostacoli. Tale percorso diviene un fatto culturale complesso con cui possono interferire tutta una serie di condizioni *inabilitanti* spesso solo parzialmente sormontabili (si pensi alla malattia grave, all'handicap fisico e mentale, alla vecchiaia).

Alla rassicurante prospettiva utilitaristica, secondo cui l'uomo è così com'è, viene opposta un'idea inquietante: "l'uomo è quel che gli viene permesso di essere".

Il problema eticamente rilevante della giustizia sociale così come interessa la bioetica, non è soltanto quello di assicurare a tutti un am-

montare di risorse sufficiente a soddisfare le proprie preferenze e aspirazioni *date*, quanto piuttosto quello di assicurare a tutti opportunità sufficienti a realizzare un pieno e compiuto progetto di sviluppo delle proprie aspirazioni e potenzialità.

La risorsa veramente scarsa è quella che si potrebbe definire opportunità di sviluppo umano, è il mancato rispetto dello sviluppo dell'uomo a creare le condizioni materiali per l'ingiustizia.

L'ingiustizia di chi soffre la privazione di beni o di salute non costituisce per la bioetica una ragione per essere privato delle cure necessarie a cogliere la propria opportunità di vivere.

Non pare ci possa essere di grande aiuto l'Indicatore di Sviluppo Umano elaborato dal programma per lo sviluppo dell'ONU, perché i valori da esso considerati non ci sembrano sufficienti a garantire il rispetto della persona umana nelle più svariate situazioni esistenziali e condizioni di vita.

Per l'ONU lo sviluppo di una popolazione risulta dalla valutazione di quattro fattori: prodotto interno lordo pro-capite, tasso di alfabetizzazione e scolarizzazione media, speranza di vita.

Il termine *speranza di vita* non è sinonimo di qualità di vita, ma tende ad introdurre una certa dipendenza materiale/misurabile tra l'attesa di vita, le condizioni di salute, la dipendenza permanente da aiuti esterni. In questa prospettiva risulterebbe un peso mantenere quelle persone inabili che a diverso titolo, sarebbero incapaci di produrre reddito.

Da un punto di vista personalista la cura globale della persona umana non riconosce come valore la parzialità del calcolo economico basato sull'analisi del rapporto costo-efficacia e propone un recupero del ruolo del ricercatore bio-medico, del medico e dell'infermiere come difensori della vita e garanti dei diritti di ogni persona umana.

3. Garantire l'accessibilità dei servizi a tutti i cittadini: l'informazione e il nuovo ruolo del volontariato

Non vorrei che le mie parole



venissero lette come un attacco alla sanità del mondo industrializzato. Devo però dire con franchezza che il sistema sanitario mondiale così com'è ridotto è esso stesso un problema. E prima di tutto perché si è venuto sempre più isolando dal resto della società avendo affidato il proprio successo alle prestazioni spettacolari di illustri medici e chiudendosi in una specie di labirinto dove possono entrare solo gli iniziati. Contro questa chiusura deve intervenire una nuova cultura umanizzata della medicina e una nuova formazione dei professionisti.

L'impresa sanitaria deve rendersi credibile agli occhi di tutti, non più come impresa *dei sanitari* ma come strumento decisivo per la promozione della salute attraverso programmi di educazione e prevenzione sanitaria, miglioramento della qualità nei servizi, attenzione alle persone più deboli.

Tutto questo comporta un nuovo modello informativo che impegni le istituzioni sanitarie a rendersi più vicine alla gente, a tutti gli utenti potenziali. Occorre riavvicinare la sanità ai cittadini, spiegando a tutti in un linguaggio accessibile cosa si può attendere e cosa deve ottenere dal servizio sanitario del proprio Paese.

L'accessibilità dei servizi sanitari non è soltanto una questione di barriere architettoniche, ma soprattutto di cultura del servizio. Se le persone non sono aiutate a riconoscere quali sono e come funzionano le istituzioni sanitarie, non possono neppure orientare la loro domanda ed ottenere risposte adeguate.

Interviene in questo delicato passaggio il nuovo ruolo che può e deve svolgere il volontario cattolico ospedaliero.

La timidezza che ha animato i primi passi di tale movimento deve essere messa da parte per fare posto invece ad una programmatica attività di collegamento nel doppio senso tra cittadini e istituzioni sanitarie.

Uscendo dalla formazione di supplenza che spesso ha ritagliato per sé, il volontariato deve dirigere i suoi passi verso la costruzione di una società civile più equa e solidale, garantendo ai cittadini la possibilità di trovare soddisfazio-

ne ai propri bisogni come esercizio di un diritto.

Professionisti sanitari e volontari ospedalieri cattolici devono assumere il compito di ridisegnare un mondo fatto di solidarietà tra istituzioni e cittadini, se non si vuole rischiare di disintegrare l'unità stessa della convivenza umana in ogni singolo continente.

Concludendo, non posso non fare un cenno a quello che deve essere, nel prossimo futuro, il ruolo degli ospedali cattolici.

Cattolici, cioè universali per loro vocazione, le nostre istituzioni sanitarie devono trovare il modo di esprimere l'unicità ed originalità della loro missione.

Un ospedale cattolico realmente ispirato alla Carità di Dio per l'uomo, ricerca e imprime uno *stile di comunione* che curando i corpi si preoccupa della salvezza di persone che formano la comunità dei salvati. Segno di speranza e promessa di salvezza per il mondo ferito dalla malattia.

Da qui nasce il tentativo di trovare delle linee d'azione che riprendendo alcune riflessioni sviluppate in altri contesti, vorrei sintetizzare come segue:

a) la qualità dell'assistenza medica fornita nelle strutture cattoliche non può essere inferiore a quella assicurata dalle corrispondenti istituzioni non cattoliche o laiche. Tuttavia, una struttura cattolica assiste l'intera persona – corpo, mente e spirito. Una tale assistenza sanitaria globale richiede che ci si dedichi non solo alla qualità scientifica dell'assistenza medica che si presta, ma al modo in cui la si presta.

Per quanto non vi sia niente di esclusivamente cattolico nell'attenzione alla qualità, una opinione diffusa distingue le strutture cristiane da quelle secolari in virtù di questo tratto personale.

b) La credibilità della proclamazione del Vangelo da parte della Chiesa è scalzata alla base quando la sua vita interna, che include quella delle sue strutture di assistenza sanitaria, non rispecchia la giustizia che essa predica. Bisogna che le strutture cattoliche siano attente alle domande di giustizia sociale quando prendono decisioni sui servizi da offrire e sull'allocatione delle risorse. Queste decisioni dovrebbero essere prese alla luce dei reali bisogni di assistenza sanitaria delle comunità che le strutture cattoliche servono, piuttosto che alla luce di considerazioni meramente finanziarie. L'insegnamento sociale della chiesa deve improntare in queste strutture anche i rapporti di lavoro con impiegati e datori di lavoro.

c) Nel prossimo futuro le pressioni del mercato potranno impedire le strutture cattoliche di incrementare sostanzialmente la quota di assistenza da fornire agli indigenti. Nondimeno, esse possono rispettare la dignità dei pazienti poveri che assisteranno, riservando loro la stessa qualità di cura e la stessa attenzione personale che prestano ai più ricchi. Possono anche invocare, con forza, politiche pubbliche che assicurino equità nell'accesso dei poveri al sistema dell'assistenza sanitaria seguendo gli inviti pressanti del Santo Padre. Le decisioni sulle localizzazioni delle strutture, sui tipi di servizio da fornire e da sospendere, e sul genere di attrezzi da acquistare, dovrebbero essere prese alla luce del loro impatto sui poveri (cfr. in particolare: J. Beal, *Ospedali cattolici*, in "Conciliun" n. 5/1994, pp. 115-129).

Forse non è una ricetta ma un modo decisivo di porre il problema della coerenza morale che il Vangelo chiede a tutti gli operatori sanitari.

P. PIERLUIGI MARCHESI
Membro del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli
Operatori Sanitari, Italia



FERNANDO MORALES MARTINEZ

Invecchiamento e salute

Il fenomeno dell'invecchiamento in America Latina è un'esperienza nuova, che sta avendo luogo ad un ritmo accelerato, e alla quale ci stiamo preparando molto lentamente. È perciò necessario ed urgente prendere coscienza di una cultura di rispetto della dignità, dei diritti e di attenzione integrale agli anziani.

In questa parte del mondo si sta verificando un aumento consistente ed esplosivo di questa fascia della popolazione, che è composta da persone che hanno dai 60 anni in su.

L'invecchiamento della popolazione si riferisce all'aumento sempre maggiore della percentuale di persone anziane all'interno della popolazione generale.

Questo processo si determina in primo luogo per il tasso di natalità (nascite) e, in secondo luogo, per quello di mortalità (decessi) di modo che le popolazioni con un elevato tasso di natalità tendono ad avere una minore percentuale di anziani e viceversa. Il termine transizione demografica sta a significare il processo graduale mediante il quale una società passa da una situazione di alta natalità/alta mortalità ad una situazione di bassa natalità/alta mortalità. Questa transizione si caratterizza principalmente con una diminuzione della mortalità infantile e della fanciullezza man mano che vengono debellate le principali malattie infettive e parassitarie.

Il miglior risultato che riguarda la speranza di vita alla nascita si ha quando la natalità tende ad essere sempre alta, producendo in questo modo molte nascite, ed una elevata proporzione di bambini rispetto agli adulti.

Quando il tasso di natalità diminuisce e quello di mortalità continua a migliorare, la popolazione inizia ad invecchiare.

Tabella 1 - Età della popolazione dell'America Latina e dei Caraibi - 1950-2020

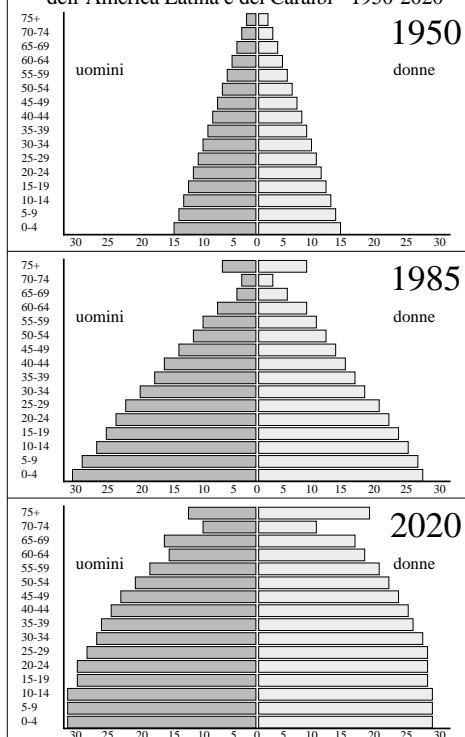


Tabella 1: Questa figura ci mostra la recente transizione storica e la proiezione della struttura per età della popolazione dell'America Latina e i Caraibi.

Nel 1950 la situazione generale era caratterizzata da una diminuzione della mortalità nelle età più giovani, mentre il tasso di natalità era alto (in media, le donne avevano 6 figli ciascuna), dando luogo a grandi aumenti alla base della piramide della popolazione. La piramide aveva perso la propria forma

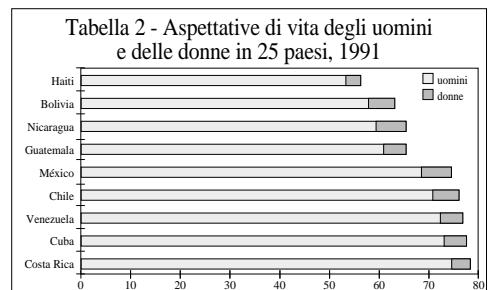
triangolare e la percentuale di anziani sul totale della popolazione era leggermente aumentata. Per l'anno 2020 la base della piramide sarà rettangolare, e le persone di 30 anni saranno tante quanto quelle di mezz'età. Si prevede che nell'anno 2020 la popolazione anziana costituirà dal 12% al 13% del totale, in contrasto con il 5,5% del 1950.

Nelle cifre globali che riguardano l'America Latina e i Caraibi c'è un'ampia varietà che riflette le differenze demografiche e socio-economiche dei diversi paesi. Si trovano persone anziane in condizioni di vita difficili, con scarsa previdenza sociale e con un basso potere d'acquisto.

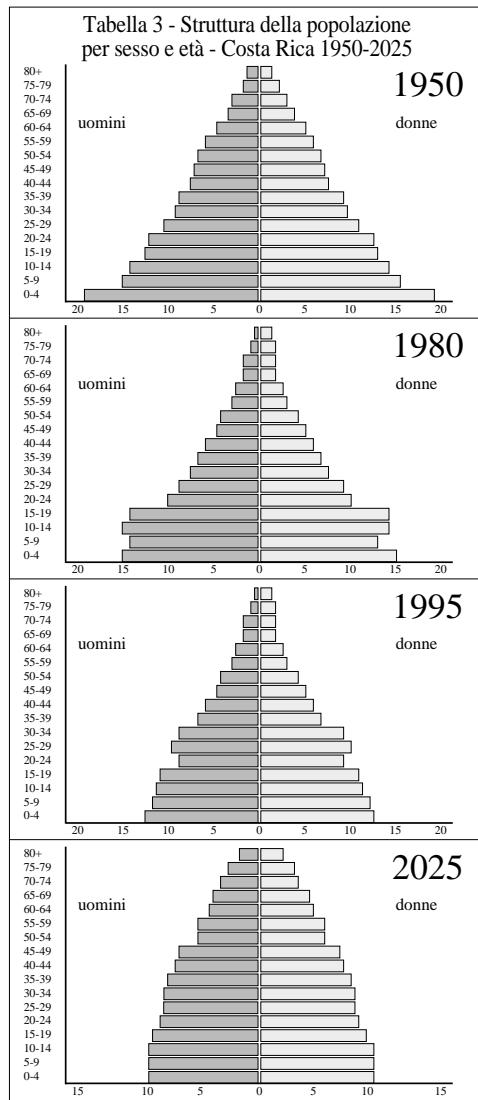
Alcune nazioni, come il Costa Rica (1° in America Latina per quanto riguarda le aspettative di vita alla nascita), l'Uruguay, Cuba e l'Argentina, hanno visto aumentare il proprio tasso di invecchiamento, se paragonate ad altre come Haiti, la Bolivia, il Guatemala e il Nicaragua, che continuano ad avere alti tassi di natalità.

La tabella seguente mostra chiaramente l'aspettativa di vita in America Latina.

Tabella 2 - Aspettativa di vita degli uomini e delle donne in 25 paesi, 1991



Essendo un paese piccolo, ubicato in America Latina, il Costa Rica presenta la seguente struttura storica riferentesi alla popolazione.

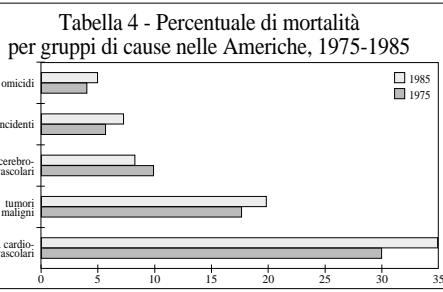


prevediamo che ci sarà un ulteriore allontanamento rispetto alla quantità ancora maggiore degli anni venturi, specialmente tra i segmenti di anziani più vecchi delle popolazioni nazionali.

Negli studi realizzati in America Latina sulla composizione delle famiglie, emerge che la maggioranza delle persone ultra sessantenni vive in nuclei familiari allargati e complessi, composti dai membri di più unità coniugali (ad esempio: una coppia più vecchia, un figlio sposato e i nipoti). All'incirca un 25% delle persone anziane vive in nuclei familiari semplici, una coppia sposata, o una persona sola che vive con figli non sposati, e inoltre un 7-16% di loro vive solo. Ciò conferma l'affermazione che tradizionalmente la famiglia (nelle sue diverse forme) è stata ed è la principale fonte di sostegno sociale ed economico richiesto dai suoi membri anziani.

In America Latina esiste una forte tendenza alla partecipazione della forza lavorativa femminile come prodotto dell'industrializzazione e, pertanto, si riduce il potenziale di prestazione delle cure dovute, con il conseguente e possibile "abbandono degli anziani". Tutti questi fenomeni si convertono nel rafforzamento della struttura familiare, e nel miglioramento della qualità della vita delle persone anziane nelle loro necessità prioritarie ed imperanti.

Come si può valutare, la percentuale che riguarda la mortalità in America Latina è occupata al primo posto dalle malattie cardiovascolari, come nei paesi industrializzati, così come dalla presenza di multipatologie.



La transizione epidemiologica è il cambiamento su larga scala dei tipi di morbilità in quelli che uguagliono le malattie croniche e degenerative. In generale, la transizione

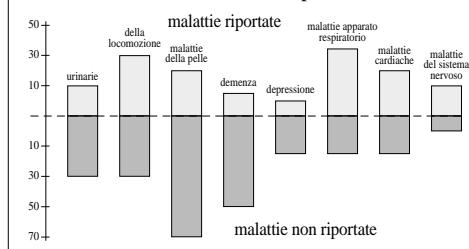
epidemiologica accompagna la transizione demografica, sebbene gli effetti della prima appaiano più tardi.

La situazione economica, attuale e futura, diminuisce i benefici di cui necessitano gli anziani, e in cui essi meritatamente e giustamente sperano. Il crescente numero di anziani che sono arrivati a percepire la pensione ha portato ad un grave deficit economico, ed ha colpito il livello di vita di molte persone anziane.

Senza dubbio la vera prova del programma sociale in America Latina deve riguardare il settore della salute.

Nel quadro della prestazione dei servizi sanitari avviene un fenomeno addizionale che è la preparazione incompleta degli operatori delle équipes sanitarie nell'ambito dell'attenzione agli anziani, e che si riflette chiaramente in uno studio condotto in Scozia (anno 1964), che riflette il grado di associazione delle malattie non registrate dagli operatori delle équipes sanitarie.

Tabella 5 - Grado di associazione delle malattie non riportate



Di fronte a questa situazione, in America Latina sono stati fatti grandi sforzi per promuovere l' insegnamento della Geriatria e della Gerontologia. In paesi come il Costa Rica, Cuba, il Messico, l'Argentina, l'Uruguay, il Cile, il Brasile ed altri si lavora vigorosamente per ampliare le conoscenze ed esigere la loro applicazione nella prestazione dei servizi a beneficio degli anziani.

In Costa Rica sono stati compiuti progressi nell'educazione formale ed informale. Nell'Ospedale Nazionale di Geriatria e Gerontologia "Dr. Raúl Blanco Cervantes" della Cassa Nazionale di Previdenza Sociale, unico in America Latina a livello universitario in questi campi, è prevista una specializzazione di 4 anni all'interno del Si-

In uno studio condotto nel giugno 1994 in Costa Rica dall'Istituto di Ricerca su Molteplici Argomenti, è stato chiaramente documentato che il gruppo della popolazione degli ultra sessantenni rappresentava l'8% della popolazione generale e la sua proiezione determinava un aumento decisivo, sostenuto ed esplosivo fino a collocarsi, nell'anno 2020, sul 14%, ove la quantità delle persone con oltre 75 anni era triplicata in molti paesi della regione.

Le proiezioni suggeriscono che le donne costituiranno la maggioranza della popolazione degli anziani di tutte le regioni del mondo in via di sviluppo. Se la breccia esistente tra la sopravvivenza femminile e quella maschile in America Latina aumenta con il trascorrere del tempo, come sta succedendo in Europa e nel Nord America,

stema di Studi Superiori dell'Università del Costa Rica. Inoltre, la Previdenza Sociale offre un'attenzione integrale alle persone anziane, con programmi preventivi e di svago. Esiste poi un numero considerevole di istituzioni statali e private che vegliano sul benessere degli anziani, mirando alla qualità della vita.

Prima di terminare, vorrei che riflettessimo brevemente su ciò che significa invecchiare.

Sì, invecchiare in un mondo dove fortunatamente la scienza e la tecnica hanno fatto enormi progressi, ma che contrasta con l'invecchiare in un mondo dove la morale, i principi e la spiritualità si deteriorano ogni giorno, e che è indegno di una società cristiana.

Cosa stiamo facendo? Credo che sia chiaro... Per quanto grandi siano i progressi della scienza e della medicina, se oggi non ci impegniamo tutti in concreto per rafforzare i legami familiari e migliorare sostanzialmente la qualità della vita degli anziani, difficilmente potremo arrivare ad avere una vecchiaia dignitosa.

Nel dicembre 1996 le Nazioni Unite hanno condotto uno studio nel Centroamerica, nel quale l'81% della popolazione del Costa Rica ha dichiarato di essere cattolico, e le cui cifre sono simili non solo nel Centroamerica, ma in quasi tutta l'America Latina. Sen-

za dubbio e curiosamente, questa grande maggioranza cattolica praticante, molte volte immersa nelle pressioni quotidiane dimentica, o tende a rimandare, il proprio impegno e dovere nei confronti degli anziani.

Credo che l'opportunità di rinnovare e rafforzare questi impegni si avvicini a quello che è stato dichiarato dalle Nazioni Unite come l'"Anno Internazionale dell'Anziano", e che sarà il 1999. È per questo che mi permetto di presentarvi un umile ma forte richiamo per sollecitare l'autorevole e indispensabile appoggio da parte della Chiesa Cattolica in questo arduo ma significativo compito: quello di instaurare una presa di coscienza nelle nostre società, proteggendo i nostri anziani per mezzo della solidarietà, del rispetto e dell'amore verso il prossimo, e che, uniti nella nostra Fede, possiamo ottenere la proclamazione, preferibilmente, di un'Enciclica o di un'Esortazione Apostolica o di un altro documento del Vaticano per il 1999, l'"Anno Internazionale dell'Anziano".

Sarà un omaggio ai nostri cari anziani, cui dobbiamo tanto.

Dott. FERNANDO MORALES
MARTINEZ

*Direttore Generale Ospedale Nazionale
di Geriatria e Gerontologia
San José, COSTA RICA*

Bibliografia

¹ DAVID GALINSKY, FERNANDO MORALES MARTINEZ, AQUILES SALAS, MELBA SANCHEZ. *La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años noventa*. Edit. Elías Anzola Pérez; Publicación científica No. 546, pp 3-18. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C. 1994 - USA.

² DR. FERNANDO MORALES MARTINEZ, *¿Qué es la Geriatria?*. Revista Gerontología en Acción, Caja Costarricense de Seguro Social, Vol I, Año I, 1987, San José-Costa Rica.

³ J. WILLIAMSON ET AL, *Primary care of the elderly a practical approach*. Wright, Bristol, Gran Bretagna, 1987. Pp 146-148.

⁴ Msc. JORGE A. BARQUERO B.; LICDA. ELIZABETH SOLANO S., *La población de 60 años y más en Costa Rica. Dinámica demográfica y situación actual*. (Questo lavoro è stato realizzato su iniziativa dell'équipe sanitaria dell'Ospedale Nazionale di Geriatria e Gerontologia "Dr. Raúl Blanco Cervantes", con l'appoggio economico della Giunta di Previdenza Sociale di San José). San José - Costa Rica, gennaio 1995.

⁵ Barómetro Centroamericano - Extracto Costa Rica Pubblicazione delle Nazioni Unite - Programma per lo Sviluppo - progetto CAM 96-001 - dic. 1996

⁶ Dinámica de los servicios de Geriatría en Costa Rica Próximo a publicarse en el Libro "Elementos Práticos para la Atención de los Ancianos", Dr. Knut Laake, Dr. Fernando Morales Martínez, Editorial Nacional en Salud y Seguridad Social de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José - Costa Rica (EDNASSS-CCSS) 1997.



FERNANDO S. ANTEZANA

Affrontare la povertà e la vulnerabilità

Il mondo sta correndo il rischio di perdere i notevoli benefici per la salute che sono stati raggiunti negli ultimi 40 anni. Forti minacce stanno facendo aumentare la povertà e le ineguaglianze.

Dagli inizi degli anni '50, l'aspettativa media di vita nei paesi in via di sviluppo è andata aumentando da 40 a 64 anni circa, ed il numero dei bambini che muoiono prima di aver raggiunto l'anno di età è diminuito dal 10% circa al 60 per 1000 nati vivi. Se paragoniamo queste cifre con quelle che riguardano le popolazioni dei paesi industrializzati, vediamo che queste ultime hanno un'aspettativa di vita che raggiunge i 75 anni, e che la mortalità infantile è di 7 volte più bassa.

Dalla metà degli anni '80, comunque, il numero di persone che vivono in condizioni di estrema povertà con un reddito inferiore ad 1\$ al giorno, è aumentato, raggiungendo la cifra di 1,3 miliardi di persone nel 1993. Ciò è dovuto a diverse ragioni, tra cui il declino economico avvenuto nei paesi in via di sviluppo durante gli anni '80 – il "decennio perso" per lo sviluppo – così come nell'Europa dell'est e nei paesi dell'ex Unione Sovietica agli inizi degli anni '90; inoltre, il tasso di crescita economica rimane più basso rispetto alla crescita della popolazione. La causa principale rimane però la diseguaglianza nella distribuzione delle risorse, il che significa che i benefici di una crescita in via di accelerazione vanno ad una piccola parte della popolazione.

In tutti i paesi, c'è una chiara correlazione tra povertà e malattia. Le persone povere sopportano una parte sproporzionata del peso totale delle malattie, il che riflette la per-

sistente iniquità nell'accedere alle risorse, comprese le cure sanitarie. Nei paesi in via di sviluppo, la povertà è la causa principale degli 11,2 milioni di decessi all'anno tra i bambini sotto i cinque anni, che muoiono per malnutrizione e per malattie come la diarrea, la dissenteria e le infezioni respiratorie acute. Negli adulti, è responsabile di gran parte dei 5 milioni di morti all'anno per tubercolosi e malaria.

Sebbene poche persone nei paesi industrializzati si trovino allo stesso livello di povertà assoluta rispetto ai tanti che invece sono nei paesi meno avanzati, sono presenti delle minoranze consistenti che non dispongono delle risorse materiali per partecipare in modo completo alla vita della società. La loro povertà è descritta come relativa, viene cioè comparata con gli standards di vita degli altri cittadini dello stesso paese. Le ricerche indicano che anche la povertà è una delle cause che portano ad uno stato di malattia ed alla mortalità prematura.

La povertà viene comunemente intesa come bassi livelli di reddito e di consumi. Come ha già detto il Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo nel suo rapporto più recente, "*la povertà ha molte facce. È molto di più che un basso reddito. È anche sinonimo di scarsa salute ed istruzione, di privazione della conoscenza e della dignità, delle fiducia e del rispetto di sé*". Fattori come un alloggio malsano e sovraffollato, un ambiente di lavoro non sicuro, una dieta alimentare scarsa, ed abitudini di vita dannose, colpiscono la salute, distruggono l'autostima e riducono le opportunità dei poveri in ogni sfera, e perciò la loro capacità di vivere una vita piena e produttiva. Le categorie di persone più vulnerabili includo-

no i bambini e gli anziani, i nuclei che hanno una donna sola come capofamiglia, i rifugiati ed i migranti, oltre alle persone disabili e malate croniche.

L'opinione limitata sulla povertà ha reso difficoltoso definire le ampie politiche necessarie per ridurla, ed ha portato a dei programmi anti-povertà che si sono dimostrati inefficaci. Le diseguaglianze ed il crescente distacco tra ricchi e poveri in molti paesi e comunità, minacciano la coesione sociale e sono strettamente collegate ad un eccesso di mortalità, violenza e stress psicologico e sociale. È sempre più riconosciuto che la pace e la sicurezza, pietre miliari della crescita economica, sono incompatibili con l'esistenza di enormi distacchi nell'equità e con numeri enormi di persone che vivono in povertà.

Per la maggior parte dei paesi, gli andamenti politici ed economici dello scorso decennio hanno avuto una vasta portata sul settore della salute. Le politiche hanno portato ad un miglioramento della salute e sono state minate da misure di adattamenti economici, compresa la riduzione dei bilanci pubblici. I paesi, compresi quelli poveri, stanno sempre più cercando di caricare le famiglie di una grande parte delle spese per la sanità. Il sostegno ed il finanziamento privato delle cure sono diventati una realtà, con nessun riguardo alla politica sanitaria. La già crescente influenza delle economie libere di mercato viene aumentata dalla globalizzazione, dalla crescente integrazione dell'economia mondiale mediante il libero movimento del commercio e della finanza.

In queste circostanze, è persino più pressante introdurre misure in grado di ridurre la povertà e ripristi-

nare delle reti di sicurezza sociale in modo da evitare un'ulteriore emarginazione dei poveri. Dovranno essere affrontate domande difficili. Ad esempio, in che modo possiamo instaurare un equilibrio tra i bisogni individuali e quelli sociali? In che modo possiamo assicurare che la qualità delle cure vada d'accordo con l'equità e non sia usata come pretesto per servire gli interessi di pochi? Come assicurare che lo sviluppo della tecnologia richiesto dal mercato tenga conto delle necessità dei poveri?

Le nostre risposte devono essere oneste ed umane. Devono essere applicabili alle circostanze delle persone ed essere per loro significative. Devono rispettare i diritti della gente, la loro dignità ed i loro valori, così come vengono vissuti nelle comunità. In altre parole, devono essere elaborate assieme alle persone interessate.

La risposta tradizionale degli operatori sanitari – così come quella della Chiesa per secoli – è stata quella di offrire cure e compassione. "Cure" significa una vasta gamma di servizi, sia tecnici che umani, come il sollievo dal dolore ed il sostegno per una morte dignitosa. L'operato delle organizzazioni non governative e dei membri familiari nella cura dei malati terminali di AIDS in Africa ci ricorda che le cure non sono un lusso, ma un bisogno basilare ed universale. Ma l'immensità della povertà e dell'ineguaglianza della sanità pone la questione se le cure e la compassione siano sufficienti.

Alle soglie del 21° secolo, la sfida dei sistemi sanitari è quella di continuare a migliorare lo stato di salute, nonostante il contesto prevalente. Da ciò dipenderà l'eliminazione degli svantaggi dei poveri in campo sanitario. L'OMS si è impegnata per un equo accesso ai servizi sanitari per tutti – la sua "politica per la salute per tutti". Il concetto di equità si riferisce all'imparzialità ed alla giustizia, ma riconosce che le persone hanno bisogni diversi. Ogni persona ha il diritto, e dovrebbe avere anche l'opportunità, di essere in buona salute. Ciò richiede più di un accesso uguale alle cure sanitarie – i servizi sanitari devono prendere in considerazione i modi in cui i bisogni possono differire tra persone e comunità. L'impegno dell'OMS si basa sulla comprensio-

ne che per tutti i paesi l'equità e la giustizia sociale non siano soltanto imperativi etici, ma che formino la base di uno sviluppo umano e di una crescita economica prolungati.

Quali dovrebbero essere le caratteristiche fondamentali di un sistema sanitario in grado di far fronte a questa sfida? Anzitutto, dovrebbe essere in grado di fornire un equo accesso alle cure sulla base dei bisogni. Deve rivolgersi ai problemi sanitari della comunità, mediante il trattamento, la prevenzione ed il controllo delle malattie, l'immunizzazione, la fornitura dei medicinali essenziali, la cura delle madri e dei bambini, la fornitura di acqua potabile e di condizioni igieniche basilari, la promozione di un'alimentazione adatta e dell'educazione sanitaria.

Inoltre, le autorità sanitarie devono essere in grado di dirigere delle partnerships con tutti coloro che forniscono cure sanitarie e di influenzare le politiche e le azioni di altri settori. Devono inoltre essere in grado di ispirare, supportare e collaborare con le organizzazioni comunitarie, i media e i leaders nel campo degli affari, in modo da creare un ambiente informato, sano e che sia in grado di dare un sostegno adeguato.

Siamo arrivati ad un punto cruciale, in cui dobbiamo scegliere il modo migliore per realizzare questi compiti. Sappiamo dove porteranno le diverse strade, anche se esitiamo su quella da scegliere. Una strada porta a far diventare la salute sempre più subordinata agli argomenti economici a breve termine, dove viene posta molta più enfasi sul ruolo delle forze di mercato nel finanziamento e nella produzione di servizi sanitari.

Una seconda strada porta i governi a concentrare i propri sforzi sui bisogni sanitari delle persone più povere, mentre la sanità privata provvede a quelle più ricche. Ma l'esperienza ha dimostrato che la scelta può portare a due sistemi sanitari con due livelli di qualità, che devono essere controbilanciati da alti livelli di spesa pubblica per assicurare l'accesso dei più bisognosi a cure appropriate.

Una terza strada porta ad assicurare servizi sanitari per tutti. Si concentra sullo stato di salute dell'intera popolazione, ed è basata su un'ampia veduta sul finanziamento

e sulla fornitura dei servizi da parte del settore pubblico e da quello privato insieme, nei quali le risorse sono distribuite sulla base dell'equità. È questa la direzione contenuta nella politica dell'OMS per la salute per tutti.

L'OMS crede che i principi della salute per tutti abbiano bisogno di essere tradotti in una nuova etica della sanità pubblica, diversa, ma complementare, dall'etica medica che è ristagnata per molto tempo. Ciò fornirebbe un'intelaiatura per l'analisi e la risposta alle determinanti sociali ed economiche della malattia, in cui viene data priorità ai bisogni dei poveri e dei gruppi più vulnerabili.

Tuttavia, i valori non possono essere imposti dall'esterno; abbiamo bisogno di trovare una convergenza di valori che guidi le nostre politiche ed il nostro operato nel campo della sanità. Per favorire lo sviluppo sanitario e l'azione sanitaria internazionale in uno spirito di rispetto, solidarietà ed equità, la prima responsabilità dell'OMS deve essere quella di promuovere un dialogo veramente aperto che coinvolga tutte le persone, culture ed entità che sono in relazione con la sanità.

Soltanto una chiara politica potrà portare il settore sanitario lungo la strada dell'equità. L'OMS fornirà un forte sostegno ed impegno, ma ha altresì bisogno di una maggiore partnership e di maggiore coordinamento tra tutti gli enti coinvolti nel campo della salute e dello sviluppo: agenzie internazionali, organizzazioni non governative, associazioni di operatori sanitari, chiese e gruppi religiosi. Soltanto sforzi congiunti potranno influenzare i governi e saranno in grado di apportare maggiori finanziamenti alle istituzioni, in modo da poter intraprendere un'azione efficace per ridurre la povertà e le conseguenze sulla salute che essa comporta, oltre a far sì che si raggiunga una maggiore equità nel campo della sanità. Dobbiamo lavorare insieme per questo obiettivo comune, perché, senza dei cambiamenti sostanziali nella politica e nella pratica, la povertà continuerà a richiedere un pedaggio pesante sulla salute umana.

Dr. FERNANDO S. ANTEZANA
Assistente Direttore Generale
Sostituto Direttore Generale a.i.
Organizzazione Mondiale della Sanità

FRANCO SPLENDORI

Organizzazione dei Sistemi Sanitari

1. Introduzione

Per un confronto sui modelli gestionali dei sistemi sanitari occorre prendere in considerazione una metodologia di confronto che ricerchi, elementi di riferimento comparativi tra loro omogenei.

A riguardo vengono considerati:

- 1) la popolazione con i suoi bisogni sanitari;
- 2) l'offerta complessiva delle prestazioni e dei servizi;
- 3) il meccanismo di finanziamento.

I modelli gestionali vengono identificati in ordine agli effetti obiettivi che si riescono a produrre su questi tre referenti che vengono pertanto adottati rispettivamente anche come indicatori per la:

a) determinazione del risultato di soddisfazione del bisogno, della quantità delle risorse impiegate, dell'equità dei benefici e dei costi caratterizzanti il funzionamento del sistema;

b) correlazione tra la distribuzione delle risorse alle diverse funzioni e strutture di servizio e le prestazioni dalle stesse fornite;

c) qualificazione giuridico-amministrativa del sistema istituzionale.

2. Le finalità del modello

Quale che esso sia, il modello è convergente in maniera pressoché generalizzata nella realizzazione di tre compiti istituzionali:

- a) efficienza nell'utilizzo delle risorse;
- b) realizzazione di livelli di efficacia nella tutela della salute;
- c) definizione delle condizioni

per la fruibilità dei servizi in termini di equità nell'accesso e di egualanza nei contenuti delle prestazioni.

2.1 I riferimenti e gli indicatori

La spesa sanitaria complessiva corrisponde all'ammontare di tutte le risorse impiegate per il funzionamento del settore sanitario.

In vista delle possibili valutazioni e comparazioni la spesa sanitaria viene utilizzata in termini di:

- a) spesa pro-capite;
- b) rapporto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo.

Relativamente alla definizione di tali algoritmi si rilevano osservazioni circa il mancato chiarimento amministrativo, e la determinazione tassonomica, tra la spesa sociale e la spesa sanitaria; sui costi occulti delle prestazioni imposte ai cittadini, espressi in termini di tempi di attesa e dai costi complementari sostenuti dal cittadino ad integrazione delle fattispecie per l'ottenimento delle prestazioni (prenotazioni, trasporti, lungaggini burocratiche), difficoltà nella riduzione ad unità comune di costo dei valori monetari diversi.

La utilizzazione delle risorse e la dichiarazione di equità del sistema, può essere determinata in algoritmi numerici attraverso gli indicatori relativi 1) al rapporto spesa sanitaria-PIL; 2) alla dotazione strutturale del sistema; 3) alla situazione socio-economica (composizione demografica, reddito pro-capite...) della popolazione.

A sua volta il rapporto spesa sanitaria – PIL viene analizzato isolatamente nelle sei componenti: crescita della spesa, crescita del PIL, tasso di crescita della popola-

zione, tasso di crescita dei fattori di riferimento della spesa sanitaria nelle componenti, della variazione di volume ed intensità tecnologica (il tasso di crescita dei servizi pro-capite) e una variazione di prezzo del settore sanitario rispetto alla variazione del tasso generale di inflazione.

Relativamente agli indicatori di dotazione strutturale vengono posti in rilievo i posti letto totali e per acuti; il numero dei medici, il grado di diffusione delle tecnologie avanzate. Tra gli indicatori relativi alla situazione socio-economica viene considerato particolarmente il prodotto interno lordo pro-capite e la percentuale di popolazione anziana.

2.2 Efficacia sanitaria

Anzitutto c'è da dire che l'impatto del sistema sanitario sui diversi livelli di bisogno non è direttamente oggettivabile a causa di un complesso di fattori sociali, economici culturali, geografici e demografici. Vengono, pertanto, considerati indici non particolarmente affidabili nella valutazione comparata dei sistemi.

I più utilizzati sono comunque il tasso di mortalità infantile e la speranza di vita alla nascita; a loro volta scomposti nel tasso di mortalità perinatale e nella speranza di vita all'età di ottanta anni (che rileva indirettamente la disponibilità e l'utilizzo di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate).

2.3 Equità

Il concetto si presta a diverse definizioni. Esso è necessariamente riferito alla percezione dell'individuo nella distribuzione dei benefici e dei costi. L'indicatore princi-

pale, ma anche quello meno raffinato, è quello che esprime il livello di protezione sociale, ossia la frazione di popolazione coperta dei sistemi pubblici obbligatori. Esso definisce implicitamente la possibilità di accesso ai servizi essenziali, almeno per le fasce più deboli, erogate da strutture finanziarie attraverso meccanismi di prelievo fondati sul principio della obbligatorietà contributiva o comunque fiscalizzata.

2.4 Le risorse

Secondo la metodologia più comune le risorse vengono definite attraverso i servizi da esse finanziati. Tale analisi sviluppa la scomposizione della spesa sanitaria in quattro grandi aggregati funzionali: l'assistenza ospedaliera, l'ambulatoriale, la farmaceutica e l'assistenza ai lungo degenzi, compresa quella domiciliare.

3. I modelli dell'organizzazione dei servizi sanitari

1) La preoccupazione dei Governi è ormai orientata a trovare soluzioni alla crescente espansione della spesa sanitaria – anche di quella privata – che innesca spinte inflattive nell'economia e genera tensioni sociali.

I modelli originari, classificati secondo una ripartizione che adottava il criterio di finanziamento dell'organizzazione o della natura giuridica, sono stati adattati nel corso degli anni alle specifiche esigenze nazionali producendo una serie di sistemi misti, ibridi, costituiti cioè da misure comuni ad altri modelli.

3.1 Sistemi mutualistici di ispirazione bismarckiana

Originariamente articolati su casse mutue di categoria e professione, che assistevano i rispettivi lavoratori ad essa associati oggi dopo un graduale processo di trasformazione vedono estesa la loro funzione assicurativa a tutta la popolazione.

Lo Stato è garante del servizio pubblico. L'assicurazione contro le malattie è l'attore-gestore delle risorse finanziarie per l'acquisto delle prestazioni erogate dai professionisti sanitari.

Lo schema, nel concreto, viene attuato secondo modalità diverse.

a) Sistemi rigidi: in cui l'assicurato viene dalla cassa mutua di appartenenza assegnato ad un medico nominato direttamente dall'Ente (Germania).

b) Sistemi flessibili: in cui l'assicurazione mutualistica interviene successivamente alla visita, remunerando il sanitario liberamente scelto dall'assicurato (Francia, Belgio, Lussemburgo).

c) Sistemi misti: in cui l'assicurazione sanitaria è pubblica assistendo cittadini al di sotto di un certo reddito e attribuendo loro un sanitario prescelto secondo un rapporto assistenziale piuttosto rigido. Al di sopra di un certo reddito (54 milioni) i cittadini si iscrivono ad una assicurazione privata (Olanda).

Mentre la molteplicità e la varianza delle caratteristiche costringe ad una classificazione necessariamente approssimativa dei sistemi, si conferma tuttavia la presenza in essi del comune e determinante ruolo delle parti sociali imprenditoriali e sindacali.

3.2 Sistemi sanitari ispirati ai principi di Lord Beveridge

È garantito l'accesso universale alle prestazioni finanziate attraverso le imposte raccolte e amministrate da un organo amministrativo pubblico. Tale modello nacque nel dopoguerra in Inghilterra e successivamente nei Paesi guidati da Governi socialdemocratici (Danimarca, Svezia, Finlandia). Le articola-



zioni del sistema aderiscono per lo più allo schema dei livelli istituzionali nazionali centrali e periferici (Regioni, Province, Consorzi comunali).

3.3 Sistemi misti

In cui, la recente istituzione del servizio sanitario nazionale con i suoi principi di universalità ed egualanza convive con elementi dei preesistenti sistemi mutualistici, creati per scelta ideologica alla fine degli anni '70 e alla metà degli anni '80, evolvono la mutualità verso sistemi fondati sulla solidarietà nazionale (Italia).

3.4 Sistema individualistico di tipo privatistico

Il modello statunitense ne è il prototipo. L'obiettivo che ha guidato la sua creazione e perfezionamento è il contenimento dei costi. Il sistema ha per sua base organizzativa-ideologica un'impostazione di tipo concorrenziale. Vi è una pluralità di operatori, di finanziatori (assicurazioni private ed Enti pubblici) e di strutture: tutti in concorrenza tra di loro.

Il cittadino è il responsabile della tutela della propria salute decidendo liberamente la quota di reddito da spendere per curarsi e scegliendo l'operatore e la struttura dai quali farsi curare.

Dal canto loro agli operatori è rimessa la responsabilità e l'autonomia di determinare le modalità di gestione e i piani di investimento per la prevenzione sanitaria.

Il sistema pubblico fissa alcune regole generali e garantisce l'assistenza agli anziani, disabili e patologie protette (Medicare) e agli indigenti (Medicaid).

Il modello privatistico, pur efficiente, rivela le gravi pecche dell'onerosità nella spesa (14,5% del PIL) e del numero degli esclusi dalla tutela assicurativa (circa 40 milioni di cittadini).

4. La convergenza verso due modelli

Al di là delle differenze determinate dalle particolarità dei bisogni e dei sistemi assistenziali preposti alla tutela emergono sulla base del finanziamento del sistema due modelli:

a) il modello individualistico *americano* nel quale una pluralità di soggetti assicuratori, per lo più privatistici, contrattano prestazioni sanitarie con strutture autonome;

b) il modello solidaristico *europeo* nel quale vi è un organismo unico che "tende" ad assicurare i servizi sanitari alla totalità della popolazione.

Del modello europeo vi è la variante Bismarckiana: contributi specifici sono riscossi da un sistema di casse mutue obbligatorie; la variante beveridgeana nel quale è la tassazione generale che alimenta il finanziamento; la variante mista "italiana" che è caratterizzata da un sistema istituzionale territoriale ed aziendale di tipo inglese, alimentata però per metà della spesa dai contributi dei lavoratori (45%) ed avente ospedali, in parte autonomi e in parte integrati nel contesto sanitario, ove coincide il soggetto pagante con l'erogazione del servizio.

L'obiettivo di più determinata realizzazione nei vari sistemi è stato quello del contenimento della spesa, in quanto non si rileva dalla ricognizione dei sistemi una indicazione preferenziale per un modello ideale.

È questa una conclusione che contraddice la tradizionale etica medica che impone al medico ogni sforzo per restituire al paziente lo stato di salute. Ma l'indisponibilità di risorse infine impone la razionalità nella loro gestione.

Il processo continuo di ricerca per la razionalizzazione incentiva comportamenti efficienti ripristinando condizioni di separazione, e concorrenza, come avviene per i modelli pubblicistici, tra, i soggetti gestori, le strutture e i loro finanziatori.

Insomma si cerca di coniugare le caratteristiche di equità e solidarietà dei sistemi europei con quelle dell'efficacia ed efficienza dei sistemi privatisti.

5. Modello solidaristico britannico riformato

Il National Health Service (N.H.S.) è stato per anni il punto di riferimento nelle politiche del

Welfare State influenzando la stessa riforma italiana del 1978.

L'impianto originario, solidaristico per eccellenza, è stato con la riforma del 1990 revisionato in ordine all'obiettivo del contenimento della spesa.

La Gran Bretagna è il Paese ove si spende meno (dati 1996, fonte OCSE 1019 dollari procapite), dietro Portogallo (594\$), Spagna (790\$), Irlanda (912\$), ma meno dell'Italia (1101\$).

Sono state decentrate le decisioni e le responsabilità ad Enti sanitari locali guidati da managers con contratto a tempo determinato. I responsabili potranno fornire direttamente i servizi o acquistarli presso gli Ospedali pubblici o privati più efficienti.

Il finanziamento avviene attraverso la fiscalità generale (82%) e una modesta aliquota contributiva (15%) con la compartecipazione al pagamento di alcuni servizi (ticket per i farmaci, i denti e l'oculistica).

Il sistema è prevalentemente pubblico e nel '90 è stata introdotta una modesta privatizzazione di alcuni settori.

Il settore assicurativo interviene per l'11% della popolazione, che comunque non esonera dall'obbligatorietà del pagamento delle imposte per la Sanità.

Al medico di famiglia è affidato un budget per ciascun assistito, rendendolo così responsabile della spesa sanitaria da lui generata ed incentivandolo a prescrivere ai suoi pazienti solo le prestazioni necessarie.



6. Il modello tedesco riformato

Il sistema sanitario tedesco discende dal sistema mutualistico introdotto da Bismarck nell'impero asburgico. La spesa per il suo finanziamento (7,1% del PIL) è finanziata per due terzi dai contributi sociali pagati dai datori di lavoro e dai lavoratori (60%). Il 21% proviene da gettito fiscale, il 7% dai proventi delle assicurazioni private e l'11% è sostenuto integralmente dai pazienti.

L'assicurazione di malattia obbligatoria copre l'88% della popolazione. Alle assicurazioni private ricorre il 10%, esentato dalla contribuzione al sistema pubblico. Il sistema caratteristico misto pubblico-privato vigente nella Repubblica Federale Tedesca è, via via, integrato da interventi di natura statalistica. Gli ospedali pubblici sono il 38%, i privati convenzionati con il pubblico il 35%, e il 27% sono esclusivamente privati.

7. Il sistema sanitario statunitense

È il sistema privatistico per eccellenza ed è anche il più costoso del mondo (spesa sanitaria pubblica procapite 1559\$, spesa sanitaria totale - 3516\$ – pari al 14,3% del PIL); la spesa sanitaria totale negli USA (pubblica+privata) è talmente alta che la spesa sanitaria pubblica in termini percentuali risulta superiore del 42-50% rispetto a quella totale italiana.

Non solo: la spesa sanitaria pubblica americana, (44,3% di quella totale) pur percentualmente inferiore a quella pubblica italiana (pari al 70% della totale) le è superiore in termini assoluti.

In sostanza i 30 milioni di cittadini assistiti dal Medicare (assistenza pubblica per gli anziani e i disabili e patologie protette), i 30 milioni di assistiti dai programmi del Medicaid (assistenza per gli indigenti) e i 40 milioni di cittadini privi di assistenza, tanto pubblica che privata, riducono la spesa sanitaria privata ad essere soltanto il 56% di quella totale (pubblica+privata) nel più importante sistema sanitario privatistico.

Le ragioni dell'onerosità del sistema USA vanno ricercate nel-

l'alta spesa per la ricerca scientifica, nella elevata qualità delle cure ma, soprattutto, nel particolare funzionamento del sistema americano.

In esso vi concorrono tre fattori che, sommandosi tra loro a livello macroeconomico, crescono l'allocatione di risorse nel settore sanitario a scapito di altri settori sociali.

Si può infatti pensare che il pagamento a prestazione, la minore capacità di programmazione e coordinamento dei sistemi sanitari basati sui sistemi assicurativi, la presenza di una Sanità privata gestita come impresa costituiscono elementi che favoriscono – appunto – l'aumento della spesa sanitaria.

8. L'Italia, un modello pubblico di “tipo misto”

In Italia vige un modello sanitario con SSN di tipo pubblico dove prevale un “modello pubblico integrato” sottoposto agli importanti cambiamenti in atto posti dai decreti di riordino 502 e 517.

8.1 I correttivi apportati ai citati due decreti riguardano:

- l'adozione di una quota capitaria indifferenziata al livello nazionale per il riparto tra le Regioni del Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente;
- la responsabilizzazione delle Regioni sui livelli di spesa;
- l'attivazione in prospettiva, di Fondi Sanitari integrativi;
- il superamento delle convenzioni con le strutture private avviando un sistema di concorrenzialità tra le strutture pubbliche e private fatto salvo il principio della assoluta libertà di scelta del cittadino, con l'adozione del finanziamento a prestazione;
- la trasformazione dell'Unità Sanitarie Locali in Aziende pubbliche di servizi;
- l'adozione sistematica degli strumenti classici di regolazione economica della gestione aziendale (contabilità analitica, budget, sistema di reporting);
- la responsabilizzazione della dirigenza sui risultati complessivi della gestione con la introduzione, immediatamente per il Direttore

Generale e per i Direttori Sanitario ed amministrativo, e in prospettiva per tutta la dirigenza, della temporaneità del rapporto di lavoro o dell'incarico dirigenziale.

8.2 Bisogni sanitari e consumi sanitari

Il processo programmatico è oggi rivolto a ri-orientare il sistema dei servizi non tanto in termini di assetto giuridico-amministrativo ed istituzionale, ma in termini di equità distributiva delle risorse tecniche e finanziarie.

L'analisi delle esperienze di programmazione ha posto in evidenza una preoccupante latitanza del collegamento fra dati di carattere epidemiologico, bisogni espressi e l'identificazione della risposta.

Il ri-orientamento in corso è basato su una riconoscizione scientificamente fondata su basi empiricamente significative degli attuali livelli di congruità tra domanda soddisfatta (prestazioni erogate) e bisogno sanitario (condizioni di salute) ed una ri-formulazione di ipotesi di riequilibrio territoriali delle dotazioni di servizi e presidi.

9. L'evoluzione negli anni futuri

Dal sommario esame delle tipologie dei modelli organizzativi più ricorrenti nella sanità pubblica, si coglie la progressiva espansione dei sistemi in corrispondenza della crescente diffusione del diritto dei cittadini ad essere tutelati nel loro stato di salute e benessere.

Lo straordinario sviluppo economico degli ultimi cinquant'anni nei Paesi occidentali ha fatto emergere il nuovo dato sociale, e quindi politico, della attesa di salute e di protezione sanitaria a livello di massa.

La copertura assistenziale sanitaria è una conquista sociale ormai irreversibile che, se rassicura quanti vedono nel processo di emancipazione dal bisogno fisico ed esistenziale di protezione dalle malattie, un evento di civiltà e modernizzazione, apre però anche una lunga serie di inediti problemi economici, etici ed organizzativi, che sollecitano e suggeriscono profonde mutazioni negli stili di vita.

Il costo di funzionamento degli

attuali apparati assistenziali, tanto estesi e solidali, è elevato e sfida gli equilibri finanziari dei bilanci statali, nel caso dei servizi sanitari pubblici, e la congruità delle quote di contribuzione personale nei sistemi, pubblici e privati, fondati sulle assicurazioni o sulla mutualità di categoria.

Fin da ora, di questi sistemi si rivelà la crescente inadeguatezza finanziaria ed organizzativa a fronteggiare l'espansione e la forza della domanda di salute nelle forme originarie proprie dell'egualianza delle prestazioni e della loro estesa gratuità ed universalità.

I meccanismi selettivi attivati per l'accesso gratuito – o comunque di minor contribuzione da parte del cittadino alle prestazioni sulla base del criterio del reddito, età, patologia, composizione del nucleo familiare... – in futuro vedranno accrescere la loro significatività, fino in vista di un necessario equilibrio di equità e solidarietà, decisivo per una sanità che necessariamente vorrà (dovrà) restare pubblica, perché ormai percepita e vissuta come irrinunciabile bene sociale, di massa ed individuale.

Non è temerario immaginare infatti che attorno al valore salute e all'organizzazione sanitaria si costituiranno i modelli sociali di vita e di produzione e sulla efficienza realizzativa dei loro obiettivi si definiranno i programmi politici dei governi.

Infatti l'importanza della salute e della qualità della vita è destinata a definirsi nei paesi più avanzati economicamente come un vero e proprio bene di consumo, come lo sbocco di un neo-umanesimo sanitario, che traduce nel vissuto alcune riflessioni sul valore dei contenuti, anche fisici, biologici, della vita umana.

L'apprezzamento crescente del bene salute, inevitabilmente, porterà ad una convergenza uniforme dei vari modelli sanitari attuali, in ragione soprattutto della corrispondente loro onerosità e della omologazione culturale e sociale della sanità.

L'emancipazione della cultura della salute dall'ideologia privatistica del singolo o da quella mistica della produzione arriverà a condizionare i governi perché essi modellino i programmi sociali di or-

ganizzazione della convivenza e la compatibilità degli impieghi delle tecnologie, soprattutto in vista dell'ottimizzazione delle condizioni afferenti la qualità della vita.

Il diritto alla salute, politicamente, non sarà più soltanto valutato quale contenuto etico di una progrediente democrazia sulla via della realizzazione dei suoi principi, né sarà confinato a fatto tecnico, riservato agli operatori, ma costituirà vieppiù un diritto sociale, un interesse legittimo rivendicato dalle comunità civili.

In questo contesto di principi etici e civili, il carico di inquinamento ambientale, o l'impiego di tecnologie sporche o le iniziative adottate per contenere l'inerzia nella prevenzione di talune gravi patologie diffuse, non saranno soltanto le concessioni di una illuminata e moderna intelligenza politica di stagione, ma una permanente e consapevole richiesta di programma politico del cittadino nei confronti degli amministratori pubblici.

I diritti rivendicati avranno un costo che il cittadino accetterà di

sopportare per essere curato nelle modalità della forma indiretta – attraverso il fisco – o in via diretta, pagando l'assicurazione per accedere al medico e ai presidi sanitari pubblici o privati.

L'attuale metamorfosi della natura dei ticket, – da strumenti di deterrenza dall'abuso a mezzi di reperimento finanziario; la razionalizzazione nell'uso delle risorse, da dato variabile programmatico, diverranno contenuto di una domanda civile di lotta allo spreco, per la loro efficiente allocazione, per evitare i costi crescenti di una medicalizzazione egemone e forsennata.

Sono questi i segnali di un'autentica democratizzazione della sanità, finalmente assunta a questione sociale.

L'evoluzione verso le forme del mercato, parzialmente liberalizzato, porterà alla riduzione delle prerogative del medico – la laicizzazione crescente dei processi scientifici e dell'uso delle loro scoperte – promuoverà una trasformazione profonda dei bisogni e una radicale modificazione dei comporta-

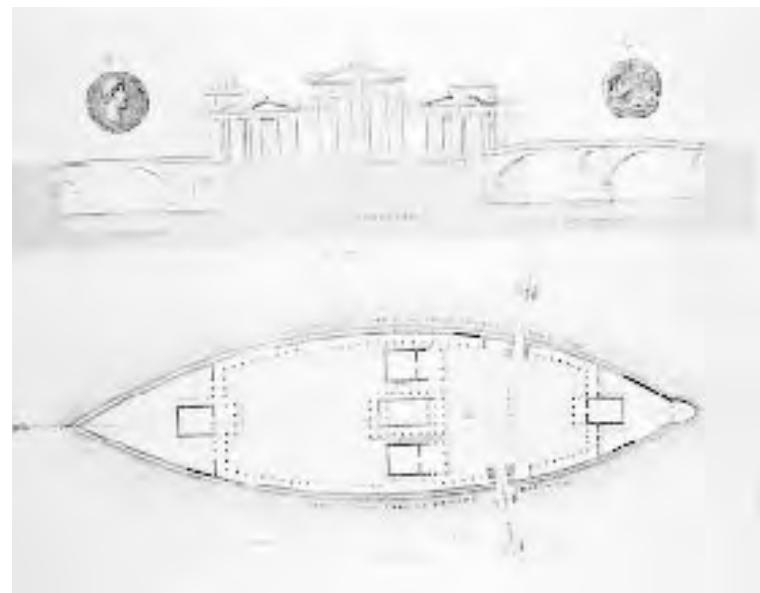
menti sociali e dei modelli di risposta politica alla nuova cultura di sanità.

È evidente fin d'ora nell'evoluzione in atto – tanto nel modello privatistico americano quanto in quello "solidaristico" europeo – un restringimento dell'intervento pubblico a condizioni socio-sanitarie di particolare pericolosità sanitaria o penosità sociale.

Il processo, oggi appena all'inizio, rivela tanto la insopportabilità dei costi da parte delle assicurazioni quanto l'inconvenienza dei deficit dei sistemi pubblici, assediati dalla burocratizzazione dei modelli dirigistici.

La riduzione della politica a programma, giudizio e verifica dei risultati conseguiti, spingeranno pertanto la sanità pubblica a concentrarsi su aree e settori d'intervento limitati ma politicamente significativi a livello di qualità ed importanza dei servizi.

Prof. FRANCO SPLENDORI
Ordinario di Programmazione
e Organizzazione Sanitaria,
Università di Roma, Tor Vergata



W.J. EJK

Modelli etici per la gestione della salute

Modelli etici per la gestione della salute

La gestione della salute abbraccia l'organizzazione, il finanziamento e le politiche sanitarie. I vari temi che rientrano direttamente in queste materie, come l'organizzazione sociale dell'assistenza sanitaria, secondo il modello del libero mercato o quello statale, e lo stanziamento delle risorse, saranno oggetto di altre conferenze di questa sessione pomeridiana. Lo scopo di questo articolo è quello di creare un collegamento tra la gestione della cura della salute e le proprie fondamentali convinzioni etiche. Le scelte fatte nell'organizzare e finanziare le cure mediche dipendono in ultima analisi dal concetto che si ha della salute, che dipende poi dall'idea che si ha dell'uomo, che è la base delle convinzioni etiche di ognuno. Da questa prospettiva vorrei presentare tre modelli etici per la gestione della salute.

1. Cura della salute come "servizio tecnico"

L'attuale cura della salute manifesta una forte tendenza a svilupparsi in un "servizio tecnico" non solo per il malato, ma anche per le persone sane che non sono soddisfatte del proprio corpo. Chirurgia plastica, *body building* con ormoni, modifiche del sesso e diete sono a disposizione per "perfezionare" il corpo umano già di per sé sano. E la procreazione, anche se in se stessa non complicata, non è lasciata al "caso".

L'autrice danese Renate Dorrestein ha espresso tutto questo in

modo sorprendente nel suo romanzo *Dit is mijn lichaam* (Questo è il mio corpo). Cas, uno dei personaggi principali, mentre prepara la colazione per la moglie incinta, Xandra, nel giorno del suo compleanno, sogna ad occhi aperti il bambino che dovrà nascere. Egli sarebbe stato

"al cento per cento un maschio, come aveva assicurato la clinica del sesso all'inizio del costoso trattamento. In seguito essi intendevano avere una bambina, e poi un nuovo seno per Xandra..."¹.

Il regalo per il compleanno consiste in un naso per Xandra. Mentre lui – consapevole di stare per affrontare un'altra giornata senza cibo – osserva con occhi chiaramente bramosi come la moglie mangia i suoi croissants, lei lo incoraggia:

"Questa sera potrai avere seicento calorie... Da bambino sua madre lo aveva fatto ingrassare e, con le sue frittelle e i suoi sformati, ne aveva fatto un goloso... Nella cucina sempre odorosa di lardo, nulla lo aveva preparato al fatto che nel mondo reale ogni cosa si risolve nella perfezione fisica"².

Questo è una conseguenza del considerare il corpo come un oggetto di prestigio e come il mezzo più importante per fare impressione sugli altri esseri umani. Secondo il prevalente concetto neokantiano di uomo, alla fine basato sul dualismo Cartesiano, il corpo è visto come un oggetto manipolabile, come se fosse qualcosa di opposto alla persona umana. Kant definiva la persona come un essere che può dire "Io", possiede consapevolezza di sé, e ha una co-

scienza morale³. Muovendo da questa definizione, i neokantiani riducono l'essenza di essere una persona alla manifestazione di funzioni specificatamente umane del cervello: attività razionale e capacità di comunicazione sociale⁴. Secondo questa visione dell'uomo, i feti umani e i neonati⁵, così come i pazienti con danni cerebrali irreversibili⁶, sarebbero considerati soltanto "esseri umani", ma non persone umane, con diritto all'autonomia e alla vita. Coloro che sono qualificati persone umane potrebbero esercitare la loro autonomia anche fino al limite di disporre dei propri corpi e delle loro vite, perché la natura biologica è vista come estrinseca alla persona umana, e dunque un bene meramente strumentale.

La cura della salute è diventata così un "servizio tecnico" che permette non solo di curare le malattie, ma anche di perfezionare un corpo sano o perfino una semplice procreazione. Si prevede che questa tendenza si accentuerà nel prossimo futuro. Per mezzo di esami e di diagnosi genetiche, le mancanze di perfezione, i cosiddetti difetti, possono essere scoperti prima che si manifestino. La diagnosi prenatale, offrendo la via all'aborto selettivo, previene la nascita di esseri umani considerati "imperfetti".

"Poiché la cura della salute concepita come un "servizio tecnico" dà l'impressione che il corpo e quindi la futura vita sia "costruibile" attraverso la manipolazione e la riproduzione tecnica di esseri umani, i malati non di rado si creano illusioni circa i risultati che la medicina e la chirurgia moder-

ne possono raggiungere. La risposta "no, io non posso più fare niente per lei" sarà difficilmente accettata da molti pazienti. Job Olson, il nonno di Cas nel romanzo appena citato, considera l'ipertrofia della sua prostata "un vero scherno della dignità umana".

Eppure, quel rozzo babbuino che pretende di essere uno specialista, lavando le sue pallide mani sottili, aveva detto senza battere palpebra: "Lei deve semplicemente imparare a convincerci"... Egli si era aspettato un'operazione, qualcosa con il laser, o almeno un'efficace cura a base di pillole. Si potevano separare gemelli siamesi, trapiantare cuori, ingrandire i seni piccoli e rimpicciolire quelli grandi; si congelavano sperma e uova fertilizzate fuori del grembo. Ogni pezzetto e frammento di uomo poteva essere corretto, riparato, perfezionato; parti nuove o molto migliorate erano disponibili per l'intero kit; soltanto Job Olson perdeva la corsa"⁷.

Queste aspettative lanciate troppo in alto possono portare, da una parte, a cercare di prolungare la vita con futili trattamenti e, dall'altra, a guardare all'eutanasia come all'ultima soluzione "tecnica" per tutte le sofferenze. Entrambe le posizioni denotano il medesimo atteggiamento a non accettare la vita come un dono e a rifiutare di rimettersi nelle mani di Dio, il Creatore della vita.

A causa di questi sviluppi, le strutture sanitarie nei paesi occidentali sono diventate istituti altamente tecnicizzati, gestiti come industrie. Le alte richieste dei pazienti e i costi delle nuove tecnologie, sommati alla scarsità delle risorse, spingono i dirigenti della sanità ad organizzare l'offerta dei propri servizi in modo burocratico. Protocolli, compilati da agenzie governative e spesso anche da assicuratori sanitari, prescrivono la durata calcolata dei contatti tra medici e pazienti, la durata del ricovero per i vari trattamenti medici e il modo preciso in cui procedere nei vari casi. Questo concetto di "cura diretta" ha le sue origini negli Stati Uniti

d'America, ma trova oggi crescente sostegno anche nei paesi dell'Europa Occidentale⁸.

I protocolli sono generalmente basati sul calcolo del possibile risultato dell'intervento medico e chirurgico su certe categorie di pazienti, secondo l'età, il tasso di successo e la qualità di vita che ci si può aspettare dopo il trattamento. Un criterio importante in questa analisi costo-efficacia è il numero di "Quality-Adjusted Life Years" (Anni di Vita di Qualità Migliorata), la cui abbreviazione è: "QALY's". Nel decidere di applicare per esempio un trattamento salva-vita, quale il trapianto di un organo, al paziente A o al paziente B, la teoria QALY offre la possibilità di calcolare il numero di anni guadagnati, applicando un appropriato tasso di sconto per i periodi in cui la qualità della vita sarebbe povera a causa di una malattia o di invalidità. Supponiamo che ci si aspetti che i pazienti A e B vivano ancora 2 anni dopo l'operazione, e che A abbia uno stato di salute normale, ma B sia costretto a letto. Inoltre, supponiamo che la qualità di due anni di salute normale siano equiparati a un anno di vita trascorsi forzatamente a letto, allora il tasso di sconto sarebbe dello 0,5% per il paziente B. L'approccio QALY può servire a collocare risorse curative su micro o macro livelli. Esso è stato usato su larga scala per la prima volta dallo stato dell'Oregon, al fine di redigere una lista delle priorità dei servizi sanitari⁹.

Sebbene apparentemente molto razionale, la teoria pone il problema di come evitare il soggettivismo e trovare criteri oggettivi per paragonare gli anni di vita di salute normale con gli anni di malattia e di invalidità. Contro un gruppo di sostenitori della teoria QALY, tra i quali Peter Singer¹⁰, Harris argomenta, a mio parere giustamente, che essa comporta un "doppio rischio" per coloro che già soffrono di malattie. Il primo rischio consisterebbe nella loro malattia, a causa della quale, come secondo rischio, sarebbero "puniti" col non essere ammessi al necessario trattamento medico, a vantaggio di qualcun altro che gode già in partenza di migliore salute, e dunque ha un più alto nu-

mero di Anni di Vita di Qualità Migliorata¹¹. Ciò costituirà certamente uno svantaggio per i più anziani e comporterà che la spesa per i palliativi da usare nella malattia terminale scenda automaticamente verso zero.

Così, le politiche sanitarie spesso trascurano la situazione particolare, soprattutto le necessità umane dei pazienti, rendendo loro difficile il sopportare e l'integrare emotivamente e spiritualmente la loro sofferenza. Tutto ciò – considerato assieme all'opinione che la vita corporea possieda soltanto un valore estrinseco e alla delusione che si prova nei casi in cui illusorie speranza non possano essere soddisfatte – esercita una pressione su coloro che sono responsabili della sanità nel mondo occidentale a consentire atti che pongano fine alla vita, nelle forme dell'eutanasia o del suicidio assistito, come ultima risposta tecnica alla sofferenza, nel caso in cui non si abbia più a disposizione alcun trattamento efficace.

2. Cura della salute senza tecnologia medica

La posizione opposta è il rifiuto della moderna tecnologia medica. Per ragioni religiose, alcuni membri di denominazioni ortodosso-protestanti in Olanda si oppongono, per esempio, all'immunizzazione. Nel passaggio di Matteo 9, 12: "non coloro che stanno bene hanno bisogno di un medico, ma coloro che sono malati", e nella definizione della Provvidenza secondo la X Domenica del Catechismo di Heidelberg, essi leggono una proibizione della vaccinazione. Se sano, l'uomo non dovrebbe prendere misure precauzionali contro eventuali malattie future, perché questo implicherebbe che egli non riconosce Dio, il Quale ha tutto nelle Sue mani, incluso il virus della poliomielite. All'uomo non dovrebbe perciò essere consentito di armarsi di mezzi "non-ordinari", quali la vaccinazione, contro i giudizi di Dio; egli può farlo, però con le medicine contro la malattie, che – secondo il testo citato da Matteo – sono considerate colpi inflittici dai Suoi giudizi. Al massimo, gli

sarebbe permesso usare mezzi “ordinari” (naturali), come le cure contro le future malattie. Questo venne fortemente criticato durante le epidemie di poliomielite verificate in alcuni villaggi olandesi nel 1971 e nel 1978. Durante quest’ultima, furono infettate 110 persone – tutte ortodosso-protestanti; una di loro morì, mentre soltanto poche di loro furono colpite da paralisi prostrative o permanenti¹².

Un credo simile esiste tra i membri della Chiesa Scientifica, fondata da Mary Baker Eddy nella seconda metà dello scorso secolo. Essi non solo rifiutano le misure preventive come la vaccinazione, ma anche i trattamenti medici e chirurgici, perfino in situazioni di pericolo di morte. Ritengono la malattia un’illusione che scomparirà non appena il paziente smetterà di credere nella sua malattia... Egli può raggiungere tale “cura” ponendosi su di un solo piano con la “Mente Divina”, attraverso la preghiera per liberarsi dall’inganno della realtà materiale. A prescindere dall’isolamento nel caso di malattie contagiose, è difficile forzare i pazienti a sottoporsi alla vaccinazione o a trattamenti medico-chirurgici. Comunque, i problemi sorgono quando tutto ciò tocca i loro figli. Negli Stati Uniti, per esempio, varie volte i tribunali statali hanno preso decisioni a favore di bambini i cui parenti o tutori rifiutavano di autorizzare trattamenti medico-chirurgici, applicando la dottrina di “parens patriae”, il diritto dello stato di intervenire a favore dei bambini, qualora le azioni o le decisioni dei loro parenti e tutori minaccino la loro salute¹³.

Negli ultimi decenni si è notato un notevole riacendersi d’interesse per le “terapie alternative”. A differenza della medicina convenzionale, esse non si concentrano semplicemente sul corpo, applicando un’altra tecnologia da un punto di vista meccanicistico, ma “tendono a guardare gli individui in termini olistici. Essi sono visti come singoli interi e come parti che compongono una realtà più vasta”¹⁴. Dunque queste terapie sono qualcosa che viene vagamente definita come “medicina olistica”. Il “movimento per la cu-

ra olistica”, mostrando molto interesse nel trattare i pazienti come persone integrali, educando la gente alla responsabilità per la propria salute fisica e mentale, e applicando terapie “naturali” o alternative, ha ottenuto grande influenza. Queste terapie – chiamate anche non-ortodosse, complementari o non-convenzionali – comprendono varie categorie, quali la categoria spirituale (cura della fede e cura paranormale), la categoria psicologica (rappresentazione mentale, ipnosi e terapia del sorriso), la categoria nutrizionale (integratori erboristici, vitaminici e minerali e diete macrobiotiche), la categoria delle sostanze medicali (sieri, omeopatia, iniezioni di cellule vive di feti e animali) e una categoria che coinvolge forze fisiche (chiropratica, massaggio, digitoterapia, agopuntura ed elettroterapia). Un metodo alternativo di diagnosticare le malattie interne è l’iridologia¹⁵, con la quale si esamina l’iride dell’occhio.

Nel 1981, i gruppi di professionisti che praticano qualche tipo di medicina alternativa in Gran Bretagna contavano più di 11.000 membri in totale, cifra che rappresentava il 41% dei medici generici. Fulder parla di un incremento del 10% l’anno da allora. L’8% dei medici generici in Gran Bretagna apparteneva a corpi professionali medici complementari¹⁶. Nello stesso anno il 7% della popolazione danese consultava un professionista della medicina non convenzionale ogni anno¹⁷. Una legge quadro, i cui dettagli devono ancora essere stesi, la “Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg” (professioni in atti sanitari individuali), promulgata nel Novembre 1993, stabilisce che, a prescindere dai cosiddetti atti riservati, persone diverse dai medici sono formalmente autorizzate a compiere atti nell’ambito della cura sanitaria individuale. Ciò darà maggiori possibilità ai terapeuti alternativi¹⁸. Nel 1990, un’indagine negli Stati Uniti rivelò che il 34% degli intervistati aveva usato nell’anno precedente almeno una volta una terapia non convenzionale, e che un terzo di questi visitava esperti di questo tipo di trattamento¹⁹. In generale si

trattava di persone istruite e con entrate elevate.

I medici sono spesso inconsapevoli dell’uso diffuso delle terapie alternative. Il 72% delle persone che hanno risposto di cercarvi aiuto, si astengono dall’informare i loro medici.

Sebbene, specialmente nei circoli New Age, l’uso dei cristalli, del tocco terapeutico e di cure psichiche basate su una certa spiegazione metafisica dell’uomo sia diventato abbastanza popolare, la maggior parte degli aderenti a questa corrente fa anche uso di medicina occidentale “ortodossa”. Soltanto il 4% degli intervistati che riportava una condizione medica prevalente, consultava un terapeuta alternativo senza ricorrere anche a un medico²⁰. Ciò può risultare dannoso. Conosco il caso della domestica di un parroco che aveva sofferto per ben tre volte di una malattia simile all’influenza, per la quale aveva consultato senza positivi risultati un professionista generico che usa la medicina omeopatica. Dopo essere stata finalmente accettata in ospedale, le fu riscontrata una granulomatosi di Wegener, una rara malattia caratterizzata da una vascolite delle vie respiratorie superiori e inferiori insieme con una glomerulonefrite. Subito dopo, una crisi renale ne causò la morte, nonostante la prognosi della malattia sarebbe stata buona se si fosse iniziata in tempo una terapia con ciclofosfamide (inizialmente insieme con il prednisone). Sono stati riportati altri casi di questo tipo, come il fatale ritardo nell’intervento del medico su malati di cancro, perché era stato prima tentato un trattamento alternativo, e una sordità insorta dopo un lungo trattamento di un’infiammazione dell’orecchio medio con grandi Weleda²¹.

La questione chiave qui è il perché ai nostri giorni così tante persone fanno crescente uso di medicina non convenzionale. A prescindere da altre ragioni, contro le delusioni dei risultati di trattamenti convenzionali o le convinzioni New Age, una ragione importante risulta essere il fatto che la moderna medicina tecnicizzata non è diretta alla persona considerata come un insieme²². Secondo Frohock,

“la medicina sembra occupare una posizione tra la scienza e quei discorsi spirituali e talvolta mistici dai quali la medicina moderna storicamente deriva. Una crescente fiducia nella teoria e nei dati clinici rende la medicina più simile alla scienza che alla cura popolare; per questo la pratica medica oggi è fortemente influenzata dalla separazione Cartesiana tra mente e corpo, e dagli abbaglianti progressi tecnologici della moderna ricerca scientifica. Il ragionamento spirituale, per contrasto, vede gli esseri umani in una prospettiva olistica che include spirito e corpo e spesso accetta realtà non accessibili alla ricerca scientifica”²³.

In una certa misura, rifiutare ogni tecnologia medica e trovare il proprio rifugio nell’omeopatia e in altre forme alternative di medicina potrebbe essere una comprensibile reazione al carattere eccessivamente tecnicizzato e impersonale della cura della salute convenzionale. Poiché si concentrano sulla persona umana come un intero, esse esercitano una grande attrazione su un considerevole numero di pazienti, e non soltanto su quelli che sono delusi da ciò che la medicina convenzionale ha raggiunto per loro.

Il motivo dell’attrazione delle pratiche alternative dovrebbe rappresentare una sfida per coloro che sono responsabili della gestione della cura della salute: si dovrebbe prestare un’attenzione maggiore di quella che la medicina burocratica e tecnicizzata può offrire ai pazienti quali persone considerate in tutti i loro aspetti e con riguardo ai loro bisogni specificamente umani. D’altra parte, anche accettare trattamenti alternativi in se stessi solleva problemi. Nel collocare le limitate risorse nei servizi sanitari, le agenzie governative e le compagnie di assicurazione devono ponderare l’efficacia di questi trattamenti contro loro possibili effetti dannosi e comparare entrambi i fattori con quelli delle terapie standard. Questo è, comunque, difficile, perché i pro e i contro della maggior parte delle terapie alternative non sono stati sperimentalmente accertati, almeno non in procedimenti che soddisfino i criteri scientifici della medicina conven-

zionale. Ciò rende particolarmente difficile distinguere una genuina terapia alternativa dalle frodi²⁴. Senza voler esprimere un’opinione circa i trattamenti alternativi, si può temere che in certi casi usare soltanto questo tipo di cura comporti il rischio di abbandonare mezzi appropriati di preservazione della vita, disponibili nelle strutture sanitarie convenzionali²⁵.

3. Cura della salute basata sul personalismo prudenziale

Una via media è la cura della salute basata sul personalismo prudenziale, un termine che ho preso a prestito da Ashley e O’Rourke²⁶. La visione personalistica dell’uomo, su cui poggia questa forma di cura della salute, vede il corpo come una parte intrinseca della persona umana, che partecipa alla sua dignità come un fine di se stesso, rifiutando così ogni dualismo tra alcune funzioni spirituali del cervello che costituiscono la personalità da una parte e la natura biologica dell’uomo dall’altra. Questo è confermato dalla Lettera Enciclica *Veritatis splendor*.

“L’anima spirituale e immortale è il principio di unità dell’essere umano, è ciò per cui esso esiste come un tutto – “*Corpore et anima unus*” (*Gaudium et spes*, 14) – in quanto persona. Queste definizioni non indicano solo che anche il corpo, al quale è promessa la risurrezione, sarà partecipe della gioia; esse ricordano altresì il legame della ragione e della libertà volontà con tutte le facoltà corporee e sensibili. *La persona, insomma il corpo, è affidata interamente a se stessa, ed è nell’unità dell’anima e del corpo che essa è il soggetto dei propri atti morali.* (N. 48)... *Una dottrina che dissoci l’atto morale dalle dimensioni corporee del suo esercizio è contraria agli insegnamenti della Sacra Scrittura e della Tradizione:* tale dottrina fa rivivere, sotto forme nuove, alcuni vecchi errori sempre combattuti dalla Chiesa, in quanto riducono la persona umana a una libertà “spirituale”, puramente formale. Questa riduzione misconosce il significato morale del corpo e dei comporta-

menti che ad esso si riferiscono (Cfr. *I Cor 6, 9-10*) (n. 49)”²⁷.

Questo personalismo non ammette di manipolare il corpo, perché ciò equivale a manipolare la persona. Al contrario, il corpo è considerato quella parte della persona sofferente nella quale si incontra lui o lei. Ciò che è spesso visto come l’ultima soluzione tecnica per tutte le sofferenze, l’attività interruzione della vita del corpo nelle sue varie forme, non è una risposta alla sofferenza dell’uomo, ma semplicemente l’eliminazione del soggetto che soffre. La sola risposta fruttuosa alla sofferenza della persona umana come un fine in se stesso è l’affetto e l’amore al quale si aggiunge l’esperienza professionale medica e infermieristica.

Il personalismo così descritto non rifiuta la tecnologia, ma l’accetta pienamente, mostrando così ogni apertura alla chirurgia plastica se necessaria per ragioni umane, all’ingegneria genetica per quanto concerne la terapia somatica del gene, o alla procreazione assistita purché l’atto coniugale non venga sostituito da una tecnica. Comunque, esso esclude che l’uomo sia controllato dalla tecnica. È l’uomo che deve controllare la tecnica. L’“auriga virtutum” (auriga della virtù), la prudenza, gli mostrerà ciò che è appropriato per preservare la salute e la vita o – se ciò non è più possibile – per alleviare la sofferenza con cure palliative. Così, la cura della salute non è regolata soltanto dalla virtù della maestria (“ars” in latino), che insegna come *fare* o come *produrre cose bene* (“recta ratio factibilum”), ma anche e perfino in primo luogo dalla virtù della prudenza, rendendolo capace di *agire moralmente giuste* nel prendere decisioni concrete (“recta ratio agibilium”)²⁸. Il personalismo prudenziale, che conduce ad un’armonia tra cura e sollecitudine, garantisce una buona tecnica e allo stesso tempo una cura autenticamente umana.

La gestione della salute, rispondendo a domande di alta tecnologia unite a quelle di un approccio personalistico, comporta che la cura della salute diventi costosa. Si dovrebbe essere consapevoli del fatto che le strutture sanitarie

non possono essere dotate di scarso personale, come le moderne industrie in cui una singola persona è in grado di far funzionare un'intera serie di macchine controllate dal computer. Proprio perché le necessità umane sono alla base di ogni disordine, fisico e mentale, la maggior parte delle attività sanitarie non può essere automatizzata, e questo problema non si risolverà protocollando il tempo dedicato personalmente ai pazienti. Se mancano le risorse economiche per impiegare personale sufficiente, si potrebbe coinvolgere nella cura del malato volontari ben istruiti e organizzati, così come membri della famiglia dei pazienti.

Questo non esclude che dei protocolli possano essere utili e necessari per un'appropriata collocazione delle risorse per la cura della salute. Essi sono certamente mezzi efficaci per rendere le decisioni mediche più obiettive e orientate allo scopo. Il punto è, comunque, che l'approccio QALY, a prescindere dalle obiezioni su elencate, può facilmente condurre a un serio problema etico. Quando è negato il valore intrinseco della vita della persona umana, la nozione "qualità della vita" è facilmente concepita con un giudizio sulle ragioni per l'ulteriore esistenza di una persona concreta o di una categoria di persone. Perrett scrive:

"... la santità della dottrina della vita è solitamente limitata a coprire soltanto le vite umane, fino a quando il concetto di essere umano è definito in termini di appartenenza alla specie biologica *Homo sapiens*, la dottrina è insoddisfacentemente specista nel modo in cui diminuisce il valore di alcuni esseri sulla semplice base moralmente irrilevante dell'appartenenza della specie. Inoltre è semplicemente implausibile supporre che il solo essere vivi sia intrinsecamente valido. La maggior parte di noi è indifferente alle prospettive di estinzione o di coma irreversibile, la maggior parte di noi è indifferente... Personalmente io non attribuisco alcun valore intrinseco al semplice essere vivi, ma piuttosto a quelle cose che, essendo vive, mi abilitano all'esperienza. (È per questo che sono indifferente

alle prospettive di estinzione e di coma irreversibile). La mia vita sembra valida soltanto per le valide qualità di esperienza che essa rende accessibili e quelle sono le qualità intrinsecamente valide"²⁹.

Nell'applicare l'approccio QALY, la vita della persona dovrebbe essere valorizzata, secondo Perrett, tenendo conto di due componenti estrinseche.

"Innanzitutto c'è il suo *valore personale*, cioè il suo valore per la persona che vive. Ma c'è anche il suo *valore sociale*, cioè il suo valore per gli altri. Così il *valore totale* della vita di una persona è la somma del suo valore personale e sociale"³⁰.

Che una "qualità di vita povera", presa come un bene estrinseco, possa essere concepita come un argomento per giustificare l'eutanasia e altri atti intenzionali di interruzione della vita, è mostrato in un rapporto della *Commissie Aanvaardbaarheid Levensbreeindigen handelen* (Commissione sull'Accettabilità di Azioni che interrompono la Vita, abbreviata CAL) della *Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Società Reale Olandese per la promozione della Medicina, abbreviata KNMG). Essa argomenta come segue: se la qualità umana delle vite di pazienti comatosi a lungo termine è giunta "sotto un (in certo minimo)", disordini intercorrenti non dovrebbero essere curati e trattamenti di prolungamento della vita abbandonati; poiché in tal modo è accettata la morte, è permesso somministrare medicamenti in una dose letale allo scopo di interrompere le loro vite³¹.

Poiché l'espressione "Qualità di vita", implica, anche se non necessariamente, questo rischio, essa dovrebbe essere evitata. Il termine "condizione del paziente" è forse preferibile nelle analisi costo-beneficio e costo-efficacia. Questo termine, che è generalmente usato in medicina, è neutrale e non suggerisce in se stesso che riguarderebbe la più "fondamentale" qualità di vita.

Nel caso siano inevitabili dei protocolli, le autorità sanitarie dovrebbero impedire una burocrazia soffocante, lasciando al medico lo

spazio di prendere prudenti decisioni personali che si allontanino dalla lettera del protocollo in situazioni concrete, secondo il principio della sussidiarietà.

Conclusione

Molti impiegati nelle strutture sanitarie, pensando di aver bisogno di consultare un eticista soltanto in casi difficili, sono generalmente poco interessati alle questioni etiche fondamentali. Spero che questo articolo, pur breve, renderà chiaro che il concetto di uomo e le convinzioni etiche che da esso derivano, determinano alla fine le opzioni fatte nella gestione della cura della salute.

W.J. EIJK, M.D., Ph. D.
Professore di teologia morale
presso la Facoltà Teologica
di Lugano (Svizzera)
e il Seminario Maggiore della diocesi
di Roermond (Olanda)

Note

¹ R. DORRESTEIN, *Want dit is mijn lichaam*, Uitgeverij Contact/Stichting Collectieve Propaganda van het Nederlandse Boex, 1997, p. 27.

² *ibid* p. 30.

³ I. KANT, *Die Metaphysik der Sitten*, Einleitung IV, in: I. KANT, *Schriften zur Ethik und Religionsphilosophie*, ed. W. Weischedel, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1975, vol. IV, pp. 329-330, e I. KANT, *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*, Teil, I. Buch, Paragraph 1, in: I. KANT, *Schriften zur Anthropologie*, *Geschichtsphilosophie. Politik und Padagogik*, Damstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1975, Vol. IV, p. 407.

⁴ H.T. ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1986, pp. 104-109.

⁵ *Ibid*, p. 228-236.

⁶ R.M. VEATCH, "The impending Collapse of the Whole-Brain Definition of Death", *Hastings Center Report* 23 (1993), n. 4, pp. 18-24.

⁷ R. DORRESTEIN, *Want dit is mijn lichaam*, op. cit., pp. 51-52.

⁸ W. VAN DER WERF, "Managed care. Een nadere nuancing vanuit zorgaanbiedersperspectief", *Medisch Contact* 52 (1997), n. 16, pp. 511-513.

⁹ D.C. HADORN, "The Oregon priority-setting exercise: quality of life and public policy", *Hasting Center Report* 21 (1991), n. 3/Supplement, pp. 11-16.

¹⁰ P. SINGER, J. MCKIE, H. KUHSE, J. RICHARDSON, "Double jeopardy and the use of QALYs in health care allocation", *Journal of Medical Ethics* 21 (1995), pp. 144-150; *idem* "Double jeopardy, the equal value of lives

and the veil of ignorance: a rejoinder of Harris”, *Journal of Medical Ethics* 22 (1996), pp. 204-208.

¹¹ J. HARRIS, “Double jeopardy and the veil of ignorance – a reply”, *Journal of Medical Ethics* 21 (1995), pp. 151-157; idem, “Would Aristotle have played Russian Roulette?”, *Journal of Medical Ethics* 22 (1996), pp. 209-215.

¹² J. DOUMA, W.H. VELEMA, *Polio, Afwachten of afweren?*, Amsterdam: Ton Bolland, 1979 (=Ethisch Kommentaar 5), p. 9; le argomentazioni etiche contro la vaccinazione sono discusse alle pp. 43-62; gli autori non concordano con esse, ma le espongono molto prudentemente alle pp. 63-80.

¹³ N. GEVITZ, “Christian Science healing and the health care of children”, *Perspectives in Biology and Medicine* 34 (1991), pp. 421-438.

¹⁴ F.M. FRHOCK, *Healing powers. Alternative medicine, spiritual communities, and the State*, Chicago/London: The University of Chicago Press, 1992, pp. 173-174.

¹⁵ R.H. MURRAY, A.J. RUBEL, “Physicians and healers – unwitting partners in health care”, *The New England Journal of Medicine* 326 (1992), p. 61.

¹⁶ S. FULDER, “Alternative therapists in Britain”, in: M. Saks (ed.), *Alternative medicine in Britain*, Oxford: Clarendon Press, 1992, pp. 167-169.

¹⁷ *Alternative medicine in the Netherlands: summary of the report of the Commission for Alternative System of Medicine*, Leidschendam: Ministry of Health and Environmental Protection of the Netherlands, 1981.

¹⁸ P. LENS, “Regulier en alternatief, een LAT-relatie”, *Medisch Contact* 52 (1997), n. 39, p. 1221. Alcuni temono che la nuova legge renda più difficile istituire procedure contro terapie alternative in malafede, perché questo sarà possibile soltanto nel caso che sia provocato danno o possibilità di danno, cosa che non è sempre facile; cfr. Wet op de berroepen in de individuele gezondheidszorg” art. 96-98, *Wetgeving Gezondheidszorg* (1994), febbraio, Supplemento 132, pp. 112-113.

¹⁹ D.M. EISENBERG, R.C. KESSLER, C. FOSTER, F.E. NORLOCK, D.R. CALKINS, TH. L. DELBANCO, “Unconventional medicine in the United States, Prevalence, costs, and patterns of use”, *The New England Journal of Medicine* 328 (1993), pp. 246-252.

²⁰ *Ibid.* p. 249.

²¹ Il professionista generico (antroposofico) che aveva prescritto i grani Weleda, fu censurato dal Tribunale Medico Disciplinare Centrale a L’Aja, perché aveva deviato dal modello generale di medicina convenzionale (1997/38), *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* (1997), n. 5, pp. 294-297.

²² R.H. MURRAY, A.J. RUBEL, “Physician and healers – unwitting partners in health care”, op. cit. p. 62.

²³ F.M. FROHOCK, *Healing Powers...*, op. Cit., pp. 5-6.

²⁴ J.F. DRANE, “Alternative therapies: ethical and legal issue”, in: *Encyclopedia of bioethics*, W.T. Reich (ed.), New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995 (edizione rivista), pp. 141-142; E. ERNST, “The ethics of complementary medicine”, *Journal of Me-*

dical Ethics 22 (1996), pp. 197-198.

²⁵ Nel passato, i moralisti cattolici parlavano di distinzione tra mezzi ‘ordinari’ e ‘straordinari’. I termini ‘proporzionato’ esprimono meglio il fatto che questa distinzione riguarda il rapporto tra i vantaggi e gli svantaggi del trattamento. Cfr. S. Congregatio pro Doctrina Fidei, “Declaratio de euthanasia”, AAS 72 (1980), pp. 549-550; Pontificio Consiglio della pastorale per gli Operatori sanitari, *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1995 (4 ed.), n. 120.

²⁶ B.M. ASHLEY, K.D. O’Rourke, *Healthcare ethics. A theological analysis*, St. Louis: The Catholic Health Association of the United States, 1989 (3 ed.9), pp. 159-172.

²⁷ Citato da GIOVANNI PAOLO II, Lettera Enciclica *Veritatis splendor*, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1993.

²⁸ S. TOMMASO D’AQUINO, *Summa Theologica* II-II, 47, 5.

²⁹ R.W. PERRETT, “Valuing lives”, *Bioethics* 6 (1992), pp. 186 e 198.

³⁰ *Ibid.* p. 187.

³¹ CAL, *Discussienota inzake levensbeendigen handelen bij wilsonbekwame patiënten. Deel II: Langdurend comateuze patiënten*, Utrecht: KNMG, 1991, pp. 30-35; cfr. *Doen of laten? Grenzen aan het medisch handelen in de neonatologie*, Utrecht: Nederlandse Verining voor Kindergeneskunde, 1992: l’interruzione attiva della vita di un neonato con difetti genetici o congeniti sarebbe accettabile, se la qualità della sua vita fosse diventata troppo povera e dunque la sua vita non fosse più ‘vivibile’.



JOSEPH JOBLIN

La distribuzione delle risorse economiche e la salute

Alcune epoche, come la nostra, sono in rottura con quelle che le hanno precedute. Ciò appare in particolare in alcuni campi, come oggi in quello che riguarda la salute. Il movimento per l'uguaglianza, iniziato nel XVIII secolo negli Stati Uniti e generalizzato dalla Rivoluzione francese, non può più tollerare le ineguaglianze in questo campo. La salute è sempre più considerata come un bene al quale tutti dovrebbero accedere in maniera uguale; ma la distribuzione delle risorse economiche tra i paesi ed all'interno di una stessa nazione è così disuguale che le cure sanitarie sono privilegio di una minoranza. La situazione denunciata dalla *Gaudium et Spes* (§§ 9, 88.1) del contrasto tra l'"opulenza" di pochi privilegiati e la miseria di intere popolazioni, si verifica in materia di sanità in tutte le società. Di fronte a questo "scandalo", il cristiano deve dunque chiedersi come mettere le risorse della terra a servizio di tutti. Il mio intervento vuole contribuire a chiarire questa questione.

1. Attualità della questione

I moralisti cristiani hanno insegnato in ogni tempo che la madre che ruba del pane per nutrire i propri figli e mantenerli in vita, non commette alcun furto se non toglie il necessario a colui che lo possiede, in quanto i beni della terra sono stati dati ad uso di tutti ed appropriarsene è un mezzo per raggiungere questo fine: "la creazione intera è per l'uomo... ogni uomo ha dunque il diritto di trovarvi ciò che gli è necessario... nessuno è autorizzato a riservare a suo uso esclusivo ciò che supera il suo bisogno"¹.

Pur avendo un certo rapporto con il caso classico appena ricordato, il problema che ci riguarda è d'altra natura. È qui che si opera la rottura tra la nostra epoca e quelle che l'hanno preceduta. Non si tratta più della madre che prende del pane per nutrire i propri figli; l'attenzione qui si posa sulle popolazioni marginali o minoritarie le cui capacità fisiche e psichiche sono diminuite per mancanza di cure. Ci si domanda allora se esse hanno diritto di chiedere a coloro che dispongono di ingenti risorse economiche una migliore ripartizione dei beni della terra, che permetterebbe loro, in effetti, di "crescere in umanità"² e di contribuire allo sviluppo del pianeta. La salute non è più considerata come assenza di malattia ma come un bene in sé di cui è legittimo, ed anche profondamente giusto, beneficiare mobilitando le risorse economiche disponibili ovunque esse si trovino.

Il cambiamento di prospettiva operato nella nostra epoca costituisce la prima sfida che dobbiamo cogliere: una "ipoteca sociale"³ pesa sui beni della terra in vista, in particolare, di assicurare la salute a tutti i suoi abitanti? Se sì, cosa si deve intendere allora per salute? E come iscrivere questa esigenza nella realtà? Esiste un legame tra il diritto alla salute e il diritto allo sviluppo? Come possono le risorse economiche essere destinate a questo scopo in modo giusto? È chiaro che ad un determinato momento le risorse economiche saranno limitate e dovranno essere allora operate delle scelte. Sono soltanto alcune delle questioni sollevate dall'esercizio del diritto alla salute: questo non può essere separato dall'idea di sviluppo come da quella della

giusta distribuzione delle risorse della terra che, seppur destinate a tutti, sono tuttavia insufficienti in rapporto ai bisogni⁴.

2. Diritto alla salute e sviluppo solidale dell'umanità

L'espressione "diritto alla salute" oggi sembra essere corrente; essa è in effetti di recente data; il suo contenuto si è andato delineando nel corso di questi ultimi cinquanta anni durante i quali è stato progressivamente associato all'idea di sviluppo.

I primi uomini politici che misero avanti la dottrina dei diritti dell'uomo, proposero di controllare l'organizzazione sociale al fine di assicurare a tutti la soddisfazione dei propri bisogni essenziali; tra questi la salute fu appena menzionata. Roosevelt sembra fare ancora della salute una semplice liberazione dalla malattia. Nel suo discorso detto delle *Quattro libertà* (6 gennaio 1941), egli elenca quelle libertà che dovrebbero essere assicurate prioritariamente a tutti gli uomini a conclusione della guerra; si tratta della libertà di parola, della libertà religiosa, della liberazione dal bisogno per assicurare agli abitanti di ogni nazione "a healthy peace time" e della liberazione dalla paura e dalla guerra. Nello stesso momento Pio XII, nel suo *Messaggio di Natale del 1942* dedicato alla riorganizzazione interna degli Stati, chiedeva di promuovere la dignità della persona umana, cioè tra l'altro "il diritto ad intrattenere e a sviluppare la vita corporale, intellettuale e morale, in particolare il diritto ad una formazione e ad una educazione religiosa". La *Dichia-*

razione universale dei diritti dell'uomo, pubblicata nel 1948, non menziona direttamente il diritto alla salute mentre dedica degli articoli al diritto al lavoro, alle libertà fondamentali, alla nazionalità, ecc...; la cita tuttavia all'art. 25 tra gli elementi del livello di vita al quale tutti dovrebbero poter accedere: "ogni persona – vi si legge – ha diritto ad un livello di vita sufficiente per assicurare la salute, il suo benessere e quello della sua famiglia...". Questi testi mostrano che all'inizio di quest'ultima metà del secolo, gli spiriti più illuminati e, a fortiori, l'opinione pubblica continuavano a vedere nella salute una situazione certamente invidiabile, ma derivante anzitutto dall'assenza di malattia.

Nella concezione tradizionale della salute una prima breccia è stata operata da coloro che gettarono le basi dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità*, la cui costituzione, adottata nel 1946 ed entrata in vigore nel 1948, dà un contenuto positivo alla salute; essa afferma in effetti che la salute deve essere considerata come "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infection"; ma fu soltanto nel 1978, nel corso della Conferenza di Alma-Ata (URSS), che verrà adottato ufficialmente un concetto dinamico della salute, la quale è vista come una condizione *sine qua non* dello sviluppo. Questo punto di vista fu assunto dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite a partire dal 1979.

A) *Lo sviluppo permette il miglioramento delle cure sanitarie e ne dipende largamente. La Dichiarazione d'Alma-Ata (1978), opera dell'OMS, riveste qui una particolare importanza. Ne riportiamo tre affermazioni.*

* *La salute deve essere oggetto di una politica volontaristica da parte dei governi.* Dopo aver proclamato che la salute è "a fundamental human right", il Principio I della Dichiarazione aggiunge: "the attainment of the highest possible level of health is a world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector". Così l'obiettivo di una politica sanitaria non si riduce più alla semplice difesa dei membra-

di una comunità contro la malattia, bensì è il risultato di una politica volontaristica risultante dalla mobilitazione delle risorse economiche e d'altro tipo da parte degli Stati.

* *La soddisfazione del diritto alla salute dipende dalla realizzazione di uno sviluppo economico e sociale a beneficio di tutti;* essa permette di assicurare uno sviluppo economico e sociale sostenuto e di contribuire ad una migliore qualità della vita e alla pace (Principio II).

* *Un livello di salute accettabile nel mondo non può essere raggiunto senza un riorientamento dell'uso delle risorse economiche:* "An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of it is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, detente and disarmament could and should release additional resources that can well be devoted to development of which human health is an essential part..." (Principio X).

L'importanza di questi testi non può sfuggire:

* essi continuano a considerare la salute un bene in sé per l'individuo;

* affermano che la sua realizzazione dipende dalla congiunzione di un certo numero di fattori di ordine sociale ed economico;

* in particolare da una migliore ripartizione delle risorse economiche;

* non pensano che lo sviluppo sia possibile senza un miglioramento della salute delle popolazioni.

Alma-Ata fu soltanto una tappa. La relazione che la Dichiarazione afferma esistere tra salute e sviluppo verrà approfondita in seguito: lo sviluppo non mirerà più soltanto ad un riorientamento delle risorse a beneficio della salute (Principio X) ma a diffondere le cure sanitarie come condizione di uno sviluppo equilibrato; ma perché preferire quest'ultimo ad uno sviluppo ineguale che assicura l'esclusiva felicità di una minoranza?

B) *Lo sviluppo solidale dell'umanità che postula l'antropologia cristiana, implica il riconoscimento e la soddisfazione di un diritto alla salute da parte di tutti.* Le Na-

zioni Unite, così come la Chiesa, parlano con insistenza della necessità di una più giusta ridistribuzione dei beni della terra. Questa affermazione è stata uno dei *leitmotiv* della *Gaudium et Spes* (1965): "Mentre folle immense mancano ancora dello stretto necessario ... il lusso si accompagna alla miseria"⁵. Ma, mentre i testi delle Nazioni Unite si addentrano nei motivi per cui questi squilibri non sono accettabili nella società, quelli del Magistero si spiegano a questo riguardo. Essi fanno appello ad un'antropologia sociale che, fondamentalmente, vede nell'uomo l'"artefice del proprio destino"⁶ o, come diceva Leone XIII nella *Rerum Novarum*, l'uomo deve trovare sulla terra, nelle risorse economiche, i mezzi per adempiere la propria vocazione soprannaturale⁷.

L'antropologia cristiana insiste sulla persona umana e non sull'individuo come i Filosofi del XVIII secolo; per questo essa può rendere la collettività solidalmente responsabile di utilizzare le risorse a sua disposizione per assicurare ad ognuno i mezzi per crescere.

Secondo il cristianesimo, la persona è un soggetto autonomo di decisione morale che costruisce l'ordine sociale attraverso questa decisione; esso si distingue così dal socialismo e dal liberalismo⁸. Da una parte, il socialismo considera l'essere umano come una molecola o un "ingranaggio" dell'organismo sociale, di modo che il bene dell'individuo viene assicurato dallo Stato prescindendo dalla sua autonoma scelta e dalla sua decisione responsabile. Il liberalismo, d'altra parte, vede nell'organizzazione sociale una creazione dell'uomo e non un fatto di natura con leggi che lo costituiscono.

Il fondamento della visione cristiana si trova nel "precezzo naturale di amore reciproco e di misericordia reciproca" che gli esseri umani si devono l'un l'altro; il che non può essere realizzato senza che esista una "unità politica e morale" tra di loro "seppur estranei e di qualche categoria possano essere"¹⁰; in una parola, sono le istituzioni che permettono all'uomo di esercitare la sua sociabilità e di mettere le risorse della terra a disposizione di tutti, il che non può aver luogo quando le strutture societarie emar-

ginano popolazioni intere privandole, tra l'altro, delle cure sanitarie elementari. Bisogna, diceva Paolo VI, “mettere in comune le risorse disponibili e così realizzare una verità comunitaria fra tutte le nazioni”¹¹.

Così per il cristiano il diritto individuale alla salute ha una dimensione collettiva. Esso è ordinato allo sviluppo e al progresso della comunità, perché gli uomini sono solidali tra di loro. Il loro impegno negli affari della città è un mezzo di praticare la carità nei confronti degli altri liberandoli da un ostacolo (in questo caso l'assenza di salute) che li teneva in disparte¹².

Resta un punto irrisolto: esso riguarda la maniera d'assicurare una giusta ripartizione delle risorse economiche. Come possono concretamente i dirigenti di un paese soddisfare questo diritto alla salute quando le risorse di cui dispongono sono limitate e vengono proposti impegni diversi? Quale “principio direttivo” permette di arbitrare tra queste diverse richieste che ognuno dei loro autori considera giuste?

3. Realizzazione del diritto alla salute

L'affermazione di un diritto alla salute per gli individui e i popoli si scontra quotidianamente con le domande di soddisfazione di altri diritti essenziali: su quali principi basarsi per risolvere questi conflitti? Quali suggerimenti pratici possono essere tratti dallo studio di casi concreti?

3.1 Principi di soluzione

a) *La distribuzione delle risorse deve essere compiuta secondo il principio di giustizia sociale,* questa è la dottrina costante della Chiesa da circa un secolo. Il fatto che le risorse economiche siano a disposizione di tutti per permettere loro di assicurare la soddisfazione del loro diritto alla salute, è per la Chiesa una questione di giustizia. Ma, si dirà, liberalismo e socialismo parlano ugualmente di giustizia: in cosa è specifica allora la posizione della Chiesa? Quale è il contenuto dell'espressione “giustizia sociale” divenuta d'uso talmente corrente che non si cerca più di approfondirne il senso?

L'antropologia cristiana, abbiamo detto, si trova all'opposto dell'individualismo liberale. Per essa, tra gli esseri umani esiste una solidarietà di natura che è il fondamento d'obblighi reciproci. Per i sostenitori delle dottrine liberali, non esiste destinazione universale dei beni, i quali sono una *res nullius* di cui ognuno può legittimamente appropriarsi; nessuna solidarietà naturale obbliga a sovvenire ai bisogni essenziali degli altri; soltanto le convenzioni che gli uomini avranno stabilito tra di loro possono creare un diritto a beneficiare in giustizia di tale servizio della società.

La visione cristiana della giustizia sociale è ugualmente incompatibile con quella di certi socialismi. Per questi, esiste una solidarietà naturale tra gli uomini ma la sua messa in atto è rimessa allo Stato. I corpi intermedi non gestiscono direttamente la cosa pubblica, ma sono gli strumenti della volontà del potere. L'orizzonte di questa giustizia sociale è d'ordine puramente terreno.

Nella prospettiva cristiana, la disposizione dello spirito a vivere secondo le esigenze della solidarietà naturale permette di parlare di giustizia sociale in un duplice senso: riconoscendo che esiste un ordine delle cose voluto dal Creatore, l'essere umano si sente responsabile di conformarvi la realtà. Lo Stato assolve un ruolo certamente necessario ma soltanto sussidiario. La partecipazione degli individui ai corpi intermedi è per loro il mezzo per prendere parte attiva a questo sforzo, in unione con gli altri e con lo Stato, allo scopo di raggiungere questo fine.

b) *Definizione del concetto di giustizia sociale.* Benché il concetto di giustizia sociale sia la normale chiave dei rapporti sociali, esso è apparso soltanto recentemente in quanto l'intervento umano in economia non aveva affatto senso prima dell'era industriale. Possiamo certamente constatare un uso crescente dell'espressione dalla metà del XVIII secolo, ma la sua natura e il suo ruolo federatore sono stati senza dubbio espressi per la prima volta da Pio XI, in particolare nella *Quadragesimo Anno* (§ 95) e nella *Divini Redemptoris* (§ 51). Nell'uno e nell'altro dei casi, si tratta della presentazione del principio

direttivo che deve informare tutta la vita economica.

Ricordiamo anzitutto che non si tratta di un modello o di “un sistema tecnico determinato”¹³ che basterebbe soltanto riprodurre, ma di una disposizione permanente della volontà che spinge a ricercare ed a scegliere in ogni circostanza ciò che mette a disposizione dei “membri di una comunità” “tutto quanto necessario allo svolgimento delle loro funzioni sociali”¹⁴.

L'insegnamento di Pio XI sulla giustizia sociale è al centro della questione “*salute e distribuzione delle risorse economiche*”. Esso comprende due livelli: uno sociologico, l'altro dottrinale: *sociologico*, poiché paragona i rapporti sociali a quelli di un “immenso corpo vivente (in cui) ogni organo svolge un ruolo determinato che condiziona allo stesso tempo il proprio sviluppo e i suoi rapporti con gli altri”¹⁵ (il che suppone che tutti i membri della società godano del miglior stato di salute possibile); *dottrinale*, in quanto vede nella giustizia sociale il “principio regolatore” che assicura in modo efficace una “attività intensa di tutta la vita economica nella pace e nell'ordine”¹⁶.

c) *Evoluzione dell'insegnamento della Chiesa sulla dottrina sociale.* La promozione del diritto alla salute non ha mai occupato un posto centrale nell'insegnamento sociale della Chiesa. Ha assunto tuttavia un posto importante sotto la spinta del *Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari*, il quale non soltanto afferma che malati e i portatori di handicap sono membri a pieno titolo della comunità umana, ma sottolinea la loro parte specifica in una prospettiva cristiana per l'edificazione di un mondo più umano; il Pontificio Consiglio ha non soltanto ricordato l'approccio cristiano dei problemi di malattia e di salute, ma ha esaminato come promuovere la salute grazie alle 12 Conferenze Internazionali tenutesi in Vaticano o ai lavori dell'Accademia della Vita.

L'approfondimento del concetto di salute è stato operato in tre direzioni: a) come fattore da integrare nelle teorie dello sviluppo; b) come campo di ricerca che deve mobilitare tutte le discipline scientifiche i cui lavori hanno un'incidenza sulla salute; c) come realtà umana e dun-

que morale poiché tutte le piste di ricerca devono essere finalizzate al bene dell'uomo prendendo come criterio la vita, nella sua origine, sviluppo e termine.

Questi diversi aspetti mettono in relazione l'uso delle risorse economiche e la realizzazione del diritto alla salute; questa è una condizione indispensabile alla partecipazione di ogni individuo o comunità allo sviluppo della società e alla crescita di ogni persona in umanità.

Ci inoltriamo qui in un nuovo terreno. Il diritto alla salute non è più soltanto il diritto individuale che conferisce a ogni essere umano, a qualunque comunità, popolo, razzo o religione appartenga, di accedere alle risorse economiche della terra allo scopo di conseguire lo stato fisico e psichico migliore (OMS). Esso è divenuto anche un diritto collettivo, nel senso che la diffusione della salute a beneficio di tutti condiziona il pieno sviluppo della vita economica e sociale di una comunità. La salute non è più qui il residuo di una politica di sviluppo, ma una delle condizioni *sine qua non* della sua riuscita. In questa prospettiva, la responsabilità dello Stato cambia; non si limita più ad una giusta distribuzione delle cure sanitarie ma presuppone da parte sua una politica attiva per valutare l'incidenza di tutti i fattori della vita collettiva sullo stato di salute di tutti e di ognuno. Una sana gestione delle politiche sanitarie deve non soltanto riguardare la messa a disposizione dei servizi sanitari fin nelle zone più distanti del paese, ma considerare gli effetti che possono avere sul livello di salute le politiche in materia agricola, scolastica, commerciale, industriale, ecc¹⁷.

Si possono così evidenziare tre principi che mostrano il legame tra salute, sviluppo e risorse economiche:

* *l'uomo è un essere sociale che ha bisogno della cooperazione degli altri vista l'esiguità delle sue forze*¹⁸; egli ha dunque il diritto di costituire delle comunità politiche in vista di "acquisire le risorse necessarie al loro (sviluppo)"¹⁹. Notiamo che questo principio ha una contropartita: "gli uomini non possono perseguire i propri interessi a prezzo di una ingiustizia verso gli altri" (d°);

* *individui e comunità devono dunque cooperare fuori da ogni spirito di dominazione economica e politica al fine di far entrare il maggior numero di individui possibile nel processo di sviluppo;*

* *questa cooperazione deve essere pratica e porsi come obiettivo la riforma "delle disposizioni legali in vigore quando queste non tengano sufficientemente conto dell'uguale ripartizione dei vantaggi e degli obblighi della vita sociale"*²⁰; Giovanni Paolo II preciserà questo principio nella *Sollicitudo Rei Socialis* parlando delle responsabilità degli individui e delle comunità nei confronti delle "strutture di peccato"²¹. Esiste quindi un duplice aspetto nel rapporto salute/risorse economiche: da una parte la destinazione universale dei beni esige che le risorse economiche siano gestite dalla società in modo da permettere ad ognuno di godere del miglior stato di salute possibile al fine di partecipare allo sviluppo umano della sua comunità; d'altra parte, questo obiettivo non potrà essere conseguito senza una politica attiva diretta a riformare le strutture della società che fanno da freno alla sua realizzazione.

3.2 Applicazione della dottrina: studio dei casi concreti

Esiste una distanza tra i principi e la dottrina che abbiamo spiegato, e la realtà. In effetti, tutti gli attori sociali non condividono lo stesso punto di vista sulle priorità che è opportuno adottare per avvicinarsi all'ideale di giustizia che è stato intravisto. Alcuni esempi presi da pubblicazioni recenti permettono di farsi un'idea delle difficoltà pratiche che incontra chi voglia mettere le risorse economiche al servizio dell'uguale diritto di tutti alla salute e potrebbero condurre allo scraggiamento.

* *La sproporzione dei bilanci sanitari* tra i paesi industrializzati e quelli cosiddetti in via di sviluppo è il primo fatto da considerare. Le popolazioni più agiate dei paesi occidentali dispongono abbondantemente di medicine sofisticate, mentre quelle più povere sono private dei rimedi elementari che permetterebbero loro di rendere l'acqua potabile o di eliminare alcune malattie parassitarie che colpiscono soprattutto i bambini. Ma dove

e come fissare dei limiti alle cure mediche e alla ricerca nei paesi ricchi? Si passa insensibilmente da cure costose ad altre che sembrano stravaganti. Come nota il Prof. Salvatore Rubino²², dalle cure necessarie per migliorare la masticazione si passa alla richiesta di correzioni estetiche del viso a spese della collettività, portando come argomento il pregiudizio psicologico che si prova; e, completando la sua osservazione sulla tendenza della domanda di cure, egli aggiunge che "dobbiamo rammontare le liste d'attesa negli ospedali per cambiare di sesso". Certamente i dirigenti devono tener conto dell'opinione pubblica e del fatto che la ricerca medica, benché molto costosa, è una tappa necessaria per porre rimedi semplici ed efficaci a disposizione di tutti; ma essi non possono nemmeno dimenticare che alcuni di questi diventano superflui quando si pensa alla situazione di miseria di molte popolazioni.

* *I dirigenti di alcuni paesi poveri vedono un'affermazione della dignità del loro popolo nel fatto che possano disporre di cure di una qualità paragonabile a quelle che vengono prestate negli Stati Uniti o in Europa.* È stato segnalato il caso di un dirigente che, per essere curato nel suo paese, ha fatto destinare la maggior parte del bilancio sanitario all'installazione di una unità di diabetologia a scapito dello sviluppo dei dispensari sanitari delle zone rurali²³. Ai suoi occhi, questo dirigente non faceva altro che esercitare il proprio diritto alla salute, ma non sentiva alcun obbligo di doverlo combinare con quello degli altri; forse riteneva che la sua persona e i servizi da lui resi al paese giustificavano questo trattamento eccezionale. Se questo esempio è particolarmente eloquente sulla differenza nell'accesso alle cure sanitarie tra le popolazioni povere e i dirigenti di un paese, non bisogna farsi illusioni; tale situazione si riproduce in tutti i paesi in cui le popolazioni delle città che hanno accesso al potere si riservano possibilità di cure di cui non dispongono gli abitanti delle zone più svantaggiate. Anche in questo caso, come trovare un giusto equilibrio?

* *All'interno dei paesi industrializzati si pongono problemi di scel-*

te particolari sia per stabilire ad esempio l'ammontare del bilancio sanitario, sia per la gestione delle installazioni ospedaliere. Tre situazioni possono essere qui rilevate a mo' d'esempio.

– *Un certo numero d'attività sanitarie vengono contestate dal punto di vista morale.* Rientrano in questa categoria tutto ciò che riguarda l'aborto ma anche un insieme di pratiche mediche che si diffondono in una società senza religione: eutanasia, esperimenti di bioetica, interventi sull'uomo, conservazione e distruzione degli embrioni in eccedenza, ecc. Ci immergiamo qui in un'atmosfera in cui i mezzi per ottenere ciò che è qualificato di salute vengono posti al di fuori di ogni considerazione morale. Di qui la questione che si pone al legislatore o al cattolico in una società pluralista quando la loro attività professionale si incontra con queste pratiche nuove²⁴. Per loro, il diritto alla salute degli individui non può andare contro le esigenze fondamentali della vita. Essi si scontrano spesso con ciò che Pio XII chiamava "questioni di fatto"²⁵ che essi devono risolvere in coscienza in unione con la Chiesa.

– *Le spese di gestione* di una clinica o di un ospedale sono divenute talmente alte che ai loro amministratori si pongono questioni di scelta: l'acquisto di nuove apparecchiature può sembrare un lusso, poiché il loro ammortamento sarà difficile; d'altra parte, rinunciarvi vorrebbe dire accettare di declassare lo stabilimento e di votarlo ad una morte lenta per il fatto che sarà abbandonato non potendo più prestare le cure di punta richieste nella società in cui si trova²⁶.

– *Le istituzioni sanitarie dirette dalla Chiesa* cattolica conoscono problemi particolari. L'impegno della Chiesa nelle attività sanitarie proviene dalla preoccupazione di apportare alle popolazioni più povere l'aiuto di cui erano prive. Spesso la qualificazione tecnica oggi richiesta dai centri ospedalieri per ciò che riguarda tanto le apparecchiature quanto il personale sanitario, va spesso contro questa vocazione a testimoniare *l'amore di Cristo per i più poveri*. Il bisogno di conciliare redditività, uso delle risorse economiche e diritto alla salute sono all'origine di pro-

blemi la cui soluzione richiede di considerare un buon numero di punti di vista.

Conclusione: la giustizia attraverso il dialogo e la negoziazione

I conflitti di diritto che abbiamo citato non possono essere risolti con piena soddisfazione di tutti. L'ideale di giustizia sociale invita a tendere verso un maggiore rispetto delle aspirazioni di ognuno in maniera continua. Pio XI ha detto a questo proposito che essa è nel contempo individuale e collettiva: *individuale* nel senso che presuppone una determinazione di ognuno a praticarla; *collettiva* in quanto deve appoggiarsi su istituzioni²⁷ che permettano di avvicinare i punti di vista e di "riportare la distribuzione delle risorse" ad un ordine più equo²⁸.

Con queste osservazioni, Pio XI apriva la strada alla soluzione dei problemi sociali attraverso il dialogo, metodo che sarebbe stato valorizzato dal Concilio Vaticano II e dai Papi che seguirono. Per loro, l'uomo deve lasciarsi guidare da "una concezione morale (...): la giustizia sociale da instaurare, giorno dopo giorno, e di comune accordo" e stabilire progressivamente "nuove regole di comportamento sociale che si impongano come norme di diritto"²⁹. Solo questa via permette di cancellare le ingiustizie che esistono in ogni società e che gridano vendetta, in particolare nel rapporto tra diritto alla salute e destinazione universale delle risorse economiche. L'assenza di istituzioni di concertazione e la mancanza di una presa di coscienza del loro dovere di solidarietà da parte dei privilegiati. Ciò può essere riassunto nelle forti parole di Paolo VI: "si tratta di costruire un mondo in cui ogni uomo, senza esclusioni di razza, di religione, di nazionalità, possa vivere una vita pienamente umana ... è dunque una collaborazione volontaria che occorre instaurare, una partecipazione efficace degli uni con gli altri, in un clima di eguale dignità, per la costruzione di un mondo più umano"³⁰.

P. JOSEPH JOBLIN
Professore di Dottrina sociale
della Chiesa
Pontificia Università Gregoriana, Roma

Bibliografia

¹ *Populorum Progressio* §§ 22, 23; cfr. Pio XII, All. *Il Vangelo*, 24 novembre 1940; *Radiomessaggio per la Pentecoste* 1941; *Mater et magistra* § 41; *Sollicitudo Rei Socialis* § 27; *Centesimus Annus* cap. 4 "La proprietà privata e la destinazione universale dei beni".

² *Populorum Progressio* § 15.

³ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai vescovi latino-americani*, Puebla 28 gennaio 1979; *Sollicitudo Rei socialis* § 42.

⁴ PONTIFICIA COMMISSIONE (CONSIGLIO) GIUSTIZIA E PACE, *A proposito della Conferenza del diritto del mare. La destinazione universale dei beni* 1977, p. 12.

⁵ *Gaudium et Spes* § 63.3.

⁶ *Populorum Progressio* § 15.

⁷ *Rerum Novarum* §§ 8; 32.3.

⁸ *Centesimus Annus* § 13.

⁹ *Divini Redemptoris* § 10.

¹⁰ SUAREZ, *De legibus* II 19.9.

¹¹ *Populorum Progressio* § 43.

¹² Pio XI, *Allocuzione ai dirigenti della FUCI (Federazione Universitaria Cattolica Italiana)*, 8 dicembre 1927 in *Discorsi*, vol. 1 SEI, Torino, 1960, p. 745.

¹³ *Divini Redemptoris* § 34.

¹⁴ *Divini Redemptoris* § 51.

¹⁵ J. VILLAIN, *Intervento alla Settimana sociale di Muhlouse*, 1931, p. 269.

¹⁶ *Divini Redemptoris* § 51.

¹⁷ L. MUCHIRI, *Faire des choix ou laisser mourir?* In *Contact*, 1997/1, p. 4.

¹⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Angelus* del 20 febbraio 1991.

¹⁹ *Pacem in Terris* III.

²⁰ *Rerum Novarum* § 3.

²¹ *Sollicitudo Rei Socialis* §§ 9, 36.

²² S. RUBINO, *Salute: definizione, attuazioni, contraddizioni, lettura politica, politica sanitaria* in *L'Operatore sanitario* (ACOS), 1997/1, p.10.

²³ *Contact*, op. cit., p.3 , rileva anche i trattamenti di cui beneficiano i capi di Stato e gli altri funzionari africani (ma lo stesso accadde in Occidente) e li qualifica come "privilegi esclusivi". "Secondo un rapporto del Kenya, il 40% del bilancio sanitario nazionale è stato destinato alle spese di equipaggiamento dell'ospedale nazionale Kenyatta, mentre la parte dello stesso bilancio destinata ai dispensari nelle zone rurali raggiungeva appena l'1,4%" (*ibid.*).

²⁴ J. JOBLIN e R. TREMBLAY (a cura di), *I Cattolici e la società pluralista. Il caso delle leggi imperfette*, ESD Bologna, 1996, p. 284.

²⁵ Pio XII, All. All. *Unione dei Giuristi cattolici italiani*, 6 dicembre 1953.

²⁶ J. HUG, *Dimension of the Healing Ministry*, Catholic Association of Health Association of the United States, St. Louis (Mo) & Center of Concern (Washington), 1989, p. 222.

²⁷ La giustizia sociale "può essere osservata da tutti soltanto se tutti si accordano a praticarla insieme attraverso delle istituzioni", *Divini Redemptoris* § 53.

²⁸ *Quadragesimo Anno* § 64.

²⁹ PAOLO VI, All. *In occasione del cinquantenario dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro*, Ginevra, 10 giugno 1969.

³⁰ *Populorum Progressio* §§ 37 & 54.

LUCIANO SANDRIN



La Chiesa, comunità sanante

1. L'esempio di Gesù e il suo comando

1.1. L'esempio di Gesù

I Vangeli sinottici raccontano la guarigione del lebbroso operata da Gesù. Leggiamo da Matteo: "Quando Gesù fu sceso dal monte, molta gente lo seguiva. Ed ecco venire un lebbroso e prostrarsi a lui dicendo: *Signore, se vuoi, tu puoi sanarmi.* E Gesù stese la mano e lo toccò dicendo: *Lo voglio, sii sanato!* E subito la sua lebbra scomparve" (Mt 8,1-3)¹.

In una miniatura che un monaco fece circa mille anni fa, le persone raffigurate sono coinvolte in una scena in movimento: Gesù che scende dal monte, dall'alto, dietro di lui due uomini che, al vedere Gesù compiere una guarigione, si guardano le mani, quasi a domandarsi che cosa anche loro possono fare, e sullo sfondo altri individui che, per il loro abbigliamento, si distinguono dai personaggi biblici e sono certamente contemporanei dell'artista. Di fronte a loro un lebbroso. L'artista ha tradotto in un'immagine un'azione di Gesù, il suo modo di trattare con il lebbroso e cioè la sua prassi, la sua pastorale².

Il lebbroso è un malato, ma è anche un malato *emarginato*, posto fuori dalla comunità civile, isolato, *s-comunicato*, socialmente già morto. Gli manca non solo la salute del corpo ma anche alcune cose fondamentali per una salute pienamente umana ed in modo particolare la possibilità di crescere come persona nell'interazione con gli altri. Vive come straniero, nella sua stessa patria. C'è ancora forte in lui la speranza di essere guarito, e chiede aiuto a Colui che

(ne ha la netta percezione) lo può aiutare.

Gesù è il *salvatore*. Il suo incontro con il lebbroso è *sanante e salvatore*. Al lebbroso viene restituito lo spazio di vita che aveva perduto, la relazione che lo fa sentire persona. Salutare è l'*accoglienza* che Gesù dona al lebbroso. Con questo gesto Gesù trasgredisce la legge umana ma "completa la legge di Dio" per il quale la persona umana ha la precedenza assoluta. Gesù stende *la mano* ed entra in contatto con il lebbroso ma al contatto unisce *la parola efficace*, che crea quello che proclama. Guarendolo fisicamente gli ridona anche la vita sociale, i suoi spazi relazionali. Il lebbroso passa dalla zona della morte alla vita, *risorge*. La guarigione del lebbroso è un racconto pasquale, racconta un ritorno alla pienezza di vita sul piano fisico e sociale ma anche, e soprattutto, un incontro con il Dio che in Gesù esprime la sua definitiva Parola di salvezza. L'*agire* di Gesù ha un'origine dall'alto, *dal monte* come ci dicono i sinottici, esprime le intenzioni di Dio e realizza il suo progetto di salvezza nei confronti del suo popolo.

I due uomini che nella miniatura sono posti dietro a Gesù si confrontano col suo modo di agire. Si guardano le mani e si domandano che cosa possono fare perché *quel modo di agire di Dio* che si è *incarnato nell'agire di Gesù* diventi il criterio del loro agire. In questi testimoni diretti possiamo vedere la prima comunità dei seguaci di Gesù, la sua chiesa che si chiede come fare perché la sua azione pastorale continui l'*agire di Dio* nella storia e dia credibilità al suo amore. La domanda se la nostra prassi è *conforme a Gesù* e alla sua azio-

ne e quindi *conforme all'agire di Dio* è, come ci si esprime in teologia pastorale, la domanda criteriologica più importante. La prassi di Gesù è il criterio della nostra prassi, dell'azione di noi cristiani, di noi Chiesa di Cristo, e la domanda è se e come la nostra pastorale prende a propria misura la prassi di Gesù.

Raffigurando, nella miniatura, anche i suoi contemporanei, l'artista ha voluto far notare l'attenzione all'esempio di Gesù deve coinvolgere non solo i testimoni diretti ma arrivare, via via lungo la storia, fino a noi.

1.2. Annunciate e guarite

In realtà i discepoli del Cristo hanno ricevuto da lui, per quanto riguarda l'impegno nel campo della salute e della guarigione, non solo un esempio ma anche un preciso comando-missione in cui l'annuncio del regno è strettamente legato all'azione sanante: "E strada facendo predicate che il regno di Dio è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi, cacciate i demoni" (Mt 10, 7). Anche Luca sottolinea che Gesù "chiamò a sé i Dodici e diede loro potere e autorità su tutti i demoni e di curare le malattie. E li mandò ad annunziare il regno di Dio e a guarire gli infermi" e che, obbedienti a questo comando, "essi partirono e giravano di villaggio in villaggio, annunziando dovunque la buona novella e operando guarigioni" (Lc 9,1-2,6). Come ci ricorda anche l'evangelista Marco i Dodici, mandati in missione da Gesù a due a due, "predicavano che la gente si convertisse, scacciavano molti demoni, ungevano di olio molti infermi e li guarivano" (Mc 6,13).

Ed è interessante notare come questo comando, che descrive la missione data da Gesù ai suoi discepoli, sia posto nel vangelo di Matteo dopo una lunga narrazione di segni di guarigione operata da Gesù, cui i discepoli hanno assistito facendo quasi una specie di tirocinio sotto la guida di un maestro del tutto speciale.

Della sua *missione sanante* la Chiesa è stata cosciente fin dai suoi inizi. Emblematica, in questo senso, la narrazione della guarigione dello storpio da parte di Pietro, narrata negli Atti degli Apostoli: “Un giorno Pietro e Giovanni salivano al tempio per la preghiera verso le tre del pomeriggio. Qui di solito veniva portato un uomo, storpio fin dalla nascita e lo ponevano ogni giorno presso la porta del tempio detta *Bella* a chiedere l’elemosina a quelli che entravano nel tempio. Questi, vedendo Pietro e Giovanni che stavano per entrare nel tempio, domandò loro l’elemosina. Allora Pietro fissò lo sguardo su di lui insieme a Giovanni e disse: *Guarda verso di noi*. Ed egli si volse verso di loro aspettandosi di ricevere qualcosa. Ma Pietro gli disse: *Non possiedo né argento né oro, ma quello che ho te lo do: nel nome di Gesù Cristo, il Nazareno, cammina!* E presolo per la mano destra lo sollevò. Di colpo i suoi piedi e le caviglie si rinvigorirono e balzato in piedi camminava; ed entrò con loro nel tempio camminando, saltando e lodando Dio” (*At 3, 1-8*).

Seguendo l’esempio di Gesù e obbediente al mandato da lui ricevuto, la comunità apostolica riserva un posto particolare agli ammalati e ripete nei loro confronti le parole e i gesti compiuti da Gesù. Ciò è possibile in forza della comunione con lui nella fede. È la fede nella Pasqua che porta la Chiesa a compiere le azioni di Gesù e a compierle nel suo nome. “Guarendo lo storpio alla Porta Bella, gli apostoli non fanno altro che obbedire al comando del Signore: predicare la buona novella e guarire i malati. La loro viva comunione col Risorto si traduce nel memoriale attivo della sua presenza sanante. Come celebravano il memoriale della sua Pasqua nel mistero eucaristico, così essi ne celebravano il memoriale compiendo i suoi gesti

messianici. Nell’espressione: *Non possiedo né oro né argento, ma quello che ho te lo do. Nel nome di Gesù Cristo, il Nazareno, alzati e cammina!*, Pietro professa la sua fede nel Signore che è vivo, presente e compie la guarigione”³.

L’esempio e il comando di Gesù, fatto proprio da Pietro, ha attraversato la storia della Chiesa, è arrivato oggi fino a noi e si trasforma in domanda che ci coinvolge e ci tocca da vicino: qual è il tipo di azione, e quindi di pastorale, che noi-chiesa di Cristo dobbiamo svolgere oggi per rispondere in modo sanante alla domanda di salute e di guarigione che, esplicitamente o implicitamente, ci viene posta da chi vive in questa nostra società?

2. Domanda di salute, nostalgia di salvezza

2.1. L’oggi e gli inviti di Dio

C’è una stretta relazione tra il *testo* biblico (la Parola-evento) e il *con-testo* in cui la Parola oggi risuona e si esprime. Il contesto è quindi, dal punto di vista teologico, il tempo in cui Dio oggi agisce, in modo particolare, attraverso la sua Chiesa. Tale tempo salvifico la Bibbia lo chiama *kairòs*. Momento kairologico è quindi, nella riflessione teologica pastorale, il decifrare, alla luce della fede, i segni dei tempi per cogliere le provocazioni e gli inviti di Dio (*Lc 12,54-57*). Ci ricorda il Concilio Vaticano II nella *Gaudium et Spes* che “Il Popolo di Dio, mosso dalla fede, per cui crede di essere condotto dallo Spirito del Signore, che riempie l’universo, cerca di discernere negli avvenimenti, nelle richieste e nelle aspirazioni, cui prende parte insieme agli altri uomini del nostro tempo, quali siano i veri segni della presenza o del disegno di Dio” (n.11).

Gesù, a chi gli chiedeva se era colui che doveva venire o se dovevano aspettare un altro, ha esibito le sue credenziali, i segni che lo contraddistinguevano come il Messia, il Mandato dal Padre, e tra questi le guarigioni e l’annuncio della buona novella ai poveri (*Mt 11, 1-6*). Anche la Chiesa oggi deve poter esibire queste credenziali e per farlo deve poter rispondere ad alcune domande decisive (mo-

mento kairologico): chi è il lebbroso oggi, chi sono oggi i malati, i ciechi, i disabili? Come dire la Parola che alla Chiesa è stata affidata perché essa sia veramente un lieto annuncio di *shalom*, di salvezza integrale? Qual è la salute alla cui domanda i cristiani devono rispondere sull’esempio di Gesù? Il modo di agire di Gesù sarà in questo senso illuminante e normativo (momento criteriologico) e da Lui la nostra prassi riceverà le giuste direttive per un cambiamento adeguato alla situazione (momento prassologico)⁴.

La teologia pastorale, anche in ambito sanitario, deve quindi esplorare la situazione con l’occhio della fede (kairologia), chiarire i fini e i modelli di riferimento (criteriologia) e promuovere un’azione ecclesiale, la pastorale di tutta la Chiesa, che esprima nell’oggi la pienezza del modello (prassologia). Ricordando che è la comunità ecclesiale soggetto della pastorale, come è tutta la Chiesa oggetto di riflessione della teologia pastorale. “Vi è dunque posto, nella teologia, – afferma René Latourelle – per uno studio metodico e scientifico della Chiesa come fenomeno contemporaneo nel momento decisivo della sua attuale presenza al mondo. Questo studio della *Chiesa-in-situazione-storica* appartiene all’intelligenza della Chiesa. [...] Così, mentre la teologia dommatica tratta della Chiesa nel suo essere essenziale, cioè come mistero e istituzione, umana e divina insieme, visibile e invisibile, la teologia pastorale è una riflessione metodica sul suo *essere mutevole*, cioè sul mistero della edificazione del Corpo di Cristo che è la Chiesa nella sua attuazione *presente e concreta* e sulle *condizioni* di tale attuazione, sul modo con cui la situazione contemporanea reagisce al compimento attuale della missione salvifica della Chiesa. Per situazione contemporanea intendiamo i cambiamenti culturali e sociali di ogni epoca. In ogni nuova situazione storica vi è un’indicazione di Dio, un invito a nuovi compiti, o per lo meno a un continuo aggiornamento”⁵. Dio ha scelto una precisa modalità per compiere la salvezza dell’umanità: l’economia dell’Incarnazione. E questa modalità da Lui scelta ha precise conseguenze

per l'attività pastorale e salvifica della Chiesa e per la riflessione teologica su questa azione.

2.2. La domanda di salute e i suoi impliciti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ci aiuta a leggere la situazione sanitaria mondiale. I suoi ultimi bollettini ci dicono che le malattie infettive uccidono ancora circa 17 milioni di persone all'anno e ne colpiscono altri 100 milioni, specialmente nei paesi in via di sviluppo, mentre negli altri paesi sono le malattie croniche a costituire la principale minaccia alla salute. Ma siccome la speranza di vita si sta innalzando anche nei paesi in via di sviluppo, ed in essi i modelli di vita "occidentali" si stanno imponendo, anche questi paesi saranno sempre più esposti alle malattie ad andamento cronico. I paesi in via di sviluppo sono sottoposti dunque ad un "doppio carico" poiché questi nuovi problemi vengono a sommarsi al peso delle malattie infettive endemiche, proprio mentre si sta approfondendo l'abisso tra paesi ricchi e paesi poveri riguardo alle risorse disponibili. Aumenta, a livello mondiale, la *speranza di vita* ma non sempre essa può essere pienamente espressa come *speranza di salute* e cioè come "speranza di vita in buona salute".⁹

Nei paesi più ricchi la ricerca della salute sta diventando l'istanza più importante. Da una parte essa tende a diventare sempre più progetto di vita, considerata in modo dinamico e relazionale, armonia (o meglio continua armonizzazione) tra le diverse dimensioni in cui la vita di ogni uomo si realizza: corporea, psico-sociale e spirituale⁷. D'altra parte però la ricerca di salute, e quindi l'*essere sani*, è spesso intesa come *essere in forma*, ed è appiattita sulla sua dimensione corporea, tensione spasmodica che risponde ad un desiderio di identificazione con modelli socialmente vincenti. In questo tipo di società, che ha come ideale l'*essere forti, sani, giovani e belli*, la malattia è spesso una tragedia come lo sono il dolore, la disabilità e la vecchiaia: realtà cui non si riesce a dare un significato e quindi *non più sopportabili*. La salute diventa sempre più il valore-simbo-

lo, a volte l'unico cui aggrapparsi. "In tempi di crisi e di perdita di orizzonte di senso pare che l'unico valore che rimane sia il rifugiarsi nella ricerca della salute; nel desiderio di *star bene* e, così, nella prospettiva di uno stato di *buona salute* si pensa di risolvere anche tutti gli altri problemi che restano intanto irrisolti. Quando non ci sono valori, resta un unico mezzo valore, debole, senza slanci, senza illusioni, resta un ideale povero, ma sincero. Consiste nel poter vivere una vita senza lacrime, senza difficoltà materiali, senza malesseri e malanni fisici e senza disturbi psicologici".⁸

La ricerca di salute come progetto di vita e come armonia tra le diverse dimensioni della persona in cui la dimensione spirituale gioca un importante ruolo, riconosciuto oggi anche dalla scienza medica, deve diventare sempre più terreno di riflessione teologica, luogo in cui l'intelligenza della fede coglie gli attuali inviti di Dio. Mentre l'esperienza della malattia è stata da sempre oggetto di riflessione teologica e luogo di fedeltà al mandato evangelico di curare e predicare "la salute, invece, per quanto paradossale possa sembrare, fino a tempi recenti non è stata vista come un *problema teologico* e tantomeno come un luogo teologico essenziale quanto la malattia e la sofferenza". Il nuovo spessore antropologico che viene riconosciuto all'esperienza-salute apre la strada ad una riflessione teologica più approfondita in cui non ci si riduca a prendere atto e a riflettere su ciò che accade nell'uomo (la salute non è solo un *avvenimento*), ma ci si chieda cos'è l'uomo nella salute e cos'è chiamato ad essere (la salute come vocazione, come storia e come impegno). C'è spazio per una riflessione teologica sulla salute, e quindi per una *teologia della salute*, perché l'esperienza-salute chiama in causa una visione antropologica che il cristiano deduce dal disegno di salvezza di Dio sull'uomo e sull'umanità⁹.

Ma, perché la sua azione sia continuatrice di quella del suo Fondatore e pastoralmente efficace, la comunità ecclesiale deve oggi essere capace di cogliere nella domanda del malato, oltre ad una

richiesta di cura e di guarigione cui si deve rispondere, anche un desiderio "di compagnia, di solidarietà e di sostegno nella prova" e cioè, — come ci ricorda Giovanni Paolo II nell'*Evangelium Vitae* — una "richiesta di aiuto per continuare a sperare, quando tutte le speranze umane vengono meno" (n. 67). Ma la Chiesa deve anche saper leggere il desiderio di salvezza implicito nel tipo di ricerca di salute oggi socialmente vincente (domanda di *star bene, ben essere, stare in forma*), comprendendone "il gioco strano delle sostituzioni che intervengono: la salute sta al posto della salvezza e la salvezza diventa specchio di una salute come un *carpe diem* senza fine. È come il condurre un interminabile gioco a ping pong, dove però alla fine dei rimbalzi non si può evitare di affrontare il dilemma di fondo: l'uomo non è diretto forse verso una salvezza che include la salute e che rinvia verso una polarità trascendentale che sfugge ai progetti umani e che può soltanto essere invocata *de profundis*? Nasce dunque, in questo contesto, quasi spontaneamente una riflessione sulla salute che ha come termine ultimo e come suo risvolto più autentico la richiesta di *salvezza*".¹⁰

La missione sanante della Chiesa, mandato ricevuto dal Fondatore, implica certamente l'essere attenta ai malati (impegnandosi a tutti i livelli per la loro guarigione) e interessarsi di coloro che in vari modi ne condividono l'esperienza e li assistono, ma anche (e soprattutto oggi) deve esprimersi nel promuovere una salute integrale (corporea, relazionale e spirituale) in cui la *salvezza ricevuta e donata* è parte integrante e significativa. Se la pastorale sanitaria della Chiesa ha come "fuoco d'attenzione" il malato ed ha certamente alcuni ambiti privilegiati di espressione, come azione sanante (salvifica-salutare) deve diventare sempre più *dimensione presente in tutto il suo agire*.

3. La risposta sanante della Chiesa

3.1. Una salvezza salutare

Il Concilio Vaticano Secondo, nella *Lumen gentium*, ci ricorda

come “la Chiesa è in Cristo come un sacramento o segno e strumento dell’intima unione con Dio e dell’unità di tutto il genere umano” (n.1). Essa “per una non debole analogia è paragonata al mistero del Verbo incarnato. Infatti, come la natura assunta serve al Verbo divino da vivo organo di salvezza, a Lui indissolubilmente unito, in modo non dissimile l’organismo sociale della Chiesa serve allo Spirito di Cristo che la vivifica, per la crescita del corpo (cfr. Ef 4,16)” (n. 8).

L’ecclesiologia sacramentale offre “le giuste coordinate per affrontare nella prospettiva non parziale della salvezza cristiana il discorso sulla salute, sul malato e sulla speranza della guarigione”. Nella Scrittura l’idea di *sacramento di salvezza* si trova frequentemente applicata a Cristo e implicitamente riferita alla Chiesa in tutti quei passi che la presentano come il sacramento di comunicazione del Cristo, con struttura analoga a quella dell’Incarnazione. La Chiesa ha come fine di portare agli uomini la salvezza donata dal Padre per mezzo di Cristo nello Spirito, quella salvezza che consiste, in profondità, nella liberazione dal peccato e dalla morte e nella partecipazione alla vita eterna e alla gioia infinita della Trinità. Essa è una salvezza personale e allo stesso tempo comunitaria, spirituale e allo stesso tempo temporale, storica ed escatologica insieme, *una salvezza integrale che, nell’orizzonte della vita eterna, salva tutta la persona umana in tutte le sue dimensioni*. La Chiesa in quanto sacramento radicale è radice di innumerose espressioni sacramentali di salvezza, e tra queste le più significative sono “la comunità dei credenti, che manifesta e realizza nel mondo la comunione trinitaria; i carismi e i ministeri, che offrono alla comunità la parola di Dio, che annuncia la salvezza; i sacramenti, che realizzano la salvezza annunciata”¹¹.

I gesti sacramentali della Chiesa manifestano in se stessi il carattere di totalità della salvezza di Cristo, attualizzano questa salvezza e, all’interno dell’unità reale che sussiste tra ordine creaturale e ordine storico-salvifico, rimandano alla realtà della *salute* in un rapporto di

interazione profonda e reciproca con la realtà della *salvezza*. C’è una specie di vuoto di riflessione teologica per quanto riguarda il rapporto *salute-salvezza-sacramenti* (mentre è stato sviluppato abbastanza bene il rapporto *malattia-salvezza-sacramenti*). La *salute* può essere invece, secondo Carlo Rocchetta, “un luogo teologico altrettanto essenziale quanto la malattia per una concettualizzazione integrale dell’evento cristiano della salvezza e dei sacramenti che la attualizzano nel tempo della Chiesa”. In Gesù la salvezza è offerta come salute e la salute come salvezza e la sua buona notizia è il proclama di una *salute-salvata* e di una *salvezza-salutare* per l’uomo, per tutto l’uomo e per tutti gli uomini. Nei gesti sacramentali, che si pongono ai punti nodali dell’esistenza umana, il rapporto salute-salvezza viene attuato in termini di corrispondenza reale, storica, esistenziale ed ecclesiale. In essi “il credente è posto in grado di attingere al senso più alto della sua vita e di attuare – per dono – l’attesa di quella salvezza piena che porta in sé come una nostalgia profonda e incancellabile”. L’evento della salvezza-sanante viene inteso nei gesti sacramentali come una nuova condizione di esistenza che, liberando l’uomo dal peccato e ricommandolo della pienezza del dono dello Spirito, lo trasforma impegnandolo per una sua piena realizzazione. “Si può parlare, in questo senso, della grazia sacramentale come di una *grazia di sanazione integrale*”. La pastorale sanitaria appartiene quindi, in modo inseparabile, alla missione salvifica della Chiesa e i sacramenti manifestano in atto questa missione¹².

Nella celebrazione dei sacramenti e nell’annuncio della Parola la Chiesa continua l’opera salvifica di Cristo. Il Catechismo della Chiesa Cattolica ci ricorda che “il Signore Gesù Cristo, medico delle nostre anime e dei nostri corpi, colui che ha rimesso i peccati al parlatore e gli ha reso la salute del corpo, ha voluto che la sua Chiesa continui, nella forza dello Spirito Santo, la sua opera di guarigione e di salvezza, anche presso le proprie membra” (n.1421). Come i sacramenti attualizzano la salvezza portata da Cristo così l’evangeliz-

azione promossa dalla Chiesa è incarnazione e prolungamento dell’azione evangelizzatrice di Cristo, e deve trovare fondamento e ispirazione nella sua azione salvifica. “Questa fedeltà al suo Signore deve condurre la Chiesa ad offrire e comunicare la salvezza di Gesù come forza sanante sperimentabile fin d’ora, dentro la sofferenza e la debolezza della condizione umana presente, come primizia e speranza di vita eterna”¹³.

E per far questo essa deve impegnarsi per far penetrare la forza salvifica del vangelo nell’attuale cultura della salute, ponendosi anche come voce critica di una cultura che enfatizza la dimensione corporea della salute dimenticando, se non proprio censurando, la sua dimensione spirituale e trascendente. Evangelizzare la cultura in ambito sanitario vuol dire per la comunità cristiana portare la Parola che guarisce e testimoniare nei gesti che curano il senso profondo della vita e la multidimensionalità della salute, rendendo ancora possibile l’incontro, e cioè l’incarnazione, tra il divino e l’umano, in modo che l’umano sia segno sempre più espressivo del divino, la salute sia segno di un Regno di Dio già in mezzo a noi ma non ancora pienamente espresso.

3.2. Evangelizzare sanando

La Chiesa, sacramento di salvezza, esprime l’azione salvifica che le è stata affidata come dono e come compito, propriamente nell’evangelizzazione e nella celebrazione dei sacramenti. “Tuttavia, il frammento di mondo già salvato nel sacramento, per sua natura tende a diffondersi, estendendo a tutto il creato il dinamismo dell’incarnazione che lo vivifica. L’azione salvifica della Chiesa si dilata perciò anche in promozione umana”¹⁴, nell’impegno di tutti i cristiani a rendere presente nella società le energie di salvezza che la Chiesa, sotto la guida dello Spirito Santo, riceve dal suo Fondatore per salvare la persona umana nella sua integralità (GS 3).

Cristo è venuto nel mondo perché gli uomini “abbiano la vita e l’abbiano in abbondanza” (Gv 10,10) e la Chiesa, in tutto il suo agire, non fa che continuare la sua azione di salvezza. La vita che la

Chiesa è chiamata ad annunciare “è la pienezza del dono di grazia che riempie il vissuto totale dell'uomo, assumendo la sua vocazione alla salute per trasfigurarla in vocazione alla salvezza e assumendo la sua vocazione alla salvezza per farla diventare un servizio di amore alla salute dell'uomo, di tutto l'uomo e di tutti gli uomini”. Come ogni teologia sacramentale è teologia della carità e rimanda alla carità (e quindi al servizio e alla cura) come alla sua forma propria di manifestazione e di realizzazione, così anche l'annuncio del Vangelo della salvezza e la sua accoglienza è inseparabile nell'insegnamento di Gesù dal servizio verso gli ultimi, i malati, gli emarginati, al punto da identificarsi egli stesso con loro¹⁵.

Gesù non separa mai la sua attività terapeutica dalla proclamazione del Regno. Le guarigioni che Lui compie sono a servizio dell'evangelizzazione. Sono il segno più evidente della salvezza che egli offre, l'esperienza che fa capire, o almeno intuire, il senso della sua azione evangelizzatrice. Ciò significa che l'evangelizzazione del mondo della salute da parte della comunità ecclesiale non deve essere qualcosa di aggiunto all'azione terapeutica dei suoi membri, ma deve integrarsi nei gesti di cura e di guarigione dei vari operatori sanitari, a tal punto che questi stessi gesti diventano *vangelo*, lieito annuncio che Dio è un Dio presente, che ama, che cura e che consola, “segno di un Dio Amico e salvatore e invito ad accogliere la sua salvezza”¹⁶.

Il servizio ai malati, che a volte può essere espresso anche in gesti di guarigione straordinari, è parte integrante della missione stessa della Chiesa, della sua azione pastorale ed evangelizzante, *memento della sua ministerialità*. E i vari operatori sanitari sono chiamati ad essere l'immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore verso i malati e i sofferenti. Sono gli operatori sanitari che, in vari modi, attualizzano, rivelano e comunicano al malato non solo “l'amore di guarigione e di consolazione di Gesù Cristo”¹⁷ ma esprimono, in modo continuo e spesso silenzioso, i miracoli di guarigione che la Chiesa ha il potere, ricevuto da

Cristo, di compiere. Nei loro gesti terapeutici, e nella credibilità del loro impegno, la Chiesa gioca, in campo sanitario, – come ebbe a dire mons. Tettamanzi – la sua stessa credibilità: “i cristiani, che operano nel campo sanitario, operano a titolo personale; ma, se sono cristiani, operano anche, e quindi inevitabilmente, sempre anche a titolo ecclesiale. La credibilità o meno della Chiesa passa attraverso la credibilità o meno delle singole persone della Chiesa”¹⁸.

Gli operatori sanitari sono chiamati a riscrivere ogni giorno la parabola del *buon samaritano* che si fa prossimo a chi soffre, attualizzando continuamente nella loro relazione terapeutica la “carità terapeutica di Cristo” a favore dello stesso Cristo presente nel malato. Nella loro attività professionale a servizio della vita essi esprimono un vero e proprio *ministero terapeutico*, diventando collaboratori di Dio nel “ridare la salute al corpo malato e dare lode e gloria a Dio nell'accoglienza amorosa della vita, soprattutto se debole e malata”¹⁹. Vocazione cristiana e impegno professionale non sono in conflitto. Essere bravi cristiani, nel complicato mondo della salute, non esime da una preparazione professionale (tecnica e relazionale) ai più alti livelli, anzi la esige: *solo mani competenti riescono a veicolare l'amore terapeutico di cui il malato ha bisogno*. Ma solo lavorando insieme (come tasselli di un riuscito e significativo mosaico) i vari operatori sanitari possono attuare una vera terapia, che si prenda cura della ricchezza delle dimensioni in cui la salute si esprime e la cui armonia, nel malato, entra in crisi. La malattia come la salute interessano la persona nella sua interezza e perciò rimandano ad una grande alleanza di fattori. Anche la *terapia* è frutto di un riuscito *mosaico di competenze professionali*. Solo insieme gli operatori sanitari “possono riscrivere la ricchezza, la profondità e la completezza dell'approccio terapeutico del Buon Samaritano che curando annuncia la lieta notizia dell'amore del Padre”²⁰.

È questo un compito affidato da Cristo e dalla sua Chiesa in modo particolare ai vari professionisti che lavorano nel mondo della salu-

te, ma è anche un “impegno non delegabile” per tutti coloro che, in quanto membri della Chiesa di Cristo, partecipano della sua missione sanante: una *missione* per tutto il popolo di Dio, per la comunità che Cristo si è scelto.

3.3. Comunità sanata e sanante

È proprio nel suo essere comunità salvata e sanata che la Chiesa può esprimersi, sia a livello universale che particolare, come *comunità sanante*. È nel suo essere comunità che la Chiesa esprime in modo pregnante la sua sacramentalità, rivelando e comunicando la salvezza della Trinità (del Padre Amante, del Figlio Amato e dello Spirito Santo Amore) attraverso nuovi rapporti interpersonali, che ne siano segni sempre più espresivi.

Il modello di servizio, e cioè di diaconia, che la Chiesa è chiamata ad esprimere oggi nel mondo della salute, come segno del Regno, è il modello della *comunione ecclesiastica*: è il modello che tende al pieno inserimento nella comunità del malato, del disabile, della persona debole e vulnerabile. È il modello che si propone la costruzione di comunità di vita nuove, in cui l'altro viene accolto non per quello che ha, ma per quello che è, senza barriere e pregiudizi, valorizzando il contributo di ogni persona. È il modello *trinitario* della reciprocità, nel quale ognuno è partner di una relazione in cui dà e riceve, in cui è sanante e sanato, è modello del Cristo-samaritano e del Cristo-malato.

Nella sua dimensione comunitaria poggia una dimensione importante del ruolo sanante della Chiesa. Essa, popolo adunato dal Dio trinitario, luogo di comunione degli uomini con il Padre, il Figlio e lo Spirito Santo, diventa luogo in cui la salute, sperimentata come armonia dell'individuo con se stesso, con gli altri e con Dio, trova un importante spazio curativo, preventivo e promozionale e diventa un già di salvezza di un *non ancora* che avrà la sua piena realizzazione nell'escatone di Dio.

Ma la Chiesa ha un'importante funzione sanante anche come *luogo di significato*. “Una visione del mondo – scrive il cardinal Ratzinger – che non può dare un senso

anche al dolore e renderlo prezioso non serve a niente. Essa fallisce proprio là dove fa la sua comparsa la questione decisiva dell'esistenza. Coloro che sul dolore non hanno nient'altro da dire se non che si deve combatterlo, ci ingannano. Certamente bisogna fare di tutto per alleviare il dolore di tanti innocenti e per limitare la sofferenza. Ma una vita umana senza dolore non esiste, e chi non è capace di accettare il dolore, si sottrae a quelle purificazioni che sole ci fanno diventare maturi²¹. Per la persona che crede, niente, nemmeno l'esperienza del dolore, può separare da Cristo. Anzi proprio il momento della sofferenza può diventare, come per Giobbe, "esperienza" della presenza di Dio, sanante e redentiva non solo per sé ma anche – come ci ricorda S. Paolo – per tutta la Chiesa (*Col 1,24*)²².

Nella comunione con il Cristo morto e risorto, con Colui che ha vissuto significativamente il dolore e la morte, la Chiesa diventa locanda ospitale, "luogo di speranza", dove qualsiasi pellegrino stanco o malato, "ricercatore del senso" di ciò che sta vivendo, può vivere in modo salutare e salvifico il suo soffrire e il suo morire, e scrivere un capitolo significativo della sua storia di alleanza con gli altri e con Dio²³.

Nell'esprimersi come comunità sanante, continuatrice della Parola che salva e del gesto che guarisce, comunità in cui la relazione tra le persone è, per opera dello Spirito, reciprocamente sanante e redenti-

va, la Chiesa obbedisce al comando del suo Signore realizzando pienamente se stessa. La sua *attività sanante* va quindi oltre determinati luoghi specifici e diventa *dimensione sanante* che ne connota e attualizza l'identità, ed è sperimentabile in tutta la sua azione pastorale.

P. LUCIANO SANDRIN, M.I.
Preside del "Camillianum",
Docente di Psicologia
e di Pastorale Sanitaria

Note

¹ Citazioni da "La Sacra Bibbia" della CEI.

² ZULEHNER P.M., *Teología Pastoral. I. Pastoral fundamental. La Iglesia fra compito e attesa*, Queriniana, Brescia 1992 (or. ted. 1989-1990), 13 e ss. Vedi questo testo anche per le annotazioni che seguono. Interessante anche il volume 3. *Passaggi. Pastoral delle fasi della vita*.

³ BRESSANIN E., *Unzione degli infermi*, in *Dizionario di teología pastoral sanitaria*, Ed. Camilliane, Torino 1997, 1344. Vedi anche LABOURNE R.A., *Le Christ et la santé. La Mission de l'Eglise pour les guérisons et la salut des hommes*, Le Centurion, Paris 1972.

⁴ ZULEHNER P.M., *Teología Pastoral. Pastoral fundamental. I. La Iglesia...* op. cit., 19-21.

⁵ LATOURELLE R., *La teología ciencia de la salvación*, Cittadella, Assisi 1992, 141-142 (or. fr. s.d.).

⁶ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 1997. Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad*.

⁷ Vedi BRESCIANI C., *Salute. Approccio storico-culturale*, in *Dizionario di teología...* op. cit., 1073-1079.

⁸ TERRIN A.N., *Il sacro off limits. L'esperienza religiosa e il suo travaglio*, EDB, Bologna 1995, 251.

⁹ ALVAREZ F., *Salute. Approccio teológico*, in *Dizionario di teología...* op. cit., 1079 e 1082.

¹⁰ TERRIN A.N., *Il sacro...* op. cit., 253.

¹¹ PANIZZOLO S., *Chiesa sacramento di salvezza*, in *Dizionario di teología...* op. cit., 189 e ss. Vedi anche THOMAS L., ALKIRE J., *Healing as a parish ministry. Mending body, mind and spirit*, Ave Maria Press, Notre Dame (Indiana) 1992.

¹² ROCCHETTA C., *Sacramenti*, in *Dizionario di teología...* op. cit., 1063-1073. Idem, *Salute e salvezza nei gesti sacramentali*, in "Camillianum" 4 (1993) 9-27. Vedi anche CASTELLANO CERVERA J., *I sacramenti di guarigione: la dimensione sanante della penitenza e dell'unzione degli infermi alla luce del Catechismo della Chiesa Cattolica*, in "Camillianum" 6 (1995) 209-229.

¹³ PAGOLA J.A., *Evangelizzazione e mondo della salute*, in *Dizionario di teología...* op. cit., 427. Idem, *Acción pastoral para una nueva evangelization*, Sal Terrae, Santander, 135 e ss. Vedi anche HRING B., *Proclamar la salvezza e guarir i malati. Verso una visione più chiara di una sintesi fra evangelización e diáconia sanante*, Ospedale Miulli, Quaderni 1, Acquaviva delle Fonti (Ba) 1984 (or. ted. 1984). Conferencia Episcopal Española, *Congreso Iglesia y Salud*, (26-30 septiembre 1994), Editorial de la Conferencia Episcopal Española, Madrid 1995.

¹⁴ PANIZZOLO S., *Chiesa sacramento...* op. cit., 201.

¹⁵ ROCCHETTA C., *Sacramenti*, in *Dizionario di teología...* op. cit., 1073 e 1070.

¹⁶ PAGOLA J. A., *Evangelizzazione...* op. cit., 428.

¹⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Christifideles laici*, n. 53

¹⁸ TETTAMANZI D., *Chiesa e salute*, in AA. VV., *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Atti del 3° Convegno della Consulta Nazionale della Pastorale della Sanità della C.E.I., 23-25 aprile 1995, Salcom, Brezzo di Bedero (VA), 87.

¹⁹ Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano 1995, nn. 4 e 5.

²⁰ Consulta Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità, *Il mosaico terapeutico*, Ed. Camilliane, Torino 1997, 13 e 14.

²¹ RATZINGER J., *La Chiesa. Una comunità sempre in cammino*, Paoline, Cinisello B. (MI), 1992 (or. ted. 1991), 111.

²² Su questo tema vedi GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici doloris*, 1984.

²³ Vedi, per alcune interessanti riflessioni, MOHRMANN M.E., *Medicine as Ministry*, The Pilgrim Press, Cleveland (Ohio) 1995, 75-88.



MARIE-ODILE RETHORE

Scienza medica e fede cristiana

In questa fine di secolo, alle soglie del Terzo Millennio, lo sviluppo scientifico e tecnico è talmente veloce che i desideri più forti prendono il sopravvento sugli uomini e presto si trasformano in bisogni che bisogna soddisfare con ogni mezzo.

Allo stesso tempo, la saggezza e la virtù non aumentano... anche se non regrediscono via via che i media prendono il posto di "guide intellettuali", che l'istruzione degrada e la famiglia si sfalda, che la fede e la religione, quando non direttamente attaccate o ridicolizzate, vengono presentate come valori arcaici, non corrispondenti più all'uomo moderno.

Sarebbe già molto se i medici arrivassero a compiere gli obblighi che si sono preposti con il giuramento di Ippocrate, alleviare le sofferenze, guarire quando possibile, assistere, accompagnare sempre, testimoniare una vera compassione di fronte ad un destino avverso. Ma ecco che nelle società che consideriamo "avanzate" viene chiesta loro tutt'altra cosa...

Non si tratta più, ad esempio, di alleviare i mali dovuti all'età. Bisogna conservare la giovinezza, impedire l'invecchiamento, abolire gli effetti. Si vuole rimanere o ridiventare giovani, belli, sportivi, senza accettare il minimo sforzo che ciò comporta, ma usando dei trattamenti medici o chirurgici sempre costosi e spesso pericolosi.

Nello stesso spirito, la malattia, la sofferenza, la morte, vengono occultate dalle nostre società di persone "sane". "Se non sapete guarirlo, tenetelo, cioè uccidetelo... ma non lo voglio con me!". Tutto ciò, ben inteso, in nome dei

grandi principi e dei buoni sentimenti.

È in questa filosofia che si inserisce la domanda della diagnosi pre-impianto nelle fecondazioni in vitro, la domanda della diagnosi prenatale, il consiglio di abortire se c'è un'anomalia ma anche il consiglio di abbandonare il bambino se nasce con una malformazione o una malattia che non si è potuta prevedere.

Per riflettere su questa questione vitale per la famiglia umana, sono stati creati dei comitati d'etica, destinati a studiare nuove leggi che, una volta approvate, influenzano i costumi che, a loro volta, influenzano le leggi. Con un po' di "apertura", sotto l'apparenza della "buona coscienza", il bene e il male non saranno più gli enunciati della coscienza retta e illuminata, ma il muto consenso di un'etica di stato.

Per paura di riaprire il dibattito sull'aborto, il verbalizzante designato dal governo ha reputato che "non era possibile pronunciarsi, nella legge, sullo stato dell'embrione". Il senato e il parlamento l'hanno seguito.

Allora, i richiedenti insistono, le proposte di legge si accumulano, e i comitati d'etica riflettono a lungo...

La vera ragione di queste domande... osiamo a malapena formularla, tanto è sordido il suo realismo... un embrione di scimpanzé, un allevamento di topi costano molto cari... La vita umana non ha prezzo! Essa ha anche perso ogni valore dopo che alcune nazioni, civilizzate da molto tempo, hanno rinnegato con un voto ciò che, per più di 2000 anni, tutti i maestri della medicina avevano giurato.

Le conquiste della medicina esistono, e sono meravigliose! La ricerca, quella vera, continua, e non ha affatto l'intenzione di arrestarsi... Essa può essere realizzata perfettamente senza che la vita di un solo uomo sia messa in gioco... Come soleva dire il Professor Lejeune, non desisteremo mai!

Le possibilità di intervenire in modo efficace sul bambino grazie alla diagnosi prenatale esistono. Spero che si moltiplichino. È nostro dovere, in quanto medici e ricercatori, fare di tutto per arrivarci. È una questione di vita e di morte per i bambini malati, ed ecco perché la diagnosi prenatale è sempre più richiesta; essa diventa sempre più precisa e viene eseguita sempre più precocemente. Di questo passo, l'anomalia – anche se minima – che viene scoperta dopo la nascita del bambino, è sempre meno accettata.

I mezzi tecnici di osservazione del bambino durante la vita intrauterina sono sempre più sofisticati: l'ecografia (immagine del bambino in rilievo e a colori) e l'amniocentesi permettono, a persone esperte e soprattutto molto abitate, di "vedere" le seppur minime malformazioni, ma bisogna anche rammentare che spesso si trova solo ciò che si cerca. Alcune immagini sono difficili da interpretare. Ci sono dei falsi negativi che rassicurano a torto, e dei falsi positivi che portano all'aborto di bambini perfettamente formati.

L'esame dei cromosomi del bambino può essere fatto dalla 7^a settimana di vita intra-uterina, per via vaginale, con una biopsia della placenta o, più tardi, alla 16^a settimana di vita con prelievo del liquido amniotico che contiene cellule

di sfaldamento del feto. L'analisi del cariotipo permette di conoscere il sesso del bambino (il che è determinante nelle malattie legate al sesso) e se è affetto da una malattia per aberrazione cromosomica.

Queste malattie sono frequenti: ne è colpito un nascituro su 100. Una delle più frequenti è la trisomia 21: 1 bambino su 650. Nel 98% dei casi, ciò accade in famiglie senza precedenti particolari. La frequenza di queste malattie aumenta con l'età della madre, e nel bambino comportano delle malformazioni viscerali più o meno gravi ma soprattutto un ritardo nello sviluppo psicomotorio più o meno importante da una anomalia cromosomica all'altra e, nel caso della stessa anomalia, da un bambino all'altro.

Le tecniche della biologia molecolare si moltiplicano molto velocemente. Esse permettono di analizzare in utero il codice genetico del bambino con una rappresentazione molto simile a quella dei codici a barre che vengono utilizzati per le grandi superfici. Se manca una delle barre o se essa è in doppio esemplare, si sa che il bambino è portatore di una malattia genica costituzionale e definitiva.

In questi casi la legge francese autorizza l'aborto senza limiti di tempo.

Potete immaginare che questa, per le famiglie e per i medici, è una tentazione terribile: queste malattie sono gravi; la maggior parte di esse non hanno ancora una soluzione terapeutica... tutti lo fanno e lo consigliano... da alcuni non farlo viene considerata anche come una mancanza professionale... alcune famiglie intraprendono una causa legale per mancato aborto quando il bambino nasce con una di queste malattie... molti medici, come per farsi perdonare la non-diagnosi prenatale, propongono e persino consigliano l'abbandono... Attualmente a Parigi, 1 bambino su 4 nato con la trisomia 21 viene abbandonato al momento della nascita.

La scoperta, durante la vita intra-uterina, di una malattia del bambino grave ed incurabile lo fa etichettare come un "condannato a morte per ignoranza della medicina".

Questo aborto deliberato è con-

siderato come "un delitto abominale" da tutta la tradizione cristiana, e Giovanni Paolo II l'ha ricordato di recente in *Evangelium Vitae*: "L'essere umano dev'essere rispettato e trattato come una persona sin dal suo concepimento. Nessuna ragione, per quanto grave e drammatica, non può mai giustificare la soppressione deliberata di un essere umano innocente... La pratica dell'aborto selettivo per impedire la nascita di bambini affetti da vari tipi di anomalie è ignominiosa perché pretende di misurare il valore di una vita umana soltanto secondo parametri di "normalità" e di benessere fisico, aprendo così la strada alla legittimazione anche dell'infanticidio e dell'eutanasia".

Il governo ha da poco autorizzato il rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale dell'analisi dei cromosomi del bambino durante la sua vita intra-uterina, indipendentemente dall'età della madre, se il dosaggio dei marcatori sierici materni indica un rischio più alto che il bambino sia portatore della trisomia 21 di quello legato alla sola età della madre. Questa proposta sarà sottoposta a verifica per un periodo di due anni. Si stima che il costo totale dell'operazione sia di 500 milioni di franchi francesi per i due anni. Non si tratta più di rispondere alla domanda di una coppia, ma di un'azione collettiva che mira ad individuare sistematicamente i trisomici 21 nell'evidente scopo di eliminarli. Questa strategia di eugenismo negativo porta a sopprimere i soggetti che non corrispondono ai criteri richiesti per trovare un posto nella nostra società.

Questa tendenza è molto grave perché, partendo dalla trisomia 21, si estende rapidamente ad altre malattie, e si aggrava quando interessa la diagnosi pre-impiantatoria e la genetica predittiva.

La diagnosi pre-impiantatoria riguarda l'insieme delle tecniche che tendono a identificare, nell'embrione fecondato in vitro, un'anomalia genetica. Tre giorni dopo la fecondazione in vitro, quando gli embrioni sono allo stadio di 4 o 8 cellule, si prelevano, mediante micromanipolazione, 1 o 2 cellule. Si estrae il DNA e si amplificano le sequenze specifiche

corrispondenti alla malattia temuta o si esaminano i cromosomi con delle sonde specifiche mediante ibridazione in situ. Se viene trovata l'anomalia cercata, le rimanenti cellule dell'embrione non saranno trasferite nell'utero materno, ma saranno buttate. Saranno trasferiti soltanto gli embrioni riconosciuti indenni dalla malattia.

Evidentemente sorgono diverse domande. Anzitutto, l'atto aggressivo che costituisce il prelievo e la sottrazione di una o due cellule che costituiscono l'embrione, non potrebbe essere pregiudizievole per lo sviluppo ulteriore delle cellule restanti che saranno impiantate nell'utero? L'embriologia sperimentale dà una risposta rassicurante sull'animale, ma possiamo sperimentarlo sull'uomo? Sui 31 bambini nati per primi dopo una diagnosi pre-impiantatoria, non sono state osservate malformazioni ma la questione resta. Peraltra, potremmo ragionevolmente enunciare una diagnosi di una malattia a partire dallo studio di una sola cellula e prima della differenziazione cellulare, sapendo che non si può rinnovare il prelievo, e dunque l'analisi.

La diagnosi pre-impiantatoria è autorizzata dalla legge del luglio 1994 soltanto a titolo eccezionale, e può essere eseguita soltanto in centri autorizzati. Possiamo immaginarne i rischi di una tendenza aggravata dall'assenza di una definizione dello stato dell'embrione che fa temere una minore protezione dell'embrione rispetto al feto. La sdrammatizzazione del gesto effettuato fuori dall'organismo materno può portare alla sua banalizzazione, dunque ad un'estensione della pratica verso una medicina predittiva dai limiti molto vaghi. Si possono temere domande di pura convenienza che non hanno niente a che vedere con il campo della patologia, come ad esempio la scelta del sesso, o anche una pressione sociale.

La situazione si complica maggiormente con la medicina predittiva. Ecco che il genetista, identificando settimana dopo settimana dei nuovi geni, è oggi in grado di riconoscerli molto presto e di prevedere i loro futuri effetti. Può anche prevedere l'avvenire di ognuno di noi e dei nostri figli!

Si tratta, evidentemente, di un progresso straordinario se la scoperta di un gene deleterio permette, grazie ad un'attento controllo, di intervenire rapidamente al momento opportuno o, meglio ancora, di instaurare una condotta preventiva efficace per impedire alla malattia di fare la sua comparsa. È il caso, ad esempio, della localizzazione del gene che favorisce il diabete; un regime alimentare ed un controllo clinico permetterà di evitare, in questo caso, la malattia. Allo stesso modo, si comprende l'interesse di una tale possibilità nell'orientamento professionale: la scoperta, in un giovane, di una retinite pigmentaria che lo renderà cieco verso i quarant'anni impone di imparare il Braille ed un orientamento professionale adattato alla situazione. Ma cosa succede quando non c'è altro da fare che attendere il proprio ineluttabile destino? Cosa succede quando si tratta di un gene di predisposizione o di suscettibilità, e che il rischio annunciato può intralciare la libertà o modificare la vita dell'interessato con il solo fardello della rivelazione di cui deve farsi carico? Abbiamo il diritto di dire ad un uomo di 30 anni, in perfetta salute, che possiede il gene della corea di Huntington che è stato appena individuato in suo padre diventato demente... dirgli che ha il 50% di probabilità di trasmettere il gene ai suoi figli... che questa malattia non può essere curata e che conduce inevitabilmente alla demenza verso la cinquantina...

Ognuno ha il suo fardello da portare lungo la vita, che deriva dalla propria storia e da quella della propria famiglia, ma il ruolo del medico è quello di portare così una conoscenza non sempre desiderata e generalmente inutile. Alcuni protocolli di diagnosi familiare in materia di cancro fanno rabbrividire e portano ad interrogarsi per sapere fino a che punto arrivare quando la medicina è tentata di irrompere nella vita delle persone. Ciò suppone un'estrema vigilanza in termini di rispetto della persona, del diritto di ciascuno ad accettare, o meno, l'esame, della volontà di ciascuno di sapere o di non sapere.

Ogni volta che si fa un'applicazione individuale a carattere medico, sembra che la medicina predit-

tiva possa dare un'apporto inestimabile. Come si allontana dal campo medico, essa diventa un ostacolo alla libertà dell'uomo. Peggio ancora sarebbe se dovesse diventare uno strumento utilizzato per scopi collettivi, per un gruppo o per un altro di assicuratori, di impiegati o di amministrazioni, al fine di selezionare gli uomini e le donne in funzione delle loro rispettive forze e debolezze genetiche. Allora la genetica avrebbe nuovamente permesso di portare la nostra società verso strade che le fanno perdere la propria umanità.

Tutti i medici, e particolarmente i genetisti, si trovano prima o poi di fronte a questo terribile dilemma: come dire la verità rispettando il segreto medico? Dire la verità, sempre, ma non necessariamente tutta la verità d'un sol colpo. Si tratta, mi sembra, di far vedere le cose così come sono, prendendo tutto il tempo che occorre, e dirle con parole semplici, dire ciò che si conosce e non esitare a dire quando non si sa, di rispondere alle domande anche quando sono formulate appena, ma senza andare oltre ciò che è stato chiesto. Rimanere in ascolto e incoraggiare i parenti o i pazienti a pronunciare essi stessi le parole che hanno paura di sentire. In questo modo la verità non cadrà come una ghigliottina che taglia definitivamente ogni speranza e non sarà recepita come una condanna. Detta al momento giusto e con parole appositamente scelte, libererà dall'angoscia dell'incertezza, dell'attesa della diagnosi.

Ma questa confidenza, in occasione di un colloquio individuale e protetta dal segreto tra il medico ed il paziente, diventa diversa se di fronte al medico si trova non più un paziente ma una coppia, e forse un'intera famiglia. La loro preoccupazione comune riguarda la propria discendenza. La diagnosi, le spiegazioni, le conseguenze appartengono evidentemente ai due membri della coppia, ma anche ai nonni e ai figli. Nella genetica medica, il riferimento non è più l'individuo ma la coppia. Per questo, è conforme all'idea di tutela della riservatezza che si deve ad ogni persona, rivelare, anche se al consorte, le eventuali debolezze inscritte nel più profondo del suo codice genetico?

Quando dopo la diagnosi della miopia di Duchenne bisogna spiegare che è la madre la portatrice, che è lei all'origine della malattia del figlio e che, ad ogni gravidanza, indipendentemente dal partner, ella ha il 50% di probabilità di trasmettere il gene patologico... ecco che questa madre è stata responsabilizzata! Essa rischia di trovarsi in una situazione di fragilità, di colpevolezza, forse anche di essere accusata all'interno della famiglia. Cosa diventerà la coppia dopo questa rivelazione? In che modo questa donna domanderà alla madre ed alle sorelle di farsi esaminare perché anch'esse potrebbero essere portatrici? Cosa deve fare la genetica se questa donna si rifiuta di parlarne alle sorelle? Bisogna rispettare il segreto nei confronti di questa donna e di questa coppia e tacere la verità alle sorelle che, se sono portatrici, hanno il 50% di probabilità di trasmettere il gene ai propri figli?

Per altre malattie ci si trova in un'identica situazione, che si tratti di malattie dominanti o di altre malattie legate al cromosoma X. Per le malattie recessive il problema è di diversa natura ma anche in questo caso difficile. Ad esempio, dopo la nascita di un bambino affetto da mucoviscidosi bisogna dire che il gene responsabile della malattia è stato trasmesso al bambino dal padre e dalla madre, e perciò dalla coppia. Quest'uomo con un'altra donna e questa donna con un altro uomo non avrebbero avuto praticamente alcun rischio di avere un bambino con questa malattia, mentre ad ogni gravidanza questa coppia ha una probabilità su quattro di mettere al mondo un figlio malato.

Informazioni di questo tipo mettono alla prova la coppia, ed il genetista si trova direttamente coinvolto nella loro vita in un determinato momento.

La genetica è, oggi, direttamente coinvolta nell'assistenza medica alla procreazione. L'inseminazione con sperma di donatore, ad esempio, ha aperto nuove possibilità ad alcune coppie esposte ad un rischio genetico. È il caso di un uomo colpito da una malattia dominante che rifiuta di trasmettere la propria malattia ai figli. È altresì il caso delle coppie che hanno messo

al mondo un bambino portatore di una malattia recessiva: cambiando partner, la donna non ha praticamente più alcun rischio di avere un bambino colpito dalla stessa malattia.

Si può ben discernere la strada intrapresa e dove si può arrivare nel campo dell'eugenismo. Tanto più che il genetista è sollecitato ad assicurarsi della qualità genetica dei potenziali donatori. Questo orientamento verso un ruolo di selezione qualitativa si scosta, evidentemente, dai tradizionali comportamenti medici e rischia di sfociare in un eugenismo positivo tendente a selezionare i genitori migliori e proporre di sterilizzare i meno buoni.

Fintanto che sono osservati il rispetto dell'altro (anche se diverso) e la protezione dei più deboli, le tecniche più elaborate non sono affatto temibili. Soltanto se il desiderio di potenza fuorvia il cuore dell'uomo si potrà temere il peggio.

Per finire, vorrei leggervi due testi. Il primo è di Michel Serres, ed è tratto dalla prefazione del libro di Testard *L'oeuf transparent*: "Dobbiamo fare l'inventario del giardi-

no di Voltaire o di quello di Adamo ma queste immagini ci traggono in inganno; esistono mille giardini possibili. I nostri progenitori chiamavano ogni bestia ed ogni pianta per nome. Noi dobbiamo codificare le possibilità. Dobbiamo fare una sorta d'inventario infinito, quello dei possibili mondi che dormono nell'intendimento divino secondo Leibniz... Abbiamo ormai la responsabilità di gestire il cono infinito di quelli possibili. L'inventario sembra non porre alcun problema etico; la scelta, al contrario, ne pone uno serio. Una volta che è stato a lungo combinato, bisogna scegliere ciò che passerà dal possibile all'attuale. Questo gesto che Leibniz riservava a Dio, da qualche tempo, e sempre di più, lo possiamo fare al Suo posto".

Il secondo testo è tratto dal discorso del Santo Padre del 21 novembre 1993, in occasione della seduta che chiudeva la riunione dell'Accademia delle Scienze in Vaticano.

"L'approfondimento permanente delle conoscenze sull'essere vivente è, di per sé, un bene in quanto la ricerca della verità fa

parte della vocazione primordiale dell'uomo e costituisce la lode principale agli occhi di Colui che ha formato il genere umano e che è all'origine di ogni cosa. La scienza è seducente e affascinante, ma essa non sa enunciare da sola la verità ultima e proporre la felicità che l'uomo desidera raggiungere, né dettare criteri morali per il conseguimento del bene. È importante dunque prendere la misura dei problemi morali che portano non sulla conoscenza stessa ma sui mezzi d'acquisizione del sapere nonché sulle sue applicazioni possibili o prevedibili. Non spetta alla Chiesa fissare i criteri scientifici e tecnici della ricerca medica. Ma è suo dovere ricordare, in nome della sua missione e della sua tradizione secolare, i limiti all'interno dei quali ogni azione intrapresa si riveli un bene per l'uomo".

E aggiunge: "Il criterio morale della ricerca resta sempre l'uomo nel suo essere tanto fisico quanto spirituale".

Prof. MARIE-ODILE RETHORE
Membro dell'Accademia di Medicina



MIGUEL MARTIN RODRIGO

Contributo della vita consacrata alla salute

Introduzione

Sono intimamente convinto che la Chiesa non sia pienamente cosciente del grande apporto da essa realizzato nel corso della storia nei differenti campi in cui ha articolato la sua missione. Uno di questi si riferisce, senza alcun dubbio, al mondo dell'attività sanitaria. Malgrado i nostri evidenti limiti, si compie la raccomandazione di Gesù: "la tua mano destra non sappia cosa fa la sinistra".

In questo quadro di parziale ignoranza, si riconosce maggiormente la mancanza di dati concreti e precisi sulla reale presenza dei consacrati la cui missione è l'attenzione al mondo della salute. L'INDEX elaborato e pubblicato dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, nel 1986 in prima edizione e nel 1994 in una seconda edizione revisionata ed ampliata, constata la difficoltà di concretizzare detta presenza. Difficoltà che si riferisce tanto alle istituzioni sanitarie cattoliche quanto, di conseguenza, alla presenza dei religiosi nelle stesse.

L'edizione del 1994 parla di 21.757 strutture sanitarie nel mondo di proprietà della Chiesa o in cui essa è presente; il Segretario del Dicastero avverte però che, secondo una stima, al censimento ne mancano altre 8.000. Il 43,5% di esse si rovano in Europa, il 20% in America, il 17% in Africa, e l'1,5% in Oceania. Suor Teresa Beorlegui, Superiora Generale delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore, sulla base dei dati dello stesso INDEX, indica la cifra di 350.139 religiose sanitarie nel mondo¹, alle quale vanno aggiunte le 8.000 strutture non censite, non-

ché un manipolo di religiosi che, benché in numero molto minore rispetto alle religiose, costituiscono un gruppo non disprezzabile. Un vero esercito.

1. Un po' di storia

Il rapporto tra Chiesa e mondo della salute, e all'interno di essa della vita religiosa, è antico e vasto. Il ruolo dei monasteri nell'assistenza e nell'insegnamento delle scienze mediche e dell'infermieristica, è stato assai rilevante. La nascita delle grandi congregazioni la cui missione era diretta all'assistenza dei "poveri e degli ammalati", nel secolo XVI e in particolare nel secolo XIX, costituisce una pietra miliare nella presenza della Chiesa in questo campo. Tale presenza è stata così importante che dobbiamo credere che la Chiesa pensò che a tali gruppi religiosi fosse legittimamente delegato un compito sostanziale per la loro identità. Per un maggiore approfondimento di questo studio storico rimando ad un buon articolo scritto da Jesus Conde Herranz², come pure ad un libro interamente dedicato a questo argomento³.

La storia più vicina ai giorni nostri, della quale sicuramente sono stati protagonisti molti di noi che ci siamo mossi nel mondo della salute negli ultimi trenta anni, risulta particolarmente chiarificatrice. E ciò in funzione del fatto che se il fenomeno dell'accelerazione della storia è palpabile in tutti i campi, risulta più rilevante in questo campo, quello della salute.

Tutti ricordiamo l'esistenza di grandi istituzioni ospedaliere proprietarie di centri sanitari nelle no-

stre città, centri diretti e portati avanti dai religiosi di dette congregazioni. Collaborava con loro un esiguo numero di laici, generalmente in semplici compiti domestici.

Restano ugualmente nella nostra memoria comunità di religiose inserite nei grandi ospedali pubblici che si erano venuti a creare a motivo del progresso. Comunità numerose che avevano un grande peso nella dinamica della vita del centro, tanto per il loro numero quanto per l'importanza dei compiti svolti da molte di loro.

Poco a poco una serie di fenomeni cominciavano a cambiare il panorama che abbiamo descritto. Il gran numero di abbandoni della vita religiosa che, logicamente, colpiva anche le congregazioni dediti al mondo della salute, faceva sì che lentamente ma con costanza, avvenisse un calo numerico delle religiose impegnate in questo campo, mentre allo stesso tempo andava aumentando la loro età media. Nel decennio 1970-1980, negli Stati Uniti si è verificato un calo del 60% delle religiose assistenti sanitarie, mentre l'età media delle donne che lavorano nel settore è di oltre 65 anni⁴. Non dà maggiore speranza nella sua analisi Fra Pierluigi Marchesi:

*"Da ciò che la scienza statistica ci dice sugli sviluppi degli Ordini religiosi, lasciando al Signore la bontà del miracolo, le previsioni non sono incoraggianti: tra dieci anni molti di essi non esisteranno più e fra venti scomparirà la metà delle famiglie religiose femminili"*⁵.

D'altro lato, però, abbiamo assistito ad un processo generalizzato di secolarizzazione che ha colpito allo stesso modo tutti i campi della

vita ed al quale non poteva sfuggire quello che costituisce la nostra missione. Anche l'ospedale è andato assumendo una propria legittima autonomia, e si è andato configurando come un'impresa con proprie leggi per quel che riguarda la gestione economica, l'organizzazione, ecc.

La crescente universalizzazione del diritto alla salute e la sua conseguente copertura pubblica, interpellano molti centri che appartengono a congregazioni religiose.

Lo sviluppo inconfondibile della medicina e della corrispondente tecnologia implica una formazione specifica che sorprende la vita religiosa, come abbiamo indicato precedentemente, con un collettivo in regressione numerica e in progressione di età. Esso ci coglie in contropiede.

Finora ho presentato un brevissimo abbozzo del quadro. Da questo momento, svolgerò una riflessione personale sul ruolo che dobbiamo svolgere oggi se vogliamo essere fedeli al nostro carisma – cioè allo Spirito – e al nostro tempo. Questa fedeltà non può passare per false nostalgie del passato – nessuna fedeltà lo può – bensì da una seria analisi di ciò che il Signore ci chiede oggi per costruire il suo Regno in questo mondo, non nel mondo come noi lo vorremo.

2. Nuovo concetto di salute

Noi che ci muoviamo in questo campo, conosciamo il concetto di salute con la stessa fermezza di qualunque altro concetto teologico di quelli che insistentemente ci sono stati insegnati durante la nostra formazione, o forse meglio. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la “salute è uno stato di benessere fisico, psichico e sociale, e non solo l'assenza di malattia”. Prendete nota perché poche volte un concetto avrà più ripercussioni che in questo caso. Prenderò in considerazione soltanto quelle ripercussioni che toccano la vita religiosa. Mi sembra molto chiarificatore a questo riguardo l'articolo di Diego Gracia Guillén⁶.

Se per salute intendiamo “l'assenza di malattia”, la missione della vita religiosa rispetto alla stessa sarebbe chiamata a perdere via via

il proprio significato. Lo sviluppo dei diritti umani – tra i quali quello alla salute – è di aspettare, e desiderare con fervore, che sia lentamente assunto dagli Stati che si dicono di carattere “sociale, democratico e di diritto”. A loro spetta tutelare e promuovere i mezzi necessari per mettere in pratica il diritto alla salute. I religiosi avranno un posto in questo quadro, tanto a titolo individuale nella misura in cui come cittadini esercitano la loro professione correttamente, quanto a titolo collettivo nella misura in cui si integrano in una rete assistenziale pubblica. In ogni caso, una società democratica non potrà impedire loro di offrire i propri servizi all'interno del quadro dell'attività privata. Temo però che non sia questo il “locus” più adeguato per la nostra presenza.

Ora, se ciò che intendiamo per salute è “*lo stato di benessere fisico, psichico e sociale*”, e molti di noi credono che vada qui incluso il “*benessere spirituale*” nel suo senso più ampio, la situazione cambia radicalmente.

Torno qui a citare Diego Gracia Guillén il quale, nel suo intervento al Congresso “Chiesa e Salute”, celebrato a Madrid nel settembre 1994, affermava quanto segue:

“La nostra diagnosi è che la salute non è un fatto, ma un valore, e che pertanto non può essere definita mai in modo assolutamente oggettivo e atemporale, bensì all'interno del sistema di valori di ogni gruppo sociale e in ogni momento storico. Ciò fa sì che la causa di tutti i nostri mali vada ricercata, in



ultima istanza, nel sistema dei valori della nostra società”⁷.

È qui che la Chiesa in quanto tale, e la vita religiosa in modo specifico, ha il proprio campo privilegiato. Quelli che ci vengono sollecitati non sono servizi, bensì valori, criteri, luci, presenze. È questo il carattere più specifico della Chiesa e più genuino della vita religiosa: essere testimoni, punto di riferimento, luce e sale.

Sono solito indicare graficamente nei miei interventi che nel primo dei casi ci viene offerto un “contratto di supplenza”, mentre nel secondo si tratta di un “contratto indefinito”.

3. Verso una nuova impostazione della presenza

Comincerò col tranquillizzare quanti mi ascoltano: sfortunatamente, avremo sempre “supplenze”. La società moderna è esperta nel generare nuove emarginazioni di cui non sempre, e men che mai in un primo momento, gli Stati si curano, tanto per mancanza di coscienza quanto per mancanza, a detta di alcuni, di mezzi. Oggi ci sono i malati terminali di AIDS, gli invalidi anziani, i malati di mente cronici, i tossicodipendenti... Inoltre, la crisi in cui attualmente sembra entrare nel mondo sviluppato lo stato di benessere, ci presagisce – Dio non voglia – che forse la Chiesa dovrà far fronte nuovamente a campi che, sfortunatamente, erano già passati all'assistenza pubblica derivata dal diritto di ogni cittadino.

Qui dovrà stare la Chiesa. Se la sua opzione per i poveri è inherente alla sua identità, essa non potrà mai smettere di prendersi cura, nella misura delle sue possibilità, di coloro che vengono emarginati dal meccanismo sofisticato della modernità. La vita religiosa è chiamata qui ad esercitare un ruolo rilevante come ha fatto nel corso della storia.

La Chiesa non potrà nemmeno sottrarsi al ruolo che la riguarda in questo altro contesto in cui si intende oggi il nuovo concetto di salute. Un concetto di salute che deve essere delineato, approfondito e illuminato. Oggi la salute è un valore primordiale, il primo per mol-

ti nostri concittadini. E, nel conseguirlo, non si evitano mezzi, sforzi e sacrifici. Ciò che è triste è che in pratica esso viene concepito come uno pseudovalore. È la forza muscolosa ammirata nello sportivo, la bellezza estetica degli indossatori e delle indossatrici, il peso ideale che ci permette di vestire gli abiti alla moda, è l’“integralità” dei prodotti che si persegue al fine di ottenere l’esilir dell’immortalità. È, in fondo ed egoisticamente, una salute estetica, individualistica, narcisistica.

Qualcuno dovrà orientare un nuovo concetto pratico di ciò che vuol dire stare in salute, o meglio essere veramente sano. Qualcuno che sia testimone di un’altra forza, di altre estetiche, di altre “integralità” o moralità. Qualcuno che includa nella propria dieta personale la solidarietà, la pace interiore, la coscienza tranquilla, la gioia che nasce dalla semplicità, dall’accettazione di se stessi e dei propri limiti. Nella nostra salute sono necessari specialisti in dietetica, in dermatologia, in chirurgia – anche in estetica – però risultano imprescindibili uomini e donne sani. E questi non si laureano, per principio, in nessuna Università se non in quella della vita.

Un concetto di salute che implica la gestione di immensi bilanci economici che gravano seriamente le risorse degli Stati. Come vengono distribuiti? Che uso se ne fa? In funzione di cosa e di chi vengono distribuiti? Non poche volte sono le persone veramente bisognose che non partecipano al festino in cui altri interessi conquistano i primi posti. Qualcuno dovrà dire qualcosa su tutto ciò, qualcuno dovrà spezzare una lancia a favore di coloro che non l’hanno perché sono deboli, qualcuno dovrà farsi coscienza critica.

Un concetto di salute che fa affiorare costantemente seri e complessi dilemmi etici. La scienza e la tecnica possono e vogliono essere oggi “signori della vita”. Di qui, che il dibattito attuale non sia “ciò che si può fare”, ma nella maggior parte dei casi “ciò che si deve fare”. Nuove tecniche di riproduzione, manipolazione genetica, aborto, eugenio, trapianti, eutanasia... sono aspetti dell’orizzonte molte volte problematico in

cui si colloca l’uomo. E qui deve esserci qualcuno che, insieme ad altri uomini di buona volontà, offre luce, criteri, valori sulla vita e sul rispetto che questa merita. Si tratta in definitiva di generare cultura attorno al concetto di salute. Da un’antropologia cristiana, articolata con una visione umanistica dell’uomo, bisogna tendere ad una seria riflessione ed alla creazione di risposte pratiche, segni di una cultura della vita di fronte alla tante volte asfissiante cultura di morte in cui ci immergiamo, come dice Giovanni Paolo II e come tanto abilmente sviluppa nell’enciclica *Evangelium Vitae*.

4. “Ordini nuovi per il vino nuovo”

Sono convinto che il concetto secondo il quale la salute è “*uno stato di benessere fisico, psichico e sociale*” sia quello che maggiormente si adeguì alla missione autentica della Chiesa, “sacramento di salvezza nel mondo” secondo il Concilio Vaticano II. Non si tratta di una convinzione capricciosa ma, dal mio punto di vista, fondata sulla realtà propria di Gesù.

Gesù di Nazaret non venne a curare le malattie, ma ad annunciare la salvezza. Questo annuncio supponeva in determinati casi – numerosi tra l’altro – la cura dei malati. Tale cura però non era un “segno”, un segnale anticipatore della piena terapeutica di cui Egli soltanto era l’autentico terapeuta: la salvezza.



È certo che Gesù curò molti malati. Prescindere dalle cure di Gesù, vorrebbe dire prescindere da una gran parte del Vangelo. È anche certo però che Egli non curò tutti i malati allora esistenti in Israele. Molti di più furono quelli che rimasero senza cure.

Gesù annunciò la salvezza, la *salute*. Una salute che implicava di uscire dal cerchio chiuso in cui l’uomo si dibatteva e aprirgli la possibilità di incontrare l’Amore. Smettere con l’egoismo, e offrire la possibilità di vincerlo con l’amore. Detto processo comportava una grande cura capace di intervenire chirurgicamente nel più profondo dell’essere umano: il cuore. In esso sta l’autentico virus che ammala di verità l’uomo, e lì deve giungere il rimedio curativo.

Di conseguenza, la Chiesa deve continuare ad annunciare la salvezza, che deve essere concreta per uomini concreti in situazioni concrete. Per questo, bisogna dire ben chiaramente che tutta la sua azione deve essere *sanante*: la predicazione, la catechesi, la liturgia, l’operato della gerarchia, l’amministrazione dei sacramenti...

All’interno di questa azione sanante, la sua azione assistenziale deve essere prioritaria. Inoltre, la vita religiosa è chiamata ad essere segno profetico di salute in un mondo ammalato in grande misura, in un sistema sanitario molte volte patogeno, in alcune istituzioni che forse emettono ricette di “impiasti sanitari” ma che sono ben lunghi dall’offrire la salute autentica.

Logicamente ciò comporta l’esigenza che i religiosi che si dedicano alla salute, e la stessa vita religiosa da essi conformata, siano i primi referenti di salute. Una salute situata nel quadro della contingenza umana, dei suoi limiti, delle sue malattie normali, ma anche in quello di una cura – che non sia ossessione – per il proprio corpo, in ritmi vitali equilibrati in cui ci sia tempo per il dialogo, il riposo, la preghiera, la solidarietà, l’equilibrio emotivo, la capacità di stare in silenzio, di ritrovare se stesso, ecc.

In definitiva, la prima esigenza del religioso nel mondo della salute è quella di *essere un uomo sano*. In caso contrario, egli si scontrerà fin dal principio con una incoeren-

za intrinseca. Parafrasando il detto castigliano: "Vendo la salute che non ho", o se preferite le parole di Gesù nella sinagoga: "Medico, cura te stesso" (Lc 4). La sua esigenza profetica appella in primo luogo la sua stessa identità e colpisce anche le comunità religiose dei consacrati la cui missione si rivolge al mondo della salute: essi devono essere *gruppi umani sani*, in cui si svolga una sana convivenza, una capacità reale di dialogo, una disposizione al perdono... Religioso e comunità religiosa sono, in definitiva, chiamati a trasformarsi in referenti di *salute*.

5. La missione dei consacrati nel mondo della salute

Riprendendo il filo conduttore tracciato dal concetto di salute sviluppato dall'OMS, e avendo fatto appello brevemente all'identità *sanata* dei religiosi che ad essa si dedicano, mi azzardo a disegnare il quadro in cui secondo me deve situarsi la loro missione.

Insisterò su due principi.

a) Teologicamente credo che il paradigma fondamentale di ogni presenza della vita consacrata nel mondo della salute debba essere quello di una presenza illuminatrice, incoraggiante, critica, profetica... Il lavoro assistenziale – che è sempre esistito e che sempre esisterà – deve essere inteso come parte di un processo che va in questa direzione. Desidero soltanto collocare, da un punto di vista teologico, il quadro di riferimento nella missione. Credo che non ci sia alcun dubbio che la grande importanza dell'azione di Gesù non sia nel fatto che curasse dieci lebbrosi, né l'emorroida, né che risuscitasse il figlio della vedova di Naim o il suo amico Lazzaro. La cosa importante è che Gesù ci annunciò e ci offrì la *salvezza, la salute integrale*.

b) Per questo, il modo con cui ogni religioso deve collocarsi nella sua missione, non può essere altro che questo: annunciare salvezza, annunciare *salute autentica* di fronte alle molte offerte di altri tipi di salute parziali che il mondo ci offre.

Dopo queste premesse, mi accingo ad abbozzare il quadro in cui

credo che debbano essere collocati i consacrati nel mondo della salute.

5.1 Lavoro assistenziale

Come ho già detto, questo è un campo che non potremo mai abbandonare. Sfortunatamente: "ci saranno sempre poveri tra di voi". Lo sviluppo scientifico, tecnologico, politico e sociale fa sì che, in teoria e nella realtà, le necessità di salute dei cittadini siano sempre più e sempre meglio attese.

Ma anche la realtà è testarda nel dimostrarci che sempre ci sono stati e ci saranno dei gruppi che restano sganciati da questa pretesa universalizzazione assistenziale. Non è necessario mortificare il nostro cervello per scoprire oggi stesso, nel primo mondo, un generoso elenco di tali malati: deficienti, malati mentali cronici, anziani poveri, anziani ammalati, paralitici cerebrali, malati di AIDS, malati terminali... A volte è proprio la tecnologia a "generare" molti di queste diseredati: anziani con gravi malattie neurologiche, malattie proprie dell'età che la scienza ha fatto crescere in spettacolare, ecc. e, come già abbiamo indicato, la crisi dello Stato di benessere che sembra essere un'autentica realtà, lascia presagire che questi "esclusi" aumenteranno notevolmente.

La vita religiosa occupa qui un posto privilegiato, perché sa arrendersi in questa autostrada della vita, in cui tutti corrono a velocità vertiginose, per prendersi cura di coloro che ne restano esclusi, senza che nessuno se ne occupi perché

non sono interessanti, né redditizi, né danno prestigio.

Una vita religiosa che sappia impegnarsi in questo campo, offrendo un'attenzione integrale, umanizzatrice e che dia dignità. E che, da questa, si alzi in un grido profetico di fronte ad una società che li emarginà e, di conseguenza, di fronte ad alcuni poteri pubblici che li relegano nell'ambito delle loro preoccupazioni e dei loro bilanci.

Un lavoro assistenziale nel primo mondo manca di significato evangelico se, a partire da esso, non si esercita un profetismo reale e impegnato – in primo luogo con la propria assistenza – a difesa di questi gruppi. Brutto sintomo quando facciamo un vuoto in questo "mercato" per condurre una vita calma e tranquilla; brutto sintomo quando facciamo la missione ad immagine delle nostre necessità, e non la indirizziamo alla realtà delle necessità.

In ogni momento deve prevalere in questo lavoro assistenziale la nostra insistentemente proclamata "opzione per i più poveri". In tempi difficili come quelli in cui viviamo, non è piccola la tentazione di accomodarci in tipi di assistenza privata a categorie che se la possono permettere e per la quale la vita religiosa è un buon richiamo. Il sostentamento economico di tale assistenza deve essere cercato nel coinvolgimento nelle reti pubbliche di sanità ed assistenza sociale – nella misura in cui abbiamo resi coscienti del loro obbligo i poteri pubblici; nel suo difetto nella lotta per ottenere la sovvenzione pubblica; nella partecipazione – a volte minima – dei propri assistiti e, perché no, nella ricerca dell'elemosina, autentico esercizio evangelico della carità.

Non si dovrebbe mai, e oggi risulterebbe più ridicolo che scandaloso – e lo sarebbe seriamente – mantenere i tempi in cui una congregazione religiosa lottava con un'altra per riempire i propri centri assistenziali allo scopo di renderli redditizi. Se ci orientiamo verso coloro che hanno veramente bisogno di noi, c'è posto per tutti. Purtroppo, ribadisco.

Può risultare importante sottolineare qui gli aspetti che devono contraddistinguere l'identità degli ospedali cattolici, che José Ant.



Pagola evidenziava nel suo intervento al già citato Congresso:

*"Segnaliamo alcuni aspetti che devono caratterizzare oggi l'ospedale cattolico: servizio alla vita dal suo concepimento fino al suo termine naturale; attenzione preferenziale alle classi meno favorite escludendo interessi puramente di lucro; assistenza integrale alla persona del malato in tutte le sue necessità, senza discriminazioni di alcun tipo; professionalità esemplare; umanizzazione delle condizioni di lavoro e promozione di una vera cooperazione tra operatori sanitari; formazione etica del personale; attuazione efficace di un comitato di etica che si preoccupi di salvaguardare l'identità cattolica dell'ospedale e di studiare i problemi etici"*⁸.

È evidente che quest'opera assistenziale occupa un posto importante nel Terzo Mondo. Lì dove non c'è quasi nulla, noi siamo chiamati a fare tutto. È un autentico lavoro di "supplenza" nell'attesa di "una nuova terra" in cui la solidarietà internazionale permetta a tutti i popoli di condividere le conquiste dello sviluppo nel rispetto dei diritti umani più elementari.

È opportuno tuttavia chiarire che le istanze sanitarie ed ecclesiali ci invitano nei nostri "investimenti" nel Terzo Mondo a non trasferire i nostri criteri assistenziali europei a realtà tanto diverse: non si tratta di trasportare il nostro ospedale più o meno sofisticato, alla popolazione indigena segnalata, ma piuttosto di effettuare un lavoro che, partendo da un piccolo centro di riferimento, si orienti con forza verso un lavoro di prevenzione della malattia, di promozione della salute, di formazione sanitaria.

Desidero raccogliere qui a mo' di sintesi le parole che la FERS (Federazione Spagnola di Religiosi Sanitari) pronunciava allo stesso Congresso:

- *"nella periferia, dove non c'è potere-salute*
- *"nel deserto, dove nessuno va*
- *"alla frontiera, dove si segnano i limiti"*⁹.

5.2 Lavoro profetico

Chiaramente questo titolo non mi piace, perché il lavoro assistenziale ante descritto è anche profetico – e in che modo! Certo è che

non ne ho trovato un altro migliore.

Voglio includere qui la presenza della vita religiosa, tanto individualmente quanto a livello collettivo, in luoghi di salute in cui non sarebbe necessaria per lo sviluppo del lavoro. Tutti questi luoghi sono oggi occupati dall'assistenza pubblica e vengono svolti da una moltitudine di operatori sanitari perfettamente preparati, con un gran numero di giovani leve in attesa di un'opportunità di lavoro. Luoghi che vanno dai vertici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a un qualsiasi posto di semplice infermiere o ausiliare in un qualunque grande ospedale delle nostre città o in qualsiasi centro sanitario dei nostri sobborghi o villaggi.

Qui non c'è bisogno di noi ma, a seconda di come ci collochiamo, possiamo essere molto importanti, quasi imprescindibili.

Lottare onestamente per una umanizzazione dell'assistenza, promuovere valori che puntano ad un concetto di salute integrale, umanizzare ed evangelizzare gli ambienti professionali sanitari – tanto propensi allo scoraggiamento, alla routine, alla disillusione – vigilare per la difesa dei diritti dei malati, apportare lucide analisi di valutazione etica dei molteplici conflitti bioetici che emergono dall'assistenza, ecc., sono lavori che un religioso può apportare onestamente al mondo della salute. E non in forma esclusiva; anche i laici che lavorano in questo campo dovrebbero farlo. Integrare nei nostri centri i laici cristiani, con tutti i loro diritti e secon-

do la loro formazione, costituisce oggi una delle sfide importanti della vita religiosa. Non meno importante è l'integrazione di questo grande esercito solidale che oggi costituisce il volontariato cristiano e che tanta qualità umana può avere in ordine all'assistenza. Forse dovremmo pensare già all'Ospedale della comunità cattolica di un determinato luogo che, integrato da operatori sanitari cristiani, sia animato dal carisma di un determinato fondatore sotto lo stimolo di alcuni religiosi da lui fondati.

Ciò ci obbliga ad introdurci nel vasto, e volte eccessivamente spesso, tessuto del mondo della salute e, di riflesso, nella politica – ampiamente intesa – nei mezzi di comunicazione sociale, nel mondo dell'università e dell'insegnamento, ecc. È difficile, molto difficile. L'intervento del FERS al Congresso lo indica chiaramente:

*"L'attività sanitaria comporta nella realtà storica della nostra vita quotidiana, il convivere con la razionalità tecnica, le esigenze organizzative, i criteri di efficacia, in luoghi di lavoro che sono imprese in cui si produce il lavoro tecnico, ecc. Da ciò sono derivate conseguenze immediate per la nostra Vita religiosa: indebolimento della dimensione pastorale, alcune dicotomie o crisi di identità, tentazioni di zoppicamento, dispersione, individualismi... (sic) ma anche segni positivi: ripensamento e rinnovo della fraternità e della vita comunitaria... ritorno alle origini... molti religiosi hanno compiuto una vera opzione per i poveri..."*¹⁰.

Oonestamente credo che l'ubicazione della vita religiosa dedicata al mondo della salute non offra più varianti di quelle proprie di ogni vita religiosa nel primo mondo. Un mondo in cui c'è inflazione di quasi tutto, ma dove esistono urgenze di "referenti di trascendenza", di qualcuno che segnali, dalla propria identità, il quadro dei valori, degli ideali, della trascendenza. In un mondo più propenso ad affogare per la vacuità delle sue impostazioni, mancano fari, segnali, che dalla debolezza, basati unicamente sulla forza della fede, indichino strade ed orizzonti. Un mondo in cui abbondano i letti sanitari e forse gli operatori sanitari, ma che è digiuno



di valori autentici che orientino verso la salute.

Così collocati, i religiosi hanno tutto il diritto di reclamare il posto che compete loro nel sistema sanitario, tanto individualmente che collettivamente. In qualunque luogo, sotto qualunque titolo professionale che, logicamente, dovrà legittimare esternamente la loro presenza. Nel Ministero della Sanità, nell'Università, nella gestione ospedaliera, l'attenzione diretta al malato nelle sue diverse possibilità... Tutte queste situazioni non saranno altro che le diverse forme in cui si diversifica l'evangelizzazione nel mondo della salute ampiamento inteso.

Permettetemi di terminare questa breve esposizione con un'immagine che il nostro Superiore Generale di allora, Fra Pierluigi Marchesi, ci trasmetteva in un documento per uso interno dell'istituzione – *L'ospitalità dei Fatebenefratelli verso l'anno 2000*. Riflettendo su questo documento nella nuova situazione socio-sanitaria, Pierluigi Marchesi segnalava l'esempio basato sulla storia dei campanili delle chiese che ci sono in ogni villaggio. In un determinato momento, dice, è dato che era l'edificio più alto del paese, si pensò di collocarvi un orologio che – unito alle campane – segnalava a tutti i cittadini l'ora esatta del giorno. Oggi le cose sono cambiate: i cittadini hanno un orologio al polso. E si chiedono:

"Dovremo allora abbattere i campanili perché oggi la gente ha

l'orologio al polso?... non è questa la domanda che dobbiamo porci. Chiediamoci piuttosto quale sia il ruolo autentico del campanile, quello per il quale l'uomo di fede l'ha eretto accanto alla chiesa: farsi vedere da lontano, più che farsi sentire.

Il campanile esprime il desiderio dell'uomo di unire la terra al cielo, l'uomo a Dio, la natura al Creatore. È per l'uomo il più originale richiamo, alla sua origine, al suo destino, a Colui che è nei cieli. Anche se non è l'edificio più alto, sorpassato com'è spesso da orgogliosi grattacieli, esso rimane e rimarrà sempre simbolo di un annuncio, di una presenza che rimanda alla 'Presenza'"¹¹.

Indubbiamente il pericolo non sta nel fatto che i cittadini abbiano l'orologio al polso. Questo è un risultato. E nemmeno nel fatto che siano sorti orgogliosi grattacieli. In ogni caso si potrebbe argomentare in funzione della loro integrazione o meno nel contesto urbanistico. Il vero pericolo sta nel fatto che si dimentichi il senso genuino per cui sono stati fatti i campanili.

Il pericolo, e a sua volta, la sfida, della vita religiosa dedicata al mondo della salute non sta nel mondo della salute. È all'interno della stessa vita religiosa.

Fra MIGUEL MARTÍN
RODRIGO, O.H.
Ospedale San Giovanni di Dio,
Direttore di "Labor Hospitalaria",
Barcellona

Bibliografia

¹ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, "Curate Infirmos" e la Vita Consacrata, Città del Vaticano, 1994, p. 97.

² JESUS CONDE HERRANZ, *La Aportacion de la Iglesia a la sanidad*, riv. Labor Hospitalaria, n. 223 (1992), pp. 69-78.

³ JESUS ALVAREZ GOMEZ, ...Y El los curo. Mt 15, 30. *Historia e identidad evangélica de la acción sanitaria de la Iglesia*, Publicaciones Claretianas, Madrid, 1996.

⁴ JAMES CASSIDY, *Ospedali cattolici nel mondo*, riv. Dolentium Hominum n. 14 (1990), Roma.

⁵ PIERLUIGI MARCHESI, *Religiosos al servicio de los enfermos y agentes sanitarios: hacia nuevos objetivos*, riv. Dolentium Hominum n. 14 (1990), Roma.

⁶ DIEGO GRACIA GUILLÉN, *Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud*, riv. Labor Hospitalaria, n. 219 (1991), pp. 11-15.

⁷ DIEGO GRACIA GUILLÉN, *El mundo de la salud y de la enfermedad a examen*, in in Congreso "Iglesia y Salud", Edice, Madrid, 1995, p. 99.

⁸ JOSÉ ANTONIO PAGOLA, *Para que tengan vida: la Iglesia en el mundo de la salud y de la enfermedad*, in Congresso "Iglesia y Salud", op.cit. pp. 201.

⁹ FERS, *Los religiosos sanitarios en el mundo de la salud. Presencia actual y perspectivas de futuro*, in Congresso "Iglesia y Salud", op.cit. pp. 1201.

¹⁰ FERS, op.cit. pp. 197-198.

¹¹ PIERLUIGI MARCHESI, O.H., *L'ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*, Editoriale Fatebenefratelli, Roma, 1986, pp. 20.

Altri libri consultati:

Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, *Religiosi nel mondo della sofferenza e della salute*, Roma, 1987.



MICHAEL F. COLLINS

Il ruolo degli ospedali cattolici nel nuovo millennio

Ci stiamo avvicinando al nuovo millennio, e ci sono grandi speranze ed aspettative per il ruolo che la Chiesa Cattolica potrà svolgere nella promozione della salute nel mondo. È un privilegio poter discutere il ruolo che gli ospedali cattolici possono avere in questa ricerca per promuovere la dignità umana mediante la prestazione di servizi sanitari.

Dato che non conosco bene l'attività degli ospedali cattolici al di fuori degli Stati Uniti, mi limiterò alla mia conoscenza delle cure sanitarie prestate in questo paese dalle strutture cattoliche, per discutere il ruolo che possono avere gli ospedali cattolici nel definire le speranze e le aspettative per il nuovo millennio.

Vorrei inserire in questo contesto l'importanza dell'impegno della sanità cattolica negli Stati Uniti. Sono presenti più di 1300 istituzioni sanitarie cattoliche in 48 stati; 625 ospedali cattolici nel 95% di tutte le diocesi cattoliche e 713 strutture per degenze a lungo termine nell'85% di tutte le diocesi cattoliche. Le istituzioni sanitarie cattoliche forniscono più del 16% dei ricoveri ospedalieri e delle visite ambulatoriali. Gli ospedali cattolici hanno oltre 44 miliardi di dollari di entrate all'anno e un attivo che supera i 50 miliardi. Esiste un enorme impegno da parte di 242 Istituti Religiosi, Congregazioni Femminili e Maschili, e di 42 Diocesi, che gestiscono gli enti che operano in campo sanitario e sono determinati a curare e a difendere i poveri¹. Un esempio di questo impegno è il vigoroso ministero che le Suore della Carità svolgono in campo sanitario, favorendo eccellenti cure mediche e

mantenendo al tempo stesso una forte determinazione ad assistere i poveri².

Attualmente, in America c'è una grande sfida nell'ambito del sistema sanitario. I fondi sono sempre di meno, in quanto il governo intende ridurre il deficit federale. La gestione della sanità, concetto questo in cui le parti controllano il denaro del campo sanitario e l'utilizzazione dei fondi, oggi controlla circa un quarto della spesa sanitaria per le polizze sanitarie assicurative³. Gli ospedali in tutto il paese si stanno unendo per formare dei sistemi sanitari, al fine di ottimizzare la propria efficienza, assicurare cure su base continuativa alla comunità, e razionalizzare l'uso della tecnologia medica. È in corso una vera e propria ristrutturazione dell'offerta in campo sanitario.

Gli ospedali cattolici si trovano a dover affrontare le sfide "economiche" come tutti gli altri enti che non hanno scopi di lucro. Mentre essi affrontano pressioni sempre maggiori ed intense che riguardano l'aspetto economico del nostro ministero, la tradizione del non-profit che è stata il segno che ha contraddistinto gli ospedali in America sta attualmente ricevendo degli attacchi da parte delle grandi corporazioni che hanno deciso di entrare nell'"affare sanità". Queste compagnie, di proprietà di investitori, puntano a ottimizzare il ritorno sugli investimenti dei propri azionisti e sono guidate dal profitto. La loro prospettiva affaristica ha costretto le istituzioni senza scopo di lucro, comprese quelle cattoliche e sostenute dalla Chiesa, a dare sempre maggiore enfasi agli aspetti finanziari del nostro mini-

sterio. In questo modo, unendo insieme singoli ospedali, in America si sono andati formando dei sistemi sanitari cattolici.

A Boston, S.E. il Cardinale Bernard Law ha riunito le istituzioni sanitarie cattoliche sostenute dall'Arcidiocesi già nel 1985, molto tempo prima che la tendenza a formare dei sistemi sanitari diventasse popolare e necessaria. La Caritas Christi, il nostro sistema sanitario Arcidiocesano, è composto di 12 istituzioni sanitarie: cinque ospedali, una struttura per malati cronici, due case di cura, due scuole per infermieri, una casa di cura per malati terminali e una casa per donne vittime di violenze domestiche, senzatetto, tossicodipendenti o in gravidanza. Anche se potrebbe sembrare piccola in confronto ad alcuni sistemi sanitari formatisi a livello nazionale, la Caritas Christi ha una base di entrate di 500 milioni di dollari, 7.000 impiegati, e cura oltre 500.000 persone all'anno⁴. Tutte le attrezzature del nostro sistema sono guidate dall'insegnamento della Chiesa e dalle Direttive Etiche e Religiose per i Servizi Sanitari Cattolici promulgate dai Vescovi statunitensi⁵.

Vorrei proporvi tre punti-base peculiari della sanità cattolica negli Stati Uniti, che dovrebbero far parte dell'identità degli enti sanitari cattolici in tutto il mondo:

– Gli ospedali cattolici nel mondo sono parte integrante del ministero della Chiesa.

– Gli ospedali cattolici hanno un ruolo esplicito, quello di essere testimoni della promozione della dignità umana.

– Gli ospedali cattolici devono essere regolati nella gestione dei loro affari economici.

Se quanto sopra è corretto, posso concludere che gli ospedali cattolici sono fiaccole di speranza per le aspettative che accompagneranno il nuovo millennio.

Gli ospedali cattolici come parte integrante del ministero della Chiesa Cattolica

Nel Vangelo ci sono molti riferimenti all'apostolato di guarigione di Gesù. Conosciamo i racconti di Gesù che ridà la vista al cieco, che fa parlare i muti e udire i sordi, che cura i lebbrosi e l'emorroissa⁶, e che fa camminare i paralitici. Parte integrante del ministero di Gesù su questa terra fu una profonda cura per i malati. Malgrado i tormenti che incontrò, Gesù dimostrò che nella Sua vita quotidiana il ministero nei confronti dei malati era totale. Le guarigioni da Lui operate si rivolgevano alle malattie. Nel curare gli ammalati, Egli curava l'intera persona: corpo, anima e spirito. Gesù ci insegna che dobbiamo cercare di offrire le stesse cure a tutti coloro che si rivolgono a noi nel bisogno.

Arricchita da questo insegnamento, la Chiesa Cattolica ha continuato ad impegnarsi nei confronti dei malati durante questi due millenni. La storia è piena di esempi che la vedono prendersi cura del povero e dell'emarginato ammalati, perpetrando l'esempio di Gesù nei nostri giorni.

Le religiose hanno una ricca tradizione nel campo dell'apostolato nei confronti dei malati. Non c'è alcun dubbio che la cura per i malati sia stata parte integrante del loro ministero. L'esempio di Santa Caterina Labouré e delle Suore della Carità è soltanto uno dei molti luminosi esempi di questa verità⁷.

Lungo tutta la lunga storia della sanità, quanti si sono impegnati nel ministero della sanità cattolica sono stati guidati dagli insegnamenti della Chiesa e dalla sua chiara tradizione morale. La Chiesa Cattolica non è nuova a questo impegno nei confronti dei malati o allo sviluppo dei suoi insegnamenti. Questi ultimi, assieme alla tradizione morale, che affonda le proprie radici al tempo di Gesù, sono i principi che hanno edificato una

solida fondazione, dalla quale coloro che sono impegnati nei confronti dei malati traggono ispirazione per svolgere il proprio ministero. Gli ospedali cattolici, e l'azione di coloro che operano in queste istituzioni, rappresentano l'odierna personificazione del ministero di guarigione di Gesù.

Avvicinandoci al nuovo millennio, riconosciamo il modo realmente cattolico con cui la Chiesa adempie la sua missione nel mondo. La Chiesa tuttavia unisce queste energie con tutti gli altri ministeri che formano la Chiesa stessa, rispondendo ai bisogni della gente in ogni parte del mondo. Una testimonianza è data dall'esempio di Madre Teresa e da come ella abbia colpito il mondo. Pensiamo altresì alle istituzioni per l'istruzione, alle molteplici iniziative culturali, alla dedizione verso i poveri, ed ai molti altri modi in cui la Chiesa è presente in ogni società ed in ogni cultura per il bene di tutti. Questa collaborazione riunisce i nostri diversi e straordinari ministeri in un modo che fonde e utilizza le svariate attività della Chiesa a beneficio di coloro che serviamo.

La sanità cattolica appartiene, come parte integrante, a questa unità di sforzi. L'esempio di Gesù, la costante testimonianza della Chiesa e l'esperienza degli ultimi secoli, dimostrano che la sanità cattolica serve il Vangelo servendo i poveri, i malati e quanti si trovano nel bisogno.

Tuttavia, spesso le cure sanitarie non vengono viste come un ministero integrante della Chiesa. I mezzi delle istituzioni cattoliche possono essere ampi ma, quando si tratta di fornire cure sanitarie, sono spesso separati dalla Chiesa. Le attrezzature sanitarie cattoliche possono non essere sostenute dai fedeli perché, diversamente da altri ministeri della Chiesa, non sono viste come intrinsecamente legate alla Chiesa. Così spesso gli sforzi di queste persone veramente impegnate in quest'ambito non sono direttamente coordinate o supportate da enti all'interno della diocesi. Allo stesso modo, alcuni enti sanitari cattolici potrebbero desiderare di operare nella tradizione cattolica ma non in armonia con gli insegnamenti della Chiesa, in quanto i loro interessi economici potrebbero-

ro essere minacciati aderendo ai nostri principi morali. In questi casi, che accadono troppo spesso, la sanità cattolica non viene vista come parte integrante del ministero della Chiesa. I suoi sforzi sono messi da parte e la rottura che ne risulta provoca un danno alla Chiesa e a quanti si trovano in una situazione di bisogno.

Alle soglie del terzo millennio, sostengo che gli ospedali cattolici sono stati e continuano ad essere parte integrante della vita e del ministero della Chiesa. Essi devono aderire spontaneamente agli insegnamenti della Chiesa ed abbracciarne i principi morali. Quanti si trovano all'interno della Chiesa devono riconoscere le prerogative chiaramente cattoliche di queste istituzioni e lavorare con coloro che sono impegnati nel ministero della salute, per collaborare effettivamente a servire i malati e gli emarginati. Negli Stati Uniti abbiamo la fortuna di essere guidati dalle Direttive Etiche e Religiose, nonché dalla dichiarazione della Conferenza Cattolica degli Stati Uniti sulla Salute e le Cure Sanitarie: Lettera Pastorale dei Vescovi Cattolici Americani⁸.

Gli ospedali cattolici come testimoni della promozione della dignità umana

All'inizio di questo mio intervento ho detto che, in quanto istituzioni cattoliche, gli ospedali cattolici operano in armonia con l'esempio del ministero di guarigione di Gesù. Sulla base di questo esempio, gli ospedali cattolici affrontano la sfida di difendere la missione della Chiesa, ispirati dagli insegnamenti della Chiesa stessa. Da questa posizione, gli ospedali cattolici devono riconoscere ed accettare la libertà e l'obbligo di promuovere la dignità umana di ogni individuo, di difendere il povero e di portare avanti i propri principi con un fermo impegno per la giustizia. Questa verità si basa sull'insegnamento sociale della Chiesa a proposito dell'uguale valore e dignità di ogni essere umano creato ad immagine di Dio e redento da Gesù Cristo.

Gli ospedali cattolici sono consciuti per il loro impegno nei con-

fronti della vita, dal momento del concepimento sino a quello della morte naturale. In tutti gli ospedali cattolici questa è la norma. Tale atteggiamento consente alle nostre istituzioni di esigere da coloro che si prendono cura dei pazienti nella struttura cattolica di curare prima e soprattutto la dignità umana di ogni persona con la quale vengono in contatto. Gli insegnamenti della nostra Chiesa ispirano gli operatori sanitari a tendere le proprie mani guaritrici ed il proprio tocco protettivo verso le persone con le quali vengono in contatto. I pazienti che giungono nelle nostre attrezature per essere curati si aspettano di incontrare persone che si prendono cura di loro in un ambiente che promuove la vita e preserva la dignità dell'individuo. Tale impegno nei confronti della dignità umana ci chiede di offrire delle cure di qualità, e inoltre ci protegge dall'equiparare quest'ultime unicamente alle misure tecnologiche e scientifiche che considerano la persona un obiettivo o persino un lavoro, invece di vederla come persona con una propria dignità.

Così, nei momenti di gioia e di disperazione, ci preoccupiamo dei bisogni medici, psicologici, sociali e religiosi dei nostri pazienti. Gli ospedali cattolici sono impegnati nella cura pastorale dei pazienti, indipendentemente dal loro credo religioso, in quanto parte essenziale per il benessere dei pazienti e dei loro cari. Nei nostri centri sanitari, i fedeli possono sempre prendere i sacramenti, e la preghiera è una parte vitale di questa comunità.

Anche i poveri hanno lo stesso diritto alla dignità. Gli ospedali cattolici curano e difendono tutti quanti si trovano nel bisogno, indipendentemente dalla loro possibilità di pagare. Le risorse delle istituzioni cattoliche, sebbene limitate, devono essere ripartite in modo tale che la persona povera e meno fortunata che bussa alla nostra porta sia la benvenuta. La nostra difesa dei bisognosi va oltre le nostre risorse sanitarie, per arrivare alle comunità che serviamo. Noi difendiamo le esigenze dei bambini, incitiamo i leaders delle comunità a promuovere dei programmi che si occupino dei bisogni delle persone meno fortunate ed insistiamo sullo

sviluppo di programmi e di politiche che rendano le cure sanitarie universalmente accessibili nella loro applicazione e nella pratica.

Onestamente il nostro paese ha ancora molta strada da fare a questo riguardo. La sanità cattolica può rappresentare una testimonianza nella cultura americana, in opposizione all'individualismo rampante della nostra società, ponendo il valore del paziente come la considerazione primaria. Curando la persona nella sua totalità, dobbiamo usare tutti i nostri mezzi per promuovere il vero bene di ogni persona che curiamo.

Gli ospedali cattolici e quanti operano nelle nostre strutture, dovrebbero accettare la sfida di curare ogni paziente come se quella persona fosse Gesù. Quale stupendo risultato sarebbe se accettassimo la nozione che ogni paziente, formato ad immagine e somiglianza di Dio, merita le stesse cure che riserveremmo a nostro Signore. La qualità delle cure fornite sarebbe irreprensibile. La cura pastorale avrebbe la priorità. Cureremmo il paziente in un modo che sia appropriato per la sua dignità.

Poiché nelle istituzioni sanitarie cattoliche tendiamo a promuovere la dignità umana di tutti i pazienti, è per noi un privilegio curare queste persone. In pochi altri posti è permesso agli esseri umani di conoscere i dettagli e le preoccupazioni più intimi che riguardano la vita di un'altra persona. Raramente una persona riceve la responsabilità di emettere diagnosi e prognosi che saranno determinanti per la salute ed il benessere di un'altra persona. Se prendiamo seriamente il nostro impegno di preservare la dignità umana di ciascun paziente, investiremo ogni opportunità di cura di un'importanza particolare per il privilegio che ciò rappresenta.

L'impegno nella promozione della dignità umana richiede da parte degli ospedali cattolici la responsabilità di essere dei centri di insegnamento e di ricerca. Come centri vitali di apprendimento, è giusto che continuiamo a perseguire le opportunità per educare le future generazioni di operatori sanitari. Non dobbiamo sottovalutare l'importanza di questo impegno nei confronti degli scopi educativi

delle nostre istituzioni. Immersi nei nostri ambienti di cura, i futuri professionisti avranno l'opportunità di sperimentare direttamente il nostro impegno nei confronti di ogni persona attraverso il nostro modo di insegnamento e la ricerca che portiamo avanti.

Per fare un esempio, in una delle nostre istituzioni dei ricercatori clinici stanno lavorando per stabilire nuove metodologie di trattamento dei vasi sanguigni ostruiti che potrebbero rivoluzionare le cure e migliorare la condizione dei pazienti che ne soffrono. Questa ricerca, prima nel mondo, è stata portata avanti in un ospedale cattolico⁹. Una tale scuola sarà per noi l'assicurazione che non saremo emarginati da coloro che proclamano che la salute è solamente un "business", e che la sua missione impellente, se ce l'ha, è trascurabile.

Il nostro ruolo nell'educazione e nella ricerca nel campo della scienza medica dovrebbe essere legata allo studio della morale e dell'etica. Gli insegnamenti della Chiesa e la tradizione morale ci forniscono le norme per giudicare questioni medico/morali. Nel mondo molto complesso della medicina, ci troveremo di fronte, nel nuovo millennio, la sfida di questioni etiche così complicate da sfidare le attuali prospettive¹⁰. Nondimeno, le istituzioni cattoliche affronteranno queste questioni attraverso uno studio metodico e un'attenta pedagogia, usando i principi della teologia morale cattolica. Dovremmo accogliere positivamente questa responsabilità, per la quale siamo preparati in modo speciale e alla quale possiamo portare tanta luce.

Gli ospedali cattolici come imprese

Sino a questo momento ho quantificato i numerosi beni degli ospedali cattolici negli Stati Uniti. Non c'è dubbio che tali ospedali costituiscano delle notevoli imprese di affari e che siano quindi dei beni importanti per la Chiesa. Ma, nonostante queste caratteristiche finanziarie impressionanti, molte sono le sfide che il "business" della sanità cattolica deve affrontare.

Le istituzioni sanitarie cattoliche considerano la sanità come un bene e non come prodotto che può essere comprato e venduto¹¹. C'è una differenza fondamentale tra il fornire un bene, e il gestire un ente per produrre un prodotto.

Nel prestare delle cure sanitarie, le istituzioni sanitarie cattoliche devono operare come aziende sagge. Devono essere perseguiti sani principi e messe in atto sane pratiche finanziarie. Se c'è un eccesso di entrate rispetto alle uscite, questi fondi devono essere re-investiti in cure ai pazienti e in tecnologie ed infrastrutture appropriate, affinché la sanità cattolica possa continuare a fornire servizi sanitari di alta qualità anche nel futuro.

Viceversa, in un'impresa che appartiene ad un gruppo di investitori, una terza parte indifferente fa un investimento in un affare che per caso fornisce cure sanitarie. Questo affare deve avere negli interessi dei pazienti uno dei fattori, che però non sarà necessariamente il principale, come nel caso dell'ente senza scopo di lucro. Le attrezzature di proprietà di investitori hanno un obbligo primario, quello di dimostrare un ritorno sugli investimenti degli azionisti. In questo modo, gli azionisti sono i beneficiari principali di una tale impresa. In questo caso il capitalismo prende il posto della pastorale¹².

Le istituzioni sanitarie cattoliche si troveranno a dover affrontare sfide che derivano dall'aumento delle strutture sanitarie di proprietà di un gruppo di investitori. Non dobbiamo dimenticare che i pazienti meritano di ricevere le cure come fossero un bene che promuove la loro dignità umana. Non dobbiamo ritrovarci costretti a relegare la salute allo stato di merce per poter "arrivare" ad essere delle imprese d'affari che si occupano dei bisogni collettivi, prima ancora di quelli dei pazienti.

Allo stesso modo, gli enti sanitari cattolici devono continuare a riconoscere l'importanza di quanti sono impiegati in queste strutture. Mentre gli enti sanitari corporativi spesso quantificano il proprio patrimonio in termini di entrate ed uscite, quelli cattolici devono riconoscere che il patrimonio più importante sono i propri impiegati.

Questi ultimi devono ricevere una giusta retribuzione ed essere veri collaboratori nell'impresa sanitaria, in coerenza con l'interezza dei principi sociali cattolici. Gli impiegati devono essere trattati lealmente a tutti i livelli dell'organizzazione. Devono essere presentati dei piani adeguati per l'indennità e la pensione degli impiegati e di per quanti prestano la propria opera in supporto al ministero sanitario cattolico.

Una particolare sfida emerge allorché, a causa dell'aumento delle pressioni economiche, sono necessari nuovi partners. Le strutture sanitarie cattoliche dovrebbero anzitutto associarsi ad altri enti cattolici, qualora cerchino di ampliare la propria partnership a livello finanziario. Se gli enti cattolici sono prima di tutto cattolici e secondariamente enti finanziari, cercheranno ogni opportunità di collaborazione con altre istituzioni cattoliche per arrivare sempre più, e in modo congiunto, a quanti hanno bisogno di cure mediche.

C'è una sfida seria e spesso difficile da affrontare. Gli enti cattolici hanno una lunga tradizione, supportata dai diversi carismi degli Istituti Religiosi, e guidata da strutture disparate, che sono tutte valide agli occhi della Chiesa. Nel nostro desiderio di continuare a servire i bisogni di quanti scelgono le nostre strutture per farsi curare, dovremo mettere da parte le nostre tradizioni peculiari e la necessità, da noi avvertita, di rispondere alle condizioni di mercato per poter assicurare una continua presenza cattolica in questo campo.

In breve, la sanità cattolica è un bene, non una merce. Gli imperativi pastorali della sanità cattolica dovrebbero essere dominanti rispetto ad ogni possibile imperativo affaristico.

Gli ospedali cattolici come fari di speranza per il Nuovo Millennio

Alle soglie del nuovo millennio, si avverte una brillante promessa per il ruolo che gli ospedali cattolici possono svolgere nell'assicurare il benessere di quanti sono ammalati.

Gli ospedali cattolici hanno svil-

luppato delle attrezzature straordinarie, hanno portato avanti una ricerca a livello mondiale e sono stati luoghi ove esercitare il tirocinio. Inoltre, gli ospedali cattolici hanno ricevuto l'eredità di servire la persona emarginata nell'ambito della propria comunità ed al di fuori di essa. I centri per i malati di AIDS, gli alloggi per i senza tetto, le strutture per la cura dei tossicodipendenti, i centri per l'infanzia povera e quelli per le donne in gravidanza, senza tetto o tossicodipendenti, sono la prova dell'impegno degli ospedali cattolici nel migliorare lo stato di salute della propria comunità.

Si tratta di una medicina basata sui valori, che può essere un luminoso faro di speranza per il nuovo millennio.

La tradizione degli ospedali cattolici, che si basa sulla fede, è la nostra caratteristica più nota. La nostra determinazione nel promuovere la vita, e nel venire incontro ai bisogni della famiglia e dei poveri è conosciuta in tutto il mondo. La dimensione degli ospedali cattolici, basata sulla fede, ha sempre avuto come risultato la creazione di strutture sanitarie che si sono occupate dei bisogni spirituali dei nostri pazienti.

Il ricevere delle cure è un'intensa esperienza religiosa. Il fatto che gli ospedali cattolici facciano proprio un tale impegno nei confronti dei bisogni spirituali dei pazienti, è di consolazione per il malato che serviamo. Immaginate come sarebbe la realtà se la forza e l'impegno dei nostri programmi di pastorale sanitaria si estendessero oltre i confini dei nostri ospedali cattolici ed arrivassero nelle case di quanti sono malati! I programmi di pastorale sanitaria a livello parrocchiale possono unire la dimensione spirituale della sanità con i bisogni somatici dei nostri pazienti.

Nel suo messaggio per la sesta giornata mondiale del malato, che si terrà a Loreto, in Italia, l'11 febbraio 1998, il Santo Padre Giovanni Paolo II ha scritto:

"Rivolgo un particolare pensiero agli operatori sanitari e pastorali, professionisti e volontari, che vivono continuamente accanto alle necessità degli ammalati. Desidero esortarli ad avere sempre un alto concetto del compito loro affi-

dato, senza lasciarsi mai sopraffare da difficoltà ed incomprensioni. Impegnarsi nel mondo sanitario non vuol dire soltanto combattere il male, ma soprattutto promuovere la qualità della vita umana. Il cristiano, poi, consapevole che "la gloria di Dio è l'uomo vivente", onora Dio nel corpo umano sia negli aspetti esaltanti della forza, della vitalità e della bellezza che in quelli della fragilità e del disfacimento. Sempre egli proclama il trascendente valore della persona umana, la cui dignità rimane intatta pur nell'esperienza del dolore, della malattia e dell'invecchiamento. Grazie alla fede nella vittoria di Cristo sulla morte, egli attende con fiducia il momento in cui il Signore "trasfigurerà il nostro corpo mortale per conformarlo al suo corpo glorioso, in virtù del potere che ha di sottomettere a sé tutte le cose" (Fil 3,21).

A differenza di quanti "non hanno speranza" (cfr. 1 Ts 4,13), il credente sa che la stagione del soffrire rappresenta un'occasione di vita nuova, di grazia e di resurrezione. Egli esprime questa certezza attraverso l'impegno terapeutico, la capacità di accoglienza e di accompagnamento, la partecipazione alla vita di Cristo comunicata nella preghiera e nei sacramenti. Prendersi cura del malato e del morente, aiutare l'uomo esteriore che si va disfacendo, perché l'uomo interiore si rinnovi di giorno in giorno (cfr. 2 Cor 4,16), non è forse cooperare a quel processo di resurrezione che il Signore ha immesso nella storia degli uomini con il mistero pa-

squale e che troverà pieno compimento alla fine dei tempi? Non è rendere ragione della speranza (cfr. 1 Pt 3,15) che ci è stata donata? In ogni lacrima asciugata vi è già un annuncio dei tempi ultimi, un anticipo della pienezza finale (cfr. Ap 21,4 e Is 25, 8)"¹³.

Immaginate come sarebbe la realtà, nel terzo millennio, se gli ospedali cattolici fossero visti come parte integrante nel ministero della Chiesa. Immaginate se essi si mantenessero orgogliosamente testimoni della promozione della dignità umana per tutti i pazienti, senza distinzione di malattia o di condizione sociale. Immaginate se operassero come imprese basate su principi, dove la giustizia motivasse la forza lavoro e le condizioni di mercato. Immaginate se continuassero la nostra ricca eredità e servissero come fari di speranza che promuovono una medicina basata sui valori in una cultura di assistenza che incoraggi la collaborazione all'interno della Chiesa ed una maggiore consapevolezza dei bisogni spirituali dei nostri pazienti.

Quando il millennio diventerà una realtà, queste caratteristiche degli ospedali cattolici potranno diventare anch'esse una realtà. Assieme a tutta la Chiesa, gli ospedali cattolici possono camminare con Gesù nel loro ministero a favore dei bisognosi.

MICHAEL F. COLLINS, M.D.
Presidente e Dirigente
Esecutivo Responsabile
Caritas Christi Health Care System
Boston, Massachusetts, U.S.A.

Bibliografia

¹ The Catholic Health Association of the United States, Profile of Catholic Healthcare, 1996.

² Renewing the Vision: Building Healthier Communities in Today's America. Daughters of Charity National Health System; 1996 Annual report.

³ HMO Market Penetration, HMO-PPO Digest 1996.

⁴ On the Move. The Caritas Christi Health Care System 1996 Annual Report.

⁵ National Conference of Catholic Bishops, Ethical and Religious History of Catholic Health Care in the United States, Crossroads Publishing 1995 New York.

⁶ Luca 5, 12; 5, 17.

⁷ KAUFMAN, CHRISTOPHER, J. *Ministry & Meaning: A Religious History of Catholic Health Care in the United States*, Crossroads Publishing 1995, New York.

⁸ United States Catholic Conference. Health and Health Care: A Pastoral Letter of the American Catholic Bishops. November 19, 1981, Copyright 1992. United States Catholic Conference, Inc.

⁹ ISNER, JEFFREY, M.D. *The Lancet*. August 8, 1996; 348:9024.

¹⁰ COLLINS, MICHAEL, F., M.D., *Ethical Issues on Managed Care: A System Administrator's Perspective*. (Presentato al Saint Anne's Ethics Symposium, 7 aprile 1995).

¹¹ BERNARDIN, JOSEPH L., *Making the case for Not-for-Profit Healthcare*. (Presentato all'Harvard Business School of Chicago, 12 gennaio 1995).

¹² COLLINS, MICHAEL F., M.D., *Preserving the Catholic Vision of Care: Ministry Leaders Must Not Be Intimidated by Managed Care or Market Pressures*, Health Progress, July-August 1997; 14.

¹³ PAPA GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato* (11 febbraio 1998). Ediz. Italiana.



VITOR FEYTOR PINTO

Sfide lanciate all’evangelizzazione nel mondo della salute

Introduzione

1. È per me un onore partecipare ancora una volta ad una Conferenza Internazionale indetta dal Vaticano sul problema della Salute. Questa 12^a Conferenza, ha due originalità che non posso lasciar passare sotto silenzio: la prima è la presidenza di S. Ecc.za Monsignore Javier Lozano, nella qualità di Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, la seconda è il fatto di trovarci insieme a riflettere sulla responsabilità della Pastorale della salute, e per questo, della Chiesa, nei suoi vari interventi nella Salute dei popoli oggi, tanto sensibili ad una sempre migliore qualità di vita.

2. La Salute ha, nel mondo contemporaneo, un’importanza straordinaria. Già nel 1977 la OMS annunciava un programma, al quale ha dato il nome di “Salute per tutti, fino al 2000”. In esso chiedeva più anni di vita, più vita agli anni, più qualità di vita per tutti. La Salute è al primo posto tra le preoccupazioni dei cittadini, nei programmi politici degli stati, nell’organizzare della stessa società, come rivela il costante intervento dell’Organizzazione Mondiale della Salute, con concrete raccomandazioni, sia in riferimento alle primarie necessità di prevenzione, sia in ciò che danneggia le seconde attenzioni e il trattamento. Non è un caso che la salute è il “benessere bio-psichicosociale e culturale”, cioè la realizzazione integrale della persona, di tutte le persone.

3. La Chiesa non può restare ai margini di questo movimento mondiale che cerca la maggior salute dei popoli.

Gesù Cristo si fermava davanti ai più poveri, portavano a Lui tutti i malati e Egli “curava tutti” (*Mt* 4,22). Le prime comunità cristiane avevano un’attenzione privilegiata per i poveri e gli ammalati.

Pietro e Giovanni hanno saputo rispondere all'uomo che chiedeva l'elemosina alla porta del Tempio: “Non abbiamo né oro né argento, ma nel nome di Gesù Cristo alzati e cammina” (cfr. *At* 3).

Attraverso i secoli, la Chiesa si è preoccupata degli ammalati, soprattutto di quelli che erano da tutti disprezzati, per questo ha fondato ospedali a fianco dei Monasteri, ha appoggiato ordini religiosi che si dedicavano agli ammalati, e ha sviluppato programmi di aiuti agli infermi più difficili. Tutti ricordiamo Giovanni di Dio, un santo portoghese, e San Camillo de Lellis, che sono diventati modelli di quanti, nella Chiesa, si dedicano agli ammalati, soprattutto i più poveri e abbandonati.

In questo fine millennio, la Pastorale della Salute è tra i primi posti nell’azione di evangelizzazione della Chiesa. Attraverso la Pastorale della Salute “diamo la Buona Novella ai poveri, la libertà agli oppressi e la gioia a coloro che soffrono” (cfr. *Lc* 4,16/19). Da qui accettiamo le sfide che sono poste alla Evangelizzazione, in questo campo tanto delicato, sfide che è importante conoscere e promuovere.

1. Evangelizzare oggi

1. L’evangelizzazione ha sempre il carattere di Buona Novella. Non è un annuncio di principi, di regole di comportamento, di pre-

cetti liturgici. È la buona notizia per i poveri, per gli oppressi, per gli ammalati, per coloro che soffrono.

Per questo, il Signore Gesù raccomandava ai 72 discepoli che “in qualunque casa entrassero, dessero la Pace, curassero gli infermi che la ci fossero e dicessero a tutti che il Regno di Dio era vicino” (cfr. *Lc* 10, 7-11).

Annunciamo sempre Cristo Risorto, Cristo Salvatore.

2. Ci sono però molti dei nostri concittadini che hanno perso la fede e che, assetati di Dio, lo cercano in molti modi.

Abbiamo il dovere di andare loro incontro, di “testimoniare Cristo Risorto in ogni luogo e, a quelli che ci chiedono, dare ragione della speranza della vita eterna che è in noi” (L.G. 10).

È la nostra responsabilità nella seconda evangelizzazione, sapendo che il mondo intero è terra di missione e che, in vari modi, tutti cercano il Signore. La missione non si esaurisce in terre lontane di Africa o di Asia, anche l’Europa e il Mondo Nuovo hanno bisogno di essere evangelizzati.

È ricristianizzare persone e strutture che già sono state cristiane e che per la cultura o per la nuova forma di organizzazione, da Cristo e dalla Chiesa si sono allontanate.

È ogni persona che deve essere evangelizzata e tanto può essere un ammalato come un professionista di salute, un bambino in età da catechismo o un anziano già avanti negli anni, una persona con vasta cultura o una persona semplice che facilmente apre il cuore a Dio. Tutti possono e devono essere evangelizzati.

E tutti siamo anche evangelizzatori. Già S. Paolo diceva “Guai a me se non evangelizzassi!” Con la testimonianza, con la parola opportuna e con la presenza continua siamo evangelizzatori della parola che converte e salva. Annunciamo Gesù Cristo.

3. È chiaro che in questo tempo e nel mondo della Salute la premiership evangelizzatrice si fa sentire molto di più. Proprio per questo, il Papa Giovanni Paolo II ha fatto appello alla Nuova Evangelizzazione.

La Nuova Evangelizzazione non è la rievangelizzazione, ma è l'annuncio dello stesso Vangelo, con nuovo ardore, nuovi metodi e nuove espressioni. Ma esige ancora l'attenzione a nuovi destinatari e a nuovi spazi, anche con nuovi agenti. È qui che appare l'originalità della Pastorale della Salute; abbiamo il dovere di evangelizzare il mondo della sofferenza umana, annunciando che “in nessun altro vi è salvezza, se non in Cristo Gesù” (*At 4, 20*); abbiamo il dovere di evangelizzare il mondo della scienza e della tecnica, perché siano al servizio dell'uomo come strumento di salvezza; abbiamo il dovere di evangelizzare il modo dell'esclusione e della marginalizzazione, dal momento che la Chiesa fa la sua opzione espressamente per i più poveri e più abbandonati; abbiamo il dovere di evangelizzare, annunciare la Buona Novella, agli ammalati e ai sani, in processi complementari di educazione alla salute, di appoggio nella malattia e di accompagnamento efficace nelle situazioni più difficili della vita.

Ogni professionista della salute, di appoggio nella malattia e di accompagnamento efficace nelle situazioni più difficili della vita.

Ogni professionista della salute cristiano e ogni volontario deve essere un agente della nuova evangelizzazione, ma ogni ammalato nel suo rapporto con gli altri ammalati o con i tecnici può essere strumento del Signore nella trasmissione della gioia e della pace. La malattia non è un castigo o una prova, è sempre un limite umano che si fa appello, per invocare il Signore che dà la vita e la vita in abbondanza.

2. Le grandi sfide all'evangelizzazione nella Pastorale della Salute

Vale la pena enumerare le sfide che considero essenziali se vogliamo evangelizzare questo momento tanto difficile: l'umanizzazione, l'etica, l'organizzazione, le situazioni più difficili, l'intervento pastorale, la presenza efficace, l'annuncio esplicito di Gesù Cristo Risorto. Sono queste le sfide che presento alla considerazione di tutti.

1. L'umanizzazione della Salute

Vivendo in un mondo profondamente disumanizzato, in cui il valore del successo, del potere e del denaro domina tutti i comportamenti umani, è quasi normale che anche l'universo della salute sia marcato da questo quadro di valori. Da qui alla disumanizzazione della salute è un passo.

La Pastorale della Salute accetta la sfida dell'umanizzazione nella Salute:

– non basta la scienza e la tecnica, non sono sufficienti la investigazione e la efficacia, ci vuole di più, per servire la persona umana e per salvarla.

– È imperioso oggi l'accogliimento e l'accompagnamento di tutti gli ammalati e le loro famiglie. È un problema di indispensabile relazione umana, di appoggio essenziale alla collaborazione che l'ammalato deve dare a tutta la terapia somministrata.

– Ancora, si impone la qualità globale che, oltre che scientifica e tecnica, deve essere umana, cioè, deve tener presente la persona umana con progetti, con capacità di decidere, con forme concrete di esprimersi, con necessità di avere risposte.

– Parlare dell'umanizzazione nella salute, suppone umanizzare le terapie, gli spazi, le relazioni, le strutture e le stesse apparecchiature, senza questo la persona ne esce fatalmente compromessa.

– È in questo contesto che alla Chiesa, per mezzo della Pastorale della Salute, compete denunciare tutto ciò che è aggressivo per la persona umana e, simultaneamente, proporre in modo chiaro e compromettente nuove attitudini che, attente alle persone, contribuiscano al suo ricupero integrale.

2. L'Etica nella Salute

Oggi nel mondo si parla molto di etica, come rispetto per l'essere umano, superando così le semplici norme, leggi o regolamenti, nei rapporti tra le persone nella società.

Ma l'etica non è una parola vuota, che è di moda, o che si considera una panacea che frena comportamenti e reprime persone. No! L'Etica è una sfida costante:

– Sfida al rispetto e alla promozione della persona umana in tutte le circostanze.

– Sfida all'affermazione e alla pratica di tutti i diritti umani, oltrepassando la semplice visione teorica della Carta delle Nazioni e esigendo la sua concretizzazione nei diritti degli ammalati e nei diritti dei professionisti, nella garanzia di assistenza e nelle condizioni di lavoro, nell'ugualanza di trattamenti e nell'attenzione specifica ad ogni caso.

– Sfida alla costituzione di una società giusta e fraterna con strutture di salute che servano tutte le persone senza eccezione, con istituzioni pubbliche e private rivolte alla persona e non all'interesse di gruppo.

– Sfida all'esercizio di terapie che curino, che facciano prevenzione per l'educazione dei popoli alla salute, che facciano trattamento efficace per il recupero delle persone in crisi, che facciano accompagnamento terapeutico anche nei casi di diagnostici chiusi, che promuovano la qualità di vita in tutte le circostanze.

La Chiesa, attraverso la Pastorale della Salute, ha l'obbligo di evangelizzare proponendo i valori etici fondamentali, nella difesa e promozione della vita sempre, nell'accompagnamento delle persone nella verità possibile per un assenso responsabile, nel compito di proporzione a tutti, in termini di giustizia, i beni di assistenza di cui hanno diritto. La Pastorale della Salute annuncia la giustizia, e i suoi agenti praticano questa stessa giustizia accogliendo e comprendendo tutti, essendo solidali con i più poveri, esercitando con tutti la tolleranza, la convivenza fraterna, il dialogo e la solidarietà per la cittadinanza che a tutti deve essere offerta.

3. L'Evangelizzazione

Organizzata

Il mondo di oggi ha perso le referenze di una cultura cristiana e il mondo della scienza e della tecnica, in salute, si è dimenticato completamente della presenza di Dio in tutti e in tutte le cose. Molti pensano che l'arte medica sia suprema, senza pari.

È urgente evangelizzare la salute. Forse sarà la maggior sfida:

– non basta un'azione della Chiesa concentrata nei cappellani d'ospedale con un cumulo di buone parole e i rituali sacramenti. Tutti quelli che accettano di essere cristiani hanno il dovere di essere evangelizzatori, i professionisti come i malati, i laici come i sacerdoti o i religiosi, i più praticanti come quelli che solo ora in tempo di sofferenza, si avvicinano a Dio e a Suo Figlio Gesù Cristo.

– La presenza della Chiesa nelle Unità di salute o a domicilio non si può ridurre soltanto al momento della morte o in prossimità ad essa. Cristo è venuto perché abbiamo la vita e in abbondanza. La Chiesa deve stare permanentemente vicino al malato per reinterpretare la sofferenza e il dolore e dare loro un senso. Deve anche stare vicino ai professionisti della salute per dare una nuova ragione al loro lavoro. È il catechismo degli ammalati e degli adulti che aiuta gli uni e gli altri a "iniziarci" e "reiniziarsi" costantemente nella vita cristiana. Nel tempo della malattia, non vi è molto da imparare, ma vi è molto da amare.

– L'animazione profetica è un'altra sfida di evangelizzazione. Con la lettura evangelica degli avvenimenti personali, professionali, sociali arriveremo a vivere anche in tempi difficili, con la serenità di chi vede l'invisibile e, in Dio contro una nuova forza per riscoprire la vita, anche quando è in pericolo.

– In questo contesto, l'organizzazione dell'azione evangelizzatrice permette costruire gruppi di incontro, di preghiera e di condivisione, facendo nascere nel mondo della salute comunità vive, in cui tutti sono capaci di porre in comune tutti i beni, soprattutto i beni spirituali e soprannaturali, che danno senso nuovo alla vita.

4. L'Azione Pastorale *nelle situazioni difficili*

Il mondo di oggi tende a marginalizzare i più poveri e quelli che più soffrono. È il fenomeno della esclusione sociale che provoca la solitudine più crudele. La Chiesa, al contrario, si preoccupa di quelli che sono ai margini della società. Già così è stato con Gesù Cristo, che ha accolto i lebbrosi e convissuto con i peccatori. È sempre stata l'originalità della Chiesa occuparsi dei poveri più poveri. È stato così con Giovanni di Dio, con Camillo de Lellis, con Federico Osanan, con Madre Teresa di Calcutta, con L'Abbé Pierre e tanti altri:

– la grande sfida nel creare unità specifiche per il trattamento e il recupero degli ammalati più difficili, i tossicodipendenti, gli ammalati di AIDS, i malati psichici, senza paura di accompagnare i senza tetto, gli omosessuali, le prostitute e altri.

– altra sfida sta proprio nell'appoggio concreto ai malati terminali. Oggi i moribondi costituiscono un gruppo abbandonato nelle Unità di Terapia Intensiva. È urgente risocializzare la fase terminale della vita, ciò richiede un lavoro serio di sollievo della sofferenza e di accompagnamento del malato fino al tempo del grande incontro.

– Nella lotta contro l'aborto e contro l'eutanasia, per la promozione della vita, la Pastorale della Salute ha il dovere di investire in iniziative innovatrici di accoglienza e di appoggio alle madri e alle gravide con problemi, al bambino vittima, alla donna che si prostituisce, alla giovane che fugge da casa, alla persona che non ha nessuno e che ha bisogno di altre persone.

5. L'intervento Pastorale

La Chiesa si è preoccupata vivamente dell'universo della Salute. Dal 1985, con il Pontificio Consiglio e le molte Commissioni Nazionali e Diocesane, la Chiesa ha creato una Pastorale attuante. La sfida, perciò, in prossimità del terzo millennio è più forte ancora. Siamo invitati a organizzare:

– il volontariato sociale per la salute, nella gratuità, nell'opzione cristiana della vita, nell'attenzione a quelli che più soffrono e sono più soli;

– le associazioni professionali cattoliche di medici, di infermieri, di psicologi, di assistenti sociali, associazioni che preparano i professionisti ad un intervento coraggioso e cristiano nel loro lavoro;

– i nuclei parrocchiali di Pastorale della Salute, gruppi di cristiani che intervengono in forma specifica nell'educazione per uno stile salutare di vita, nella solidarietà fraterna con gli ammalati e gli inabili domiciliati nella parrocchia, nella generosità pastorale che permette di considerare quelli che soffrono come i membri più importanti delle nostre comunità cristiane;

– i movimenti di Pastorale sociale in cui, oltre al condividere i beni, si condivide anche la fede e la vita, aiutando tutti a crescere come cristiani;

– la presenza della Chiesa negli ospedali e nelle cliniche attraverso l'azione organizzata delle cappellanie, dei gruppi di presenza cristiana (professionali e volontari), dei gruppi di visitatori, dei ministri della visita e di altre forme di azione pastorale.

6. L'Annuncio esplicito *di Gesù Cristo*

Se è vero che il mondo contemporaneo ha perso il senso di Dio, nel materialismo e nell'ateismo, nell'individualismo e nell'edonismo permissivista, nella concezione riduttrice della vita e delle relazioni, l'annuncio esplicito di Gesù Cristo è una necessità e costituisce la sfida più urgente:

– in tale situazione, molto dipende dalla testimonianza credibile del vangelo nell'annuncio e nella vita. Dobbiamo annunciare di nuovo agli uomini e alle donne il messaggio liberante di Gesù Cristo.

– È necessario riscoprire le proprie radici cristiane e instaurare una civiltà più profonda, veramente cristiana e, per questo, più pienamente umana. Al centro di ogni annuncio vi è questa certezza: "Dio ti ama, Cristo è venuto per te".

– D'altra parte, senza la speranza della vita eterna, nella quale tutti i dolori e i mali sono superati, la persona umana resta gravemente mutilata. Per questo, dobbiamo parlare chiaramente dell'immortalità dell'anima, come della resurrezione della carne. È un annuncio di

gioia che dà senso a tutto.

– Non basta diffondere i valori evangelici quali la giustizia e la pace. Dobbiamo annunciare esplicitamente Gesù Cristo, la sua persona, come unico Salvatore.

Sono sfide fortissime che si pongono alla Pastorale della Salute in tempo di nuova evangelizzazione.

3. Il mondo della salute è un campo privilegiato della nuova evangelizzazione (per finire)

1. Il mondo della salute è universale, è di tutti ed è per tutti:

– Tutti devono essere educati alla salute.

– Tutti ricorrono alle cure per la salute.

– Tutti vogliono avere una salute integrale.

2. L'intervento della Chiesa è originale e innovatore, ha tre dimensioni essenziali:

– umanizzazione per tutti;

– evangelizzazione per quelli che si dicono cristiani;

– sacramenti per quelli che li chiedono, almeno implicitamente.

3. La Chiesa promuove la salute di tutti attraverso la sua azione originale, organizzata, nella Pastorale della Salute:

– la salute globale per gli ammalati e i professionisti che sono di quella i normali destinatari;

– la salute del corpo e dello Spirito, con una qualità di vita che sta attenta alle relazioni interpersonali spirituali e soprannaturali;

– la salute delle istituzioni con maggior qualità scientifica e tecnica e migliore relazione umana, relazione salvifica.

Per concludere

La Pastorale della salute è essa stessa una delle grandi sfide della Chiesa in questo tempo di nuova evangelizzazione:

– non tutte le persone vanno in Chiesa, ma tutte passano negli ospedali.

– Gli ammalati e i professionisti della salute che sono destinatari

della pastorale sono anche agenti della pastorale della salute, con la parola, la testimonianza, l'azione organizzata.

– L'intervento della Chiesa prepara alla vita e alla vita di qualità.

– La terapia di accompagnamento, soprattutto nei casi più difficili, è una meravigliosa forma di evangelizzazione.

Maria che ci hai dato Cristo nell'annunciazione, che hai accompagnato una persona in crisi nella visitazione, e hai contribuito, in piedi, presso la croce, che hai partecipato alla nascita della prima comunità cristiana, aiutaci, con la forza dello Spirito, a rivelare Cristo agli altri, per mezzo della nostra testimonianza di competenza e umanizzazione, con la nostra parola opportuna, illuminante di decisioni e attitudini, con la nostra carità generosa, segno privilegiato dell'amore redentore che ci viene sempre dal Tuo Figlio Gesù Cristo.

Padre VITOR FEYTOR PINTO
*Direttore della Commissione Nazionale
 per la Pastorale Sanitaria, Portogallo*



RUDESINDO DELGADO PÉREZ

Vivere in modo sano la sofferenza e la morte

Premessa

La sofferenza che accompagna la malattia, da una parte, e la morte, dall'altra, sono due realtà molto crude ed ineludibili che, prima o poi, dobbiamo affrontare e vivere tutti. Ma è possibile viverle in modo sano, fecondo, costruttivo? Come fare? Quali chiavi o strategie possono aiutarci? Sono questi gli interrogativi a cui vorrei rispondere.

Senza dimenticare la realtà della morte, vorrei focalizzare quella della sofferenza provocata dalla malattia. Lo faccio con molta umiltà e rispetto, con pudore e timore perché «la sofferenza – come diceva il sacerdote, poeta e malato José Luis Martín Descalzo – è un mistero al quale bisogna avvicinarsi come ci avviciniamo al rovo ardente: a piedi nudi, non con belle teorie per illuminare ciò che non si illumina, né con belle considerazione poetiche che non lasciano trasparire la sua cruda realtà».

Personalmente, non sono passato attraverso la malattia né ho visto da vicino la morte. Ma, negli anni in cui sono stato cappellano d'ospedale, il Signore mi ha offerto l'occasione di poter accompagnare nel loro percorso malati e moribondi. Ho conosciuto, inoltre, le esperienze di numerosi malati, di cui abbiamo fatto una raccolta nel Dipartimento per la Pastorale della Sanità della Conferenza Espicopale Spagnola. Vi offrirò in modo toccante la testimonianza di malati cristiani. Essi ci mostreranno che è possibile vivere la sofferenza in modo sano e ci daranno delle chiavi di lettura per raggiungere questo obiettivo.

1. La sofferenza, un'esperienza personale ambivalente

La sofferenza fisica e psichica, morale e spirituale, provocata dalla malattia, costituisce per l'essere umano un'esperienza personale e unica. Nessuno può soffrire al nostro posto.

È una esperienza profonda e complessa che raggiunge l'intimità e la sacralità della persona.

È un'esperienza forte e penosa. «È molto duro – diceva una giovane malata al Santo Padre a Santiago di Compostela – constatare che vengono meno i tuoi progetti e desideri, sentirti debole e limitata, dipendere dagli altri e far fronte alla solitudine».

È una delle esperienze limite della vita, che ci porta a toccare il fondo, a incontrarci con la nostra verità, con quella degli altri e di Dio.

Si tratta di una esperienza ambivalente che ci può distruggere o aiutare a crescere e maturare, a chiuderoci in noi stessi o ad aprirci in modo profondo agli altri, ad allontanarci da Dio o ad avvicinarci a Lui.

È un'esperienza che sfida la nostra libertà. La sofferenza non ha l'ultima parola. Nelle nostre mani c'è il dono e il compito di viverla bene o male, di trasformarla in generoso vino e non in aceto, di ottenerne dai suoi amari fiori – come dice il poeta Antonio Machado – la bianca cera come le api, affinché sia acqua del pozzo che irorra l'orto e non acqua di torrente che trascina il limo della terra.

*Nunca podrás, dolor, acorralarme.
Podrás alzar mis ojos hacia
el llanto,*

*secar mi lengua, amordazar
mi canto,
sajar mi corazon y desguazarme.*

*Podrás entre tus rejas encerrarme,
destruir los castillos que levanto,
ungir todas mis horas
con tu espanto.*

pero nunca podrás acobardarme.

*Puedo amar en el potro de tortura.
Puedo reir cosido por tus lanzas.
Puedo ver en la oscura noche
oscura.*

*Llego, dolor, a donde tu no
alcanzas.*

*Yo decido mi sangre y su espesura.
Yo soy el dueño de mis esperanzas*

J.L. DESCALZO¹

Mai potrai, dolore, accerchiarmi.
Potrai far alzare i miei occhi
verso il pianto,
asciugare la mia lingua,
imbavagliar il mio canto,
spezzare il mio cuore
e sminuzzarmi.

Tra le tue sbarre rinchiudermi
potrai,
distruggere i castelli che innalzo
al vento,
ungere tutte le mie ore
col tuo spavento.

Ma, scoraggiarmi non potrai mai.

Posso amare sul cavalletto
da tortura,
posso ridere dalle tue lance
trapassato.

Posso veder nell'oscurità
della notte scura.

Arrivo, dolore, dove tu
non sei arrivato.

Io decido il mio sangue
e la sua natura.

Sono io il padrone di quanto
ho desiderato.

2. Strategie per vivere la sofferenza in modo sano, fecondo e salvifico

È possibile vivere in modo sano la sofferenza; ma non è facile, perché non si lascia domare. Bisogna percorrere un sentiero lungo compiendo passi in avanti e indietro, vicissitudini, alti e bassi. Ci vuole tempo, coraggio e aiuto. Ecco alcune strategie che possono orientare ed esserci utili in questo percorso.

a) Combatterla

Preoccuparsi di combattere il dolore è più importante di impostare teorie e rispondere ai perché. La sofferenza non deve essere spiegata ma combattuta e vissuta. La sofferenza è, e continuerà ad essere, un mistero.

Di fronte alla sofferenza Gesù adotta un atteggiamento pratico. Non fa discorsi, non l'ama né la cerca. Vide il male di cui soffrono gli uomini. Perciò passò risanando (*At 10,38*). Manifesta così la volontà di Dio nei confronti del dolore e della malattia.

Di fronte alla rassegnazione passiva, un sano realismo ci porta ad affrontare il dolore, a lottare contro di esso, a porre gli opportuni mezzi, ad abbandonare interrogativi che non approdano da nessuna parte e ad adottare un atteggiamento costruttivo: che posso fare in queste circostanze?

*El angel del dolor visitó
(en noviembre) mi casa.*

Era hermoso y radiante.

Era hijo de Dios.

*Era, aunque no lo creáis,
el más algre de cuantos conocí.*

Entró por mis jardines y acarició

mi sangre.

*Riéndose cortó una de mis alas
de trabajo y de prisa
pero dejó intactas las de la ilusión
y el coraje.*

*Me dijo: ahora empieza la
segunda parte de tu vida
gemela de la otra, aunque algo
tartamuda.*

*Vive. No gastes tus horas en
hacerte preguntas.*

Reordena tu escala de valores.

*Pon en primera fila la amistad
(tras de la fe, se entiende)*

*y recuerda que Dios es bueno,
que el hombre es mucho mejor
de lo que él cree*

*que el mundo está bien hecho
y que vas a vivir hasta los topes el
gozo mientras vivas
porque resulta que el angel
del dolor
y el de Belén son el mismo».*

J.M. DESCALZO²

«L'angelo del dolore ha visitato
(a novembre) casa mia.
Era bello e raggiante.
Era figlio di Dio.
Era, anche se non lo crederete,
il più gioioso di quanti
ho conosciuto.
È entrato attraverso il mio giardino
ed ha accarezzato
il mio sangue.
Ridendo ha tagliato una
delle mie ali da lavoro
e quella della fretta
ma ha lasciato integre quelle
del desiderio e del coraggio.
Mi ha detto: Adesso comincia
la seconda parte della tua vita
gemella dell'altra, anche se
un po' esitante.
Vivi. Non consumare le tue ore
ad interrogarti.
Riordina la tua scala di valori.
Metti al primo posto l'amicizia
(dopo la fede, si capisce)
e ricorda che Dio è buono,
che l'uomo è meglio di quel
che egli stesso si considera
che il mondo è ben fatto
e che vivrai fino all'ultimo la gioia
mentre sarai vivo
perchè l'angelo del dolore
e quello di Betlemme
sono uno solo».

b) Di fronte ad essa adottare atteggiamenti e comportamenti positivi

Di fronte alla sofferenza che lo affligge il malato può adottare atteggiamenti e comportamenti positivi e fecondi o negativi e sterili. I primi gli permetteranno di viverla in modo costruttivo; gli altri, invece, faranno sì che essa diventi più insopportabile e distruttiva. È sano mantenere un atteggiamento vitale, di fiducia e di collaborazione attiva con il personale sanitario, assumere la propria debolezza, la pazienza attiva, non diventare viziato, esigente o accaparratore, sentirsi utile, preoccuparsi degli altri, non abusare di coloro che lo assistono, essere grato ed indulgente verso gli altri.

«La mia esperienza di Dio mi ha portato durante la mia malattia:

– a confidare in me stesso: a prendere coscienza delle mie forze, a diventare solidale con le mie potenzialità più profonde, a unire le mie energie sconosciute, a lottare contro la malattia senza venir meno, a mantenere l'animo sereno, ad apprezzare il dono della vita e a riceverlo come compito.

– Ad intensificare il senso fondamentale della vita come amore, oblazione, donazione. La malattia è stata anche occasione per dimenticarmi di me stesso, per non essere dipendente da me stesso, per non essere accentratore.

– Ad assumere la debolezza senza paura, senza traumi, senza paura ed angoscia. Questo siamo: siamo anche malati!

– A vivere la malattia spontaneamente, cercando di non creare altre situazioni eccezionali oltre quelle necessarie. Non diventare viziato, impertinente né accaparratore. Ho avuto l'opportunità di lasciarmi guidare con semplicità; ho avuto la fortuna di essere stato assistito niente meno che dai miei cari.

– A lasciar liberi gli altri per quanto riguarda la preoccupazione, l'attenzione, le visite o il telefono nei miei confronti. Ho imparato a vivere la presenza solidale degli altri a distanza, ben sapendo che la malattia, come tutto il cammino della vita, ognuno la vive da solo e dal di dentro, anche se in relazione con gli altri.

– A superare lo spirito borghese e di élite secondo il quale, quando si tratta di se stessi, bisogna cercare il meglio: il miglior medico – ovunque esso sia –, la migliore attenzione, la massima sicurezza. Personalmente, ho scelto di accettare il medico che mi era stato assegnato, così come avviene per tutti. Si è dimostrato un medico in gamba, davvero una fortuna!

– A confidare nei medici. Mi sono messo nelle loro mani senza dubitare, con docilità, in silenzio, senza chiedere né infastidire, lasciando fare e facendo ciò mi era stato chiesto. Ho fatto in modo da rendere più semplice il loro operato.

– Ad avere verso gli altri un sentimento di misericordia, mettendomi al loro posto e cercando di capire.

re la loro situazione. Ciò in particolar modo nei confronti del personale sanitario che mi aveva in cura. Rinunciando ad una ipersensibilità nei confronti dei miei diritti (per questi bisogna lottare soprattutto prima e dopo la malattia). Mantenendo una relazione di gratuità, ricevendo ogni servizio come un favore. Senza essere né pesante né esigente. Collaborando concretamente. Creando un clima di distensione e di accoglienza. Comprendendo la loro situazione lavorativa carica di ore, di responsabilità e perfino d'incomprensione. Perdonando manchevolezze, di cui sono stato vittima, anche se dovuti all'incompetenza o alla negligenza; anche se quelle manchevolezze potevano comportare seri rischi. Perdonando dal di dentro.

Ma, soprattutto, durante la mia malattia ho cercato di mantenere un atteggiamento vitale, perfino nei momenti più difficili. La malattia è stata una tappa della mia vita che valeva la pena di vivere intensamente, profondamente, radicalmente, con un certo entusiasmo e gioia... Chi poteva assicurarmi che questa non era l'ultima tappa della mia vita? E, come non avrei dovuto affrettarmi a viverla pienamente?». Jesús Burgaleta³.

c) Non chiuderci in essa

L'esperienza della sofferenza non porta Gesù a diventare duro e a chiudersi in se stesso; anzi, lo fa diventare sensibile al dolore degli altri e capace di «venire in aiuto a quelli che subiscono la prova» (*Eb* 2, 18) e di identificarsi con i fratelli che soffrono: «Ero malato e mi avete visitato» (*Mt* 25, 36).

Di fronte al rischio di rimanere totalmente assorti nelle nostre sofferenze, come se non esistesse nient'altro, un modo efficace di superare o di dar sollievo alla nostra sofferenza è quello di rompere il circolo in cui essa cerca di rinchiudersi. La realtà non si esaurisce nella sofferenza. Può essere un'occasione per conoscere gli altri, per vedere la loro bontà e per aprirsi profondamente agli altri, soprattutto nei confronti di coloro che soffrono. Niente e nessuno ci può togliere il potere di amare gli altri, di essere solidali.

«Ringrazio Iddio perché mi ha concesso la forza di vedere la mia

realtà, ma dandomi la grazia di vedere quella degli altri; di toccare la sofferenza di tutti, di non pensare che la mia era peggiore, ma soltanto mia, e che quella degli altri è forte, pungente, angosciosa... perché è la loro. Ho scoperto che si può dare amore e fare felici gli altri con molto poco: ricordare i loro nomi, un sorriso, una pacca, un come stai?, una barzelletta, un'espressione di comprensione... l'ascolto». Maria Dolores Jimenez Lozano⁴.

«Ho superato addirittura ben più di 35 radiazioni perché non ero concentrato in me stesso ma negli altri. Dovevamo aspettare molto nel sotterraneo dell'ospedale. Pian piano abbiamo stabilito un'autentica amicizia. La maggioranza era silenziosa, come me. Abbiamo lasciato esprimere il linguaggio del corpo, i sorrisi, i gesti dell'anima. Un uomo della mia età che aveva un cancro alla lingua mi fece capire che voleva suicidarsi. Cominciai a scrivere un pensiero per ognuno di quelli che aspettavano. Mi resi conto che i miei brevi scritti erano accolti con interesse, addirittura li aspettavano. Un giorno arrivò nello scantinato una donna in una sedia a rotelle. Rivolse un sorriso amorevole e stimolante ad ognuno di noi. Anche a lei scrissi un pensiero: 'Il suo sorriso pieno d'amore qui nello scantinato vale più di un milione di marchi'. Considero la mia esperienza nello scantinato dell'ospedale come uno dei più grandi arricchimenti della mia vita». B. Häring⁵.

d) Dare ad essa la parola

Il cuore, quando sente l'amarezza del dolore, non può essere rinchiuso né obbligato a tacere. Il dolore muto non è umano, abbrutisce ed isola. La parola può umanizzare la sofferenza, da una parte aprendola verso il Mistero trascendente, Dio, e, dall'altra, verso gli altri. Di fronte alla sofferenza che pervade e alla morte che incalza, Gesù non nasconde i suoi sentimenti. Si apre e ha bisogno di qualcuno che lo accompagni. «La mia anima è triste fino alla morte» (*Mc* 13, 14). E sulla croce esclama: «Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?» (*Mt* 27, 46).

Colui che soffre ha bisogno di sfogarsi, di lasciare che i suoi sen-

timenti affiorino e di manifestarli a qualcuno che lo ascolti e, se è credente, a Dio.

«Il mattino del 1º gennaio, dopo la crisi disperata del Capodanno, mi sedetti vicino al sacrario di una chiesa quasi vuota e tirai fuori tutto il mio dolore con assoluta sincerità. Mi rivolsi al Signore dicendogli più o meno così: – Stai andando oltre con me, lo sai? Ho amato un uomo incantevole, mi sono sposata con lui e si è dimostrato un simulatore che ha distrutto la mia vita. Ho lasciato il mio lavoro per aver cura di lui durante la sua malattia e la sua depressione e l'ho fatto così bene che è tornato ad essere quello di sempre e abbiammo dovuto separarci. Ho fatto una sola trasfusione e mi hanno iniettato nel sangue la malattia più terribile del secolo. In meno di un anno ho perso il lavoro, il marito, la stabilità economica, la salute e perfino la speranza di una morte degna. Perché mi fai questo? Che tipo di eroina credi che io sia?

Dopo questa esplosione, mi sentivo quasi blasfema, volevo chiedere perdono, ma mi resi conto di quanto era assurdo il mio atteggiamento. Se Dio conosce fino in fondo la mia anima, a che serve che gli dica che accetto tutto quando in realtà sento il contrario? Può qualcuno mentire a Dio come mente agli uomini? Credo in Dio, non posso evitarlo. E credo che è mio Padre e che mi ama, anche se non risolve i miei problemi... forse perché, se lo facesse, Egli sarebbe un mago e questa mia vita una storia di fantascienza. Credo che Dio sarà vicino a me, soffrendo o godendo con me sia nell'oscurità e sia nella luce». Maria José⁶.

e) Cercarne il senso

Come dice V. Frankl, «la guarigione avviene mediante il ritrovamento del senso della salute, della malattia, della stessa vita». La ricerca serba del senso, la volontà di trovare il senso, mantengono l'uomo nel cammino che conduce ad una salute autenticamente umana.

«Non ho trovato nel dolore nessun piacere, nemmeno mi è gradito; l'accetto semplicemente perché sta lì. Guardo il Crocefisso e la croce diventa per me cammino verso la vita piena perché Egli è lì. In Lui trovo la pace e la serenità per soffrire con gioia. È la speranza per-

ché non vivo sola nel dolore, ma in comunione con Lui. Il nostro non è un Dio di morti ma di vivi. Lui vuole la vita, la felicità dell'uomo. Il dolore non lo rende felice; perciò il dolore non può avere l'ultima parola ed io sperimento in me che non ce l'ha. C'è Qualcuno che in te accoglie quel dolore facendosi dolore con te per far sorgere la vita anche in mezzo ad una 'morte apparente'. La sua presenza non spiega il mio dolore né lo sminuisce: gli dà senso e mi aiuta a viverlo in pienezza e gioia, sperando che un giorno si frantumi completamente il mio corpo e possa godere totalmente della sua Presenza, faccia a faccia». Cecilia⁷.

f) Scoprire e ringraziare per ciò che ci insegnà

La sofferenza è in sé un male; ma non un male da evitare sempre e comunque. Può essere un fattore di saggio apprendimento e di crescita. Dice León Bloy che nel cuore dell'uomo ci sono molti angoli che non conosciamo fin quando arriva il dolore per farceli scoprire.

«L'altro giorno ho letto su un caso di eutanasia negli Stati Uniti. Una donna di 45 anni ha scelto di morire prima di sottoporsi alla chemioterapia. Ho rispettato la sua scelta. Ma ho alzato gli occhi al cielo e ho detto a Gesù: "Grazie per il tuo aiuto, grazie per la mia scelta, grazie perché la mia vita ha trovato il suo senso in questi due anni, grazie per tutto l'amore e la bontà che ho conosciuto, per gli amici di sempre, per i nuovi, per aver scoperto il tuo Regno, per avermi lasciato trasformare, per il mio nuovo cuore, per i miei nuovi valori, per le decisioni che con tanta pace accetto, per ogni alba che mi regali, per i due anni e mezzo di vita in famiglia, per aver mantenuto la mia gioia, la mia lotta, i miei desideri, perché sostieni nei momenti più bassi, per saper dare valore alle piccole cose, per tutto ciò che ho saputo fare bene e male, e per aver permesso che io condividesse il tuo Gestsemanni. Grazie!». Maria Dolores Jimenez Lozano⁸.

«Posso affermare che, disgraziatamente, ho avuto la fortuna di essere malato e in questo modo ho vissuto alcuni aspetti della vita che, mentre ero sano, nemmeno percepivo: la debolezza, la limita-

zione, l'irrimediabile, il profondo radicale, il dolore, la relatività, ciò che è importante e ciò che è accidentale, ciò che è necessario e ciò che è accessorio, il superfluo e la densità; ciò che vale e ciò che è inutile, l'assumere la propria storia, l'accettarsi così come uno è, la capacità di autocritica, la prospettiva del cambiamento, l'assumere la morte, l'aprirsi al futuro, la speranza disperata...». Jesus Burgaleta⁹.

g) Riempirla e trascenderla con l'amore

Solo l'amore salva dalla distruzione alla quale può portare il dolore. L'amore fa sì che il dolore non ci bruci. In molti casi l'amore libera dalla disperazione. È l'amore che ci dà vita, ci sostiene, ci cura, ci fa crescere e ci prepara a perdere la vita e a donarla. Solo l'amore, la donazione, può trasformare la morte nell' "atto vitale per eccellenza". Il disegno di Dio nei confronti dell'uomo è l'amore: colui che continua ad amare anche nella sofferenza e la morte, continua a rafforzarsi come persona e cresce nonostante le forze fisiche vengano meno e si spenga la vita biologica. Riempire e trascendere il dolore e la morte con l'amore è il miracolo più bello della fede cristiana.

Gesù accetta la sofferenza, quando viene a contatto con essa, e l'assume attivamente come occasione per dimostrare il suo amore e fiducia totale nel Padre e il suo amore ai fratelli. In mezzo al suo dolore, si preoccupa di sua madre – «Figlio, ecco tua madre» (Gv 19, 26) –, perdonà coloro che gli danno la morte – «Padre, perdonali, perché non sanno quello che fanno» (Lc 23, 34) – e accoglie la supplica del buon ladrone «oggi sarai con me in paradiso» (Lc 23, 43). In Cristo la sofferenza «è stata unita all'amore» (SD 18). «Nell'amore ricevuto e dato, anche la sofferenza e la morte trovano il loro senso e, pur rimanendo nel mistero che li avvolge, possono diventare un evento di salvezza» (EV 81).

«L'efficacia di una vita è racchiusa nella verità del suo amore e nessuna disgrazia ci può togliere la forza di continuare ad amare. Potrò perdere la mia attività, i miei piani futuri, la vista, la salute... Ma nessuna di queste perdite o tutte insie-

me, hanno il potere di togliermi la capacità di amare, di ricevere e di dare amore. Mentre sono capace di amare – dicevo a me stesso – sono invincibile. Lo Spirito feconda il senza-senso delle nostre vite, e lo trasforma in mille possibilità di comunione. Anche se adesso vedo – sono stati diversi mesi senza vedere, con ciascun occhio separatamente – sono felice perché altri vedono e sanno godere del dono della vista. Se non sono capace di condividere la gioia di coloro che possono adoperare la propria vista, soltanto perché io non possiedo la stessa gioia, sarà perché ho lasciato che l'egoismo prenda possesso di me. E questa sì che è una disgrazia! Se mi apro per condividere la felicità dell'altro, scoprirò che anche in me ci sono altre ragioni, altre fonti di felicità, da condividere con tutti». Antonio¹⁰.

h) Pregare

Gesù trova nella preghiera la forza di cui ha bisogno. Sul monte degli Ulivi prega insistentemente: «Padre mio, se è possibile, passi da me questo calice! Però non come voglio io, ma come vuoi tu!» (Mt 26, 39). E sulla croce si rimette nelle mani di Dio: «Padre, nelle tue mani consegno il mio spirito» (Lc 23, 46).

La preghiera è per il credente il mezzo che gli permette di vivere il mistero della debolezza. Pregare è entrare nel nostro intimo e scoprire lì il luogo dove ci mettiamo in contatto con Dio e con la sua forza salvifica.

«Pregare partendo da ciò che stavo vivendo, cominciò a trasformare la malattia in un tempo di grazia. Una grazia che il Signore mi concesse fu quella di capire che il favore che Gli chiedevo, e che Lui voleva concedermi, era soprattutto di accettare il risultato di quel processo, qualsiasi esso fosse, come la cosa più conveniente per me... Trovare alla vita lo stesso senso o più di prima, nonostante la perdita delle facoltà; sapere che posso continuare ad essere utile e lavorare per gli altri; accettare i cambiamenti di significato secondo i risultati e accettarli senza far di questo un dramma che rattristi la mia esistenza e quella di coloro che mi stavano intorno... questo era il più grande miracolo che il Si-

gnore mi voleva concedere, o meglio, che già si era attuato nel mio intimo». Antonio¹¹.

«Questo pomeriggio, durante la preghiera siamo stati invitati a chiedere la guarigione al Signore e di lasciarci guarire da Lui. È stata una preghiera, una contemplazione dolorosa. Le lacrime scorrevano in continuazione dai miei occhi. Volevo chiedere al Signore che mi guarisse, ma la mia richiesta era impossibile che salisse dal cuore, perché guarirmi sarebbe stato accettare il fatto che zoppico. Prima di curarmi, Gli ho chiesto di fare con me la strada, di concedermi il suo Spirito e la sua forza affinché io sia capace di dar un nome a ciò che mi succede e per assumere il ruolo che mi spetta. Non è stato per niente facile, ma mi sento in pace...». Viky¹².

i) Viverla nella speranza

Il dolore non ha l'ultima parola. La sofferenza passa, la vita no. La fede in Cristo misericordioso e risorto ci porta a credere che la sofferenza non ha l'ultima parola, che può essere vissuta come esperienza salvifica e come una costante opportunità per amare; l'amore è il solo capace di vincere la stessa morte.

«Nonostante l'oscurità e il vuoto, mi chiedevo come potesse il dolore annullare la mia speranza. Non era possibile, salvo che io diventassi il centro, diventando "musa", esigente, trasmettendo amarezza alle altre... Sentivo il dolore come una esperienza di "morte" e mi assallivano una serie di interrogativi. Tra questi mi chiedevo: come può essere che in un credente la morte sia più forte della vita? Se Gesù è risorto, c'è vita e vita piena; perché la "morte" deve affogare la mia speranza? Nel più profondo sgorga una gioia insostenibile: È Dio! Nella misura in cui si "muore", si vive; si vive in un altro modo, ma si vive; riesci a toccare l'"altra" realtà». Cecilia¹³.

Sé que voy a perder mi vida. Pero no importa, seguiré, sigo jugando. Y, aunque sé que me estoy desmoronando,
voy a esperar, sigo esperando, espero.

¿Dónde quedó mi corazón primero?

*¿Dónde el amor que amaneció silbando?
 ¿Dónde el alegre adolescente?
 ¿Cuándo mi alma cambié por este vertedero?*

*Pero voy a seguir en esta noria de la esperanza, terco, testarudo.
 ¡Levantad acta a mi requisitoria!*

*Tal vez un día se deshaga el nudo.
 Y, si no puede ser, dirán:
 "No pudo."
 Pero murió a las puertas de la gloria".*

J.L. MARTIN DESCALZO¹⁴

So che perderò la mia vita. Ma non importa, continuerò, continuo giocando.

E, anche se mi sto sfasciando, aspetterò, continuerò a sperare, spero.

Dove è rimasto il mio primo cuore?

Dove l'amore che apparve fischiettando?

Dove l'allegro adolescente?
 Quando

la mia anima cambiai per questo letamaio?

Ma proseguirò in questa noria della speranza, testardo, ostinato. Mettete agli atti la mia requisitoria!

Forse un giorno il nodo sarà slegato.

E, se non si potrà, diranno:
 "Non lo ha fatto."

Ma è morto alle porte della gloria".

l) Mantenere in essa una relazione sana con Dio nel dolore

Una sana relazione con Dio, specialmente nella sofferenza, richiede una costante purificazione. Alla fine della notte scura della sofferenza sperimentiamo, come Giobbe, il mistero vivente di Dio, forte nella debolezza, presente nell'assenza, eloquente nel silenzio. Un Dio che cerca l'uomo per salvarlo, liberarlo e rafforzarlo. Un Dio nascosto ed umile che non si impone col suo potere né acceca con la sua gloria, la cui presenza è discreta e non opprime, così come sempre è la presenza dell'amicizia e del vero amore. Un Dio che soffre con noi affinché impariamo ad amare con Lui e come Lui. Un

Dio, futuro dell'uomo, che non permetterà che una vita sia distrutta dalla morte.

«Il volto di Dio in cui credo e che scandalosamente ma realmente si è rivelato a me in questa esperienza, è lo stesso che mi è stato mostrato dai miei genitori e da tanti altri che lottano con tutte le loro forze contro il dolore e le sue cause; che mostrano il loro intenso amore patendo il dolore dei figli nella propria carne e che, alla fine, accettano impotenti e silenziosi un amore che non permette che il figlio sia liberato dalla morte, bensì dall'abbandono definitivo. Forse per questo, adesso la mia fede riesce a sospettare che Dio era presente sulla croce del Figlio, amandolo senza intervenire. Niente c'è di più inerme dell'amore. Nemmeno Lui ha "potuto" liberare dalla morte il suo amato Figlio; non lo ha abbandonato definitivamente al potere di essa, ma lo ha resuscitato tra i morti. E con ciò non soltanto ci prepara ad aspettare la vita definitiva ma ci mostra che c'è pure un modo di vivere che è il germe della risurrezione. Questa è la speranza che ci stimola... In una conversazione che ebbi con mio fratello (malato terminale di AIDS), rischiai la domanda su come si sentiva di fronte ad un finale previsto così vicino, se credeva o meno in un'altra vita, se credeva in Dio... La sua risposta fu la seguente: "Adesso, nei miei trentasette anni scopro che ho perso la vita perché non ho imparato ad amare. Ho saputo solo utilizzarla, imparare ad amare non si improvvisa... Non so se c'è un'altra vita. Se non c'è, vuol dire che questo inferno è finito per me e per voi tutti. Se c'è ed in essa mi aspetta Dio, dopo l'esperienza familiare vissuta non posso aver paura di incontrarmi con Lui". Emma Martínez Ocaña¹⁵.

m) Essere e sentirsi accompagnato nel cammino

Poter guardare la malattia, la sofferenza, la morte con serenità, con gioia, con pace interiore; giungere a quel momento esistenziale definitivo così, è possibile soltanto grazie alla solidarietà, alla compagnia, all'amore, all'amicizia, al servizio degli altri. Possiamo assumere questa situazione ed accettar-

la soltanto quando ci sentiamo soli, quando sentiamo la presenza degli altri.

«Soltanto la grazia di Dio ha fatto sì che io mi mantenesse gioioso in questi ultimi anni. So che non è per niente gradito essere nell'Orto degli Ulivi ma, come al Signore, nemmeno a me sono mancati gli "angeli che mi consolassero". Angeli che a volte si esprimevano semplicemente attraverso la pace interiore e in altre occasioni – molte – si vestivano della gente che in questi anni mi hanno voluto bene e tanto mi hanno aiutato. I miei fratelli, i miei amici, tanta gente misteriosa e sconosciuta mi ha sostentato ed io chiamerei miracolo il fatto che in quasi tutte le ore buie sempre arrivava una lettera, una telefonata, un incontro casuale in una strada, che mi hanno aiutato a recuperare la calma. Devo confessare con gioia che mai mi sono sentito così ben voluto come in questi anni. Sottolineo questo perché so molto bene che molti altri fratelli non hanno avuto né hanno la fortuna che ho avuto io. La famiglia, una sorella al tuo fianco che soffra assieme a te, sono regali che a me ha dato la Provvidenza, ma che – purtroppo! – non tutti i malati hanno». J.L. Martin Descalzo¹⁶.

«Quale sollievo sentire che qualcuno si prende cura della tua situazione e non cerca di offrirti una consolazione a poco prezzo né ti allontana dalla verità della realtà, per dura che sia, né mimetizza i tuoi veri sentimenti. È l'ora di riconoscere e di ringraziare gli "angeli" che, lungo la strada ti permettono, ci hanno permesso, di alzarsi, di alimentarci con il pane della solidarietà, della vicinanza, della gratuità, della lotta, per poter continuare a camminare». Emma Martinez Ocaña¹⁷.

Vivere sanamente la sofferenza e la morte non è facile, ma è possibile. Questo è un dono ed un compito per ognuno. Termino con le parole del Messaggio finale dei partecipanti al Congresso Nazionale Chiesa e Salute, celebrato in Spagna nel 1994: «Credere in Cristo e seguirlo, sperimentare la forza sanante e salvatrice della sua vita, della sua morte e risurrezione, è uno dei modi più sani e gratificanti di vivere la vita nella sua pienez-

za, la salute, la malattia e la morte stessa»¹⁸.

n) Prepararsi e formarsi per vivere la sofferenza

Affrontare la realtà della sofferenza e della morte con maturità non si improvvisa, richiede una buona preparazione. È opportuno prendere coscienza che sono parte della condizione umana; si può essere felici nonostante il dolore, ma è impossibile vivere tutta la vita senza dolore. Sarà bene vivere i valori che la malattia e la morte mettono alla prova (la solidarietà, l'unione, il servizio reciproco, la generosità, la resistenza...) e coltivare quegli atteggiamenti che al momento opportuno faciliteranno l'esperienza delle stesse (l'accettazione dei nostri limiti, l'integrità nelle prove, l'amore, la fiducia radicale in Dio...). Dobbiamo apprezzare della malattia di coloro che stanno con noi come una occasione di arricchimento e di formazione, ecc.

La Conferenza Episcopale Spagnola ha diffuso un "Testamento Vitale". In esso invita i fedeli a riflettere sulla vita, sulla sofferenza, sulla morte e sull'aldilà. È una professione di fede nella vita come dono di Dio, e nella morte come evento finale dell'esistenza terrena e come passaggio che apre la strada alla vita che accanto a Dio non finirà mai. In esso viene manifestato come uno vuol morire, si chiede aiuto per assumere umanamente e cristianamente la propria morte e viene manifestato il desiderio di prepararsi a viverla in pace, nella vicinanza dei propri cari e nella consolazione della fede cristiana.

RUDESINDO DELGADO PÉREZ
Assistente Ecclesiastico dell'Associazione
dei Professionisti Sanitari Cristiani,
Spagna

Note

¹ J.L. MARTIN DESCALZO, *Testamento del pájaro solitario*, Ed. Verbo Divino, 68.

² J.L. MARTIN DESCALZO, *La visita del ángel del dolor*, Revista Vida Nueva n. 1581.

³ AUTORES VARIOS, *Vivir sanamente el su-*

frimiento, Edice, 153-154.

⁴ J.M. MARTIN MORENO, *Vivir a tope*, Murcia, 15.

⁵ B. HÄRING, *Esperienze di fede nella malattia*, Borla, 42-43.

⁶ AUTORES VARIOS, *op. cit.*, Edice, 156.

⁷ CECILIA PUERTAS, *El dolor a la luz de la fe: un misterio de amor*, Rivista Teología y catequesis n. 28 (1989), 123.

⁸ J.M. MARTIN MORENO, *Vivir a tope*, Murcia, 16-17.

⁹ AUTORES VARIOS, *op. cit.*, Edice, 154.

¹⁰ LOPEZ BAEZA A., *Experiencia con la soledad*, Narcea, 74

¹¹ LOPEZ BAEZA A., *op. cit.*, Narcea, 76

¹² AUTORES VARIOS, *op. cit.*, Edice, 118.

¹³ CECILIA PUERTAS, *op. cit.*, 120.

¹⁴ J.L. MARTIN DESCALZO, *Testamento*, *op. cit.*, Ed. Verbo Divino, 26.

¹⁵ EMMA MARTINEZ OCAÑA, *La droga en nuestra casa. Bajar a los infiernos*, Revista Sal Terre n. 1003 Julio-Agosto (1997), 605-607.

¹⁶ J.L. MARTIN DESCALZO, *Reflexiones de un enfermo en torno al dolor y la enfermedad*.

¹⁷ EMMA MARTINEZ OCAÑA, *op. cit.*, 602.

¹⁸ DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, Congreso Iglesia y Salud, Edice 1995, 447-448.

Bibliografia

AUTORES VARIOS, *Vivir sanamente el sufrimiento*, Edice, 1994.

BERMEJO J.C., *Relación de ayuda en el misterio del dolor*, San Pablo 1996.

DETHLEFSEN T y DAHLKE R., *La enfermedad como camino*, Plaza & Janés 1989.

DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, *Los 10 Días del Enfermo en la Iglesia española*, Edice 1994.

DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, Congreso Iglesia y Salud, Edice 1995.

FRANKL V., *El hombre doliente*, Herder 1987.

FRANKL V., *El hombre en busca de sentido*, Herder 1988.

GONZALEZ NUÑEZ A. *Antes que el cántaro se rompa*, San Pablo 1993.

MARTIN DESCALZO J.L., *Testamento del pájaro solitario*, Ed. Verbo Divino 1991.

MARTIN MORENO J.M., *Vivir a tope*, Murcia 1993.

PAGOLA J.A., *Es bueno creer*, San Pablo 1996.

PANGRAZZI A., *¡A Ti grito, Señor! Oraciones desde el sufrimiento*, Sal Terre 1988.

PANGRAZZI A., *¿Por qué a mí? El lenguaje sobre el sufrimiento*, San Pablo 1994.

SANDRIN L., *Cómo afrontar el dolor*, San Pablo 1996.

SERENTHÀ M. *El sufrimiento humano a la luz de la fe*, Mensajero 1995.

TEILLARD DE CHARDIN, *El medio divino*, Alianza Taurus 1996.

VICO PEINADO J., *Profetas en el dolor*, Ed. Paulinas 1981.

VICO PEYNADO J., *Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica*, San Pablo 1995.

Labor Hospitalaria n. 235 (1995) «El sufrimiento en la enfermedad: claves para vivirlo sanamente».

Labor Hospitalaria n. 222 (1991) Sobre el dolor y el derecho a una muerte digna.

Labor Hospitalaria n. 225-226 (1992), Vivir el morir, 1992.

Revista Española de Teología Vol. LI Año 1991, Cuad. 2-3 (págs. 254-300).

Teología y catequesis n. 28 (1989): Vivir la fe desde el dolor.

Pastoral Misionera n. 148 (1986), La enfermedad y la muerte, Tabù del siglo XX.

JORGE MEDINA ESTÉVEZ

I Sacramenti, fonte di salute e di salvezza

1. Sulla malattia

Non è il caso di fare qui una definizione medica su cosa è la malattia: per il nostro intento è sufficiente esprimerne un'approssimazione basata sull'esperienza comune. Senza dubbio dire "malattia" vuol dire evocare una situazione contraria alla salute. Sembra che si possa fare una distinzione valida tra una "malattia" e un "difetto". Un difetto, congenito o conseguente ad una malattia, è una realtà stabile, di per sé compatibile con lo stato di salute. Una persona che ha sofferto l'amputazione di un arto, ha un difetto, ma non si può dire che sia propriamente un malato. In casi più gravi si può parlare di "invalidità".

La malattia è una realtà in movimento, con andamento progressivo, la cui caratteristica più generale e costante è quella di provocare uno squilibrio nelle funzioni dell'organismo, di modo che l'armonia che caratterizza lo stato di salute risulti compromessa. Quando lo squilibrio è tale da compromettere funzioni vitali essenziali, si può parlare di una malattia grave che costituisce una minaccia o un pericolo di morte. La morte può essere descritta come la cessazione della vita precisamente perché si è giunti ad un tale stato di squilibrio tra le diverse funzioni vitali essenziali, o la loro cessazione, da distruggere, alla fine, l'unità dell'organismo. La sopravvivenza di alcune cellule o gruppi di cellule di un organismo non costituisce "vita" dell'insieme a cui appartengono, ma sono processi vegetativi più o meno brevi o artificialmente mantenuti.

Ciò che sembra interessante è

considerare che il processo fisiologico che chiamiamo "malattia" è un momento, iniziale o avanzato, di squilibrio delle funzioni vitali che non giunge ancora a causare la morte, ma che ha relazione con essa.

Sperimentare la malattia vuol dire trovarsi in una situazione in cui l'essere umano percepisce la sua mortalità e conseguentemente, la sua finitudine, la sua impotenza, la sua fragilità, la sua contingenza.

Dato che l'uomo ha una vocazione di eternità, l'esperienza della malattia dovrebbe essere un appello alla sua coscienza nella prospettiva di affrontare, prima o poi, la morte, il giudizio di Dio e il destino eterno, felice o sfortunato. Come tutte le circostanze della vita, la malattia invita, benché in forma molto speciale, a ricordare l'affermazione pragmatica di San Paolo, valida per tutti i cristiani: "Perché se noi viviamo, viviamo per il Signore; se noi moriamo, moriamo per il Signore. Sia che viviamo, sia che moriamo, siamo dunque del Signore" (*Rom* 14, 8).

Detto questo, è giusto aggiungere che la vecchiaia è una condizione simile alla malattia: durante la vecchiaia si sviluppano diversi squilibri che compromettono l'armonia e l'unità dell'organismo vivente e questo processo conduce, inevitabilmente, alla morte.

È, poi, del tutto naturale che il cristiano percepisca la malattia come segnale della propria finitudine e come un invito a prepararsi all'avvento della vita eterna, cioè della tappa definitiva dell'unica esistenza umana, poiché, se la nostra vita terrena sarà stata coerente con il desiderio di Dio, il nostro essere sarà per sempre centrato in

Lui, senza possibilità alcuna di separarci da Lui, e raggiungerà la sua pienezza nel giorno della resurrezione.

La malattia di solito è contrassegnata dal dolore e dall'affanno, che sono situazioni inerenti a questa vita ma che spariranno nella Gerusalemme celeste: "Ecco la dimora di Dio con gli uomini. Egli dimorerà tra di loro ed essi saranno suo popolo ed egli sarà il Dio-diloro. E tergerà ogni lacrima dai loro occhi; non ci sarà più la morte, né lutto, né lamento, né affanno, perché le cose di prima son passate" (*Ap* 21, 3 s). L'Apostolo San Paolo associa la vita temporale alla corruttibilità (cfr. *I Cor* 15, 43 ss) e vede la corporeità dei risuscitati sotto il segno dello "*spirituale*" che, sotto un certo aspetto, è sinonimo di immortalità. Forse per questo sostiene che "l'ultimo nemico ad essere annientato sarà la morte" (*I Cor* 15, 26). Il dolore ha poi un necessario riferimento al non-dolore, e questa è un'espressione valida, benché letteralmente negativa, di vita, armonia e felicità.

Quando facciamo uso delle parole "dolore" o "malattia", siamo soliti riferirci, in primo luogo, a dolori fisici o corporali. Tutti sappiamo però che esistono dolori e malattie che possiamo chiamare "*spirituali*", che non appartengono esattamente alla categoria dei dolori psichici. Ad ogni modo, l'unità dell'essere umano fa sì che una sofferenza spirituale possa avere conseguenze somatiche e viceversa. Per questo la felicità dei beati nella gloria, che consiste anzitutto e principalmente nella visione gioiosa di Dio, del suo essere inefabile e delle sue opere, abbraccia

anche la piena armonia corporale, l'impossibilità della corruzione e della sofferenza. Al contrario, la situazione dei dannati è quella di un dolore senza fine, una sorta di lacerazione interiore, uno squilibrio che tortura e che proviene dalla chiara coscienza di aver rifiutato l'unico bene assolutamente desiderabile e l'unico oggetto realmente beatificante, e di non poter revocare questo rifiuto. Così come la beatitudine riceve la qualificazione di "vita eterna", la condanna è chiamata "morte eterna" e la Sacra Scrittura la associa a diverse immagini di sofferenza: "fuoco" (*Mt* 3, 12; 18, 8; 25, 41), "vermi" (*Mc* 9, 43-47); "stridore di denti" (*Lc* 13, 28; *Mt* 24, 51); "tenebre" (*Mt* 8, 12; 22, 12), ecc.

2. Sulla vita

Nell'orizzonte di molti uomini di oggi, la parola "vita" evoca soltanto la dimensione corporale e temporale dell'esistenza. Il mondo contemporaneo ha acquisito una sensibilità molto viva nei riguardi dei diritti della persona umana, e anzitutto della sua vita corporea. La si protegge legalmente e la si difende dalle aggressioni ingiuste. Si sviluppano complessi e costosi sistemi di assistenza sociale per andare in aiuto alle persone malate, oppure limitate fisicamente o psichicamente. Curiosamente, per non dire scandalosamente, molte legislazioni ammettono come qualcosa di legittimo l'attentato contro la vita del bambino che deve nascere, eliminando l'aborto nelle sue forme – atroci ed espessive di una somma decadenza del senso morale – dal catalogo dei crimini e dei delitti punibili da parte della società. Dopo la legittimazione dell'aborto, è venuta la legittimazione dell'eutanasia e non si può negare che tra le due esista una logica ineludibile. Si è giunti poi alle manipolazioni genetiche, le cui proiezioni sono imprevedibili. Dobbiamo felicitarci per la crescente sensibilità nei confronti del rispetto per la vita, però non è possibile non trattenere un sentimento di stupore e di indignazione di fronte alle diverse forme di atten-tati alla vita di innocenti.

Tuttavia, alla luce della fede, la

vita nel suo senso pieno e più profondo, è la vita in Cristo e per Dio. "Per me infatti il vivere è Cristo e il morire un guadagno" (*Fil* 1, 21), diceva San Paolo e spiegava il suo pensiero dicendo che "non sono più io che vivo, ma Cristo vive in me" (*Gal* 2, 20). Che la vita lontano da Dio non meriti questo nome, bensì che sia in realtà miseria e morte, è un chiaro insegnamento della parola chiamata "del figliol prodigo" (cfr. *Lc* 15, 11-32). Come dice suo padre, il ragazzo che torna alla casa paterna "era morto ed è tornato in vita" (*ib* v. 32). La missione di Gesù può essere riassunta nelle sue stesse parole: "io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (*Gv* 10, 10) ed egli stesso si proclama "via, verità e vita" (*Gv* 14, 6). Quando l'Apostolo San Paolo afferma con straordinaria forza e crudezza che "tutto considero come spazzatura al fine di guadagnare Cristo" (*Fil* 3, 8), egli non fa altro che esprimere la sua convinzione che nulla ha valore se significa una contrapposizione al Signore. I martiri, posti di fronte all'alternativa di perdere la vita corporea o quella eterna, optarono con saggezza per la morte corporea: preferirono perdere questa vita per guadagnare la Vita.

Ogni cristiano deve rimanere sempre nella prospettiva della vita eterna e in questa prospettiva deve giudicare e dare valore agli oggetti che gli si presentano e alle opzioni che costituiscono la trama della sua esistenza in libertà. Il ricordo della morte non è, quindi, una memoria tragica, bensì la coscienza di un fatto normale – pur non per questo meno doloroso – che costituisce il passaggio alla vita eterna, supposto che l'esistenza in questo mondo sia stata conforme alla legge di Dio. Il ricordo della morte è un invito a dare valore agli oggetti e alle opzioni a partire dall'unica prospettiva valida, cioè della sua coerenza o incoerenza con la volontà di Dio. La vita temporale non è altro che la preparazione o l'anticamera della vita eterna: Dio ci concede la vita temporale perché meritiamo quella eterna che è la nostra vera finalità, l'unica finalità definitiva (cfr. *GS* 22) e in ragione della quale deve essere considerato tutto il resto.

La vita eterna non è solo l'immortalità dell'anima, ma in definitiva la vita in pienezza di tutto l'esere umano, anima e corpo, luogo della resurrezione nel giorno della Parusia del Signore. Questa vita in pienezza sarà l'espressione della perfetta armonia tra l'uomo e Dio, armonia che è il risultato della giustificazione e della grazia che sono esattamente l'opposto del peccato, la cui conseguenza è la morte (cfr. *GN* 3, 19; *Rom* 5, 12-21). Così non è solo legittimo, bensì anche logico affermare che ogni opzione di rifiuto del peccato è un'opzione di vita, come qualunque opzione di peccato è, nel senso più vero, una opzione di morte.

3. I sacramenti, segni di vita

È noto l'insegnamento di San Tommaso d'Aquino che afferma che i sacramenti sono segni commemorativi della Passione di Cristo, dimostrativi della grazia e anticipatori della gloria futura. Tutto ciò ha un'intima relazione con la vita, poiché la morte di Cristo costituisce la vittoria sul potere del peccato e della morte, la grazia è la vita vera già in questo mondo, e la gloria è la pienezza della vita. Queste tre dimensioni corrispondono ad ogni sacramento, benché con la sfumatura propria della grazia di ognuno di essi.

I tre sacramenti dell'iniziazione cristiana, "il Battesimo, la Cresima e l'Eucaristia" vengono ad essere l'inizio, la maturità e l'alimento della vita nuova. Sono, per così dire, la ri-creazione dell'uomo (*Ef* 4, 24; *Col* 3, 10; *2Cor* 3, 17; *Gal* 6, 15), il dono dell'adozione divina e della partecipazione alla natura di Dio (*2 Pt* 1, 4; *Gv* 6, 53-57; 15, 4-8), l'inizio in terra della vocazione alla santità e alla lode della gloria della grazia di Dio (*Ef* 1, 3-14). Bisogna tener presente che questi tre sacramenti che introducono nella vita della grazia puntano già al destino finale e totale dell'uomo integro, nella sua anima e nel suo corpo, destino che è di vita eterna e gloriosa, non solo di immortalità dell'anima, bensì di resurrezione corporale. Non si può minimizzare la portata delle espressioni tanto concrete di San Paolo: "il corpo poi non è per l'impudicizia, ma per

il Signore” (*I Cor* 6, 13); “non sapete che i vostri corpi sono membra di Cristo?” (v. 15); “non sapete che il vostro corpo è tempio dello Spirito Santo che è in voi e che avete da Dio e che non appartenete a voi stessi?” (v. 19); “glorificate dunque Dio nel vostro corpo” (v. 20). L’Apostolo mette in relazione tutta questa argomentazione che si riferisce alla castità cristiana, con il nostro destino di resurrezione che è la proiezione della resurrezione di Gesù Cristo (v. 14).

I sacramenti della *Penitenza o Riconciliazione* e dell’*Unzione degli Inferni* costituiscono il gruppo dei sacramenti cosiddetti della salute, della guarigione o della cura (v. *CCC* 1420 ss) perché presuppongono una grave frattura, avvenuta dopo il battesimo, sia della salute spirituale che di quella corporea di un cristiano.

La *Penitenza* mira al recupero della grazia, alla giustificazione “seconda”, con lo scopo di distruggere il peccato il cui effetto è la “morte” ossia la privazione della vita in Cristo in questa terra, della “deificazione” e, in definitiva, della possibilità di accesso alla pienezza della Vita nell’eternità. Lo stato di “morte” in virtù del peccato sfocia, se non c’è conversione né riconciliazione con Dio, nella morte eterna che colpisce l’uomo nella sua integrità. Il peccato è relazionato, quindi, ad un disastro anche fisico della persona e pertanto è giusto riconoscere che la riconciliazione, benché si riferisca in forma diretta alla “vita spirituale”, ha nonostante ciò un effetto corporale, diremmo “somatico”, e che consiste nel restituire la possibilità concreta di accedere alla vita in Cristo, la cui consumazione è la vita eterna e la gloria della resurrezione.

L’*Unzione dei malati* presuppone che si tratti di un cristiano già battezzato, con l’uso della ragione (il che implica con capacità di aver potuto peccare, anche se solo venialmente) e colpito da una malattia che pone la sua vita in pericolo, anche se non in forma imminente. Giungiamo qui ad un punto di particolare importanza nel rapporto salute-grazia-vita. Ci torneremo più avanti, in quanto merita una considerazione più approfondita.

I due sacramenti dell’*Ordine* e

del *Matrimonio* sono caratterizzati come sacramenti che mirano in particolare all’ordine sociale della comunità cristiana (v. *CCC* 1534 ss). Affermare che gli altri sacramenti hanno soltanto una dimensione personale vorrebbe dire prescindere dall’insegnamento di San Paolo che vede la chiesa come “Corpo di Cristo” (*Rom* 12, 5; *I Cor* 10, 17; 12, 12; *Ef* 4, 16; *Col* 2, 19) e pertanto come una realtà comunitaria in cui esiste una solidarietà che va ben oltre una semplice appartenenza giuridica (*LG* 8 e 9). Tutti e ognuno dei sacramenti comunicano grazie di cui beneficiano non soltanto quanti li ricevono, ma che arricchiscono e affermano i vincoli del Popolo di Dio che sono, anzitutto, dell’ordine della grazia e della vita in Cristo. Se i due sacramenti dell’*Ordine* e del *Matrimonio* vengono qualificati come riferiti alla vita sociale della Chiesa, ciò non è per escludere la dimensione sociale degli altri sacramenti, bensì per affermare che questi giocano un ruolo speciale nella struttura sacramentale della Chiesa.

L’*Ordine* comunica la successione nel ministero apostolico, che assicura una certa forma di presenza di Cristo nella comunità attraverso l’esercizio, nel suo nome e non per decisioni umane, del ministero tripartito dell’annuncio autentico della parola di Dio, della presidenza “in persona Christi” del culto liturgico, e della conduzione, in nome di Cristo, della comunità ecclesiale. Ora, siccome la Chiesa peregrina verso il Regno dei cieli,

che è la sua pienezza, e poiché tale peregrinazione non è altro che la eredità di Cristo e la sua crescita in ogni cristiano (*Ef* 3, 19; 4, 13), il ministero ordinato è un ministero di vita e di salvezza in cui si intrecciano inseparabilmente la dispensazione dei ministeri di Dio (*I Cor* 1, 1; *2 Cor* 6, 2) e il potere di espellere gli spiriti immondi (*Mc* 3, 15) la cui azione è la radice della morte corporale e di quella eterna (*Gen* 3, 16-19; *Sb* 2, 24). Non bisogna dimenticare che la Chiesa ha affidato, fin dall’antichità, a ministri ordinati, il potere di espellere il demonio da quei fedeli che sono caduti in suo potere: si tratta dell’attività liturgica chiamata “esorcismo”. E bisogna tenere anche presente che nell’azione apostolica nei confronti dei malati, in cui i laici possono e debbono assumere diverse responsabilità, spetta precisamente ed esclusivamente ai sacerdoti di amministrare il Sacramento dell’*Unzione degli infermi*, così come essi e i diaconi sono ministri ordinari del Viatico per quanti sono in procinto di lasciare questo mondo.

Anche del sacramento del *Matrimonio* si può dire che è “strutturante” della Chiesa, nel senso che la comunità coniugale riflette la relazione sponsale tra Cristo e la sua chiesa. Il matrimonio cristiano è un sacramento, cioè una realtà di grazia e pertanto di vita in Cristo. Compito essenziale degli sposi cristiani è quello di prestarsi aiuto reciproco ed amoroso nella loro peregrinazione verso il Signore, sostenendosi in forma permanente nella prosecuzione dell’ideale di santità, che per gli sposi deve realizzarsi necessariamente nel quadro della condizione coniugale. E dato che la santità è sinonimo della vita in Cristo in pienezza, è perfettamente logico affermare che il matrimonio è sacramento di vita, e che punta non soltanto ad un reciproco sostegno in chiave temporale, affettiva e fisica, ma che il suo frutto di grazia deve percepirti necessariamente in un orizzonte di vita eterna, proprio lì e quando si realizzano le “nozze dell’Agnello” di cui parla l’ultimo dei libri della Bibbia (*Ap* 21, 9). Ciò si deduce dal bell’insegnamento di San Paolo nella lettera agli Efesini (5, 21-33) e varie espressioni di questo



testo permettono di affermare che l'Apostolo guarda la Chiesa come ad una sposa feconda che per mezzo della grazia di Gesù Cristo genera figli e certamente non soltanto al fine della sua realizzazione in questo mondo, ma perché rispondono ad un vocazione di santità e di eternità. Il ruolo degli sposi cristiani comprende la loro responsabilità, che è propriamente "apostolica", verso i propri figli. Si generano figli perché lo siano di Dio, membra di Cristo e della sua Chiesa, templi dello Spirito Santo ed eredi del Regno dei cieli, cioè perché abbiano la vita, non solo vita corporale o nel mondo, bensì la vita vera che non può essere tale se non in Cristo. Così quindi è giusto affermare che il matrimonio è il Sacramento della crescita della Chiesa per la via della fecondità naturale e soprannaturale degli sposi. È il sacramento che porta all'esistenza nuovi membri della comunità di salvezza, chiamati alla grazia e alla gloria.

4. Il sacramento dell'Unzione degli infermi

Come detto in precedenza, il beneficiario diretto di questo sacramento è un cristiano, pertanto un battezzato, con l'uso della ragione e che patisce una sofferenza che minaccia la sua vita, anche se non in forma imminente. La tradizione della Chiesa considera che la vecchiaia, l'anzianità o la senilità, sono equiparate alla malattia. Il tempo per amministrare questo sacramento inizia quando è già presente una sofferenza che costituisce una minaccia per la vita corporale, benché l'esito non sia imminente o inevitabile. È un errore pastorale e una mancanza di carità omettere l'amministrazione della Santa Unzione fino a che il malato sia agonizzante, o poco meno, e forse già privo di conoscenza. Errore pastorale, perché il sacramento dà la grazia per assumere la croce della malattia, quella che si fa presente da molto prima della imminenza della morte. L'errore pastorale si fonda, quindi, su una concezione errata sul frutto e la grazia propria di questo sacramento. C'è anche una mancanza di carità che può arrivare ad essere oggettivamente

grave perché si priva un cristiano delle grazie sacramentali che hanno come frutto precisamente quello di aiutarlo ad assumere, come una forma della sua vita in Cristo, la realtà della malattia o dell'anzianità.

Il Catechismo della Chiesa Cattolica insegna che "la grazia speciale del sacramento dell'Unzione degli infermi ha come effetti:

- l'unione del malato alla passione di Cristo, per il suo bene e per quello di tutta la Chiesa;
- il conforto, la pace e il coraggio per sopportare cristianamente le sofferenze della malattia o della vecchiaia;
- il perdono dei peccati, se il malato non ha potuto ottenerlo con il sacramento della Penitenza;
- il recupero della salute, se ciò giova alla salvezza spirituale;
- la preparazione al passaggio della vita eterna (n. 1532)".

La malattia è una realtà che può risultare ambivalente in ordine alla salvezza. Può essere vissuta in intima unione con Cristo nella sua dolorosa Passione, in spirito di penitenza e di offerta, con pazienza e serenità. Ma può anche essere vissuta, sfortunatamente, con ribellione verso Dio e perfino con disperazione ed impazienza, senza pensare alla Passione di Cristo, con dubbi di fede o con sfiducia nella misericordia di Dio. Il primo dei modi descritti di vivere la malattia è proprio "viverla in Cristo", viverla come una situazione salvifica, vivere la vicinanza del termine della peregrinazione terrena con gli oc-

chi della fede posti nella beatitudine e nella Casa del Padre. Questa esperienza presuppone di vincere l'innata difficoltà e ripugnanza ad accettare il dolore e la morte, difficoltà che non solo è radicata in noi stessi, ma che può essere accresciuta dall'azione di Satana, interessato a far sì che il cristiano termini la sua esistenza terrena nella sfiducia dell'amore di Dio, rifiutandolo o sentendosi rifiutato da Lui. Tale vittoria non può essere altro che il frutto della grazia di Dio, il cui canale ordinario nell'economia cristiana e per le circostanze della malattia è il sacramento dell'Unzione degli infermi.

L'esperienza della malattia o della vecchiaia fa ricordare la realtà che assunse Gesù il quale, come Figlio di Dio, spogliò se stesso e assunse una natura umana in tutto somigliante alla nostra, meno che nel peccato, e si umiliò fino a soffrire la morte, e morte di croce, e per questo il Padre lo esaltò e gli diede il nome che è al di sopra di ogni altro nome (cfr. *Fil 2, 6-9*). La malattia e la vecchiaia sono umiliazioni che pongono l'uomo di fronte al vuoto del suo senso di autosufficienza e lo invitano a riporre fiducia soltanto in Dio. È una purificazione dolorosa che costituisce una pedagogia di umiltà che si iscrive nella dottrina cristiana basilare dell'insufficienza delle forze puramente umane per conseguire la salvezza, così come in quella della forza vittoriosa della grazia, "che può far sorgere figli di Abramo da queste pietre" (*Mt 3, 9; Lc 3, 8*), "nulla è impossibile a Dio" (*Lc 1, 37; 18, 27*).

La dottrina della Chiesa segnala come frutto dell'Unzione degli infermi una profonda "purificazione" dell'anima di colui che riceve questo sacramento (cfr. *DS 1696*). Come intendere questa purificazione? Forse può servire il paragone con le cicatrici lasciate dalle ferite corporali. La cicatrice di per sé non è una malattia, non è dolorosa, né si sviluppa in forma tale da minacciare la salute. Ma non è bella, imbruttisce, è una mancanza di armonia a testimonianza di un "disordine" passato. Sarebbe ingenuo credere che i peccati personali, soprattutto quelli che hanno costituito un' "abitudine", passino senza lasciare traccia. È possibile che



una conversione vivissima, dolorosamente amorosa, possa estirpare totalmente le sequele del peccato. Però i pentimenti di solito non sono tanto vivi, né tanto dolorosi, né tanto amorosi e per questo si rende necessario un nuovo dono da parte di Dio, un dono di grazia che venga a porre rimedio alla debolezza o all'imperfezione della conversione: è il dono che giunge attraverso il sacramento dell'Unzione degli infermi che produce il suo frutto secondo la disposizione di colui che lo riceve.

Il sacramento dell'Unzione degli infermi produce alcuni effetti sia in relazione allo stato presente della malattia che si soffre sia per soffrirla cristianamente. Altri effetti mirano ad ottenere quella giustificazione che non è stato possibile ottenere dal sacramento della Penitenza. Infine, ci sono effetti che sono diretti principalmente ad acquisire la necessaria disposizione per poter entrare nella beatitudine eterna e contempla-

re faccia a faccia la bellezza inefabile di Dio.

La malattia molte volte finisce e l'uomo recupera la salute. Può succedere quindi che si riceva l'Unzione più di una volta nella vita, nell'ipotesi che torni ad apparire una malattia, o che quella esistente si aggravi.

Così la Santa Unzione è anche *sacramento di vita*: per vivere in Cristo la situazione della vita corporale minacciata, per fare partecipe tutto il Corpo di Cristo del frutto dell'esperienza personale della Passione, e per introdurre, attraverso l'umiliazione e la distruzione provvisoria del corpo assunte con realismo di fede, nella vita eterna e nella gloria della resurrezione.

Il cristiano gravemente ammalato deve ricevere i sacramenti della Penitenza, dell'Unzione degli infermi e dell'Eucaristia come Vaticano. Il Corpo di Cristo risuscitato e glorioso ricevuto in una tale circostanza è precisamente il peggio e la

garanzia della resurrezione che attende il cristiano nel giorno della Parusia, quando sarà distrutto l'ultimo nemico, cioè la morte (*1 Cor 15, 26*).

“È necessario infatti che questo corpo corruttibile si vesta di incorruttibilità e questo corpo mortale si vesta di immortalità. Quando poi questo corpo corruttibile si sarà vestito d'incorruttibilità e questo corpo mortale d'immortalità, si compirà la parola della Scrittura: ‘La morte è stata ingoiata per la vittoria. Dov’è, o morte, la tua vittoria? Dov’è, o morte, il tuo pungiglione?’ Il pungiglione della morte è il peccato e la forza del peccato è la legge. Siano rese grazie a Dio che ci dà la vittoria per mezzo del Signore nostro Gesù Cristo” (*1 Cor 15, 53-57*).

S.E. Mons. JORGE MEDINA
ESTÉVEZ
*Arcivescovo-Vescovo em. di Valparaíso
Pro-Prefetto della Congregazione
per il Culto Divino
e la Disciplina dei Sacramenti*



ROGER ETCHEGARAY

“Il Grande Giubileo: anno di grazia, di salvezza e di salute”

Questa XII Conferenza Internazionale su “Chiesa e Salute nel mondo”, si colloca interamente nella prospettiva dell’Anno 2000 con le sue “attese e speranze”.

Il discorso di apertura che abbiamo ascoltato ieri dal Cardinale Laghi, ha veramente aperto la via giubilare – ampiamente e profondamente – presentando Gesù, Verbo Incarnato, come “salute e salvezza dell’uomo”. Cosa potrei dire io di più? La grazia di un Giubileo non è, in fondo, così originale: essa approfittava semplicemente di un anno eccezionale – il passaggio da un millennio ad un altro – per mettere in evidenza un avvenimento divino di per sé molto grande: la nascita di Cristo. Tuttavia molti – al culmine dell’incoscienza – in previsione dell’Anno 2000 hanno pensato soltanto a riservare un tavolo per il veglione di questa data affascinante!

È positivo che la vostra Conferenza sottolinei come, nell’economia della Redenzione, salute e salvezza si chiamino reciprocamente come significante e significato e che, quindi, Cristo intenda conferirli assieme. Verrà un giorno in cui essi coincideranno, quando sarà stata vinta la morte, ultimo nemico da abbattere. Allora, l’uomo glorificato godrà di una felicità perfetta, un Giubileo completo, poiché egli sarà stato integralmente salvato.

Penso a quel paralitico di Trastevere (durante il Giubileo del 1975) che il Santo Padre Paolo VI, lui stesso immobilizzato dai reumatismi, prese un giorno tra le braccia per abbracciarlo a lungo e promettergli che un giorno, dopo la resurrezione, avrebbe danzato con lui di fronte al Signore. Tutti e due devo-

no attendere con impazienza quel giorno in cui le loro ossa saranno più verdegianti che mai per danzare insieme allegramente sotto gli occhi attoniti della corte celeste!

“Chiesa e salute nel mondo”. Curiosa epoca la nostra in cui l’espressione “mondo della salute” sembra derisorio poiché riguarda la malattia, il suo ambiente o la sua prevenzione. A meno che il Dott. Knock abbia avuto ragione nel dire che ogni persona sana è un malato che ignora di esserlo. Comunque sia, le persone sane non osano più parlare dei malati, non sanno

più parlare ai malati. Come se vivessimo su due pianeti differenti.

Cosa bisogna fare dunque, in vista del Giubileo dell’Anno 2000, affinché sani e malati si ritrovino sempre più tra di loro, in una comunità di destino in cui l’uomo passa successivamente da uno stato all’altro? Semplicemente, vivere insieme il più possibile, gli uni per gli altri, gli uni per mezzo degli altri.

Visto dalla parte del sano, il malato sembra anormale. Basti pensare all’espressione corrente “cadere malato”; attraverso l’immagine della caduta, la saggezza popolare sottolinea che la malattia è spesso un ostacolo per avanzare lungo il cammino della vita per il fatto della sua dipendenza, della sua solitudine.

Visto dalla parte del malato, il sano sembra futile, con le sue ambizioni, le sue chimere che persegue ansimando: egli ci vede al contrario ed è un appello alla profondità per chi vive in superficie, un appello alla preghiera per chi si stordisce nell’azione.

Il Grande Giubileo deve essere un’occasione per ben collocare il ruolo della sofferenza nella vita degli uomini e dei cristiani. La Chiesa non canonizza la sofferenza: lottare contro la sofferenza è anche un dovere, e bisogna lodare i saggi che contribuiscono ad alleviarla senza alterare la lucidità dei malati. La sola ragione per cui il discepolo porta la sofferenza, è che il maestro l’ha portata per primo. “Cristo non è venuto a spiegare la sofferenza, egli l’ha riempita con la sua presenza”, dice Paul Claudel. Lui solo può comunicare veramente con i sofferenti; noi non possiamo far altro che tacere o indicare semplice-



mente con il dito il "Santo Volto" del Crocifisso: tutto il resto è indecenza e insolenza. In questo primo anno di preparazione al Giubileo, centrato sulla persona di Cristo, quante volte abbiamo compiuto il gesto di Santa Veronica?

Il Grande Giubileo deve essere anche un'occasione per fare del "mondo della salute" un luogo radicalmente missionario, un terreno privilegiato d'evangelizzazione, poiché noi raggiungiamo qui, e in modo cruciale, il mistero dell'uomo nella sua condizione più precaria, forse la più scandalosa: la sofferenza.

È un luogo in cui degli uomini si

mobilizzano per lottare contro la malattia, il malessere, con alcuni successi impressionanti senza tuttavia riuscire ad abbattere il muro della morte.

È un luogo di connivenza in cui degli uomini (pazienti e dispensatori di cure) di ogni orizzonte culturale e religioso, si alleano in questo corpo-a-corpo contro il male. Ma, allo stesso tempo, è un luogo in cui i conflitti sociali si rivelano in modo esacerbato.

È anche un luogo in cui viene posta nel modo più chiaro la questione del vero senso della vita e della sua non redditività materiale. Penso a quel papà marsigliese che

mi disse, mostrandomi con tenerezza il figlio down: "per Dio non esistono persone di serie B...".

Sì, il "mondo della salute" è veramente un terreno di scelta per preparare e celebrare il Grande Giubileo, in quanto in esso risuonano fortemente tutte le attese e tutte le speranze di una umanità in stato di fibrillazione e alla ricerca della salute all'orizzonte dell'Anno 2000. Di tutto cuore, ringrazio S.E. Mons. Lozano e i suoi collaboratori.

S.E.M. Card. ROGER ETCHEGARAY
Presidente del Grande Giubileo
dell'Anno 2000, Santa Sede



Tavola Rotonda



*Salute, malattia
e guarigione
nelle grandi religioni*

MICHAEL FUSS

I: Il buddismo

Probabilmente nessuna delle grandi religioni ha prestato tanta attenzione alla salute come il buddhismo. Il concetto medico della *dukkha*, del dolore, serve come punto di partenza di un'acuta analisi dell'esistenza umana che aveva portato i suoi contemporanei a chiamare Buddha il "supremo medico". Senza la salute mentale e fisica non si può condurre una vita corretta. Nonostante che ogni corpo sano è necessariamente destinato ad ammalarsi ed invecchiarsi senza il valore positivo della salute non si può vincere la presente condizione di transitarietà e sofferenza. Si ottiene una genuina salute fisico-mentale attraverso l'assidua pratica della moralità (*sīla*) in cui corpo e mente agiscono in perfetta armonia. Siccome la moralità buddhista non differenzia tra "bene" e "male", ma accentua piuttosto il comportamento salutare (*sappāyakiriyā*) in vista alla neutralizzazione del *karma* ("ciò che (non) giova alla salvezza"), la salute in senso olistico figura tra i valori inestimabili: "La salute è il massimo dei beni" (*ārogyaparamā lābhā*¹). Un autore buddhista moderno ha potuto mettere questa affermazione accanto al riconoscimento di uno "standard di vita adeguato alla salute e al benessere dell'uomo e della sua famiglia" della Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948².

Una delle condizioni essenziali per ottenere l'illuminazione era il principio della "*mens sana in corpore sano*". A causa di una vita ascetica troppo esigente presso i maestri della foresta, Gautama Sakyamuni era fisicamente ridotto male e talmente indebolito da non essere in grado di raggiungere la

serenità mentale. Distaccandosi ora dall'ascetismo estremo come prima dalla vita lussuosa, proclamò la "via media" quale condizione naturale per una vita spirituale, perché il cammino della salvezza presuppone un fisico robusto. Egli stesso riconquistò le forze fisiche mangiando del riso al latte e miele, un alimento che in seguito è stato raccomandato ai monaci per le sue qualità terapeutiche: "[Il riso al latte e miele] effettua dieci cose nel monaco:
Vita e bellezza, equilibrio e forza; Fa sorgere l'intelligenza, Elimina fame, sete e flatulenze, Purifica la vescica, fa digerire il cibo;
Tale medicina viene elogiata dal benefattore"³.

Un discorso dell'*Anguttara-Nikāya* (II, 143)⁴ afferma che ci siano due tipi di malattia, quella fisica e quella spirituale. Mentre l'uomo potrebbe godere la salute fisica anche per cento anni, sarà difficile di trovare una persona senza malattia spirituale anche per un solo momento. Il Buddha offre un elenco delle quattro principali malattie spirituali dei monaci, cioè la bramosia, il dispiacere, la scontentezza delle attuali condizioni di vita che portano ai desideri di sentirsi considerato, di guadagno, di onori e fama. Il monaco quindi si vanterebbe, cercando di ottenere queste cose, e con tali intenzioni impure potrebbe apprestarsi a visitare le famiglie ed a predicare il dharma. Il cammino buddhista, basato sull'analisi degli "alimenti" (*āsava*) che sostengono l'origine delle malattie, conduce con la loro distruzione verso una vita sana e serena:

"Avendo riconosciuto questa

miseria: 'in dipendenza degli alimenti nasce il dolore', attraverso la chiara comprensione di tutti gli alimenti, affrancato da tutti gli alimenti, il saggio che ha ben compreso dipendere la salute dal dissolvimento degli *āsava*, che si esercita con diligenza fermo nella Dottrina, non è definibile mediante un nome"⁵.

Per il Buddha la malattia appare in una dimensione psico-somatica come frutto del karma precedente, quando l'uomo è imprigionato nell'attaccamento alle illusioni. Essendo il corpo un "karma coagulato", la cura medica non solo elimina la malattia ma crea le disposizioni necessarie per progredire sulla via verso l'illuminazione. Il problema della salute fisica quindi non può essere affrontato se non su un'orizzonte olistico.

La guarigione, l'analogia della salvezza

Nella sua grande compassione con le sofferenze degli esseri, il Buddha presenta la sua verità come terapia che coinvolge tutto il complesso fisico-mentale dei seguaci, e la sua analisi della condizione esistenziale dell'uomo nelle Quattro Nobili Verità segue il metodo di una precisa analisi medica. La diagnosi della malattia "tutto è *dukkha*" nella prima verità prosegue con l'analisi delle sue origini, individuate nella "sete" (*tanha*) di desideri (2^a verità); allora viene preso di mira la guarigione (3^a verità), per raccomandare infine la terapia che consiste nella pratica dell'"ottuplice sentiero" (4^a verità):

“Bisogna considerare la verità del dolore come una malattia, la verità dell’origine del dolore come causa della malattia, la verità dell’estinzione del dolore come guarigione della malattia, e la verità del sentiero come medicina”⁶.

Da alcuni autori viene addirittura adoperata l’analogia tra questa analisi della vita e la antica scienza medica dell’Ayurveda con le sue quattro divisioni: malattia (*roga*), causa della malattia (*roganidâna*), cura della malattia (*roganivârana*), amministrazione delle medicine (*tikicchâ*)⁷. Nella grandiosa utopia del *Milindapañha*⁸ sulla Città della Legge si parla della farmacia dell’Illuminato, che offre le medicine amare per la liberazione dal ciclo del samsâra. Generalmente la ardua trasformazione spirituale viene paragonata alla guarigione dall’infinità:

“Come un uomo colpito da malattia fosse dolente, affranto, non provasse piacere al cibo, il suo corpo non avesse più forza; egli poi, guarito dalla malattia, avesse di nuovo piacere di prendere cibo ed il corpo incominciasse a riacquistare in forza... Egli in conseguenza di ciò acquisterebbe letizia, avrebbe piacere”⁹.

Il Buddha spiega il processo del risveglio nella parola di un’uomo ferito da una freccia avvelenata, che deve subire un doloroso intervento del chirurgo, paragonando la ferita al campo delle passioni, il veleno all’ignoranza, la freccia al desiderio, la sonda del chirurgo alla consapevolezza, il suo bisturi alla nobile sapienza, mentre il Buddha stesso assume il ruolo del medico e chirurgo¹⁰.

Il Buddha permette ai suoi monaci l’uso di molti medicinali e terapie tradizionali (un ampio elenco si trova in *Mahavâgga*, VI); generalmente, però, l’assistenza medica è stata sempre subordinata agli esercizi spirituali. L’ascesi del monaco richiede la cura della salute, come questa è stata anche considerata una testimonianza della compassione e beneficenza della comunità buddhista. I monaci possono dare dei consigli ai laici; però la cura sanitaria non potrebbe diventare il mezzo principale per ottenere elemosine oppure una di-

strazione dalla vita spirituale. In linea di massima, la cura specifica delle infermità come la costruzione e manutenzione di ospedali, ambulatori, case di cura, è affidata alla magnanimità dei laici o delle autorità politiche; i monaci si prestano all’assistenza spirituale. In periodi posteriori l’uso delle scienze mediche diventò un valido mezzo per la propagazione del dharma buddhista¹¹, specialmente nell’ambiente del taoismo cinese con le sue pratiche di alchimia, come pure una occasione di diffondere i principi della medicina indiana nelle diverse culture. Tra i governatori buddisti, l’imperatore A_oka (III sec. a.C.)¹² prescrive, nel suo secondo editto, la cura medica degli uomini e degli animali domestici insieme alla coltivazione delle rispettive piante medicinali. Nel corso della storia molti altri re buddisti nei paesi del Theravâda e del Mahâyâna hanno seguito il suo esempio, tutti obbedienti all’esortazione di Nâgârjuna al suo re di “curare i ciechi, i malati, gli ultimi, i senza protezione, i bisognosi, gli handicappati e di ottenere ugualmente cibo e bevande senza interruzione”¹³.

Paritta, la pratica del pensiero positivo

Nel buddismo popolare è ancora in uso la frequente recita del *paritta* (in singalese: *pirit*)¹⁴, di una collezione di 24 testi canonici che allontanano malattie mentali e corporali. Confidando nella forza intrinseca della recita melodiosa di formule sacre si cerca di sbloccare ogni chiusura mentale del paziente, attivando le forze sananti del subconscio. Il concentrarsi su valori positivi non solo induce tali sentimenti ma anche elimina l’atteggiamento contrario. Però non si tratta di un automatismo magico, ma di una apertura fiduciosa alla verità delle parole del Buddha:

“I *paritta* proteggono gli uni, ma non gli altri. Ci sono tre circostanze in cui i *paritta* non offrono protezione: impedimento a causa di azioni non-salvifiche (*kamma*), impedimento a causa di offuscamento mentale (*kilesa*), mancanza di fiducia. Il *paritta*, essendo una protezione

degli esseri, perde la sua azione protettiva a causa delle azioni degli stessi esseri”¹⁵.

La disposizione di lasciar operare le realtà positive, significa, in ultima conseguenza, di aprirsi fiduciosamente all’incondizionata compassione del dharma di cui il Buddha si è fatto portatore. La consapevolezza di una mutua interdipendenza (*pratîtya-samutpâda*) permette all’individuo di lasciarsi penetrare e guarire fino in fondo dalla letizia spirituale. In questa prospettiva dell’irradiazione della compassione universale è anche da intendere la frequente invocazione dei fedeli, preso dal *Metta-sutta* (Sûtra dell’amore): “Che tutti gli esseri siano felici e di animo lieto!”

La compassione nel Mahâyâna

Nel Mahâyâna si presentano due aspetti di salute nella figura del bodhisattva “re dei medici” (*bhaisajya-râja*) e della ipostasi della compassione universale nella divinità femminile Kuan-yin. Il bodhisattva che offre se stesso per la salvezza di tutti, viene delineato nel Sûtra del Loto (*Saddharma-pundarîka-Sûtra*) come il vaso che contiene la medicina del dharma per la guarigione dei molti. Così appare il modello dell’insegnante religioso che scompare dietro il suo compito:

“Se una persona volesse predicare questa scrittura, deve entrare nella stanza del Tathagatha, indossare il manto del Tathagatha, e sedersi sul trono del Tathagata... La grande compassione è la stanza, tenera armonia e tolleranza verso gli insulti sono il manto, mentre la vacuità dei dharmas è il trono: fissando qui la sua abitazione, predichi loro il dharma”¹⁶.

Nella parola del medico il Sûtra del Loto esprime il ruolo del Buddha quale mezzo utile (*upâya*) della salvezza. Come portavoce del dharma il Buddha stesso si considera il medico universale cercando di guarire i suoi figli con ogni possibile mezzo, perfino anche con l’illusione della propria morte. Il graduale risveglio degli uomini viene paragonato al processo di guarigione, l’appropriata

medicina corrisponde alle loro varie disposizioni: “Vedendo la precarietà delle agonie dei suoi figli, il padre cercava nei suoi manuali varie erbe medicinali, ricche di colori, fragranze e gusti, perfetti in ogni modo, insieme alle prescrizioni”¹⁷. L’evento storico del Buddha, la sua illuminazione, predicazione e trapasso sono il farmaco per la guarigione del mondo. Medico e medicina coincidono nella mediazione di salvezza.

La figura del bodhisattva Avalokitesvara, “colui che ascolta il grido del mondo”, è diventato in tutta l’Asia una ipostasi dell’infinita compassione e consolazione del Buddha e viene intensamente venerata dal popolo come soccorso in ogni afflizione. Iconograficamente raffigurata come Kuan-yin (Kwannon) con dei tratti femminili, le sue mille braccia e mille occhi esprimono la sua disponibilità di vedere e allontanare ogni male: “I dolori di nascita, vecchiaia, malattia e morte saranno progressivamente attenuati”¹⁸.

Nel *Vimalakīrtinirde_a-sūtra* il saggio Vimalakīrti coglie l’occasione di una malattia simulata per predicare sulla precarietà del corpo umano:

“Il corpo, non potendo essere afferrato, è pari ad una bolla di schiuma. Il corpo, essendo privo di durata nel tempo, è pari ad una bolla d’acqua. Il corpo, generato dalla sete delle passioni, è pari ad un miraggio. ...Il corpo, che, instabile, perisce d’istante in istante, è pari al lampo. Il corpo, che nasce da condizioni multiple, è senza padrone”¹⁹.

La malattia rivela la natura transitoria della esistenza terrena, e Vimalakīrti la sopporta nell’atteggiamento di salvare tutti gli uomini. Nella persona di questo laico illuminato appare la nobile figura del bodhisattva, che nel suo altruismo assume su di sé la sofferenza degli altri quale mezzo per raggiungere la salvezza collettiva. Essendo malato egli stesso, si presenta al contempo come modello del personale sanitario, illustrando la mutua relazione tra il paziente e coloro che lo curano:

“Finché gli esseri saranno malati, anche io sarò malato; quando gli esseri guariranno,

anch’io guarirò. Perché? Per i bodhisattva la sfera della trasmigrazione (*samsāra*) sono gli esseri e la malattia riposa su questa trasmigrazione. Quando tutti gli esseri sfuggiranno ai dolori di questa malattia, allora i bodhisattva saranno anch’essi senza malattia. Per esempio, se il figlio di un banchiere cade malato, suo padre e sua madre cadono anch’essi malati. Sin tanto che quest’unico figlio non è guarito, suo padre e sua madre restano anch’essi sofferenti. Parimenti, il bodhisattva affezionato agli esseri come ad un figlio unico, è malato quando gli esseri sono malati ed è senza malattia quando gli esseri sono senza malattia. Dondre proviene questa mia malattia: in un bodhisattva la malattia proviene dalla grande compassione (*mahākarunā*)”²⁰.

Con l’esperienza delle proprie malattie gli infermieri devono puntare ad un cambiamento del punto di vista nei loro assistiti. La malattia non verrà più considerata come un brutto destino ma come una possibilità positiva di raggiungere la salvezza, sia del paziente sia di chi lo assiste. Però, l’infermità non dovrebbe stimolare il desiderio del *nirvāna* strettamente individuale, ma piuttosto la solidarietà tra gli uomini sofferenti. Tale consapevolezza dell’universale dolore dovrebbe causare l’attiva disponibilità della compassione. Perciò Vimalakīrti raccomanda una assistenza spirituale dell’operatore sanitario:

“Esortandolo ad utilizzare questa sua malattia per aver pietà degli esseri malati ed espellere le loro malattie; esortandolo a ricordarsi delle sofferenze subite anteriormente per fare il bene degli esseri; esortandolo a ricordarsi delle innumerevoli radici di bene già coltivate per praticare la via pura; esortandolo a non temere, ma a dedicarsi all’energia; esortandolo a pronunciare il gran voto di diventare il grande re medico che guarisce tutti gli esseri ed elimina definitivamente le malattie del corpo e del pensiero”²¹.

Il buddhismo contemporaneo

Il buddismo contemporaneo traduce queste considerazioni dottrinali in azioni concrete di assistenza medico-spirituale per la guarigione dell’uomo. Negli ultimi anni si è costituito l’efficiente network dei “buddhisti impegnati” (*Engaged buddhists*)²², presente in vari movimenti laicali nei punti scottanti dell’Asia e nel mondo. Applicando lo spirito di sapienza e compassione alle strutture socio-politiche, le cui alienazioni e ingiustizie fanno parte dei condizionamenti del *karma*, ci si impegna, da una parte, di alleggerire le afflizioni fisico-mentali dei poveri ed emarginati e, dall’altra parte, di offrire una terapia alternativa al ricco Occidente che soffre di anemia di valori spirituali. Una delle intenzioni (e viceversa, l’attrattiva) della missione silenziosa del buddhismo verso l’Occidente è appunto la creazione delle condizioni ambientali per la salute del nostro mondo. “Essere pace”²³ è quindi l’impegno esigente di operare per la salute eco-fisico-spirituale.

Come il giovane principe Gautama, il futuro Buddha, quando affrontò il mondo nelle sue leggendarie “quattro uscite” dal palazzo reale incontrando un malato, un anziano, un morto, sviluppò la profonda vocazione verso la vita religiosa, così attualmente i buddhisti percepiscono la sfida di compenetrare l’immenso oceano di sofferenze con il sapore della carità operante quale via verso l’illuminazione.

In India si nota un immenso risveglio del buddhismo dal momento in cui il Dr. B.R. Ambedkar inizia il suo movimento sociale, orientandosi alle opere caritative cristiane e della Ramakrishna Mission induista. Non solo la lotta per i diritti umani, ma specialmente la cura medica e programmi educativi a livello locale fanno parte del SEM (= *Self Education Movement*), fondato in Thailandia dal laico buddista Sulak Sivaraksa:

“Le sofferenze dei nostri giorni, come quelle causate da Bhopal e Chernobyl, dovrebbero muoverci a pensare ed agire per superare questa morte

e distruzione per portare avanti il risveglio dell'umanità”²⁴.

Con un sistema capillare di nuclei familiari il movimento laico della Risshō Kosei-kai del Giappone pratica l'assistenza sanitaria e sociale tra i suoi membri. In modo simile opera in Corea il Won Bulgyo con una rete di strutture sanitarie. La coerenza della testimonianza spirituale esercita, senz'altro, una grande attrattiva in mezzo alle società industrializzate.

Oltre a praticare una cooperazione tra cristiani e buddisti in molte aree di sofferenza, questi nuovi movimenti di liberazione all'interno del buddismo contemporaneo hanno scoperto una nuova chiave ermeneutica per tradurre la tradizione dottrinale in impegno caritativo. Laddove si identificano i fondatori delle rispettive tradizioni con la sofferenza dell'umanità, come nel seguente poema dalla letteratura dei Dalit buddhisti indiani, appare senz'altro il fondamento di una comune responsabilità religiosa di fronte alle sofferenze del nostro tempo (cfr. anche Mt 25, 31-46, e Vin. I. 301: “chiunque intende di interessarsi di me, dovrebbe curare i malati”²⁵):

“Siddharta, non ti vedo mai nel Jetavana seduto in posizione del loto... Ti vedo conversando e camminando tra gli umili e deboli, consolando l'angoscia nel buio che minaccia la vita... Oggi hai scritto una nuova pagina del Tripitaka. Tu hai rivelato il nuovo significato della sofferenza che come una epidemia divora il sangue della vita”²⁶.

P. MICHAEL FUSS

Professore di Buddismo

Pontificia Università Gregoriana, Roma

Bibliografia

BIRNBAUM, R., *The Healing Buddha*, Boulder CO, Shambala, 1979.

GOTTMANN, K.-H., *Buddhismus*, in: M. Klöcker - U. Tworuschka (a cura di), *Gesundheit*, München - Göttingen, 1985, 91-109.

KARIYAWASAM, A.G.S., *Health*, in: W.G. Weeraratne (ed.), *Encyclopedia of Buddhism*, vol. V, 3. Colombo, Government of Sri Lanka, 1992, 420f.

PIYADASSI THERA, *The Book of Protection*, Kandy, BPS, 1975.

SAGASTER, K., *Buddha als Arzt*, in: K. Hoheisel - H.-J. Klimkeit (a cura di), *Heil und Heilung in den Religionen*, Wiesbaden, 1995, 89-98.

SULLIVAN, L.E. (ed.), *Healing and Restoring. Health and Medicine in the World's Religious Traditions*, New York - London, 1989.

YASHPAL, *Surgery and Medicine in the Days of Gautama*, in: Indian Historical Quarterly 25 (1949) 102-109.

Note

¹ *Dhammapada*, 204; cfr. *Majjhima-nikāya*, I 508ss.

² Articolo 25; L.P.N. PERERA, *Buddhism and Human Rights*, Colombo: Karunaratne 1991, 101.

³ *The Book of Discipline (Vinayapitaka)*, vol. IV (Mahāvagga), traduzione di I.B. Horner, London 1951, 302: “[Conjey] confers ten things on the monk: Life and beauty, ease and strength; For him intelligence arises from it. It dispels hunger, thirst and wind, it cleanses the bladder, it digests food; This medicine is praised by the well-farer”.

⁴ “Monks, there are four diseases of one who has gone forth (from the worldly life). Here, monks, we may have a greedy one, full of vexation, discontent with this or that supply of robe and alms-food, lodging, seat, medicines and requisites for sickness. He, being greedy..., conceived an evil longing for consideration, for gain, honorable and fame”.

⁵ Suttanipāta, 748s: *Raccolta di aforismi*, tradotto da V. Talamo, Torino, Boringhieri, 1979. [“Who knows this bane: ‘Ill’s caused by sustenance’, perceiving sustenance, with trust in none, with cankers quenched, health by right knowledge won, discerning follower in Dharma poised, that lone-adept goes to what none can sum”].

⁶ BUDDHAGHOSA, *Visuddhimagga*, XVI, qui citato da Nyanatiloka, *Der Weg zur Reinheit*, Konstanz, 1985, 596.

⁷ Ch. ELIOT, *Hinduism an Buddhism*, I. London, 1921, 100.

⁸ Milindapañha. *Die Fragen des Königs Milinda*, (tradotto da Nyanaponika). Interlaken, 1985, 300.

⁹ Sāmañña Phala Sutta 70; tradotto da E. Frola, *Canone Buddhista. Discorsi lunghi*, Torino, UTET, 1967, 86. [T.W.RHYS DAVIDS (tr.), *Dialogues of the Buddha*, vol. 1 London, PTS, 1977, 83]: “As if a man were a prey to disease, in pain, and very ill, and his food would not digest, and there were no strength left in him; and after a time he were to recover from that disease, and his food should digest, and his strength come back to him; then, ...he would be of good cheer at that, he would be glad of heart at that”].

¹⁰ Majjhima-nikāya, II 216s; II. 260; in I.B. Horner (tr.), *The Middle Length Sayings*, vol. III. London, PTS, 1977, 5; 44.

¹¹ E. ZÜRCHER, *The Buddhist Conquest of China*, Leiden, 1972.

¹² M. FUSS, A-oka, in: Id. et al, *Le grandi figure del buddhismo*, Assisi, Cittadella, 1995, 112.

¹³ NAGARJUNA, *La ghirlanda dei gioielli (Ratnāvalī)*; qui citato da R.A.F. Thurman, Nagarjuna's Guidelines for Buddhist Social Action, in F. EPPSTEINER (a cura di), *The Path od Compassion? Writings on Socially Engaged Buddhists*, Berkeley CA, Parallax, 1988, 139: “Cause the blind, the sick, the humble, the unprotected, the destitute, and crippled, all equally to attain food and drink without omission”.

¹⁴ PIYADASSI THERA, *The Book of Protection*, Kandy, BPS, 1975.

¹⁵ Milindapañha, IV, 2., op.cit., 169.

¹⁶ Lotus Sūtra X, 10 G 23s; L. Hurvitz (tr.), *Scripture of the Lotus Blossom of the Fine Dharma*. New York 1976, 181: “If a man is to preach this scripture, he should enter the room of the Thus Come One, don the cloak of the Thus Come One, and sit on the throne of the Thus Come One... Great compassion is the room, tender harmony and endurance of insult the cloak, while emptiness of the dharma is the throne: making these his home, he preaches to the multitude”; Cfr. M. FUSS, *Buddhavacana and Dei Verbum*, Leiden, E.J. Brill, 1991.

¹⁷ Ibid., XVI, 5.10.

¹⁸ Ibid., XXV, 20 G 19.

¹⁹ Vimalakīrtinirdeśa, II 9; traduzione di R. Gnoli, *Testi Buddhisti in sanscrito*, Torino, UTET, 1983, 189s. [S. Boin (tr.), *The Teaching of Vimalakīrti*, London: PTS, 1976, 34: “The body, which cannot be grasped, is like a ball of foam. The body, which does not last for long, is like a bubble of water. The body, arise, from the thridt of the passions, is like a mirage. ...The body, which perishes instantaneously and is unstable, is like a flash of lightning. The bosy, born of multiple conditions, has no master”].

²⁰ Ibid., IV, 6-7. [“As long as beings are sick, I myself will also be sick; when beings recover, I also shall recover. And why? For Bodhisattvas, the realm of the round of rebirth, this is beings, and sickness rests on this round of rebirth. When all beings have escaped the pains of this sickness, then Bodhisattvas also will be free of sickness. For example, if the only son of a guildsman falls sick, his father and mother would also both fall sick. As long as this only son does not recover, his father and mother will also both continue suffering. Equally, a Bodhisattva who cherishes beings a his only son is sick when beings are sick, and is free of sickness when they are free of sickness. You asked me where my sickness comes from: in a Bodhisattva sickness arises from great compassion”].

²¹ Ibid., IV, 10. [“He exhorts him to use his own sickness to have pityon sick beings and drive away their sickness. He exhorts him to recall sufferings previously undergone to promote the welfare of beings. He exhorts him to recall the countless good roots already nurtured for practising apure life. He exhorts him not to fear, but to give himself over to vigour. He exhorts him to pronounce the great vow t become the great king-physician who heals all beings and definitively appeases the sickness of body and mind”].

²² Cfr. C. S. QUEEN, S. B. KING (a cura di), *Engaged Buddhism*, Albany NY, SUNY, 1996.

²³ THICH NHAT HANH, *Essere pace*, Roma, Ubaldini, 1989. L'autore fa parte dei “buddisti impegnati”.

²⁴ SULAK SIVARAKSA, *Buddhism in a World of Change*, in: F. EPPSTEINER, op. cit., 9: “The suffering of the present day, such as that brought about at Bhopal and Chernobyl, should move many of us to think together and act together to overcome such death and destruction, to bring about the awakening of human kind”.

²⁵ “Whoever wishes to take care of me should take care of the sick”: VINAYA PITAKA I. 301f. I.B. Horner (tr.), *The Book of Discipline*, 6 vols. London: PTS 1938-1966.

²⁶ Come citato in A. PIERIS, *Love Meets Wisdom*, Maryknoll NY, Orbis, 1988, 129: “Siddharta never do I see you in the Jetavana sitting inthe Lotus positions... I see you speaking and walking amongst the humble and the weak soothing away grief in the life-threatening darkness... Today you wrote a new page of the Tripitaka. You have revealed the new meaning of suffering which like an epidemic swallows life's blood”.

MARIASUSAI DHAVAMONI

II: L'induismo

Introduzione

La medicina è stata la scienza più importante tra tutte le scienze fisiche praticate nell'antica India. La letteratura sulla medicina contiene molti interessanti insegnamenti etici e rivela una visione della vita che differisce considerevolmente da quelle che sono contenute nelle opere filosofiche. Inoltre, quanti si interessano allo Hatha Yoga¹ o alla fisiologia Tantra o all'anatomia² in relazione con alcune pratiche dello yoga troveranno molto utili le ipotesi delle scuole mediche su questi argomenti. Le loro ipotesi sull'embriologia, sull'ereditarietà, e su altri argomenti del genere verosimilmente interessano chi si occupa di medicina e di guarigione.

Medicina Ayur-Vedica³

L'Ayur Veda⁴ è la scienza della vita nell'antica India. È considerata una scienza antica perché ci sono sempre state persone che si sono interessate alla vita, e ci sono sempre state medicine che agivano sul corpo umano secondo i principi stabiliti nell'Ayur Veda. L'Ayur Veda è altresì considerata superiore ad altre Veda perché ci dà la vita, che è alla base di tutti gli altri benefici⁵. Sia l'Atharva Veda che l'Ayur Veda si occupano della cura delle malattie e del raggiungimento di una lunga vita: la prima principalmente per mezzo di incantesimi e formule magiche, mentre la seconda con le medicine. L'Ayur Veda si occupa di otto soggetti: chirurgia, trattamento delle malattie della testa, trattamento delle malattie ordinarie, contrastare le influenze ne-

gative degli spiriti maligni, trattamento delle malattie dell'infanzia, antidoti ai veleni, scienza del rinnovamento del corpo, e scienza che si occupa del vigore sessuale. Secondo una teoria, il corpo si sostiene con il respiro, con la bile e con il muco, e quando essi declinano, anche il corpo va in decadenza.

Caraka divide la vita in quattro tipi: felice, infelice, buona e cattiva. La vita felice è quella che non è affetta da malattie mentali o del corpo, è dotata di vigore, forza, energia, vitalità, attività, ed è colma di ogni tipo di gioia e di successo. Il suo opposto è la vita infelice. La vita buona è quella di una persona che ha sempre voluto fare del bene a tutti, che non ha mai rubato la proprietà altrui, che è sincera, autocontrollata, misurata e che agisce con attenta considerazione, che non trasgredisce a ingiunzioni morali, che persegue la virtù e la gioia con lo stesso zelo, che onora le persone riverite, è caritativo e fa ciò che porta del bene a questo mondo e agli altri. Il suo opposto è la vita cattiva. Il campo della scienza della vita è insegnare ciò che conduce a questi quattro tipi di vita, e determinare la durata della vita stessa⁶. L'Atharva Veda si occupa del trattamento delle malattie consigliando riti propiziatori, offerte, oblationi di buon auspicio, penitenze, riti purificatori, digiuni e incantesimi. Possiamo così vedere la differenza tra l'Atharva Veda e l'Ayur Veda.

È interessante notare che i medici dell'antica India andavano di luogo in luogo (carana-vaidya) e che i malati, udendo del loro arrivo, li accostavano chiedendo il loro aiuto. Al tempo dell'Atharva Veda la pratica della medicina vera e

propria è andata avanzando. Il Dio Prajapati sembra essere il primo insegnante della scienza della vita (Ayur Veda); aveva appreso questa scienza da Brahma il Creatore. Le malattie ed i loro sintomi erano curati con tipi diversi di medicine. Atharva Veda ne menziona solo alcune che devono essere usate come amuleti per proteggere non solo da alcune malattie, ma anche dalle stregonerie dei nemici. L'effetto delle erbe mediche aveva la stessa natura miracolosa delle magie e degli incantesimi. Esse non operavano come le medicine prescritte nella letteratura medica ordinaria, ma in un modo sovrannaturale.

Analisi del corpo umano

Il corpo umano è la modifica dei cinque elementi, e cioè etere, aria, fuoco, acqua e terra ed è la sede della coscienza (cetana). Il feto non può essere prodotto soltanto dall'unione del seme paterno con il sangue della madre. Una tale unione può produrre il feto solo quando l'atman con il suo corpo sottile, costituito da aria, fuoco, acqua e terra, e il manas (mente, l'organo della percezione e del pensiero) si collegano a lui per mezzo del suo karma. Le caratteristiche mentali dell'individuo sono determinate dallo stato della mente dell'individuo nella sua nascita precedente.

Se un uomo sano desidera mantenere la sua salute a livelli normali, deve mangiare cose di gusto diverso ma senza eccedere con alcun particolare tipo di sostanza nel corpo. Le malattie sono causate da un'eccessiva, da una scarsa, o da un'errata gestione dei sensi, del caldo e del freddo, e da un cattivo

uso dell'intelligenza. La visione delle cose con una luce troppo forte, l'ascolto di suoni molto alti, la percezione di odori molto forti, il mangiare troppo, il toccare cose troppo fredde o troppo calde, fare troppi bagni o massaggi, sono degli esempi di associazioni eccessive con organi di senso. Viceversa, possono esserci anche associazioni insufficienti. Il principio della crescita e della decadenza è racchiuso nella massima che i diversi costituenti del corpo crescono quando vengono assunti cibi che hanno dei costituenti simili, e decadono quando si assumono cibi che hanno qualità opposte.

Le qualità del corpo sono di due tipi: quelle che sostengono e purificano il corpo (*prasada*) e quelle che lo fanno decadere e lo inquinano (*mala*). L'aria (*vayu*), la bile (*pitta*) e il muco (*kapha*) possono aumentare o diminuire rispetto alla loro misura normale; tendono ad indebolire o a distruggere il corpo. Inoltre, essi sono responsabili di tutti i tipi di malattie del corpo. I centri più vitali del corpo sono la testa, il cuore e la pelvi. Si ritiene che le correnti vitali e tutti i sensi dipendano dalla testa. La differenza tra la testa ed il cervello era già conosciuta nell'Atharva Veda⁷. Il cuore è il centro vitale del pranas (respiro vitale) e del manas (mente).

La teoria dei gusti (*rasa*) ha un ruolo importante nell'Ayur Veda, nella selezione delle medicine e nella dieta, oltre che nella diagnosi delle malattie e nella preparazione delle relative cure. Il gusto è ciò che si può percepire dall'organo della lingua. I gusti vengono classificati in dolce, aspro, salato, caldo, amaro, piccante, alcalino, ecc. L'acqua è l'origine di tutti i gusti (*rasa*). Tutte le sostanze, animate o inanimate, devono essere considerate come medicine, se sono applicate nel modo adatto e per scopi specifici.

Una vita buona

Una vita buona non significa solamente una vita virtuosa dal punto di vista etico, ma una vita che è libera da malattie, e che rimane tale sino al termine del normale periodo di vita. È una vita saggia e prudente. La mancanza di buonsenso e di

prudenza è la causa di tutti i mali fisici, sociali, fisiologici, morali e spirituali. Le malattie fisiche devono essere curate con medicinali e quelle mentali devono essere curate con una conoscenza giusta ed adeguata delle cose, l'auto-controllo e l'auto-concentrazione. Esiste una stretta interconnessione tra il corpo e la mente. Fuori dal corpo emergono le malattie mentali, e fuori dalla mente emergono quelle del corpo⁸. Il medico dovrebbe cercare di curare non soltanto le malattie del corpo, ma anche quelle mentali.

Quando i tre elementi presenti nel corpo: caldo, freddo e aria, sono in uno stato di equilibrio, il corpo è sano; quando uno di essi predomina, c'è la malattia. La mente è costituita da sattva (bontà), rajas (attività) e tamás (passività); quando sono in uno stato di equilibrio, la mente è nel giusto ordine; quando uno di essi è predominante, la mente è malata. Il medico si occupa del benessere di entrambi (corpo e mente).

L'Ayur Veda parla principalmente dei modi in cui la vita umana può essere buona (*hita*), cattiva (*ahita*), felice (*sukha*) o infelice (*asukha*). Una vita felice si ha quando non si è disturbati da malattie mentali o del corpo, quando si è nel pieno della gioventù e della giusta forza, vitalità ed energia, quando si fanno nuovi sforzi supportati dalla saggezza, dalla conoscenza e da organi di senso efficienti. Una vita colma di sani piaceri, e di impegni coronati da successi. L'opposto è una vita infelice. L'idea basilare della vita buona è che la vita dovrebbe essere regolata in modo da avere il corpo e la mente liberi dalle malattie, non dovrebbe, per mancanza di attenzione, correre rischi non necessari, dovrebbe essere virtuosa, pura e morale. Dovrebbe tendere al buono della vita, del corpo, della mente e dello spirito.

Yoga Medico⁹

La più popolare di tutte le forme tradizionali di yoga è l'Hata Yoga, il cui obiettivo è quello di raggiungere il controllo completo sull'organismo fisico. Originariamente l'Hata Yoga significava preparare il corpo allo sviluppo spirituale. Il

valore dello yoga fisico sta nei suoi effetti fisici immediati: un aumento delle buone condizioni del corpo, dell'agilità e del rilassamento. I benefici fisici dello yoga sono: sentirsi fisicamente più svelti e sani; perdere il peso in eccesso, acquisire agilità; sentirsi più rilassato; imparare il controllo della respirazione o respirare meglio; provare sollievo da diversi fastidi, dall'indigestione, dal mal di stomaco, dalla costipazione, ecc., dormire meglio riposando meglio. Lo Yoga mentale ha come benefici: un modo di vedere più calmo, il rilassamento mentale, un miglior potere di concentrazione e di controllo mentale, maggiore fiducia in se stessi, maggiore allegria e più efficienza nel lavoro fisico ed in quello mentale.

Molti disturbi fisici sono ottenuti dall'attività e dalla tensione del subconscio. La paura o la tensione si impadroniscono della mente in modo dinamico, scatenando irritazioni che si manifestano come malattie. La medicina moderna accetta questo fatto. Le malattie gravi possono essere stimolate dalla suggestione mentale e dalla tensione interna. I medici possono iniziare l'opera di cura ma il paziente deve cooperare e capire che la cura deve avere luogo *dentro di lui*. La concentrazione yoga è una medicina che ci si deve somministrare da soli. Ciò richiede alcuni sforzi a livello personale. Il malato deve "concentrarsi" su qualcosa che è precedente alla malattia, in un periodo in cui quest'ultima era una cosa che non assorbiva interesse. La concentrazione yoga significa regolare le nostre abitudini di pensiero; per mezzo di essa possiamo fare qualcosa di nuovo nella nostra vita attuale e qualcosa di diverso rispetto alle nostre prospettive future. Alterando i nostri atteggiamenti, possiamo anche esercitare un'influenza diretta sul nostro futuro. Possiamo praticare questa concentrazione dirigendo il nostro pensiero su di un punto, su un oggetto ben definito. Quando applichiamo la concentrazione fissando la nostra attenzione su un oggetto significativo, sviluppiamo nel corso del tempo il controllo mentale di un nuovo ordine. E ciò favorisce il pensare positivo e una visione salutare nella nostra vita. Un uomo è così come pensa nel suo cuore.

Yoga e lunga vita

È naturale che col tempo le pareti arteriose si induriscano. Tuttavia se ne può ridurre la velocità. Gli esercizi di respirazione dello Yoga possono aiutare il sangue ad ossigenarsi in modo appropriato. La crescita delle cellule nel corpo diminuisce con il passare degli anni. La respirazione, il rilassamento e gli esercizi giovano molto all'anziano. L'armonia del corpo e della mente possono essere mantenute con gli esercizi Yoga. Età a parte, il mantenimento di un generale benessere di vita si deve all'Hatha Yoga. L'Hatha Yoga è una forma di Yoga che consiste nella regolazione del respiro e in altre discipline che riguardano il corpo. L'Hatha Yoga è un preludio necessario alla disciplina della mente (Raja Yoga). Il suo obiettivo è quello di raggiungere il controllo completo sull'organismo fisico.

Laya Yoga è quel sistema dello Yoga in cui viene data maggiore enfasi a risvegliare e a dirigere la forza latente del Kundalini¹⁰, che normalmente dorme alla base della spina dorsale. Questa forza viene descritta sdraiata e avvolta come un serpente (in tre spirali) in una cavità vicino alla base della spina dorsale. La sua testa blocca un sottile canale che va su dritto per la spina dorsale ed è chiamato Sushumma.

Nel Laya Yoga esso è risvegliato e avanza su per il canale sul quale sono infilati sei Chakras. I sei chakras sono: muladhara, alla base della spina dorsale, vicino all'ano; Swadhisthana, a livello degli organi genitali; Manipura, a livello dell'ombelico; Anahata, a livello del cuore; Vishuddi, a livello della gola; Ajna, a livello degli occhi. Alcuni studiosi moderni hanno associato questi chakras ad importanti plessi nervosi nel corpo. Solitamente una certa forza di Kundalini scorre sempre su nel canale, ma quando se ne risveglia di più, ed i chakras sono quindi avvertiti, potrebbe esserci un aumento della sensitività dei sensi e della forza delle azioni, equivalente ad es. alla chiaroveggenza, ecc. Le sostanze e le sensazioni caratteristiche sono: terra e olfatto; acqua e gusto; luce e vista; aria e tatto; etere ed udito; e per finire la mente.

Può essere fatto un paragone con i rispettivi principi dell'attività umana come segue: corpo, desideri ed emozioni, intelligenza ridotta o oggettiva; natura morale ed etica; volontà e intelligenza elevata.

Molto più importanti, dal punto di vista medico, sono i "veri" poteri ottenuti dagli yogi, in particolar modo la loro stupefacente abilità nel controllare il sistema neurovegetativo e l'influenza che sono in grado di esercitare sui propri ritmi cardiaco e respiratorio. Nel caso delle pulsazioni e dell'espulsione di liquidi dall'uretra, si crede che il fenomeno possa essere spiegato dall'inalazione di aria nella vescica. Sebbene gli Hindù abbiano un sistema elaborato di medicina scientifica, essi hanno anche sviluppato teorie di fisiologia mistica dipendenti dalla loro medicina oggettiva ed utilitaristica, o almeno in connessione con essa. Una misteriosa fisiologia fu probabilmente sviluppata sulla base di esperienze ascetiche, estatiche e meditative espresse nello stesso linguaggio simbolico della cosmologia tradizionale e rituale.

Nella sua descrizione dell'India, Al-Biruni fa un resoconto dei collegamenti dell'alchimia con una vita lunga ed la restituzione della gioventù. "Essi (gli Hindù) hanno una scienza simile all'alchimia che è proprio una loro caratteristica. La chiamano Rasayana, una parola composta da rasa, cioè oro, e che significa un'arte ristretta a certe operazioni, a droghe e a medicine composte, la maggior parte delle quali sono prese dalle piante. I suoi principi restituiscono la salute a coloro che erano malati senza speranza, e la gioventù a quanti sono appassiti dalla vecchiaia, così che es-

si ritornano come erano nel periodo della pubertà; i capelli ridiventano neri, ritorna l'acutezza dei sensi, così come l'agilità giovanile, e persino la vita delle persone in questo mondo si estende per un lungo periodo. Perché no? Non abbiamo già detto in base all'autorità di Patanjali che uno dei metodi che portano alla liberazione è il Rasayana?".

Malattie e medicine

Sin dai tempi dell'Atharva Veda, si conoscevano diversi tipi di malattie ed erano state suggerite varie cure. Vengono citate la febbre, la diarrea, il diabete, le infiammazioni ghiandolari. Bisogna legare un laccio fatto di erba 'munja'; bere il fango di un campo o di un formicaio; bisogna applicare burro chiarificato e la bocca delle ulcere dev'essere aerata con una vescica di pelle. Per l'idropisia, deve essere aspersa sul corpo del paziente una brocca d'acqua contenente erba. Per tutte le malattie derivanti da disturbi del respiro (vata), della bile (pitta) o del muco (slesman), bisogna bere grasso, miele, burro chiarificato od olio. In caso di ferite, deve essere lanciata sulla ferita una manciata di polvere presa dalla strada, o legarvi un bendaggio fatto con fango umido.

Contro le malattie del cuore e l'itterizia, bisogna bere i peli di una mucca rossa nell'acqua e deve essere annodato come un amuleto un pezzo della pelle della stessa mucca.

In generale, sono menzionati diversi tipi di malattie; quelle della testa, dell'addome, dell'ombelico, del cuore, della spina dorsale, delle costole, degli occhi, degli intestini, malattie delle gambe, del ginocchio, della pelvi, e delle vene. Le malattie sono divise in tre classi: prodotte dall'acqua, dall'aria e dal fuoco (queste sono definite secche). Alcune delle cure proposte sono incantesimi con valore curativo. Oltre a questi incantesimi e agli amuleti, e alle erbe che devono essere prese per via interna, si riteneva che l'acqua possedesse grandi proprietà mediche e che potesse dare la vita. Le proprietà medicinali delle erbe erano spesso viste come dovute all'acqua, che formava la loro essenza.



Tutte le sostanze si compongono di cinque elementi: terra, aria, acqua, fuoco ed etere. Tutte le sostanze, siano esse inanimate o animate, devono essere considerate come medicinali se applicate nel modo giusto, e per scopi specifici. L'influenza medicinale viene esercitata sia in virtù dell'agente specifico di una sostanza sia dall'agente specifico delle sue qualità, ed anche dalla loro influenza congiunta.

Pratiche degli Indù rivolte alla salute

Prevenire è meglio che curare. È per questo che gli Indù prendono molte precauzioni per conservare una buona salute e il benessere fisico. I principi salutari già descritti nel Manu Sastras sono istruttivi.

1) Una passeggiata giornaliera di una certa durata nell'atmosfera tonificante della prima mattina dà molto vigore, stimola l'appetito ed assicura un certo riposo e rilassamento, e fa preparare al meglio la persona per il lavoro della giornata.

2) Un'attenzione regolare alle chiamate della natura nella mattina aiuta a prevenire la costipazione ed altri disturbi come le emorroidi, la dissenteria, disturbi al fegato, ecc. Il corpo umano è predisposto a tutte le malattie ed ai germi che le causano. Bisogna prendersi cura del proprio corpo per essere liberi dai germi di questo tipo. Si sa che le epidemie come il colera, il tifo, la febbre, la dissenteria, si diffondono attraverso l'acqua ed il cibo. Le epidemie si manifestano quando cambia il carattere delle stagioni e le erbe medicinali e l'acqua diventano impure. È per questo che dobbiamo usare soltanto acqua ed erbe pure. L'acqua fresca accresce la salute ed una lunga vita. La fumigazione con l'incenso contribuisce ampiamente alla disinfezione generale. Solo dopo tale purificazione ci si può riunire per mangiare o per stare insieme. Ci sono due tipi di contaminazione: una in caso di morte ed una all'atto della nascita. In queste occasioni possono esserci malattie o germi che possono essere causa di infezione.

L'Induismo dà moltissima importanza alla pulizia, sia fisica che morale. Il posto di rilievo dato dall'Induismo al bagno ha fatto sì

che la pulizia diventasse un fattore importante della vita. La pulizia è una protezione sanitaria; essere puliti significa in larga misura essere liberi da malattie infettive; ciò si applica non solo alle persone ma si estende all'ambiente personale.

La conservazione della salute in un organismo normale è determinata ampiamente dal giusto rapporto di due grandi fattori: l'attività ed il riposo. Un moderato esercizio è necessario se il corpo vuole svilupparsi adeguatamente e mantenersi per tutta la vita. L'esercizio muscolare è essenziale per la salute. L'esercizio richiede un aumento della respirazione ed il risultato è una più efficace ossigenazione del sangue. Il cibo è fonte di salute, ma è anche causa di malattia quando viene assunto in modo poco giudizioso.

L'importanza di una dieta salutare nel trattamento delle malattie è ampiamente riconosciuta. Il detto comune è: quando il paziente segue una dieta adatta, che bisogno ha delle medicine? La dieta migliore comprende: cereali, grano, radici commestibili, noci, frutta, verdure, latte, olio, caglio, burro, siero latteo, in quantità adatte.

Quando il burro è diventato caglio (dahi), il lattosio si tramuta in acido lattico. Le proprietà medicinali dell'acido lattico, così come i batteri contenuti nel caglio, per il trattamento di alcuni disturbi intestinali come le coliti, la dissenteria, l'enterite, sono noti da tempo agli Indù, poiché il caglio del siero latteo formava la dieta essenziale in questi disturbi. "Proprio come il nettare è indispensabile per gli dèi nel cielo, così è il siero latteo per gli esseri umani sulla terra. Nessuna malattia sotto i pungenti effetti



del siero latteo può aumentare o peggiorare; né una persona che usa ogni giorno il siero latteo può soffrire di una qualsiasi malattia" (Ayur Veda).

Gli Indù sapevano, per esperienza, dell'esistenza degli elementi del cibo (simili alle moderne vitamine) e della loro importanza per la buona salute ed il vigore, sebbene non fossero in grado di dimostrarne la natura chimica, ora possibile grazie ai moderni mezzi. I medici prescrivevano al malato una dieta, consistente prevalentemente di verdure e di acqua; i tipi più leggeri di carne animale, come il pesce, il piccione, e la carne di capra potevano essere assunti solo in quantità moderata. La classificazione Indù del cibo dal punto di vista della pratica spirituale, si fonda sulla teoria dei tre gunas: bontà (sattva), passione ed attività (rajas) e passività, stupidità (tamas); la fede religiosa di ogni uomo è in armonia con la sua disposizione naturale che dipende dalle abitudini alimentari.

P. MARIASUSAI
DHAVAMONI, S.I.
Professore Emerito di Fenomenologia
e Teologia della Religione, India

Note

¹ L'Hatha Yoga mira a dominare il corpo per trasformarlo in un corpo divino.

² Il Tantra dà importanza all'esperienza totale della vita come costituente una parte integrale del sadhana (significa acquisire lo stato di salute del corpo).

³ Sull'esposizione dell'antica medicina indiana, cfr. le seguenti opere: S. N. DASGUPTA, *A History of Indian Philosophy*, Vol. II, cap. XIII, Cambridge University Press, 1932; L. RENOU e JEAN FILLIOZAT, *L'Inde Classique*, Tomo II, Hanoi, 1953, Ch. IX.2.

⁴ L'Ayur Veda risale approssimativamente al 900 a.C.

⁵ *Caraka Samhita* 1.1.42.

⁶ *Caraka Samhita* 1.1.40; 1.30.20-23.

⁷ Cfr. *Atharva Veda* 10.2.6 e 8.

⁸ *Mahabharata* 12.16.

⁹ Sugli aspetti medici dello Yoga, vedere MIRCEA ELIADE, *Yoga. Immortality and Freedom*, Routledge and Kegan Paul, London, 1958, ch. VII on Yoga and Alchemy; ERNEST E. WOOD, *Practical Yoga Ancient and Modern*, E.P. Dutton & Co., London, 1948.

¹⁰ Sullo Yoga Kundalini, vedere EVELON, *The Serpent Power*, Adyar, 1940.

¹¹ EDWARD C. SACHAU, *Alberuni's India*, Vol. I, pp. 188-189.

¹² Cfr. M.A. KAMATH, *Hinduism and Modern Science*, The Sharada Press, Mangalore, 1956.

ABRAMO ALBERTO PIATTELLI

III: L'ebraismo

Concezione fondamentale che distingue la posizione dell'ebraismo in merito agli argomenti che ci accingiamo ad approfondire, ovvero la considerazione della salute, della malattia e della guarigione dell'individuo, concezione che si trova espressa in primo luogo nella Scrittura e poi nei testi rabbinici, è quella secondo cui la Divinità costituisce la fonte primaria da cui dipendono tanto il benessere fisico che le malattie che colpiscono l'uomo, così come è scritto: "Io sono Colui che faccio morire e che faccio rivivere; Sono Io che ferisco e che faccio guarire" (*Deuteronomio* 32, 39).

L'esperienza ci insegna che il termine salute si riferisce a molteplici aspetti che condizionano l'esistenza dell'uomo. La condizione di star bene non è esclusiva solamente alla sanità e alla completezza fisica, bensì all'intervento di molteplici fattori quali, ad esempio, l'armonioso rapporto con il prossimo, l'agio economico e professionale, e così via. La mancata soddisfazione di uno di questi aspetti determina sofferenza fisica e disturbi sul piano spirituale e soprattutto psicologico.

Noi spesso siamo chiamati ad occuparci di una condizione abbastanza naturale nell'esistenza dell'individuo, ovvero del passaggio da una condizione di normalità, che è quella della salute, a quella altrettanto normale, vista la fragilità dell'uomo, della malattia, e poi, se tutto va bene, della guarigione.

Si tratta di processi naturali che toccano indiscriminatamente ogni individuo oppure di eventi che possono essere inseriti in una logica particolare che ne spieghi l'occorrenza e che rafforzi la speranza?

In primo luogo è necessario ricordarsi che l'Ebraismo sottolinea l'interesse e la preoccupazione continua che la Divinità mantiene nei confronti dell'uomo. Nell'economia della Scrittura è l'uomo a collaborare con Dio nell'opera della Creazione. Da ciò deriva l'assoluta necessità dell'interesse divino per una sana ed integra attività dell'uomo in favore della Creazione.

"Se il Signore non collabora alla costruzione di una casa, invano vi si affannavano coloro che la costruiscono; se il Signore non collabora alla sorveglianza di una città, invano si adopera la guardia" (*Salmi* 127,1).

La salute fisica dell'uomo non costituisce una condizione scontata per la quale non si debba pagare alcun prezzo. La *Torà* la legge morale, prevede per questa, qualche cosa che si potrebbe denominare, tanto per usare un termine moderno, come medicina preventiva.

"Se ascolterai la voce dell'Eterno – si afferma in *Esodo* (15, 26) – tutte quelle malattie che ho messo in Egitto non porrò su di te"; oppure: "Servirete l'Eterno Vostro Dio... e toglierò ogni malattia da mezzo a te" (*Esodo*, 23, 25). In altre parole, il testo biblico annuncia come la salute sia il risultato dell'attenzione che si presta al richiamo divino e quanto espresso dalla Sua volontà.

La *Torà* nell'insieme dei suoi comandamenti e dei suoi ammonimenti, anche se non costituisce un testo di medicina e di igiene, è permeata di misericordia e di amore; è "albero di vita per coloro che vi si tengono afferrati" (*Proverbi* 3, 18) dispensatrice perciò di vita, di salute e di benessere sia per lo spirito che per il corpo.

Passando dal generale al partico-

lare c'è da dire che diverse autorità hanno valutato la dimensione di parecchie norme scritturali che avrebbero un significato valido appunto per la salute dell'uomo. Così ad esempio tutta la normativa che riguarda l'alimentazione, attraverso la distinzione tra animali permessi e quelli proibiti, il divieto di cibarsi di sangue o del grasso dell'animale, il precetto della circoncisione, le normative relative alle condizioni di purità e impurità (soprattutto per quanto riguarda la donna), e, perché no, anche il riposo sabbatico, avrebbero tutte una valenza salutare per l'individuo.

La letteratura rabbinistica post biblica rivolge una quantità di consigli che hanno valore di medicina preventiva sia all'individuo come tale che alla collettività, che riguardano soprattutto l'alimentazione, come i tempi dei pasti, la quantità, le specie di cibi, l'igiene ecc.; per la collettività rivolge soprattutto consigli in materia di ecologia.

Mairnonide, famoso rabbino e medico del XII secolo, dedica un intero capitolo della sua opera *Mishnè torà*, a quanto concerne i modi per preservare la salute e soprattutto la modalità più idonea al condurre la propria esistenza. A conclusione del capitolo afferma "Chiunque si comporterà nei modi da me indicati, gli garantisco che non cadrà mai in malattia: fino a che non diventerà molto vecchio non avrà bisogno di alcun medico; il suo corpo sarà integro e sano tutti i suoi giorni. A meno che il suo corpo sia stato in una cattiva condizione sin dal momento della sua creazione, oppure abbia indugiato in condotte nocive sin dalla nascita, o sia inciampato nella peste o nella siccità capitale

al mondo" (M.T. Deot. 4,1-19).

Dovere dell'uomo è quello di preservare la propria salute e di proteggerla tenendosi lontano ed evitare qualunque pericolo; e in questa direzione vengono appunto interpretati i testi: "Guardati bene e sta molto attento alla tua persona" (Deut, 4, 9) e "Farai un riparo al tuo tetto, e non sarai causa di sanguinamento di sangue" (ivi, 22, 8).

Alcuni teologi ebrei ritengono che la ragione per cui l'individuo sia tenuto a tutelare la propria salute, è da ricondursi al disegno divino che vuole che l'uomo sia sano ed integro proprio per rispettare ed eseguire la Sua Legge: "È necessario che l'uomo sottometta tutte le facoltà della sua anima alla ragione – scrive Mairnonide – come abbiamo spiegato nel capitolo precedente, e ponga dinanzi a sé un unico fine, che è quello di avvicinarsi a Dio Benedetto, nella misura in cui ciò è possibile all'uomo, intendo dire: di conoscerlo.

Egli deve indirizzare tutti i suoi atti, la sua attività e il suo riposo, e tutte le sue parole verso tale fine al punto che fra le sue azioni non ve ne sia alcuna inutile, cioè a dire non finalizzata a tale scopo. Così nel mangiare, nel bere, nel dormire, nella sessualità, nella veglia, nell'attività, egli non tenderà che alla salute del corpo, ma lo scopo della salute corporale è affinché l'anima possa disporre di strumenti sani e perfetti, onde servirsene per acquisire scienza, virtù morali e intellettuali e per poter raggiungere quel fine". (Otto capitoli, 5).

Il problema del perché Dio omnisciente, buono e misericordioso, acconsenta all'esistenza delle malattie e del male nel mondo, è trattato in maniera abbastanza vasta nella Bibbia. L'intero libro di Giobbe, parte dell'Ecclesiaste e numerosi salmi dedicano particolare attenzione al problema del perché della sofferenza. Si tratta per l'animo del credente di un problema acuto per il quale in ogni tempo ha ricercato una risposta.

Scrive Ghershon Scholem: "Il problema del male è uno di quei problemi che quando vengono affrontati rendono particolarmente chiara la differenza tra l'atteggiamento puramente speculativo e quello religioso. Il primo tende a relativizzare il male, a ridurlo

un'apparenza e, ciò fatto, procedere tranquillo per la sua strada, credendo di averlo eliminato dal mondo, cioè dal vero essere.

La coscienza religiosa invece esige un reale superamento del male; essa parte dal profondo convincimento del reale potere del male e non può quindi pacificarsi con l'ammissione che il male – riconosciuto come realtà – sia eliminato attraverso artifici dialettici, siano pur assai acuti" (Le grandi correnti della mistica ebraica, Milano, 1965 pag. 317).

Il Talmud (Berachot, 5a) propone un primo tentativo di superamento: "quando l'uomo è colpito dal male faccia un accurato esame di coscienza... se conclude che il male non possa essere conseguenza di colpe, lo attribuisca a trascurezza nello studio della Torà... se, però, anche così, non appare giustificato, allora deve necessariamente trattarsi di un segno dell'amor di Dio, secondo quanto è scritto: "Iddio castiga colui che ama" (Proverbi 3,12).

I mistici dello Zohar sostengono che "le forze divine nel loro insieme formano un tutto armonico". Però, scrive Scholem "Ognuna di queste forze o qualità è santa e buona finché resta unita alle altre e in vivo rapporto con esse. Ciò vale soprattutto per la qualità della giustizia in senso stretto, per il giudizio e per la severità – in Dio e da Dio – che è la causa profonda del male. La collera di Dio sta, come la sua misericordia, in intimo rapporto con la qualità della grazia e dell'amore – la sua mano destra. Questa Sefirà della severità è quindi il grande fuoco dell'ira che avampa in Dio, ma certamente addolcita e frenata dalla grazia. Se però in uno sviluppo abnorme, ipertrofico, erompe all'esterno, infrange la sua unione con la grazia, allora sfugge con violenza dal mondo della divinità e diventa male radicale, il mondo di Satana opposto a quello divino" (op. cit. pag. 318).

Il credente ebreo accetta il male con fede ma non lo ama, lo teme in quanto non si sente mai sicuro di poter superare le prove, di mantenere integra la propria fedeltà, e vede nel male un impedimento all'agire. Rabbi Jachanan, malato, cui si chiese se amava il male, ri-

spose: "Non amo né il male né la ricompensa che esso porta seco" (Berachot, 5a).

Il malato prega Iddio affinché lo liberi dal male "Che vantaggio ci sarebbe nella mia morte, qualora discendessi nella tomba? La polvere forse ti riconoscerà? O potrà narrare la tua verità? (Salmi 31, 10).

È tuttavia la fede nella possibilità di vedere esaudita la preghiera è implicita nella fede nella Provvidenza di Dio: "Si deve benedire Iddio per il male, come lo si benedice per il bene" (Berachot 54a) afferma una nota norma talmudica.

La sofferenza e il dolore spingono l'uomo a guardare dentro di sé e lo accompagnano pure a ricercare la vicinanza con Dio e un rapporto intenso attraverso la preghiera.

"Qualsiasi preghiera che, in un senso più o meno definitivo possa sperare di essere esaudita, soggiace a questo eterno paradosso che, con essa, l'uomo spera di influire sulle imperscrutabili vie divine e sull'eterna decisione della Provvidenza" (Scholem, op. cit. pag. 373).

Nella visione ebraica la vita è qualcosa di valore infinito, una esperienza non destinata a ripetersi nell'arco dell'eternità. Il sollievo dalla malattia e dalla sofferenza esalta il valore della vita e la sacralità di questa: "Iddio mi ha inflitto dei tormenti ma non mi ha consegnato alla morte" (Salmi 118, 18) grida l'individuo guarito e risanato.

Da questa esperienza nasce allora l'insegnamento che nulla nella vita è nostro; quanto possediamo, e tra questo la vita, è un pegno che ci può essere ritirato, all'improvviso, quanto meno ce lo aspettiamo. Il pegno va però restituito allo scadere del contratto e va restituito in buone condizioni a Colui che ce l'ha dato. Ma fintanto che il pegno, come la vita, è nelle nostre mani siamo responsabili per il sentimento di missione che dobbiamo avere e per l'uso di bene che ne facciamo secondo le parole: *Chai Chai Hu Yoducha Kamoni Hayom – Il vivente, il vivente Ti loderà come (faccio) io oggi* (Isaia 38, 39).

MAURICE BORRMANS

IV: L'Islamismo

Nei paesi musulmani, gli ospedali sono, da molto tempo, uno dei luoghi privilegiati del dialogo tra Islam e Cristianesimo. Infatti, numerosi sono i religiosi cattolici che in questi luoghi servono i malati o che accompagnano coloro che sono in punto di morte, mentre in altri paesi alcuni di loro si sono messi al servizio delle donne che partoriscono nei villaggi, o degli infermieri cui bisogna dare una "formazione" per la futura missione "ospedaliera".

È vero che la vita, la salute, e le cure loro dovute, sono dei valori fondamentali ai quali anche i Musulmani sono sensibili, così come gli altri credenti ed i loro fratelli nell'umanità. L'Islam ne ha sempre affermato il carattere sacro ed ha saputo sviluppare, nell'ambito delle diverse società che ha ispirato o modellato, le istituzioni necessarie alla loro protezione.

Se nei primi secoli dell'Islam, a Damasco e a Bagdad, i medici erano spesso cristiani, formati alla scuola di medicina di Gondêshâpûr¹, ben presto dei Musulmani eccelsero nella ricerca medica e nella cura dei malati, dopo essere stati ammessi alla loro scuola². È il caso di ricordare i grandi nomi e le realizzazioni migliori? Fu grazie all'intermediazione dei Siriани e dei Persiani che poterono ereditare la scienza greca nella materia. Ippocrate e Galeno hanno avuto come traduttori in arabo Hunayn b. Ishâq, Qustâ b. Lûqâ, Isâ b. Iahyâ e Abd al-Rahmân b. Alî.

Medici cristiani e zoroastriani, poi musulmani, si misero in evidenza presso la corte del califfo abbâside Hârûn al-Rashîd a Bagdad ove furono organizzati e si svilupparono numerosi ospedali, i

famosi *bîmâristân*³. Abû Bakr Muhammad al-Râzî (250/854-323/935), il Rhazès dei Latini⁴, vi si distinse in modo molto particolare dopo aver servito l'ospedale di Rayy: i suoi due trattati *al-Hâwî fî l-tibb* e *al-Mansûrî* sono diventati in seguito dei classici.

Più tardi, i grandi filosofi della scuola ellenizzante, tanto in Oriente quanto in Occidente, furono allo stesso tempo dei medici e dei praticanti. Dobbiamo ad Avicenna il *Canone sulla medicina*, *al-Qânnûn fî l-ribbî*⁵. Ed allo stesso modo, si deve a Averroè il *Kulliyât*, al seguito di Ibn Bâjja⁶ e Ibn Tufayl⁷, prima che lo seguissero la famiglia di Ibn Zuhr, gli Abenzoar della latinità⁸, in Spagna. Tutti sanno quanto grande fu l'influenza della scienza medica degli arabi sul mondo occidentale. Pensiamo alle traduzioni di Gerardo da Cremona, di Andrea Alpagus di Belluno e di numerosi altri. E che dire della farmacopea e della conoscenza

dei "semplici"? E l'Italia, non ha forse conosciuto la famosa Scuola di Salerno, con l'opera notevole di Costantino l'Africano⁹.

Tutto ciò spiega come, alla soglia dei tempi moderni, ospedali e servizi sanitari si moltiplicassero in alcuni paesi musulmani decisamente impegnati in modernizzanti processi di riforma (i *tanzîmât* ottomani, ad esempio) o imbarcati ineluttabilmente in epoca coloniale in un'evoluzione simile. Oggi tutti i paesi musulmani hanno un ministero della sanità, e grazie a questi ministeri gli Stati vogliono corrispondere all'attesa delle popolazioni per quanto riguarda le cure necessarie, e ciò mediante una rete di ospedali, di dispensari e di centri per la protezione della maternità e dell'infanzia. A ciò si aggiunge spesso l'attività multiforme di associazioni private o pubbliche in favore degli handicappati fisici o mentali. La *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo nell'Islam*, proposta alla sede parigina dell'UNESCO dal Consiglio Islamico d'Europa, nel settembre del 1981¹⁰, affermava, dopo il primo articolo che proclamava il diritto alla vita: "Ogni individuo ha il diritto di avere la propria parte dei beni necessari alla vita: cibo, bevande, vestiti, alloggio, e tutte le cure che la sua salute fisica, morale ed intellettuale richiedono" (art. 18).

Il terzo ed ultimo progetto della *Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo nell'Islam* dell'Organizzazione della Conferenza Islamica, formulata al Cairo, nell'agosto del 1990¹¹, afferma a sua volta che "ogni persona ha diritto alle cure mediche e all'assistenza sociale, e



a tutte le agevolazioni pubbliche fornite dalla società e dallo Stato nei limiti delle risorse disponibili" (art. 17, par. b). In diverse occasioni, congressi e dichiarazioni di medici e teologi musulmani hanno affermato che l'Islam rifiuta e condanna l'aborto, la sterilizzazione e l'eutanasia, così come la fecondazione artificiale eterologa.

La salute è dunque uno dei valori essenziali che i musulmani intendono servire e proteggere. Ma quali possono essere gli atteggiamenti del credente nell'Islam, di fronte alla malattia, alla sofferenza e alla morte? "Islâm" vuol dire "sottomissione fiduciosa" alla volontà del Creatore che è anche Provvidenza, prima di essere un Giudice che perdonava e ricompensa o che castiga. Ma di fronte a questa grandezza maestosa di Allâh, la cui trascendenza conferma al credente la sua piccolezza, il Musulmano comune non esprime alcun rimprovero e non prende in considerazione alcuna ribellione quando soffre di una malattia cronica o vede avvicinarsi l'ora della morte.

Sottomissione, pazienza e rassegnazione sono le virtù che gli sono state insegnate da suo padre e gli vengono confermate dall'insegnamento del Corano. Egli sa che tutto ciò che è sulla terra è votato al nulla, mentre il volto del Signore sussiste, pieno di maestà e di munificenza (55, 26-27). Il Corano gli dice anche: sappiate che la vita quaggiù non è che gioco, distrazione, vano ornamento, giostra d'orgoglio tra di voi, provocazione a proposito delle ricchezze e dei figli; essa è come la pioggia ... la vita quaggiù non è che un godimento illusorio. Affrettatevi ad ottenere il perdono del Signore vostro e un paradiso vasto quanto il cielo, preparato per coloro che avranno creduto in Dio e nei suoi messaggeri. È la grazia di Dio, grazia che egli accorda a chi vuole, e Dio è detentore della grazia immensa (57, 21-21).

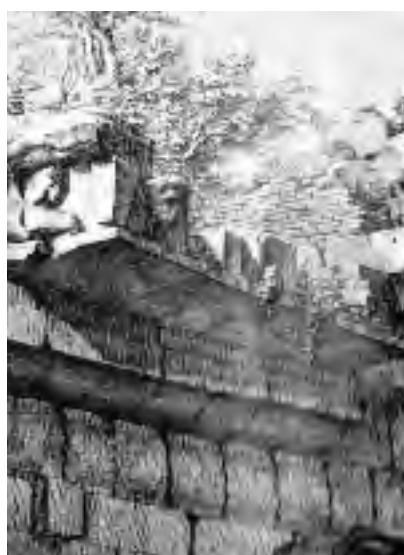
Dio fa ciò che desidera, è lui che può dare la salute o la malattia, è lui che decide se le nostre vite devono essere lunghe o brevi, secondo il suo decreto eterno. Noi apparteniamo a Lui e a Lui torniamo, ripete incessantemente il Corano (12, 84). Per questo il musul-

mano può far sua l'esperienza di Giacobbe dopo aver perduto Giuseppe: oh, il mio dolore per Giuseppe. I suoi occhi furono velati in seguito al suo dolore. Tuttavia egli dominò la sua sofferenza (12, 84). Egli può anche fare propria la preghiera di Abramo che il Corano gli riporta: è il Signore dei mondi che mi ha creato ed è Lui che mi guida, mi nutre e mi dà da bere, mi guarisce quando sono ammalato, mi farà morire e mi riporterà alla vita, ed è da Lui che spero il perdono della mia colpa, il giorno del Giudizio. Signore, concedimi il potere di giudicare con discernimento e fammi raggiungere i santi! (26, 78-84). È questa la grande verità: Dio è colui che dà la vita (*al-Muhyî*) e Colui che fa morire (*al-Mumît*). Si tratta dunque, per il credente che si trova di fronte alle vicissitudini della vita, di entrare nella pazienza di Dio (non è forse la sola *Sabûr*?) e di riportarne i tratti alla dimensione umana, essendo un buon *sâbir*. Quante volte il Corano insiste su questa virtù della pazienza! Oh voi che credete! Pazienza! Rivaleggiate in pazienza e in fermezza! Temete Dio e sarete felici (3, 200). Qualunque bene di cui godete, viene da Dio. Quando vi affligge una sofferenza, è a Lui che rivolgete la vostra supplica (16, 53). Cercate soccorso nella pazienza e nella preghiera (2, 45). Oh voi che credete! Chiedete l'aiuto della pazienza e della preghiera. Dio è con coloro che sono pazienti (*Inn' Allâh maa l-sâ-*

birîn) (2, 153). È così che il credente ripeterà spesso che "la pazienza è bella" e che dev'essere accumunata alla riconoscenza (*shukr*), come ripete ancora il Corano: ci sono veramente dei segni per ogni uomo paziente e riconoscente (*sabbâr shakûr*) (14, 5; 31, 31; 34, 19; 42, 33). Sono questi i sentimenti profondi che ispirano ogni musulmano autentico nei periodi difficili della propria vita. E prima di morire, l'ultimo gesto che intende compiere e le ultime parole che desidera pronunciare rimandano alla ben nota professione di fede musulmana: "non esiste altro Dio all'infuori di Allâh e Maometto è il suo Profeta".

Senza dubbio, nel corso della storia ed ancora oggi, i musulmani degli ambienti popolari hanno fatto ricorso a diverse pratiche ortodosse o eterodosse. Le stesse due ultime surate del Corano (*al-muawwadhatâni*) sono esempi di invocazioni "contro il male delle creature, delle tenebre e degli invidiosi" e soprattutto "contro il male del Tentatore che deve essere lapidato". La devozione degli Shîfi ha costituito dei manuali di invocazioni particolari per tutti i momenti difficili della vita, per le malattie, le sofferenze o nell'esilio, come quello che è viene attribuito a Zayn al-Abidîn, la "*Sahîfa sajjâdiyya*"¹². Gli *hadîths* del Profeta dell'Islam sono un'altra fonte di interiezioni propiziatorie in questo campo. È anche vero che pratiche magiche non abbiano mancato di infiltrarsi nelle mentalità dei semplici credenti, poco o male catechizzati: gli stessi testi del Corano diventavano allora dei mezzi profilattici per proteggersi contro malattie ed epidemie: la magia non è estranea a certi ambienti tradizionali¹³. Ma ciò non potrebbe offuscare l'abituale atteggiamento del credente che è tale con la propria fede. Ed è per questo che cristiani e musulmani, negli ospedali e nei dispensari, possono generosamente aiutarsi reciprocamente per scambiarsi cure ed incoraggiamenti, affinché i credenti facciano delle loro prove un atto di sottomissione e di obbligazione, ad imitazione di Giobbe che anche il Corano cita ad esempio¹⁴.

E come non concludere queste



brevi riflessioni sulle prospettive del dialogo senza citare la famosa *hadîth al-Ruqyâ*, formula che i medici cristiani utilizzavano in favore dei loro pazienti musulmani nei primi secoli dello splendore di Bagdad, e che riprende il "Padre Nostro" adattandolo alla circostanza (15): "Signore, nostro Dio, che sei in cielo – Il Tuo nome sia santificato – Sia fatta la Tua volontà in cielo ed in terra – Così come la Tua misericordia regna in cielo, fa' che essa regni anche sulla terra – Perdonaci i nostri peccati e le nostre colpe – Tu che sei il Signore dei Buoni – Fa' discendere la Tua misericordia e la guarigione su questa sofferenza, ed essa sarà sanata".

I cristiani ed i musulmani si aiutino, assieme agli altri credenti e agli uomini di buona volontà, per alleviare la sofferenza umana, re-

stituendo alla salute dei malati il suo significato "divino", al termine di una pazienza che sa anche essere riconoscente.

P. MAURICE BORMANS

Professore presso l'Istituto di Studi Islamici, P.I.S.A.I., di Roma (Italia)

Note

¹ Cfr. l'articolo *Gondêshâpûr*, in *Encyclopédie de l'Islam*, seconda edizione, Leiden, 1963, vol. II, p. 1146.

² Cfr. L'articolo *Tibb*, in *Encyclopédie de l'Islam*, prima edizione, ed. Leiden, 19, vol. IV, pp. 779-780.

³ Cfr. l'articolo *Bûmâristân*, in *Encyclopédie de l'Islam*, seconda edizione, Leiden, 1963, vol. I, pp. 1259-1262.

⁴ Cfr. l'articolo *al-Râzî*, in *Encyclopédie de l'Islam*, seconda edizione, Leiden, 1994, vol. VIII, pp. 490-493.

⁵ Cfr. l'articolo *Ibn Sînâ*, in *Encyclopédie de l'Islam*, seconda edizione, Leiden, 1971, vol. III, pp. 965-972.

⁶ Ibidem, l'articolo *Ibn Bâdjda*, pp. 750-752.

⁷ Ibidem, l'articolo *Ibn Tufayl*, pp. 981-982.

⁸ Ibidem, l'articolo *Ibn Zuhîr*, pp. 1001-1003.

⁹ Cfr. l'articolo *Constantin l'Africain*, in *Encyclopédie de l'Islam*, seconda edizione, Leiden, 1965, vol. II, pp. 60-61.

¹⁰ Per il testo arabo e le traduzioni in francese ed inglese di questa Dichiarazione, cfr. *Islamochristiana* (PISAI, Roma), n° 9 (1983), rispettivamente pp. 1-16, 121-140 e 103-120.

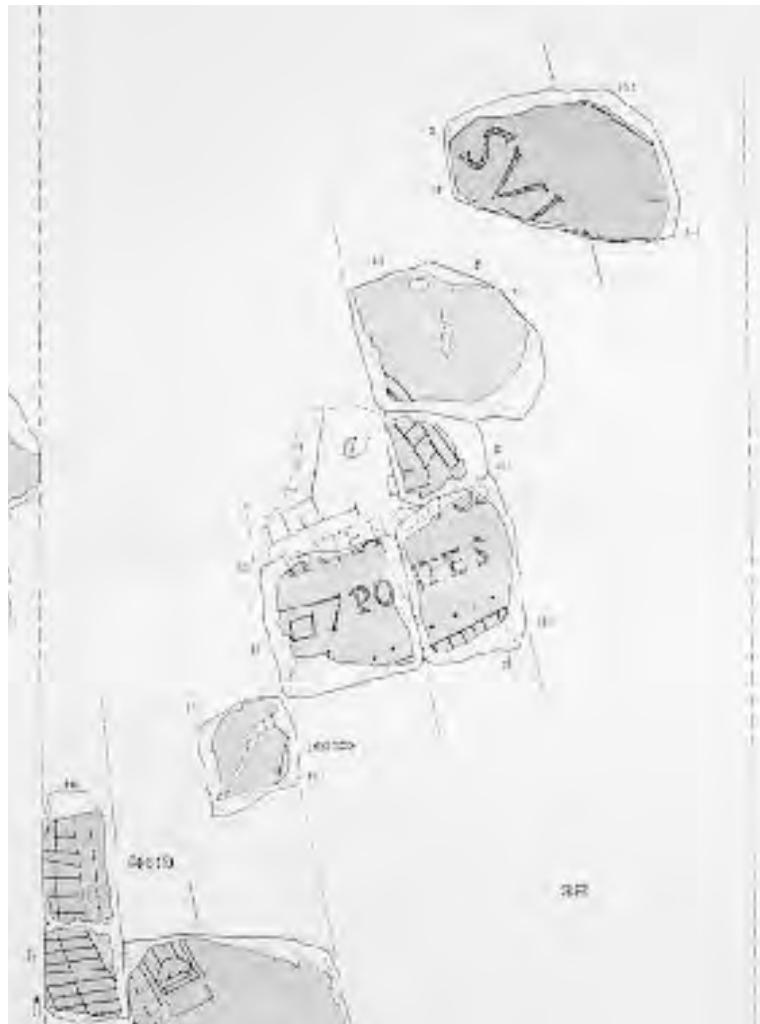
¹¹ Per la traduzione francese di questa Dichiarazione, cfr. *Conscience et liberté* (Berna), n° 41, 1^o sem. 1991, pp. 110-115.

¹² Cfr. in *Etudes Arabes-Dossiers, Textes sur le Shîisme*, n° 84-85, 1993/1-2, pp. 220-230.

¹³ Cfr. MICHEL LAGARDE, *La magie arabe*, Rome, PISAI, 1981, testi arabi e traduzione francese, 112 p.

¹⁴ Cfr. l'articolo *Ayyûb*, in *Encyclopédie de l'Islam*, seconda edizione, Leiden, 1960, p. 819, e soprattutto JEAN-LOUIS DÉCLAIR, *Les premiers musulmans face à la tradition biblique: trois récits sur Job*, Paris, L'Harmattan, 1996, 318 p.

¹⁵ Cfr. la raccolta dei *Sunan d'Abû Dâwûd*, t. 2, bâb 19: *al-Ray*, e lo studio di LOUIS MASSIGNON a questo proposito in *Opera minora*, Beyrouth, 1963, Dar al Maaref, vol. I, pp. 92-96.



SESSIONE POMERIDIANA

LUIGI DONATO

Scienza e tecnologia al servizio della persona

Sta giungendo a termine un secolo durante il quale conoscenze e tecnologie sono cresciute con una velocità ed una intensità che certo non sarebbero state neppure ipotizzabili cento anni or sono. Dalla conoscenza dell'Universo, del macrocosmo e del microcosmo, a quella dei fenomeni base della vita; dai mezzi di comunicazione e d'informazione, all'energia, ai nuovi materiali, il salto è davanti agli occhi di ognuno di noi, nell'esperienza quotidiana.

Questo processo ha cambiato profondamente anche le conoscenze e gli strumenti destinati alla conservazione della salute ed alla cura delle malattie. Chi, come me, ha avuto la fortuna di vivere, assistere e partecipare al progresso della medicina per tutta la seconda metà del Novecento, se torna a scorrere i libri su cui ha studiato ha l'impressione di tornare indietro di qualche secolo. "Lana, latte e letto" era il trattamento consigliato nelle malattie renali; nel tifo, secondo quanto recitava il mio trattato di medicina interna, "gioverà un bagno caldo e un bicchierino di marsala"; unici diuretici erano i "mercuriali", di cui è difficile dire se fosse maggiore il danno o il beneficio; la tubercolosi occupava lunghi capitoli dei trattati e faceva costruire sanatori su tutte le montagne; per lo scompenso di cuore restavano ancora e soltanto l'infuso di foglie di *digitalis purpurea*, che un medico inglese aveva carpito verso la fine del Settecento ai segreti di una faticchiera gallese, e quella nitroglicerina che era stata inventata per tutti altri scopi. La chirurgia, pudicamente detta "esplorativa" o brutalmente "apri e chiudi", era

spesso l'unico cruento modo per andare a vedere 'dal di dentro' quello che i sensi del medico, nonostante le onorate procedure della ispezione, auscultazione, percussione e palpazione, non erano riusciti a percepire 'dal di fuori'.

Oggi, i confini del possibile sembrano spostarsi continuamente. Con il termine "metabiologia" si è descritta la possibilità di superare gli stessi limiti biologici della vita, da una parte manipolando con le biotecnologie il corredo genetico per la cura di malattie congenite, dall'altra, con i trapianti e gli organi artificiali, consentendo la continuazione della vita al di là della sopravvivenza degli organi vitali.

Da questa continua evoluzione, alcuni sembrano trarre la convinzione che per la nostra conoscenza, accompagnata e sostenuta dal 'potere illimitato' di dar vita a nuova tecnologia, non esistano confini insuperabili. Altri, di fronte a tanto esasperato ottimismo, si chiedono se e come l'uomo riuscirà a padroneggiare il progresso e le sue conseguenze, evitando il rischio dell'apprendista stregone. Altri, infine, con pessimismo e disinvoltura, di intensità pari all'ottimismo dei primi, rigettano il progresso scientifico e tecnologico come nemico dell'uomo, spesso rifugiandosi nel ritorno a pratiche magiche e a pseudomedicine alternative.

Torneremo su questo punto, assai critico, più avanti: per il momento, limitiamoci a constatare che, mentre a bandiere spiegate e velocità crescente la scienza e la tecnologia procedono verso il terzo millennio, il contrasto tra l'insopportabile, orgogliosa spinta verso la conoscenza e l'interrogativo su-

gli effetti dell'impiego degli strumenti che dalla conoscenza derivano, rimane aperto, continuo ed irrisolto.

È applicabile o meno al dominio della scienza l'oraziano *est modus in rebus, sunt certi denique fines, quos ultra citraque nequit consistere rectum?* La medicina parrebbe sottrarsi al conflitto tra la scienza ed il suo uso: l'uso della scienza per combattere il male sembrerebbe un bene per definizione. Ma questa conclusione consolatoria è troppo facile, e troppo semplicistica.

Possiamo rallegrarci e andare fieri del fatto che oggi sappiamo curare un notevole numero di malattie prima incurabili, che in alcune parti del mondo non si muoia quasi più di parto e la mortalità infantile sia ridotta a meno di un decimo di quella della prima metà di questo secolo, che si sopravviva all'infarto di cuore ed all'insufficienza del rene, che si comincino a curare alcuni tumori, e che abbiamo imparato anche una serie di regole per prevenire alcune malattie. Molti di questi progressi, tuttavia, pongono sempre più imperiosamente il problema dell'uso appropriato dei nuovi mezzi a disposizione, e della distinzione tra ciò che è fattibile, ciò che è utile e ciò che è opportuno per il singolo paziente in un dato contesto.

In effetti, il tema che mi è stato affidato non guarda tanto alla scienza ed alla tecnologia per sé, né credo ci si aspetti da me una rassegna sul presente e sul futuro probabile del progresso scientifico. Credo, piuttosto, che qui ci si voglia interrogare specificamente ed essenzialmente sull'impiego della scienza e della tecnologia – come recita il titolo – "al servizio

della persona". E il problema, allora, si complica notevolmente: non basta più chiederci che cosa la medicina può fare per l'uomo oggi e potrà fare domani, ma dobbiamo confrontarci con la realtà e chiederci perché, per chi, come, dove e quando lo possa e lo debba fare.

E il discorso diventa per me difficile fin dall'inizio, a cominciare dalla lettura in questa chiave del tema che mi è stato assegnato: cosa significa l'espressione "al servizio della persona"? Si tratta di una semplificazione verbale, o vuole rappresentare invece una specie di Nord magnetico della morale per orientare la bussola dei nostri comportamenti? Sono convinto che l'intento di questa conferenza sia piuttosto il secondo, la ricerca cioè di un indirizzo, di un percorso ideale, di una regola al tempo stesso pratica e morale nell'impiego dei mezzi che scienza e tecnologia ci mettono a disposizione.

Ma come dobbiamo intendere la "persona" di cui si parla? È la singola persona, o sono le persone? E in questo caso, parliamo del consorzio sociale cui ciascuno di noi appartiene, oppure del consorzio delle nazioni, del consorzio umano? Tutti questi sono composti di persone, ma il servizio alla persona singola non necessariamente collima, – o meglio, non è automaticamente compatibile – con il servizio ai diversi livelli di aggregazione di singole persone.

Un secondo ambito di incertezza riguarda il contesto in cui è collocata "la persona" al cui servizio ci proponiamo di porre la nostra scienza e la nostra tecnologia: non è la stessa cosa se parliamo della nostra esigente società occidentale, o delle poverissime società del Sud del mondo. In una regione d'Italia, la Toscana, per esempio, la disponibilità di alcune centinaia di strumenti sofisticatissimi per ecografia può essere giudicata insufficiente rispetto alla domanda di diagnostica, mentre conosco missioni di Suore francescane nell'Africa Centrale per le quali, in una regione più grande della Toscana, un vecchio ecografo rappresenta l'unica e avanzatissima punta di civiltà tecnologica, buona per distinguere un addome turgido per denutrizione da una gravidanza in atto. Allora, di cosa parliamo: del

primo contesto, del secondo, o di entrambi? Non è evidentemente la stessa cosa, ed il ventaglio di situazioni, tra questi due estremi, è ovviamente amplissimo.

Queste differenze ci portano, infine, ad un terzo livello problematico: quello della limitatezza delle risorse disponibili, che inevitabilmente, in tutte le società, e anche all'interno di contesti omogenei, pone, pur con diverse intensità, il problema dei criteri di indirizzo dell'intervento, tra gli estremi della disuguaglianza incontrollata e della piena solidarietà sociale, obiettivo per ora lontano anche nelle società più evolute. Tanto per pochi? Un poco per tutti? È chiaro che vorremmo tanto per tutti, ma in nessun contesto questo è possibile. E allora? Qual è il criterio ottimale, e cosa vuol dire ottimale? Si tratta di una misura etica o di una misura economica, parla la lingua del rapporto costi/benefici o quella della 'compassione'? Scrive Amartya Sen, grande studioso dell'economia dello sviluppo: "un uguale impegno per tutti comporta un trattamento molto ineguale dei più svantaggiati".

Ho tentativo di elaborare una risposta, ma non so se questa abbia colto e corrisponda allo spirito che ha ispirato la scelta di questo tema. La mia risposta è che "la persona" di cui qui si parla non è solo il singolo paziente cui il medico applica il processo di diagnosi e cura in base alle sue conoscenze ed ai mezzi disponibili, né tanto meno un anonimo numero in una asettica e rigorosa sperimentazione clinica su una popolazione di pazienti. Nell'un caso e nell'altro, e in tutti quelli in cui scienza e tecnologia si

volgono a migliorare il benessere o a lenire le sofferenze di qualcuno, piccolo o grande, ricco o povero, pigmeo o scandinavo, esse incontrano sempre un Uomo, per il quale le sofferenze indotte dalla malattia sono modulate dall'affettività e dalla cultura: un fardello di abitudini, paure, speranze, tradizioni, obblighi e responsabilità, dignità e pudori, che ne costituiscono il contesto esistenziale, da cui la scienza e la tecnologia medica non dovrebbero mai prescindere, e che devono comunque rispettare.

E mi ritrovo, allora, nelle parole di Seneca: "se il medico non fa altro che tastarmi il polso e considerarmi uno dei tanti pazienti, prescrivendomi freddamente ciò che debbo fare o evitare, io non gli sono debitore di nulla, poiché egli non vede un amico, ma solo un cliente".

Cercherò ora, con questa chiave interpretativa, di prospettare alcune riflessioni sul tema che mi è stato assegnato, cercando di focalizzarne le caratteristiche ai due estremi, quello dei paesi poveri del Sud del mondo, e quello dei ricchi paesi industrializzati. Questa riduzione a due poli rappresenta una semplificazione dialettica, essendo chiaro, come tornerò a dire tra poco, che ricchezza e povertà si mescolano in un ventaglio di situazioni intermedie, anche nello stesso contesto geografico e sociale.

Una prima considerazione: la salute non è solo e non è primariamente un problema di medicina. *A bello, fame et peste libera nos Domine*: pochi secoli sono trascorsi da quando, anche nel nostro continente, la domanda di salute e di sicurezza sociale si esprimeva in questi termini. Oggi gli orrori della fame, delle guerre, delle pestilenze, incontrano spesso il filtro dell'indifferenza nei confronti di qualcosa che in fondo non ci appartiene: questa indifferenza è appena scalfita dai crudi *reportages* televisivi, ma l'effetto è comunque smorzato dall'assuefazione allo spettacolo di violenza, reale o di *fiction*, cui cinema e televisione ci espongono quotidianamente, attenuando così la nostra capacità di compassione e di indignazione: e in ogni caso, di tutto ciò possiamo liberarci semplicemente azionando il telecomando.



Salute è prima di tutto incolumità fisica (penso agli orrori delle guerre tribali o del fanatismo religioso), nutrizione, cibo ed acqua: quindi agricoltura, irrigazione, igiene ambientale, sradicamento delle infezioni endemiche. Ciò è stato vero, fino a poco tempo fa, anche nei nostri paesi: sono passati solo cento anni, o poco più, dalla scoperta dei batteri e da quando Ernst Semmelweis rilevò l'incidenza delle cattive condizioni igieniche sulla mortalità ospedaliera, premessa fondamentale agli sviluppi e successi ulteriori della sanità. Tappe successive sono l'educazione e la promozione dei primi fondamenti della autosufficienza economica: solo su questi si può seriamente cominciare a parlare di medicina e di sanità secondo canoni a noi più vicini.

Fortunatamente, oggi non sono pochi gli studiosi che, con grande serietà, si dedicano con il necessario approccio globale allo studio dello sviluppo dei paesi del Sud del mondo: tra questi, in Italia, mi piace ricordare il lavoro svolto dal "Centro Studi Luca D'Agliano" di Torino.

In questi paesi, quindi, scienza e tecnica per la salute sono un problema medico solo in seconda istanza. Spesso le classi dominanti di questi paesi vedono la crescita sanitaria secondo un'ottica distorta: si vogliono creare centri di altissima specializzazione, per soddisfare l'orgoglio di bandiera, con intenti imitativi nei confronti dei paesi industrializzati: si vuole il centro di cardiochirurgia, ad esempio, dove ancora il problema delle infezioni endemiche è lungi dall'essere risolto e persistono drammatici problemi di nutrizione. La cooperazione Nord Sud, da questo punto di vista, non deve ripetere gli errori del passato: nessuno può negare le buone intenzioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dello slogan "*Health for All in Year 2000*" che ne ha ispirato l'azione negli ultimi vent'anni: questo miraggio, tuttavia, nella sua traduzione pratica, è stato anche generatore di ritardi, di false speranze e di approcci errati. Bisogna affrontare il problema con pragmatica gradualità: la nutrizione, l'educazione delle popolazioni, la formazione di quadri sanitari di

primo intervento. Questo non significa precludere il raggiungimento, in futuro, di obiettivi più avanzati, ma solo ribadire che questo potrà realizzarsi solo sul fondamento di una crescita complessiva. Via via che si avvicina e decolla l'autosufficienza, diviene importante formare quadri sanitari di livello più elevato assicurandosi contemporaneamente che si creino le strutture in cui questo personale possa applicare ciò che ha appreso. Fanno eccezione, naturalmente, gli interventi di emergenza in cui si distinguono i Medici Senza Frontiere, dove e quando la follia degli uomini pone in causa non il benessere ma la sopravvivenza stessa.

Per tornare al "servizio della persona", così come l'abbiamo prima definito, io credo che in questi paesi servire la persona significhi anche evitare bruschi cambiamenti rispetto alle tradizioni ed ai valori propri della società in cui si opera, non pretendere di imporre modelli estranei solo perché funzionano in contesti diversi, ed impegnarsi a fondo nei processi educativi, senza peraltro pretendere l'omologazione con i modelli occidentali.

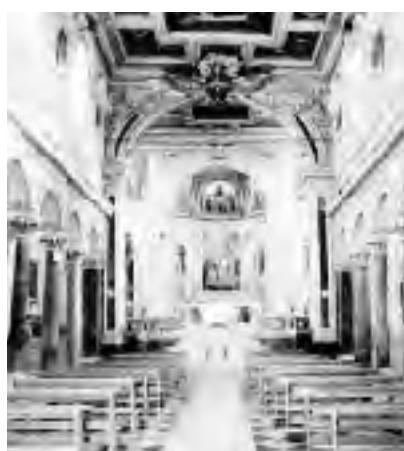
Infine, non posso tacere un problema che mi appare drammaticamente importante. Parlo del controllo delle nascite, della contraccuzione, o comunque della "procreazione responsabile". Alla mia cultura ed etica di medico risulta inaccettabile che una giovane donna possa morire di parto, magari dopo aver dato alla luce dieci creature di cui tre sole sopravvissute, come sovente accade, ad esempio, nell'Africa Centrale. Conosco bene l'impegno ammirabile delle missioni. Ritengo che l'umanità

debba molto a questi uomini e a queste donne che si sono votati ad un'impresa che quotidianamente e silenziosamente mette a repentina la loro vita per portare qualche sollievo e migliorare le condizioni di sopravvivenza di loro fratelli così sfortunati.

Rispetto la vita; ritengo inaccettabile che in alcuni paesi anglosassoni, ad esempio, si classifichino certi pazienti come NTBR (che vuol dire "da non rianimare"); respingo l'eutanasia, periodicamente riproposta alla discussione, come pratica inaccettabile; rifiuto di trattare con leggerezza il problema dell'interruzione di gravidanza: ma devo dire onestamente che non capisco, non capisco, non capisco di fronte a quale giudice, divino o terreno, si possano giustificare le morti evitabili di cui ho parlato, e non posso impedirmi di pensare che sarebbe stato meglio che quelle creature non fossero state concepite. Non mi pare neppure che il concetto stesso di "procreazione responsabile" possa applicarsi con le stesse regole in tutti i contesti. Mi rendo conto delle difficoltà che questa posizione incontra in questa sede, ma ho ritenuto doveroso dichiararla, per onestà intellettuale; tacerla mi sarebbe parso offensivo nei confronti di chi mi ha fatto l'onore di invitarmi, ed ha pensato quindi che le mie idee ed esperienze potessero essere di una qualche utilità ed interesse.

Vorrei ora parlare dell'altro estremo, quello dei paesi industrializzati. L'invecchiamento della popolazione, la sopravvivenza da malattie o eventi in passato mortali, la crescita delle tecnologie di diagnosi e cura disponibili, ha fatto sì che si assista ad un aumento continuo e di offerta e di domanda di salute: questo circolo, che in teoria si potrebbe definire virtuoso, diventa pernicioso per la lievitazione dei costi che induce, richiamando in continuazione nuovi interventi finanziari, organizzativi ed operativi, rischiando di generare la paralisi dell'intero sistema.

Il benessere crescente rappresenta poi un elemento di accelerazione del processo che ho testé descritto, in quanto bisogni che pochi decenni or sono sarebbero parsi impropri, marginali o addirittura



assurdi, vengono oggi sentiti come essenziali: penso alla eccessiva ‘psichiatrizzazione’ del disagio sociale o degli adattamenti individuali, così come alla esplosione delle ‘cure estetiche’, esempio di medicalizzazione dei problemi della percezione di sé. Questo fa sì che anche nei sistemi sanitari tendenzialmente solidaristici, come il nostro, vengano progressivamente introdotti oneri a carico del paziente, che, nonostante tutte le modulazioni possibili, finiscono col rendere più gravoso l’accesso al sistema sanitario delle fasce di popolazione a minor reddito. Tutti i paesi occidentali hanno questo problema, anche perché l’accresciuta disponibilità dei mezzi diagnostici induce ad una moltiplicazione spesso poco giustificata degli esami clinici e strumentali, e la forma di remunerazione, basata sul numero di prestazioni e di ricoveri, tende a moltiplicare le une e gli altri. Nei nostri paesi si è dato vita ad un vero e proprio consumismo sanitario, che genera sprechi considerevoli, e, determinando l’introduzione di meccanismi di copagamento da parte del paziente, rende inevitabilmente più difficile l’accesso alle cure da parte delle categorie più deboli, anche per prestazioni essenziali. Scenario, questo, tanto più grave se si considera che, oggi, tutti i paesi industrializzati hanno una loro parte di ‘Sud del mondo’, di soggetti cioè che vivono al di sotto della soglia di povertà e spesso neppure accedono, se non per emergenze estreme, al sistema sanitario.

Di nuovo, dunque, anche se per ragioni diverse rispetto ai paesi poveri del mondo, anche nei paesi ricchi la sanità si scontra con l’economia: il che significa che già oggi la gestione e l’uso della risorsa sanitaria, anche nei nostri paesi, è condizionata da fattori economici, e ancor più lo sarà in futuro. Per ovviare a questa deriva, sarà indispensabile, tra l’altro, il superamento degli egoismi di alcune categorie del personale addetto: quelli che in Italia, ad esempio, hanno portato a un rinnovo del contratto dei medici ospedalieri estremamente oneroso per la società. È vero, come tutti dicono, che l’organizzazione del sistema sanitario deve evolvere verso la ri-

duzione delle ospedalizzazioni, l’incentivazione della diagnostica preospedaliera e del trattamento postospedaliero domiciliare o in residenze sanitarie; ma anche le modalità d’impiego della risorsa umana e tecnologica devono essere radicalmente riviste.

Ma questo obiettivo richiede la soluzione di un problema ancora più profondo: nella medicina iperspecialistica di oggi va scomparsa, ed è una gravissima perdita, il medico generalista, il medico della persona, e ancora non si è inventato nulla di serio per contrastare questa tendenza. La verità è che anche nell’attuale (eccessivo) rigoglio della medicina strumentale, la qualità vera della medicina è pur sempre condizionata dalle modalità con cui avviene e si mantiene l’incontro tra il paziente ed il medico, due persone, ciascuna con la propria cultura, personalità, contingenze, problemi, ansie ed attese.

Negli ultimi decenni si è sminuita l’importanza del confronto medico-paziente, quasi si trattasse di moneta svalutata, se non già fuori corso: se ne parla con rimpianto, non tanto però come di un bene prezioso che si va perdendo, quanto piuttosto come delle buone cose del buon tempo andato, come dei merletti della nonna. L’incontro ovviamente avviene ancora: ma l’uno e l’altro tendono spesso a viverlo come una formalità burocratica introduttiva ai regni dove vive quella che si ritiene essere la vera medicina, dove le analisi strumentali scandiscono i loro schematici, impietosi e categorici giudizi di normalità e anormalità. Così i due momenti, quello umano e quello tecnologico, tendono sempre più a divaricarsi: una delle maggiori sfide che ha oggi di fronte la medicina, è proprio quello della riconciliazione tra dimensione umana e dimensione tecnologica. E questo non solo dal punto di vista etico-umanitario, ma per l’efficacia della stessa medicina tecnologica. Senza il filo d’Arianna del rapporto col medico che sa vagliare, giudicare e decidere sulla base della sua conoscenza personale del paziente, quest’ultimo rischia di perdere nel labirinto delle tecnologie, di ridursi ad un coacervo di numeri, tracciati e immagini tra loro spesso irrelati, di inseguire non più

un benessere soggettivamente percepibile, ma la normalizzazione di questo o quest’altro parametro. Senza questo rapporto, la percezione della differenza tra il possibile, l’utile e l’opportuno per il singolo paziente, nel suo particolare contesto, con le sue aspettative – personali, familiari, sociali – potrà condurre e purtroppo spesso conduce a mettere in atto interventi inappropriati, solo perché fattibili.

Anche in questa nostra società occidentale sussiste quindi, ed ha altissima rilevanza, il problema di ricondurre la medicina “al servizio della persona”.

Per chiudere, voglio tornare brevemente ai giudizi di valore sul progresso scientifico e tecnologico, soprattutto nella medicina.

La mia opinione – l’opinione di uno che ha ormai mezzo secolo tra ricerca scientifica e cura dei pazienti – è molto semplice: non si può e non si deve frenare in alcun modo l’insopprimibile vocazione dell’uomo a perseguire “virtute e conoscenza”. Ma quando lo sviluppo delle conoscenze, o gli strumenti che ne derivano, sono suscettibili di forzare “metabiologicamente” il sistema uomo; quando le implicazioni economiche di nuovi procedimenti sono tali da mettere a rischio il complesso delle risorse finanziarie complessivamente disponibili per la salute; quando i risultati attesi in termini di qualità di vita siano dubbi, o il costo delle sofferenze che l’intervento richiede sia mal commisurabile con i possibili benefici, allora, al di là di ogni suggestiva evidenza sperimentale e di ogni ipotesi teorica, l’analisi delle implicazioni, di ogni natura, della scienza e della tecnologia, deve essere estremamente severa.

Vorrei chiudere questa mia presentazione ringraziando ancora per l’invito; anche perché questo mi ha obbligato, come non abbastanza spesso capita di fare, presi come siamo dal convulso impegno quotidiano, a guardare dentro ai mezzi, ai fini, ai valori del nostro lavoro di medici e scienziati.

Prof. LUIGI DONATO
Professore di Malattie Cardiovascolari
Scuola Superiore di Studi
e di Perfezionamento S. Anna
Direttore dell’Istituto di Fisiologia
Clinica del CNR, Pisa

CORRADO MANNI

Tecnologia o tecnicismo per la società del terzo millennio?

Introduzione

Sul finire di questo secondo millennio la medicina si trova di fronte ad una svolta. Mai come in questi ultimi cento anni la scienza medica è stata trovata così vicina alla malattia e così lontana dal malato.

Da un lato, i progressi della medicina clinica hanno portato ad una serie di successi terapeutici senza precedenti: molte malattie, una volta considerate flagelli inevitabili, sono state debellate, portando, soprattutto nei Paesi occidentali, ad un benessere e ad una durata della vita mai conosciuti dall'umanità. Contemporaneamente le discipline di base, come la biologia e la genetica, ci hanno condotto molto vicino alle radici della vita, al punto da sollevare talora inquietanti interrogativi filosofici, giuridici e morali; basti pensare ai problemi sollevati dalla procreazione assistita e dalla manipolazione genetica.

Ma, in stridente contrasto con i trionfi della scienza medica, assistiamo contemporaneamente ad una crescente insoddisfazione, sia da parte del malato che del medico: il primo si sente sottoposto ad un'assistenza sanitaria alienante che, se da un lato cura con efficienza crescente la malattia fisica, dall'altro accentua di pari misura la sensazione di isolamento e dipendenza psicologica che alla malattia si associa; il secondo, preoccupato di mantenere il proprio aggiornamento professionale al passo con i tempi, impegnato nei sempre più complessi algoritmi diagnostico-terapeutici delle moderne discipline cliniche, sente sfuggirgli il contatto con il malato,

con la vera natura umana di quest'ultimo, per divenire l'ingranaggio di un meccanismo impersonale che eroga la sanità come un qualsiasi servizio pubblico, annullando la delicata dialettica del rapporto medico-paziente.

Le ragioni di questa situazione sono fondamentalmente quattro e possono essere così riassunte:

1. la radicale trasformazione epistemologica subita dalla medicina moderna e l'influsso delle discipline di base, protagoniste del progresso della medicina;
2. i problemi didattici attuali dell'area medica;
3. la massificazione e burocrazizzazione dell'assistenza medica;
4. la perdita del significato trascendente dell'esistenza.

La nascita della medicina moderna come scienza

L'età moderna ha assistito ad una evoluzione senza precedenti delle conoscenze mediche; questa evoluzione, iniziata lentamente nel XVII secolo con le prime scoperte della fisiologia, e proseguita poi più rapidamente dalla metà del XIX secolo, ha assunto nel XX secolo un ritmo vertiginoso.

Questa evoluzione non si spiegherebbe in assenza della radicale modifica, in senso metodologico subita dalla medicina nel corso dei secoli XVII e XVIII, che l'hanno portata ad assumere una rigorosa impostazione scientifica, benché in ritardo rispetto ad altre discipline. Mentre infatti le basi scientifiche della matematica e della geometria erano state gettate già ai tempi dell'antica Grecia, alle soglie dell'Evo moderno la medicina

stentava ad affermarsi come vera scienza; essa infatti veniva ancora considerata talora un'arte (*ars medica*), talora una materia filosofica, perché derivata dalla fisiologia, allora branca della filosofia.

È significativo osservare come proprio uno dei padri della rivoluzione scientifica del XVII secolo, René Descartes, scrivesse nel suo Discorso sul Metodo che, dopo aver scoperto la propria propensione per le scienze esatte avesse scartato l'idea di dedicarsi a quelle "altre scienze... che attingono dalla filosofia i loro principi" (la medicina e la giurisprudenza, considerate allora affini); e proseguiva dicendo: "ritenevo infatti che su fondamenti così malfermi non si potesse costruire nulla di saldo... e, d'altra parte pur non ostentando disprezzo per la gloria, non facevo nessun conto di quella che solo con falsi titoli si può acquistare"¹. Questo giudizio severo riflette l'aura di scarsa fiducia, di diffidenza, quando non addirittura di ciarlataneria di cui la categoria dei medici era allora circonfusa; e l'effettiva scarsità di mezzi diagnostico-terapeutici allora a disposizione, la cui efficacia non veniva mai sottoposta ad una seria verifica, lo rende perfettamente comprensibile.

Ma nei due secoli successivi le cose cambiarono radicalmente: l'introduzione del metodo sperimentale nell'osservazione dei fenomeni, la loro quantificazione e corretta interpretazione hanno consentito i progressi che tutti conosciamo. Le anticipazioni frammentarie delle migliaia di predecessori della medicina scientifica sono andate improvvisamente al loro posto come i pezzi di un mo-

saico e nello stesso tempo gli innumerevoli errori a cui esse erano frammischiate sono apparsi in tutta la loro evidenza. A partire da qui ha avuto origine una conoscenza clinica mai prima presente circa le forme, le manifestazioni, i decorси delle malattie e la comprensione verificabile, anatomica e fisiologica, degli eventi patologici. E, grazie al concomitante progresso tecnologico, la medicina si è trovata finalmente a disposizione degli strumenti terapeutici in grado di controllare efficacemente il decorso della maggior parte delle malattie.

Tutto questo non è stato privo di effetti sulla formazione mentale del medico: dal medico "umanista" e "filosofo" si è passati alla figura del medico "tecnicista", "organicista", figlio della mentalità positivista che raggiunse il suo apogeo nel XIX secolo. La sua cultura è rigorosamente scientifica ed immanente: l'approccio al problema clinico è analitico e finalizzato alla ricostruzione del processo patologico responsabile del quadro obiettivo che ha di fronte, per individuarne la causa e quindi la terapia più efficace. In tale prospettiva tutto ciò che non riguarda il processo diagnostico-terapeutico è irrilevante, inclusa la partecipazione emotiva alle vicende umane del paziente da parte del medico, che potrebbe anzi gravemente alterarne la serena obiettività di giudizio.

Così la razionalizzazione naturalistica porta a misconoscere alla malattia qualsiasi carattere storico e personale; essa è significativa per il medico soltanto in quanto "caso clinico", privo di qualunque dimensione antropologica.

Ma questa concezione porta alla negazione di uno dei caratteri più evidenti della malattia: quella di essere cioè nello stesso tempo malattia del corpo e della psiche, e che senza curare entrambi gli aspetti non si può restituire la salute al paziente, poiché nel concetto di "salute" è incluso il benessere sia fisico che psichico.

Tentare di alleviare le sofferenze fisiche di un paziente negando ad esso la comprensione della sua vicenda umana vuol dire accentuarne le sofferenze spirituali, rischiando di fallire l'obiettivo del-

la vera guarigione.

Peraltra, proprio all'inizio dell'ultimo secolo di questo millennio l'avvento della psicoanalisi ha gettato una nuova luce sull'interdipendenza tra psiche e soma. La scoperta della componente psicosomatica di molte malattie e, soprattutto, la constatazione dell'efficacia terapeutica della volontà del malato di guarire hanno contribuito non poco alla revisione degli eccessi positivistici del secolo scorso. Eppure queste scoperte, anche se ormai suffragate da solide dimostrazioni scientifiche e successi terapeutici, stentano a tradursi in reali innovazioni nella mentalità e nella pratica medica quotidiana; il medico di oggi tende ancora a mantenersi rigidamente "somatocentrico", negando gli aspetti psicologici della malattia o, quando essi divengono così evidenti che è impossibile negarli, delegandoli ad uno specialista. Tale atteggiamento nei confronti del problema, se da un lato dimostra l'incapacità ad affrontarlo, dall'altro accentua il dualismo concettuale tra psiche e soma, riducendo, al limite, il disagio spirituale del paziente ad un problema tecnico come gli altri, da affrontare con opportune terapie.

Le radici didattiche del tecnicismo in area medica

Non possiamo stupirci del ritardo culturale del medico di oggi, se consideriamo che la dimensione antropologico-etica è quasi assente dalla sua formazione; i programmi universitari della Facoltà di Medicina attendono da oltre mezzo secolo di essere aggiornati, e la riforma della cosiddetta "Tabella XVIII" non ha portato significative modificazioni da questo punto di vista.

Il Corso di Laurea in Medicina resta il più lungo dell'intero Ordinamento Scolastico, ed uno dei più sfibranti: le nozioni, già numerosissime, aumentano di anno in anno, sotto la pressione della ricerca scientifica, e la necessità di aggiornarle non lascia a volte al docente la possibilità di operare l'indispensabile sintesi e l'inserimento dei dati nuovi in un organico modello teorico; i testi su cui ha

studiato il laureando risultano non di rado già obsoleti per la "matricola" del suo stesso Corso; la mente dello studente è talmente occupata dallo studio mnemonico ed il suo tempo così occupato dagli orari di lezione che manca il tempo per una riflessione più approfondita sul vero oggetto del proprio studio: l'uomo. La stessa capacità critica in senso strettamente clinico è posta in pericolo da questa enorme massa di nozioni e dalla crisi della didattica.

Il corpus delle nozioni mediche è tale da rendere ormai indispensabile la specializzazione. La figura del medico generico è praticamente scomparsa. Gli stessi insegnamenti fondamentali del corso di Laurea sono spesso suddivisi in corsi paralleli tenuti da diversi specialisti; in ogni disciplina coesistono diverse specializzazioni e, nei Corsi di Specializzazione, diversi indirizzi.

Questa suddivisione accentua il carattere organicistico della medicina odierna: ogni specialista si focalizza sulla propria area di competenza, ed i medici tendono progressivamente a divenire sempre più curatori di organi. Ed è doppiamente difficile cogliere l'uomo-paziente nella sua integrità se esso viene visto semplicemente come un insieme di organi.

Ad aggravare ulteriormente il problema contribuisce senza dubbio l'enorme sovraffollamento delle Facoltà di Medicina, che, se è giunto ad ostacolare la frequenza alle lezioni, tanto più rende difficile instaurare nei reparti un corretto rapporto con il malato. La capacità di rapportarsi correttamente al paziente è unanimemente riconosciuta, in via teorica, come una prerogativa fondamentale del medico; ma per essere appresa essa richiede sia il quotidiano contatto con il malato sia la frequenza di un tutore che trasmetta al discente la propria capacità critica e l'atteggiamento etico attraverso l'esempio. Per dirla con le parole di Jaspers "L'umanità del medico si tramanda grazie alla sua personalità, impercettibilmente, istante dopo istante, attraverso il suo modo di agire e di parlare, attraverso lo spirito che regna in un reparto". Ma questa umanità, frutto della sensibilità etica e di un maturo

giudizio dell'esperienza, non è inquadrabile nei programmi d'esame, nelle direttive ministeriali; non è quantificabile in un voto numerico; di conseguenza difficilmente trova posto nella valutazione di un candidato all'esercizio della professione medica.

La modifica del rapporto sociale medico-paziente

Queste tendenze alla scolarizzazione ed alla iperspecializzazione sono peraltro le tendenze generali della nostra epoca, basata sull'organizzazione collettiva e sull'esaltazione del risultato. Questi principi non hanno mancato, peraltro, di modificare radicalmente anche l'organizzazione dell'assistenza sanitaria ed il rapporto medico-paziente. In passato, infatti, tale rapporto era strettamente individuale: il medico curava il limitato numero di pazienti che se ne potevano assicurare i servigi e ne conosceva a fondo la storia clinica e personale; la sua figura era quella del consigliere privato o familiare più che quella dell'erogatore di prestazioni. Le modifiche di ordine sociale ed economico avvenute nel corso di questo secolo, se da un lato hanno consentito un risultato di enorme importanza, quale l'estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione, hanno avuto come conseguenza una alterazione radicale della modalità con cui questa assistenza viene realizzata. Per dirla ancora con Jaspers: "Con lo svincolo degli strumenti medici dalla proprietà privata e la loro libera messa a disposizione del singolo, l'azione del medico viene organizzata in forma di impresa. Fra medico e malato si inseriscono cliniche, mutue e laboratori. Sorge un mondo che rende possibile una pratica medica immensamente accresciuta nella sua efficacia, ma contrastante poi con la condizione stessa di medico. I medici diventano funzioni... fra medico e malato si inseriscono dei poteri alle cui regole devono attenersi entrambi".

Questa assistenza pianificata – che, ripetiamo, è cosa in sé positiva per la possibilità di ottimizzare le risorse, migliorare i risultati e

facilitare lo scambio delle informazioni – lascia però poco spazio al rapporto personale tra paziente e curante: a cominciare dai sovrappiatti ambulatori dei medici di base fino agli ospedali, dove, è stato detto, "...le malattie vengono suddivise per reparti come le merci di un supermercato; e i medici, passando di letto in letto come una catena di montaggio, si dedicano a scoprire le cause del guasto per riparare l'organo malato"⁴.

Questa medicina organizzata fa un uso sempre più vasto di strumenti diagnostici, che rischiano di sopraffare la capacità di analisi critica del caso. Da un lato la scarsa esperienza clinica di taluni medici, causata dai problemi didattici che abbiamo prima enumerato, dall'altro la pressione delle industrie, il cui potere economico si intreccia sempre più con quello politico e culturale, fanno sì che cresca la tendenza alla prescrizione di indagini diagnostiche e presidi terapeutici a volte inutili, oltre che spesso costosi o indaginosi. Nel frequentatore sfiduciato dell'ambulatorio medico ciò incrementa la sempre più spiccata tendenza all'autodiagnosi ed all'autoterapia: non è raro che il paziente si rechi dal medico mutualista chiedendo semplicemente a questi di prescrivergli un esame, senza altre spiegazioni. Nel paziente ricoverato in ospedale questo processo si traduce in una serie di procedure ed accertamenti che non comprende e che lo disorientano, quando non addirittura gli infliggono sofferenze che, in mancanza di una adeguata motivazione, possono apparirgli manifestamente senza scopo.

Ma se questa tendenza è frutto di sofferenze per il malato, lo è anche per il medico, che si sente privato del suo vero ruolo di artefice della salute del paziente, di intermediario tra lui e la sua malattia. La negazione della sfera umana del paziente nega al medico anche le gratificazioni che il contatto con essa comporta; preso da un meccanismo impersonale, limitato nelle sue competenze di curante dalle esigenze della superspecializzazione e della interdisciplinarietà, quasi spodestato nelle sue possibilità diagnostiche e critiche dall'abuso degli esami strumenta-

li, ed infine limitato nei suoi contatti con il paziente dall'intenso *turnover* dei reparti e dal ritmo di lavoro stressante a cui è sottoposto, il medico può arrivare a sentirsi frustrato, perfino superfluo. Questi sono i pericoli della "mutazione antropologica" della medicina.

Purtroppo, l'abuso di mezzi tecnologici è una delle cause che ha portato, in questi ultimi anni ad un aumento preoccupante della spesa sanitaria. E in questi tempi di crisi del modello economico occidentale le istanze di riforma finalizzate alla riduzione del deficit pubblico trovano nelle spese sanitarie uno dei principali capi d'accusa; ma a causa delle pressioni economiche cuiabbiamo accennato il rischio maggiore è che, invece di razionalizzare l'uso delle tecnologie, tali istanze si traducano in una riduzione dell'assistenza sanitaria nei confronti della parte più debole della società, i malati cronici, terminali, o privi di risorse economiche. Ed il tecnicismo fornisce nello stesso tempo involontariamente la giustificazione teorica di questo atteggiamento: misurata con i parametri della mera efficienza, l'assistenza sanitaria a malati senza possibilità di guarigione, o sottoposti a fattori di disagio socio-economico che peggiorino la prognosi delle loro malattie, può sembrare uno spreco di risorse; il riduzionismo in chiave puramente corporale del malato attenua le riserve di ordine etico⁵.

Il rifiuto della morte nella società moderna

Ma c'è un altro aspetto del tecnicismo i cui presupposti non sono tanto di natura scientifica quanto sociale e culturale: esso rappresenta la facciata dietro la quale si nasconde il rifiuto della morte della società moderna.

La grande fiducia nel progresso scientifico ha prodotto in molti di noi l'illusione che le possibilità del sapere umano siano illimitate. Molti sogni dell'antichità, una volta riservati allo spazio ristretto dell'invenzione poetica, sono stati realizzati: l'uomo è riuscito a volare, a conquistare la Luna, a trasmettere suoni ed immagini a

grande distanza, a risolvere i più complessi problemi scientifici grazie all'aiuto di elaboratori elettronici. Un solo, antico mito resiste inviolato: l'immortalità. Anche se la medicina è riuscita a prolungare la sopravvivenza media della specie umana, il presunto obiettivo finale ancora sfugge e, al momento, non appare possibile né, forse, desiderabile, allungare indefinitamente la nostra esistenza terrena. Eppure, la psicoanalisi ci dice che nel profondo del nostro inconscio noi ci consideriamo immortali; la consapevolezza della fine della propria vita, pur affiorando alla nostra coscienza come una certezza inoppugnabile, trova difficoltà ad essere pienamente accettata, e solo l'ignoranza del momento esatto in cui essa avverrà ci consente di sopportarne l'esistenza.

Peraltro, numerosi motivi di carattere sociologico tendono a rendere sempre più inaccettabile per l'uomo di oggi il pensiero della morte. Infatti, in una società opulenta e produttivistica come quella occidentale, dove il benessere materiale è troppo spesso esaltato ad 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 incomprensibile 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 alla tendenza ad ospedalizzare la malattia si nasconde spesso anche il tentativo di nascondere questa dimensione dolorosa agli occhi della società, così come in certi idilliacci campisanti americani si tenta di nascondere, dietro prati in fiore allietati da musica classica, la drammatica realtà della morte⁶.

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 impedisce a questa realtà di verificarsi, dall'altro ha reso l'uomo odierno sempre più impreparato ad affrontarla, ed ha accentuato le sofferenze del morente, che deve sopportare le conseguenze morali e materiali dell'isolamento di cui troppo spesso è fatto oggetto⁷.

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; ciò è perfettamente comprensibile, anche se tutti i medici sono consapevoli fin dall'inizio che non è sempre possibile salvare la vita dei pazienti a loro affidati. Tuttavia, proprio la tendenza a considerare la morte dei propri pazienti come espressione di un insuccesso terapeutico costituisce una delle motivazioni principali a ritardare, con tutti i mezzi possibili, il momento del decesso. Allora il tecnicismo per il medico diviene lo schermo per mascherare il suo insuccesso terapeutico, – vero o presunto – la sua frustrazione: si combatte l'insufficienza di singoli organi dimenticandosi che tutto il corpo muore.

Anche l'organicismo 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 complananza finale di una patologia e non il naturale termine della vita.

Vediamo, quindi, come i fattori prima descritti siano strettamente interconnessi: il tecnicismo e l'organicismo 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.

Problematiche specifiche in ambito rianimativo

Strettamente connesso al tecnicismo è il problema dell'accanimento terapeutico, specialmente nel campo della terapia intensiva, per il sussistere di particolari condizioni.

In primo luogo la stessa *forma mentis* del medico anestesista-rianimatore gli rende difficile arrendersi; egli è abituato a difendere la vita anche nelle condizioni più avverse. Alla aggressione diagnostico-terapeutica dell'intensivista deve essere dato, naturalmente, il suo giusto significato: essa è resa necessaria dalla gravità e dal carattere rapidamente evolutivo dei quadri clinici che deve trattare, ed il suo obiettivo è quello di una pronta diagnosi per una terapia mirata ed efficace.

Peraltro, il progresso tecnico-scientifico conosciuto in questi ultimi anni dalla terapia intensiva ha posto a disposizione del medico rianimatore, più che di ogni altro specialista, strumenti di supporto meccanico e farmacologico che consentono di sostenere in modo sempre più efficace e durevole le funzioni vitali dell'organismo umano una volta che queste siano venute meno.

Addirittura, è oggi possibile mantenere integre le funzioni somatiche extracerebrali – sia pure per periodi limitati – anche in pazienti in cui l'attività cerebrale sia irrimediabilmente cessata, ossia nei pazienti in "morte encefalica". Questa assistenza intensivistica ad



un paziente a tutti gli effetti deceduto – è bene ricordarlo – non può essere finalizzato che al prelievo degli organi, essendo ingiustificata sul piano etico qualsiasi altra finalità. Possiamo dire anzi che il paziente in morte encefalica rappresenta la personificazione più estrema della deformazione organicistica e tecnicistica della medicina: un *soma* interamente dipendente dalla terapia in cui una malintesa tecnologia può mantenere una parvenza di vita anche quando questa è cessata.

Questa è la condizione che più chiaramente configura l'accanimento terapeutico: esso – lo ricordiamo – può essere definito come “un trattamento 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”⁸.

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 un trattamento, che, in quanto tale, dovrebbe essere finalizzato al benessere del paziente medesimo. Questo concetto è espresso anche nel Nuovo Codice Italiano di Deontologia Medica⁹, ove, all'Art. 13, l'accanimento diagnostico-terapeutico è definito come “...ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per il paziente o un miglioramento della qualità della vita”.

È evidente, peraltro, che una terapia utile, quale che sia la sua complessità, non potrà mai configurarsi in un atteggiamento di 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, non esplicitamente conte-

nuto nella definizione del Codice Deontologico, 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.

In conclusione, così come non è la complessità o l'aggressività della terapia a configurare l'accanimento terapeutico, ma la sua proporzionalità con le effettive condizioni del paziente, allo stesso modo non è l'elevato impiego della tecnologia a configurare il tecnicismo, ma la finalità a cui essa è diretta: il medico “...deve guardare a tutte le tecnologie con distacco,

come a dei semplici mezzi da scegliere quando servono per uno scopo specifico”¹⁰. Tale scopo, ribadiamo, deve essere quello di curare il malato, e non la malattia.

Il ritorno all'approccio ippocratico e la visione cristiana

La revisione critica del tecnicismo ha portato ad una riscoperta dell'antico approccio ippocratico della medicina: in questa prospettiva olistica, la malattia non è un semplice fenomeno organico, ma traduce lo squilibrio dell'uomo con il suo corpo e con l'ambiente che lo circonda, e il medico deve curare il paziente nella sua globalità, con la collaborazione del paziente stesso: al rapporto paternalistico e positivistico di dipendenza si contrappone quello di interdipendenza nella dialettica medico-paziente.

La contrapposizione tra questi due modi di fare medicina appare chiara già ai tempi degli antichi Greci: nelle Leggi, Platone distingue tra il medico schiavo per gli schiavi ed il medico libero per i liberi. Il primo esamina i suoi malati schiavi nei luoghi di cura; non indica mai la ragione di alcuna malattia né si lascia istruire in proposito dal malato; prescrive in fretta ciò che ritiene opportuno poi corre da un altro schiavo malato. Il secondo si prende cura delle persone libere; analizza le loro malattie muovendo dalle loro cause attraverso il colloquio con il malato nonché con quelli che gli sono più prossimi. Istruisce il paziente sulla sua malattia nei limiti in cui egli è in grado di recepirla e non prescrive rimedi prima di condurre il paziente a condividerne l'efficacia. Il malato vuole sapere per poter decidere autonomamente. La sua fiducia è notevole, ma non è cieca. Narra un antico aneddoto che Aristotele ammalato si rivolse al medico che gli prescriveva una terapia dicendo: “dimmi le ragioni del tuo agire e, se sarò persuaso, le seguirò”.

Un tale rapporto non può sussistere senza un reale rispetto reciproco, il quale presuppone a sua volta la conoscenza del malato nella sua globalità, senza riduzionismi.



Tale recupero di una dimensione più "umana" del rapporto medico-paziente assume naturalmente un significato nuovo nella prospettiva cristiana della carità: curare la malattia rappresenta un'occasione di fare dono al prossimo di uno dei beni più grandi, la salute, appunto, intesa come benessere fisico e morale, restituendo all'uomo malato la sua dignità. "L'approccio pieno di umanità e di amore al malato, sollecitato da una visione integralmente umana della malattia e avvalorato dalla fede, s'iscrive in questa efficacia terapeutica del rapporto medico/malato"¹¹. L'operatore sanitario deve curare i rapporti con il paziente in modo tale che il suo senso umanitario rafforzi la professionalità e la competenza sia resa più efficace dalla capacità di comprendere il malato.

La comprensione dei reali bisogni del malato è un presupposto fondamentale dell'etica medica. Essa garantisce tra l'altro che la tecnica a disposizione del medico resti limitata alla sua natura di strumento: un mezzo interposto, appunto, mai un fine da perseguire per se stesso.

Le possibilità tecniche devono misurarsi con la liceità etica, che ne stabilisce la compatibilità umana, ossia il loro effettivo impiego a tutela e rispetto della dignità della persona umana. La scienza e la

tecnica "non possono da sole indicare il senso dell'esistenza e del progresso umano. Essendo ordinate dall'uomo da cui traggono origine e incremento, attingono dalla persona e dai suoi valori morali l'indicazione delle loro finalità e la consapevolezza dei loro limiti"¹².

È per questo che "la scienza deve essere alleata della sapienza. La scienza e la tecnica sono oltranziste, spostano cioè ogni giorno più avanti le loro frontiere. La sapienza e la coscienza tracciano per esse i limiti invalicabili dell'umano"¹³. "L'epoca nostra, più ancora che i secoli passati, ha bisogno di questa sapienza, perché diventino più umane tutte le sue nuove scoperte"¹⁴. Diceva Ippocrate che il medico deve amare la sapienza: *iatros philosophos isotheos*, il medico che fa il filosofo è pari ad un dio. Come medico, infatti, si avvale del sapere scientifico, non con l'atteggiamento di chi si sente onnipotente, di chi si professa *sophos*, il sapiente, ma del *filo-sophos*, colui che ama ogni forma di sapere perché conosce i limiti del proprio sapere, e non si stanca di accrescerlo.

Prof. CORRADO MANNI
Direttore Istituto Anestesiologia
e Rianimazione
Università Cattolica del Sacro Cuore,
Roma

Bibliografia

¹ DESCARTES R., *Discorso sul metodo*. Laterza, Bari, 1976, p. 59.

² JASPERS K., *Die Idee des Arztes*, Schweizerische Arztzeitung, 1953, 27. Conferenza tenuta alla cerimonia per la celebrazione della Giornata Svizzera del Medico, Basilea, 6 giugno 1953.

³ JASPERS K., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, ed.it: *Il medico nell'età della tecnica*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991, p.43.

⁴ SPINSANTI S., *Antropologia cristiana*, EOU Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, 1981, p. 17.

⁵ SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica*, vol.1. Fondamenti ed etica biomedica. Vita e Pensiero, Milano, 1988, p. 208.

⁶ WAUGH E., *The Loved One*, London, 1948.

⁷ PETRINI M., *Accanto al morente*, Ed. Vita e Pensiero, Milano, 1990.

⁸ MANNI C., *Accanimento terapeutico: definizione e aspetti scientifici*. Atti del convegno AMCI-ACOS "Accanimento terapeutico: un concetto da precisare" Roma, 1990.

⁹ FEDERAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI, *Codice di Deontologia Medica*, Bollettino dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, 7/8 Suppl. 1995.

¹⁰ REISER S.J., *La medicina ed il regno della tecnologia*, Milano, 1983, p. 316.

¹¹ PONTIFICO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano, 1994, p. 77. Cfr. Giovanni Paolo II, *Motu proprio Dolentium hominum*, 11 febbraio 1988, in Insegnamenti VIII/1, p. 474.

¹² SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istruz. *Donum vitae*, 22 febb. 1987, in AAS 80 (1988), p. 73.

¹³ PONTIFICO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano, 1994, p. 41-42.

¹⁴ CONC. ECUM. VATICANO II, Costit. Past. *Gaudium et spes*, n°15.



SILVIO GARATTINI

Le “nuove” terapie in medicina

I progressi della medicina in campo terapeutico sono stati in questi ultimi decenni certamente più significativi rispetto ai precedenti millenni grazie all'affermarsi della ricerca scientifica che ha permesso di sviluppare le conoscenze di base ed al tempo stesso applicare queste conoscenze allo sviluppo di terapie farmacologiche ed alla dimostrazione della loro efficacia attraverso gli studi clinici controllati. Un lungo elenco di malattie, che oggi possono essere curate in buona percentuale, rappresenta il risultato di questo sforzo condotto in modo sinergico da laboratori sperimentali e centri di ricerca clinica di tutti i paesi industrializzati. Molte speranze derivano oggi dallo sviluppo della biologia molecolare che attraverso l'identificazione di strutture geniche e proteiche offre alla moderna farmacologia

nuovi *targets* da attivare o da inibire nella certezza che ciò si tratterà, in tempi difficili da prevedere, in una disponibilità di nuove forme terapeutiche. La tabella 1 qui di seguito riportata riassume seppure in modo schematico alcune delle forme più promettenti di intervento, avvertendo che tutto ciò è destinato a modificarsi con grande velocità.

Questa relazione intende tuttavia evitare trionfalismi ed elenchi di possibili prossime scoperte per concentrarsi – più appropriatamente in questa sede – su di una serie di considerazioni che vogliono evidenziare come le nuove terapie non sempre siano tali da soddisfare le esigenze di tutti gli ammalati, ma piuttosto – con le dovute eccezioni – gli interessi delle grandi multinazionali industriali del farmaco.

Tabella 1 – Linee di sviluppo della moderna biotecnologia ed esempi di nuovi prodotti³

- Nuovi agenti terapeutici di natura proteica (prodotti ricombinanti).
- Nuove strategie e nuovi prodotti in grado di modulare l'azione di geni specifici (terapia genica, oligonucleotidi antisenso).
- Nuove strategie e nuovi composti in grado di bloccare l'attività di peptidi e proteine ad attività biologica (anticorpi monoclonali, recettori solubili, selex).
- Nuovi approcci per lo screening di molecole derivate dalla chimica organica di sintesi (combinatorial chemistry).
- Nuove metodologie per lo sviluppo razionale di molecole di tipo classico derivate dalla chimica organica di sintesi (rational drug design).

Prodotti clinicamente disponibili

Insulina, ormone della crescita (hGH), eritropietina (EPO), granulocyte-macrophage-colony-stimulating factor (GM-CSF), granulocyte-colony-stimulating factor (G-CSF), interferone α , interferone β , interferone γ , Follicular Stimulating Hormone (FSH), interleuchina-2.

A livello sperimentale

citochine anti-infiammatorie: antagonista recettoriale dell'interleuchina-1 (IL-1ra), interleuchina-4, interleuchina-6, interleuchina-10, interleuchina-13.
fattori di crescita: fattore della crescita neuronale (NGF), trombopoietina (TPO), basic fibroblast growth factor (bFGF), acidic fibroblast growth factor (aFGF),

Per quanto riguarda il livello di innovazione, una recente ricerca¹ dimostra che su circa 1000 prodotti farmaceutici registrati in Italia nel periodo 1984-1992 meno del 2% di tali prodotti aveva la caratteristica di rappresentare un miglioramento rispetto alle terapie già disponibili. Per questi ultimi anni, se si analizzano i prodotti registrati con procedura centralizzata europea nel periodo gennaio 1995 - maggio 1997, si arriva alla conclusione che solo n. 6 principi attivi rispetto a n. 31 prodotti farmaceutici autorizzati alla commercializzazione rappresentano un reale progresso, documentabile in qualche forma di vantaggio per l'ammalato.

Esiste anche un grande divario fra ciò che viene prodotto in termini di ricerca da parte dell'industria farmaceutica (che tradizionalmente si occupa dello sviluppo di nuovi farmaci) rispetto alle necessità terapeutiche dell'ammalato ed in qualche misura degli interessi del Servizio Sanitario Nazionale che gestisce le terapie pagandole a vantaggio dei pazienti.

Malattie rare

Esistono circa 5000 malattie che possono considerarsi rare perché appaiono con bassa frequenza, anche se ciò che è raro in una certa area geografica può essere relativamente frequente in un'altra area. Stati Uniti e Giappone hanno utilizzato parametri diversi per definire le malattie rare (rispettivamente uno su mille e uno su diecimila) mentre in Europa si è preferito evitare un riferimento numerico. Le malattie rare sono in gran parte di origine genetica e sono

identificabili in tutte le specializzazioni mediche. Le conoscenze su queste malattie sono relativamente scarse anche se, recentemente grazie a progetti come il Teletthon, sono stati fatti molti progressi nella identificazione di carenze o modificazioni geniche. Le malattie rare possono essere anche di origine ambientale, in rapporto con particolari situazioni di inquinamento locale. In generale esistono poche terapie per le malattie rare e spesso si tratta di terapie non convalidate; ad esempio la tabella 2 riporta tutte le terapie che di volta in volta sono state utilizzate nel trattamento della uremia emolitica. In realtà è molto difficile che si possano sviluppare terapie specifiche visto che il *know-how* per queste attività esiste fondamentalmente solo nell'industria farmaceutica e che l'industria non può essere interessata a mettere a disposizione considerevoli risorse che non possono dare ritorni economici adeguati. In questo senso le malattie rare sono state definite "antieconomiche" ed i farmaci per le malattie rare sono di solito denominati farmaci "orfani".

Tabella 2 – Tentativi terapeutici per la sindrome uremica emolitica e la porpora trombotica trombocitopenica.

• Splenectomia	1936	¹²
• Glucocorticoidi	1959	¹³
• Scambio del sangue	1959	¹⁴
• Eparina	1960	¹⁴
• Agenti antipiastinici	1972	¹⁶
• Scambio del plasma	1976	¹⁷
• Infusioni di plasma	1977	¹⁸
• Prostacicline	1979	¹⁹
• Vincristina	1979	²⁰
• Immunoglobuline	1985	²¹

Poiché si calcola che tutte le malattie rare rappresentino almeno il 10% di tutte le patologie, non è accettabile che gli ammalati di malattie rare siano condannati a non avere quella speranza che può nascerne solo dall'esistenza di una ricerca per nuovi farmaci. Occorre fra l'altro sottolineare che le malattie rare rappresentano un contributo anche per la comprensione di malattie più comuni; ad esempio senza le malattie rare della coagulazione ematica, la comprensione dei processi emorragici o trombo-

tici sarebbe certamente meno avanzata. La ricerca sulle malattie rare non va evidentemente incentrata solo sulla farmacologia o sulla terapia genica; egualmente importanti sono gli interventi preventivi di consulenza genetica o, in futuro, di modificazioni geniche introdotte in rapporto con le tecniche di fecondazione assistita.

Malattie tropicali, infettive e parassitarie

Per ragioni opposte anche le malattie presenti, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, devono essere considerate antieconomiche. Infatti, anche se si dovessero scoprire nuovi farmaci per malaria, lebbra, tubercolosi, schistosomiasi, tripanosomiasi, filariasi, i pazienti che potrebbero beneficiarne, non avrebbero le risorse per poterli acquistare. Eppure queste malattie sono ad alta numerosità, secondo quanto viene riportato nella tabella 3.

Tabella 3 – Alcuni dati sulle malattie tropicali più diffuse

Malattia	N. di ammalati	Note	Fonte: WHO; 31/7/1995
Malaria	300-500 milioni	1,5-2,7 milioni morti per anno (inclusi circa 1 mln di bambini < 5 anni).	
Chagas	18 milioni	45.000 morti per anno	
Schistosomiasi	200 milioni	-	
Oncocerchiasi	17,6 milioni	-	
Filariasi	100 milioni	-	
Leismanosi	12 milioni	-	
Tripanosomiasi	300.000	-	

La ricerca per queste malattie è molto scarsa ed è limitata ad esigenze di protezione dei militari degli Stati Uniti che possono trovarsi ad operare in regioni a rischio. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha tuttora un programma (TDR – tropical disease research) per sviluppare farmaci, che tuttavia soffre di risorse assolutamente insufficienti (circa 20 milioni di dollari) per essere significativo. Fra l'altro i contributi dei paesi industrializzati per questo programma sono scandalosamente in diminuzione come pure sono inadeguati i programmi di ricerca della UE per i paesi in via di sviluppo.

Occorre sottolineare che mai come in questo momento, la moderna ricerca ha offerto indicazioni si-

gnificative su recettori, enzimi e geni di microbi e parassiti che possono essere promettenti *targets* per sviluppare nuovi farmaci. Analogamente è possibile pensare proprio sulla base delle nuove conoscenze, allo sviluppo di nuovi vaccini. Tuttavia mancano assolutamente adeguate risorse economiche con la conseguente limitazione alla possibilità che si costituiscano gruppi di ricerca dedicati alla medicina tropicale.

Farmaci per non-responders

Le terapie che vengono considerate efficaci, anche per le malattie più comuni, non sono efficaci per tutti i pazienti che vengono trattati. Questi pazienti – definiti resistenti o *non responders* – hanno la necessità di trovare terapie efficaci. Per dare degli esempi si può ricordare che circa il 30% dei pazienti con grave depressione ha una risposta insufficiente ai comuni farmaci antidepressivi (triciclici o inibitori dell'uptake della serotonina); il 10-20% dei pazienti portatori di helicobacter pylori (un microrga-

nismo considerato responsabile per l'ulcera duodenale) non risponde in modo significativo alle terapie correnti (antibiotici + inibitori dei recettori H2 o inibitori della pompa protonica); circa il 7 per cento dei pazienti che hanno un infarto miocardico muoiono nonostante il trattamento con i farmaci fibrinolitici.

I non-responders sono nella situazione di non avere terapie adeguate quando rappresentino una piccola percentuale dei pazienti e rientrano pertanto in situazioni assimilabili a quelle delle malattie rare. Anche in questo caso lo scarso numero di pazienti che possono usufruire di una nuova terapia determina la impossibilità di svilupparla per ragioni fondamentalmen-

te economiche. È preferibile dal punto di vista industriale rivolgersi allo sviluppo di farmaci che abbiano a disposizione un ampio mercato.

Diverso è invece il caso di malattie, come i tumori, in cui la resistenza riguarda la maggioranza dei pazienti: in questo caso l'incentivo a sviluppare farmaci attivi su tumori resistenti ai comuni farmaci antitumorali continua ad essere significativo perché il mercato rimane appetibile.

Necessità di studi comparativi per farmaci appartenenti alla stessa classe terapeutica

Contrariamente a quanto viene comunemente ritenuto e come già ricordato, le effettive "novità" in campo farmaceutico sono relativamente rare. Il mercato è infatti dominato da copie degli stessi principi attivi, presentati con nomi differenti, o da analoghi che sostanzialmente non offrono vantaggi sostanziali rispetto ai prototipi. La tabella 4 riassume il numero di analoghi disponibili per 23 principi attivi che possono essere considerati dei "prototipi" portatori di reale innovazione. Si tratta di ben 199 analoghi e di oltre settecento prodotti che competono sul mercato per ottenere la prescrizione dei medici. La tabella 5 dà un esempio della ridondanza di farmaci esistente nel settore cardiovascolare.

In realtà lo sviluppo di molti analoghi non risponde a necessità terapeutiche dei pazienti, ma ad esigenze di carattere commerciale per conquistare una parte del mercato; in questo senso gli analoghi di farmaci esistenti sono noti anche come farmaci "me-too". Per quanto non si possa negare che in casi relativamente rari qualche "me-too" mostri una maggiore efficacia terapeutica o un miglior profilo quanto ad effetti collaterali, nella stragrande maggioranza dei casi i "me-too" non offrono particolari vantaggi, molto spesso neppure sotto il profilo economico. Ad esempio: 8 analoghi del captopril (il primo inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina II, ad azione antiipertensiva) come gli innumerevoli farmaci apparte-

Tabella 4 – Alcune classi di farmaci "me-too" in Italia (1994)

no.	Classe	Principi attivi	Prodotti farmaceutici
1	Cephalosporins	28	122
2	NSAID	23	109
3	Benzodiazepines	17	36
4	Heparins	15	25
5	Tricyclic antidepressants	14	18
6	Beta-adrenoceptor blockers	13	14
7	Iron salts	13	42
8	Glucocorticoids	12	34
9	Beta-adrenoceptor agonists (aerosol)	11	20
10	ACE inhibitors	11	26
11	Sulphonamide antidiabetics	11	17
12	Ca ⁺⁺ antagonists (dihydropyridines)	10	36
13	Prokinetics	8	24
14	Urinary antiseptics	8	40
15	H ₂ antagonists	7	39
16	Nitrates	7	23
17	Fibrates	6	19
18	Fibrates (selective)	6	12
19	Benzamides	6	15
20	Bile acids	5	24
21	Anthracyclones	5	4
22	Serotonin uptake inhibitors	5	8
23	5-HT3 antagonists	4	9

Tabella 5 – Alcune classi di principi attivi e prodotti distribuiti gratuitamente dal Servizio Sanitario nazionale per la terapia cardiovascolare.

Classe Farmacologica	N. principi attivi	N. prodotti (confezioni)
Glicosidi cardiaci	1	8
Diuretici	15	38
Antiaritmici	7	17
Bloccanti β-adrenergici	16	53
Antiipertensivi	3	12
ACE inibitori	18	70
Bloccanti α-adrenergici	2	15
Inibitori recettori - angiotensina II	1	3
Nitrati	4	51
Calcio antagonisti	10	99
Simpatomimetici	1	1
Eparine	2	35
Anti coagulanti orali	3	5
Antipiastrinici	2	14
Ipolipemizzanti	4	21
Ipocoolesterolenizzanti	4	16
Totali	93	458

nenti agli antiinfiammatori non steroidei (NSAID) oppure i 12 analoghi del diazepam, ad azione ansiolitica sono essenzialmente indistinguibili se non per minori differenze che sono irrilevanti dal punto di vista terapeutico⁴. Tuttavia si deve aggiungere che la loro equivalenza non è completamente

provata perché gli studi clinici condotti, non permettono di escludere che alcuni di essi abbiano in realtà un'attività inferiore. Infatti ciò che in generale interessa le industrie, in assenza di regole che chiedano una reale comparazione, è la dimostrazione di una efficacia analoga ai prodotti già esistenti

(equivalenza) in modo da poter accedere al mercato. Mancano perciò oggi seri studi clinici controllati di adeguata numerosità per stabilire quale sia la reale equivalenza degli analoghi. Né d'altra parte si può pensare che l'industria farmaceutica realizzzi queste ricerche considerando il rischio – nel caso che il suo farmaco sia inferiore agli altri – di perdere il mercato.

Mentre in passato si ricercava comunque di sviluppare analoghi che avessero qualche caratteristica di innovazione, anche se poi la sperimentazione clinica non dimostrava particolari vantaggi, oggi per molti studi che richiederebbero una notevole numerosità, si inizia una sperimentazione clinica con il solo obiettivo di mostrarne l'equivalenza rispetto ad un farmaco di riferimento (vedi l'esempio riportato nella tabella 6).

Senza voler entrare nei dettagli statistici per cui si rimanda alla letteratura specialistica^{5,6}, lo studio dell'equivalenza pone problemi di natura etica. Infatti una sperimentazione clinica per rispondere alle esigenze etiche deve essere disegnata in modo tale da poter dare una risposta certa e deve suggiare una ipotesi che sia vantaggiosa per l'ammalato. Esporre perciò molti ammalati ad una sperimentazione sapendo in partenza che il nuovo farmaco non può che essere eguale a quelli già esistenti, senza poter escludere che possa essere anche inferiore, è inaccettabile. In questo senso è necessario approfondire il problema coinvolgendo comitati etici e gruppi di pazienti perché venga modificata l'attuale legislazione in modo da evitare che interessi di puro mercato sovrastino i diritti dei pazienti. Si potrà obiettare che in questo modo si blocca il progresso medico; niente di più erroneo perché il concedere troppo spazio a prodotti destinati ad aumentare il mercato significa diminuire le risorse e l'impegno per trovare farmaci innovativi; in questo senso l'analisi delle caratteristiche pre-cliniche di un nuovo principio attivo dovrebbe trovare più attenzione soprattutto quando sia possibile dimostrare che il nuovo prodotto agisca con un meccanismo d'azione diverso da quelli già esistenti. Si può anche obiettare che

Tabella 6 - Il problema dell'equivalenza³

Il rapporto di costo/efficacia consente ai servizi di sanità pubblica di scegliere il trattamento più economico tra più alternative di uguale efficacia e sicurezza. È quindi importante stabilire se un trattamento sia altrettanto efficace (senza essere necessariamente superiore) rispetto a un trattamento che, sulla base dei risultati di studi clinici controllati, rappresenta la migliore terapia possibile per una data patologia. Ma documentare l'equivalenza di un farmaco rispetto ad un altro non è cosa semplice. La metodologia dei *clinical trial* di efficacia non è applicabile *tout court* al problema dell'equivalenza: il *trial* è utile per individuare differenze tra trattamenti; ma se due trattamenti non risultano differenti tra loro in termini di efficacia clinica, non necessariamente devono essere considerati equivalenti. Alcune linee guida, come quelle suggerite dalla autorità regolatore europee [CPMP Working Party on Efficacy of Medicinal Products⁵, cui si rimanda per dettagli tecnici], mirano a prevenire errori metodologici che comportino una lettura acritica dei risultati di un *trial* in termini di "equivalenza" anziché di "non differenza". Nonostante queste cautele l'interpretazione dei risultati di un *trial* di equivalenza lascia spesso qualche perplessità.

Un esempio

L'*INJECT* trial⁶ mette a confronto due strategie trombolitiche nel trattamento dell'infarto miocardico acuto. Si ritiene che un nuovo attivatore testutale del plasminogeno (tPA) sia in grado di ridurre dell'1% la mortalità che si registra comunemente in pazienti trattati con streptochinasi (SK) dopo l'infarto. Ma, data la difficoltà di dimostrare quel vantaggio teorico, si vuole verificare se il trattamento sperimentale sia almeno equivalente a quello standard.

La mortalità nel primo mese dall'infarto risulta pari al 9.5% nel gruppo SK e al 9.0% nel gruppo tPA: una riduzione dello 0.5%, che gli intervalli di confidenza descrivono come compresa tra una possibile riduzione dell'1.98% e un possibile aumento dello 0.96%. Il risultato peggiore che ci si può attendere, quindi, è inferiore all'1% di aumento della mortalità adottato come criterio di equivalenza nel protocollo del trial. Tale risultato si allontana ancora di più dal limite predifinito dell'1% di eccesso di mortalità, se si considerano solo i pazienti che hanno in effetti ricevuto il trattamento e se si applica un test statistico meno conservativo a una coda: l'eccesso massimo di mortalità nel gruppo tPA rispetto al gruppo SK è allora solo dello 0.7%. La conclusione è per l'equivalenza tra i due trattamenti.

Resta il fatto che un potenziale rischio aggiuntivo dell'1% (o dello 0.7%, se si vuole) è sproporzionato, e quindi difficilmente accettabile, se applicato a un evento che ha un'incidenza del 9% e a una patologia che ha larga prevalenza nella popolazione generale. Tradotto in cifre significa considerare equivalente al trattamento standard attuale quello che applicato a 500.000 pazienti colpiti ogni anno da infarto in Italia potrebbe sì risparmiare quasi 900 vite, ma anche sacrificarne oltre 400 in più. Le perplessità aumentano quando si consideri la sicurezza di ciascun trattamento: ad esempio, oltre 6000 pazienti nel gruppo tPA, rispetto ai 5000 del gruppo SK, potrebbero andare incontro a un ictus cerebrale nell'immediato post-infarto. In conclusione: anche se può apparire sorprendente, un giudizio di equivalenza richiede ancor più cautela che non un giudizio di efficacia. La documentazione scientifica dell'equivalenza dei trattamenti, inoltre, richiede un affinamento della metodologia dei trial, che pure ha dato risultati tanto rilevanti in termini di definizione dell'efficacia dei farmaci.

questo atteggiamento restrittivo non permetterebbe di sviluppare farmaci generici (quei farmaci che sono copie di principi attivi che hanno passato il periodo brevettuale e che vengono venduti con il nome generico in sostituzione di prodotti con nome commerciale); tuttavia in questo caso la ragione per cui si studia l'equivalenza dei farmaci generici rispetto agli originali è quella di diminuire il prezzo, quindi di ottenere un vantaggio a favore di chi – pubblico o privato – debba acquistare farmaci.

Ridurre il numero di pazienti trattati inutilmente

L'impiego di molti farmaci determina dei risultati favorevoli solo per una piccola percentuale di pazienti che ricevono un trattamento. In generale si tratta di farmaci utilizzati in prevenzione primaria o secondaria che devono venir somministrati per molti anni o addirittura a vita. Ad esempio l'impiego dell'aspirina nel paziente che abbia

superato un infarto miocardio riduce la mortalità del 4% per ogni anno. Se quindi si tratta un milione di pazienti si risparmieranno 40.000 morti all'anno: una cifra considerevole che giustifica ampiamente l'impiego dell'aspirina. Tuttavia se si guarda all'altro aspetto del problema si può osservare che ben 960.000 pazienti vengono esposti all'uso di un farmaco senza avere alcun vantaggio rispetto alla mortalità dovendo invece sostenere effetti collaterali gravi (ulcera gastrica) seppure in una piccola percentuale di casi.

Lo studio "Woskop"^{7,8} impiegando la pravastatina (un farmaco che diminuisce l'ipercolesterolemia) in uno studio di prevenzione primaria ha mostrato una diminuzione di mortalità del 2%; ciò vuol dire che trattando un milione di persone si potevano risparmiare circa 20.000 morti all'anno; anche in questo caso però 980.000 persone venivano trattate senza specifici vantaggi, quanto alla mortalità, essendo invece esposti ad un possibile rischio di cancerogenesi⁹. Per quanto riguarda i problemi che si pongono nell'uso delle statine nel trattamento dell'ipercolesterolemia vedi la tabella 7.

È chiaro che studi ad hoc potrebbero essere indirizzati a capire quali siano le caratteristiche dei pazienti che rispondono positivamente al trattamento rispetto a quelli che non sono sensibili. Questi studi permetterebbero di identificare le popolazioni sensibili e quindi di diminuire il numero di pazienti trattati inutilmente. Tuttavia è difficile che ciò avvenga per iniziativa diretta dell'industria farmaceutica perché ciò si tradurrebbe in una considerevole riduzione del mercato.

Osservazioni finali

Gli esempi sopra riportati indicano chiaramente che esistono ampi settori della terapia che sono fortemente carenti o che sono gestiti in modo non ottimale. Tutto ciò dipende dal fatto che la nostra società ha delegato la stragrande maggioranza delle attività che hanno a che fare con la scoperta di nuovi farmaci all'industria farmaceutica. È

Tabella 7 – Farmaci ipocolesterolemizzanti: quali vantaggi?¹¹

Un percorso modello: il caso delle statine	
effetto farmacologico:	
• biochimico	inibendo l'idrossimetilglutaril coenzima A (HMG-CoA), le statine riducono la sintesi di colesterolo e la produzione di LDL da parte del fegato: così agendo, riducono i livelli di colesterolo nel sangue del 20-25% riducono le placche arteriosclerotiche
• biologico	
efficacia clinica	riducono di 1/3 gli eventi coronarici - dall'8.5 al 5.0% in prevenzione secondaria - dal 7.9 al 5.5% in prevenzione primaria
	riducono di 1/3 la mortalità generale - dall'11.5 all'8.2% in prevenzione secondaria - dal 4.1 al 3.2% in prevenzione primaria
efficacia epidemiologica (effectiveness)	aumentano di 4 mesi circa l'attesa di vita (74.5 anni) di un uomo di 59 con livelli medio-alti di colesterolo (260 mg/dL) vanno somministrate a 30 pazienti per 5 anni per evitare - 1 evento coronarico - 1 decesso in prevenzione secondaria vanno somministrate a 110 pazienti per 5 anni per evitare - 1 decesso in prevenzione primaria
cost/effectiveness	in un uomo di 59 con livelli medio-alti di colesterolo un anno di vita aggiunto costa 5400 \$, cioè poco meno di 9 milioni di lire.

Nota: il profilo di beneficio/rischio e di costo/beneficio di un trattamento non è mai sufficientemente chiarito. Pur ricco di valutazioni e di informazioni, l'esempio delle statine – qui preso come modello – riserva ancora molti aspetti non ben definiti. Ad esempio, il fatto che la curva di sopravvivenza dei pazienti trattati con statine nei trial citati tenda a divergere progressivamente da quella del gruppo di controllo lascia supporre che un trattamento protratto indefinitamente nel tempo possa garantire un'efficacia superiore a quella osservata durante il periodo della sperimentazione. In realtà, non conosciamo ancora i rischi cui il trattamento espone i pazienti nel lungo periodo. Sappiamo solo che questi sono certamente tanto maggiori quanto più estesa è l'utilizzazione del farmaco nella popolazione. Se si confermasse nell'uomo il sospetto di cancerogenicità delle statine emerso da modelli sperimentali animali, quale sarebbe il rapporto beneficio/rischio di un trattamento a lungo termine? e – ammesso che sia ancora opportuno valutarlo – quello di costo/beneficio?

chiaro che non si può chiedere, né tanto meno obblicare chi deve fare profitto a rinunciare volontariamente a questo scopo. Lo sviluppo delle conoscenze e delle possibilità terapeutiche, nonché una maggiore consapevolezza dei diritti degli ammalati all'equità, richiede che il problema venga impostato in modo differente per rispondere alle nuove esigenze. Non si tratta quindi di penalizzare in alcun modo l'attività dell'industria farmaceutica che va invece integrata per fare in modo che la scoperta e l'utilizzazione di nuovi farmaci non siano condizionate solo da fattori puramente economici¹⁰. È perciò urgente che si creino nuove forme per incentivare le nuove terapie – intese nel senso più vasto del termine – che non sono di interesse industriale. Questo obiettivo può essere ottenuto attraverso una pluralità di

interventi. Anzitutto occorre in qualche modo mobilizzare nuove risorse per la ricerca rendendo più difficile l'approvazione di farmaci copia analoghi a quelli già esistenti. Ciò si può ottenere limitando il numero di registrazioni, in rapporto alla diffusione della patologia o richiedendo più approfonditi confronti con i farmaci già esistenti. È urgente realizzare anche per l'Europa, come già è avvenuto negli Stati Uniti e in Giappone, una legislazione che faciliti attraverso una esclusività della commercializzazione ed una serie di incentivi alla ricerca clinica, la disponibilità di farmaci orfani per le malattie rare e per le malattie tropicali. In secondo luogo occorre mettere a disposizione adeguati incentivi fiscali attraverso una direttiva europea per coloro che realizzano ricerche di interesse non-industriale; gli incentivi

possono essere rappresentati da contributi, prestiti senza interessi, detassazioni, fiscalizzazione degli oneri sociali o altro. In terzo luogo occorre predisporre una serie di progetti finalizzati sia a livello nazionale che internazionale. In Italia la creazione di un Consiglio Nazionale delle Ricerche Mediche per rispondere alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale potrebbe rappresentare un utile organismo attraverso cui promuovere ricerca terapeutica di interesse pubblico. A livello europeo il 5° programma quadro dell'EU può rappresentare una grande opportunità, soprattutto per le malattie rare ed i farmaci orfani che rappresentano un problema soprannazionale. Può essere infine prospettata la possibilità di realizzare una Agenzia a livello europeo per promuovere e finanziare attraverso grants e contratti tutta la ricerca terapeutica che è necessaria alla sanità pubblica.

In conclusione esistono oggi concrete possibilità per realizzare nuove terapie; tuttavia occorre tener presente che non tutte le nuove terapie sono di interesse industriale e che perciò vanno sviluppate strategie alternative a quelle oggi dominanti.

Prof. SILVIO GARATTINI
Direttore Istituto di Ricerche
Farmacologiche "Mario Negri"

- ¹ M. ROMERO ET AL, Novità agosto-ottobre 1992. Ricerca e Pratica 49: 1 (1993).
- ² A. SCHIEPPATI ET AL, *A clinical Research Center for rare diseases*, J Rare Dis 3(II): 7 (1996).
- ³ M. TERAO ET AL, *Presente e futuro delle biotecnologie in ambito terapeutico: qualche esempio ed alcune considerazioni*. View & Review 3: 17 (1997).
- ⁴ S. GARATTINI, *The drug market in four European countries*, Symposium held at Tufts University European Center, Talloires, France, July 24-25, 1997.
- ⁵ CPMP Working Party on Efficacy of Medicinal Products; Biostatistical methodology in clinical trials in applications for marketing authorizations for medicinal products. Statistics in Medicine 14: 1659 (1995).
- ⁶ International Joint Efficacy Comparison of Thrombolytics; Randomised, double-blind comparison of reteplase double-bolus administration with streptokinase in acute myocardial infarction (INJECT): trial to investigate equivalence. The Lancet 346: 329 (1995).
- ⁷ J. SHEPHERD ET AL, *Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia*, N Engl J Med 333: 1301 (1995).
- ⁸ West of Scotland Coronary Prevention Group; West of Scotland Coronary Prevention Study: identification of high-risk groups and comparison with other cardiovascular intervention trials. The Lancet 348: 1339 (1996).
- ⁹ T.B. NEWMAN ET AL, *Carcinogenicity of lipid-lowering drugs*, JAMA 275: 55 (1996).
- ¹⁰ S. GARATTINI, *Financial interests constrain drug development*, Science 275: 287 (1997).
- ¹¹ V. BERTELÉ, S. GARATTINI, *Come si misura l'efficacia di un farmaco*, Le Scienze, in stampa.
- ¹² G. BAHR ET AL, *An acute febrile anemia and thrombocytopenic purpura with diffuse platelet thromboses of capillaries and arterioles*, Trans Assoc Am Physicians 51: 43 (1936).
- ¹³ H.A. BURKE ET AL, *Thrombotic thrombocytopenic purpura: two patients with remission associated with the use of large amounts of steroids*, Arch Intern Med 103: 105 (1959).
- ¹⁴ M.A. RUBINSTEIN, *Unusual remission in a case of thrombotic thrombocytopenic purpura syndrome following fresh blood exchange transfusions*, Ann Intern Med 51: 1409 (1959).
- ¹⁵ L. BERNSTOCK ET AL, *Thrombotic thrombocytopenic purpura. Remission on treatment with heparin*, Lancet 1: 28 (1960).
- ¹⁶ M. GIROUNI ET AL, *Effect of dipyridamole and aspirin in thrombotic microangiopathy*, Br Med J 1: 545 (1972).
- ¹⁷ R.M. BUKOWSKI ET AL, *Exchange transfusions in the treatment of thrombotic thrombocytopenic purpura*, Semin Hematol 13: 219 (1976).
- ¹⁸ J.J. BYRNES ET AL, *Treatment of thrombotic thrombocytopenic purpura with plasma*, N Engl J Med 297: 1386 (1977).
- ¹⁹ C.N. HENSBY ET AL, *Prostacyclin deficiency in thrombotic thrombocytopenic purpura* (Letter), Lancet ii: 748 (1979).
- ²⁰ L.A. GUTTERMAN ET AL, *Vincristine in the treatment of thrombotic thrombocytopenic purpura*, Blood 54: 242A (1979).
- ²¹ H.L. MESSMORE ET AL, *Intravenous gamma globulin in refractory thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP)*, Thromb Haemost 54: 127 (1985).



ELIO SGRECCIA

Potenzialità e limiti del progresso scientifico e tecnologico

La scienza sperimentale ed il supporto tecnologico

Il titolo, così generale, richiede alcune precisazioni: anzitutto ci occupiamo qui del progresso scientifico-tecnologico in ambito biomedico, pur sapendo che questo tipo di progresso si inquadra e si collega nello sviluppo della scienza moderna con altri fattori in evoluzione, di ordine culturale e sociale¹.

Inoltre mi sembra chiaro che si voglia riflettere soprattutto sulle possibilità e limiti di natura etica².

Si sa che ci possono essere altri limiti che vengono ad imporsi al progresso scientifico e tecnologico, ad es., la mancanza di fondi, la mancanza di libertà o di istruzione sufficiente ma qui si vuol parlare di limiti etici.

Un'ultima precisazione andrebbe fatta in ordine al significato della espressione "progresso scientifico e tecnologico" che unisce insieme scienza e tecnologia e il loro reciproco legame³. Nel contesto della nostra trattazione con la parola scienza si intende la *scienza sperimentale*, quella cioè che ha assunto a partire da Galilei e Bacon, e, per la medicina C. Bernard, il metodo sperimentale.

Per *scienza* si intende il processo di acquisizione del sapere attraverso la osservazione degli oggetti, dei fatti e fenomeni naturali con metodo sistematico e razionalmente convalidato, di tipo induuttivo guidato dalla razionalità volta alla ricerca delle cause. L'applicazione del metodo sperimentale alla scienza ha apportato al processo di indagine un tipico modello razionale che ricerca le

cause dei fatti e dei fenomeni attraverso la riproduzione dei processi allo scopo di scoprire le leggi che governano i fenomeni. Il metodo sperimentale è caratterizzato da una sua struttura logica che parte dalla osservazione dei fatti arricchita dalla acquisizione delle conoscenze consolidate, pone un'ipotesi interpretativa del processo causale, procede alla ripetizione del processo in laboratorio o *in vivo*, e si conclude con la verifica dei risultati. È da sottolineare che tale processo razionale non è di natura puramente tecnica e quasi matematica, perché soprattutto nella formulazione delle ipotesi, interviene la genialità o intuizione, la creatività e, talora, il favore della casualità (si cercava un risultato e incidentalmente si scopre una connessione causale non perseguita in quel momento).

Per *tecnologia* si intende il momento applicativo della scoperta scientifica, ma oggi è chiaro che la tecnologia è legata anche al momento di ricerca osservazionale-strumentale, perché esistono tecnologie di indagine conoscitiva e perciò contribuisce ad elaborare un suo sistema di conoscenze; sarebbe perciò semplicistico immaginare una divisione netta tra scienza e tecnologia, tra progresso scientifico e progresso tecnologico.

Fatte queste necessarie ed elementari premesse, credo che le linee di riflessione etica sui valori orientativi e i limiti che si impongono al progresso scientifico e tecnologico in ambito biomedico debbano mettere a fuoco oggi due punti fra loro connessi:

a) qual è il *fondamento epistemologico* del rapporto fra scienza sperimentale e tecnologia da una parte e l'etica dall'altra; ci si chiede, cioè se c'è un motivo razionalmente giustificante perché l'etica intervenga nella elaborazione e nell'applicazione del progresso scientifico e tecnologico o si tratta di una intrusione; e, supposto che ci sia tale motivo, quale è lo spazio che compete all'etica nell'ambito della ricerca scientifica e nelle sue fasi applicative? È il problema che siamo soliti definire della "giustificazione epistemologica".

b) L'altro tema, conseguente, sul quale oggi l'opinione pubblica è sensibile, è quello dell'autonomia della scienza e, conseguentemente il problema dei limiti posti al progresso scientifico-tecnologico dalle esigenze etiche.

È su questi due punti che ci soffermeremo sinteticamente, secondo il tempo che è assegnato. Come cornice alla trattazione di questi punti focali si deve però ricordare il fatto da tutti ammesso che il progresso scientifico tecnologico in ambito biomedico ha registrato un'eccezionale accelerazione in questi ultimi cinquant'anni. J. Bernard afferma che due rivoluzioni si sono verificate a partire dall'anno 1937: anzitutto la scoperta dei sulfamidici avvenuta in quell'anno, la quale "ha dato all'uomo, dopo millenni di impotenza, la capacità di trionfare sulle malattie per lungo tempo letali: la tubercolosi, la sifilide, le grandi setticemie, le affezioni delle ghiandole endocrine, i disordini della chimica degli umori"⁵. Alla scoperta dei sulfamidici va aggiunta quella della penicillina.

Questa prima rivoluzione è sta-

ta sostenuta e convalidata da quella sperimentazione clinica cui il più famoso C. Bernard aveva dato le regole e lo spirito razionale.

L'altra fase rivoluzionaria è caratterizzata dalle scoperte in genetica e biologia molecolare a partire da G. Mendel fino ai recenti traguardi della ingegneria genetica e della geneterapia.

L'avvento del metodo sperimentale ha certamente costituito un fattore di accelerazione. Ma un ulteriore apporto a questa accelerazione è attribuibile proprio al congiungimento tra scienza e tecnologia biomedica in uno stretto nesso di interdipendenza. Non si può pensare ad es. alla esecuzione della diagnosi genetica senza la messa a punto e l'impiego delle tecniche che ne rendono possibile l'esecuzione; ugualmente non sarebbe stata possibile la scoperta della struttura dei geni e la stessa lettura del codice genetico.

Metodo sperimentale e impiego di tecnologie sempre più raffinate hanno provocato questa ulteriore accelerazione in ambito biomedico. Il congiungimento tra sapere scientifico e tecnologico ha comportato anche un altro effetto e cioè la possibilità, non solo di conoscere, ma anche di manipolare, di ingegnerizzare e di produrre cambiamenti nel nesso delle cause e delle strutture naturali.

Il sogno della prima epoca sperimentale era quello di carpire il segreto della natura, di scoprire le leggi della natura; l'idea del ricercatore di oggi, che è supportato dal tecnologo, è quella di intervenire e cambiare, per ottenere risultati naturalmente non conseguibili. Direi che nel ricercatore del passato c'era lo spirito di Ulisse, nel ricercatore di oggi c'è spesso l'impeto e l'*ybris* di Prometeo. È noto il pensiero di K. Popper secondo cui il congiungimento tra scienza e tecnica ha prodotto il "Mondo 3"⁶ e cioè il mondo della cultura e della produttività che si colloca nella società come esito e risultato dell'intervento dell'uomo sulla natura.

Un ulteriore fattore d'incentivazione è stato messo in luce dai sociologi ed è l'incentivo sociale ed economico. Constatiamo sem-

pre di più oggi l'affermarsi di una dipendenza della scienza e della ricerca dalle sollecitazioni della società sia di natura culturale sia di natura economica⁷. Non occorre esemplificare per rilevare l'intreccio tra politiche della ricerca, finanziamenti e progresso scientifico-tecnologico: ciò non soltanto in relazione alla ricerca bellica o di competizione fra gli stati, ma anche in campo medico. Il legame tra scienza ed economia non è di per sé negativo qualora sia finalizzato al rispetto della vita e alla promozione di autentici valori umani, alla salvaguardia della salute e a superare le malattie; ma spesso le finalità sono di altro tipo; vedi il caso della ricerca nel campo della contraccezione-contragestazione e controllo delle nascite, o nel campo militare.

Ma affrontiamo ora i due punti che ci siamo prefissi in questa riflessione etica.

Il rapporto tra progresso scientifico-tecnologico e l'etica: la giustificazione

Secondo alcune indagini sembra che non sia molto diffusa fra gli scienziati l'ammissione di limiti etici della ricerca. Una inchiesta di qualche anno fa sugli interessi degli scienziati⁸ dava questi risultati:

Autonomia della ricerca	90%
Questioni conoscitive	80%
Funzioni e responsabilità degli scienziati	50%

Gestione della ricerca e interessi politici	40%
Questioni etiche	25%
Scienza e fede	5%

È certamente provocatoria l'affermazione di Robert Nozick secondo cui: "i microscopi ed i telescopi non rivelano parti etiche"⁹ e Renato Dulbecco ricorda che "per secoli gli scienziati si sono tenuti fuori dalle tragedie della storia, difendendo l'autonomia e la neutralità del loro ruolo, nella società. Con orgoglio baconiano e cartesiano hanno respinto ogni pretesa di controllo e di interferenza da qualsiasi parte venisse: governo, chiese e autorità"¹⁰.

D'altro canto sappiamo – e lo testimonia il sorgere stesso della bioetica – che l'incentivo alla riflessione etica è venuto spesso dagli scienziati prima ancora che dai filosofi: Potter, padre fondatore della bioetica, era un ricercatore che si pose interrogativi etici; di fronte alle scoperte relative al DNA recombinante furono i ricercatori e gli scopritori stessi a imporsi una moratoria dopo la Gordon Conference del 1973; la prima formulazione di regole etiche per la ingegneria genetica fu offerta dalla Conferenza di Assilomar nel 1975, costituita dai maggiori esperti in ambito mondiale di manipolazioni genetiche in vitro¹¹.

Molti hanno dato una prima risposta al problema che ci interessa, una risposta che appare la più ovvia: l'esigenza della riflessione etica si pone sì, ma soltanto nel *momento applicativo*; si suppone, cioè, che la ricerca sperimentale di per sé sia neutra, mentre le applicazioni esigerebbero un previo esame etico sulle conseguenze e sui rischi¹². Questa affermazione è vera, perché nessuno può negare che, prima di procedere all'applicazione di una scoperta scientifica in ambito biomedico, ad es., della tecnologia del DNA recombinante, sia necessario porsi una serie di domande bioetiche circa il fine, le conseguenze, i rischi, ecc. Tuttavia, riconoscere il ruolo della bioetica e la sua giustificazione soltanto al momento applicativo sarebbe insufficiente e limitativo, come meglio vedremo.



Altri studiosi ammettono in generale un'*etica intrinseca* alla ricerca scientifica, ma soltanto nel senso della *fedeltà ai canoni della ricerca*. Si concretizzerebbe, perciò, tale etica nello scrupolo metodologico, nell'esattezza della comunicazione dei risultati, nella trasparenza dei procedimenti in modo che siano suscettibili di controllo da parte del mondo scientifico. Questa "etica intrinseca" alla ricerca rappresenta un'esigenza deontologica valida per ogni tipo di scienza e, quindi, anche per la bioetica che fa riferimento alla ricerca biomedica.

Secondo alcuni autori questa etica intrinseca comprenderebbe alcune note essenziali che qualificano la ricerca in quanto tale. Il Merton le ha riassunte in quello che si definisce il "paradigma di Merton": il *Comunismo* (mettere i risultati a vantaggio di tutti), l'*Universalismo* (valutare i risultati da qualunque parte provengano), il *Disinteresse*, lo *Scetticismo* organizzato (dubbio sistematico). È stato così costruito l'acronimo CUDOS; altri hanno aggiunto la *Originalità* ed altri ancora la *Umiltà* e la capacità del *Riconoscimento* dei meriti altrui¹³.

Non è mancato chi ha portato una nota di scetticismo anche su questi codici, osservando che oggi con il prevalere degli interessi economici, la ricerca è diventata PLACE, cioè: privata, locale, autorevole, commissionata, esperta¹⁴.

Ma, scetticismo a parte, l'etica propria della ricerca scientifica nell'ambito delle scienze sperimentali – ed, in particolare, la Bioetica nell'ambito delle scienze biomediche – non si può limitare a questi codici di correttezza. Dobbiamo, infatti, imparare a distinguere la categoria di ciò che è necessariamente richiesto per l'eticità di un'azione da ciò che è sufficiente per un giudizio di piena eticità.

Ad esempio, che un chirurgo sappia ben impostare un intervento ed eseguire alla perfezione le tecniche operatorie è un necessario requisito di eticità professionale, ma non è sufficiente, perché si possa dire che il suo intervento sia etico in tutto e per tutto (nella validità delle indicazioni, nell'ac-

quisizione del consenso, nel rispetto dei beni superiori della persona, come potrebbe capitare ad es. in un trapianto di organo per la cui esecuzione le condizioni di eticità sono molteplici).

Perciò oltre questi due legami che indubbiamente sussistono tra ricerca scientifica ed etica (il legame sul piano dell'applicazione e quello relativo alla deontologia del ricercatore nel rispetto dei procedimenti metodologici della ricerca stessa) ce ne sono altri non meno importanti. Anzitutto la verifica dell'*intenzionalità* del ricercatore.

Sia il ricercatore che gli organizzatori ed i finanziatori della ricerca sono persone umane e possono avere intenzioni buone o perverse o semplicemente utilitaristiche. L'impostazione della ricerca è sempre un progetto e rivelala o nasconde una finalità strategica, che potrebbe essere rivolta alla terapia di una malattia o all'incremento della produzione agricola o industriale o farmacologica, o potrebbe avere anche una finalità manipolatoria o alternativa dei processi biologici, come nel caso di un tentativo sperimentale di procreazione interspecie o di alterazione del patrimonio genetico del soggetto. A voler parlare con verità e sincerità la ricerca neutra non esiste sotto questo aspetto.

Questo tipo di eticità o non eticità progettuale, oltre ad avere una rilevanza in sé e per sé, ha delle implicazioni notevoli per

coloro che collaborano a livello subalterno: questi hanno diritto di conoscere le finalità del progetto in cui operano ed hanno il diritto-dovere di proporre obiezioni di coscienza qualora non si sentano di collaborare strettamente ad un progetto da essi ritenuto non lecito. Né il segreto scientifico né quello industriale potrebbero togliere questo diritto a chi coopera strettamente in un progetto che fosse per sé cattivo o intenzionalmente aberrante. In campo bioetico si possono ipotizzare molte situazioni di questo tipo: ad esempio la messa in stato di ricerca di un farmaco abortivo, tipo la pillola RU 486.

Un altro legame tra ricerca ed etica fa riferimento ai *procedimenti sperimentali*: è l'etica o meglio la bioetica della *sperimentazione biomedica*, con tutte le problematiche relative alla sperimentazione sull'uomo (consenso, rischi, sperimentazione sui bambini, malati di mente, privi di coscienza, feti, ecc.) ed anche sull'animale.

Infatti non basta che ci sia un'etica dei fini, ma va richiesta in senso coerente un'*eticità dei mezzi e dei metodi*: anche quando i fini sono buoni – dare, per esempio, un figlio ad una coppia sterile – possono non sempre essere leciti i procedimenti scelti; questi potrebbero essere lesivi della vita e della dignità umana (perdita degli embrioni fecondati soprannumerari). È noto il principio "non sunt facienda mala ut veniant bona".

Ma il legame più profondo, a nostro avviso, è comprensivo di tutti i precedenti, che hanno sempre a che fare con l'aspetto operativo (fini, procedimenti, metodi, rischi), consiste in una *esigenza di carattere integrativo*.

Non dobbiamo, infatti, dimenticare che il metodo sperimentale è per sua natura "*riduttivo*" del reale, in quanto considera soltanto l'aspetto sperimentabile, quantitativo, mentre l'aspetto più profondo e comprensivo, la natura ontologica ed il valore assiologico del reale, sfuggono ai procedimenti del metodo sperimentale¹⁵.

Se lo scienziato, ad es., compie una ricerca sull'embrione umano non può limitarsi ad osservare gli aspetti etici procedurali sulla cor-



rettezza metodologica o porsi la domanda dell'applicazione dei risultati, ma deve chiedersi che cosa è l'embrione umano, se è un essere umano, se ha il valore di persona umana o no.

È dalla risposta a questa domanda che si chiariscono tutte le altre risposte bioetiche: quando si è valutato tutto lo spessore del reale allora si comprendono le esigenze etiche sui fini, i mezzi, i rischi, ecc. Questo fatto è stato lucidamente colto da K. Jaspers, scienziato e filosofo, quando affermava che la scienza sperimentale da sola non è in grado di conoscere ed avvertire l'aspetto qualitativo della realtà, né la sua natura nel suo valore profondo, e non può da sola con il suo metodo neppure chiarire i fini stessi della scienza e della ricerca scientifica, perché tutto questo richiederebbe e richiede di fissare i fini dell'attività umana e della vita stessa dell'uomo¹⁶.

Anche gli epistemologi più recenti, come Popper ed Eccles, hanno sottolineato questa limitatezza della scienza sperimentale anche in relazione ai propri procedimenti metodologici oltre che rispetto all'osservazione più globale del reale¹⁷. Perciò il legame scienza-etica o meglio ricerca scientifica e ricerca etica non è questione di opzionalità o una moda recente, ma è un'esigenza molteplice e nascente all'interno dello stesso procedimento scientifico.

Naturalmente, come abbiamo accennato, se la domanda nasce all'interno della ricerca, la risposta esige *un'integrazione* dell'aspetto sperimentale con la realtà integrale e, cioè, nell'*ottica ontologica ed assiologica* del vivente su cui si compie la ricerca; e perciò si rende necessaria l'elaborazione di criteri di giudizio che non possono essere esauriti dalla ricerca scientifica stessa, ma dovranno essere desunti dalla visione ultima e dal senso globale della realtà considerata.

Per riprendere l'esempio di cui sopra: se la sperimentazione avviene sull'embrione, per uno scopo terapeutico o non, ci si deve chiedere anzitutto qual'è la realtà globale dell'embrione umano (ontologia) e quale il suo valore (as-

siologia); una volta che si conclude, ad es., con la convinzione che si tratta di un essere umano, di un individuo umano, allora ci si deve interrogare sul significato della sperimentazione sull'essere umano individuale e si dovrà precisare il dovere del ricercatore come quando si tratta di un minorenne.

Per decidere sulla qualità della ricerca con questa criteriologia occorrerà chiarire, conseguentemente, chi è l'uomo, qual è il suo valore e qual è il suo destino. E quando si parla dell'uomo in quanto uomo, della sua origine e del suo destino, si va alla ricerca di ciò che accomuna ogni uomo, la sua dignità e la sua trascendenza¹⁸.

In conclusione, applicando quanto abbiamo detto a proposito del rapporto tra scienza ed etica, e conseguentemente al rapporto tra scienze biomediche e bioetica, possiamo affermare che la giustificazione bioetica non riguarda soltanto il momento stesso della ricerca ed il metodo della ricerca, ma in definitiva, l'etica si pone nei confronti della ricerca biomedica come *visione integrativa*.

Se poi consideriamo la medicina sotto il profilo dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria, il fattore etico diventa ancor più rilevante e l'integrazione fra sapere scientifico e norma etica di comportamento diventa più che evidente. Gli studi prodotti in questi ultimi anni in campo di antropologia medica¹⁹ hanno posto in evidenza la radicale insufficienza del-

l'unilaterale considerazione scientifica nell'approccio al concetto stesso di malattia, di salute, di prevenzione e così via. L'incidenza del fattore "personale", psicologico e spirituale, in tutto l'ambito dell'assistenza è elemento decisivo non soltanto nella valutazione del benessere del malato, ma anche nella valutazione dell'eticità dell'operatore sanitario.

Per quanto riguarda l'organizzazione sanitaria è ormai ben noto che essa presuppone l'educazione sanitaria, la collaborazione dei cittadini ed esige come criterio-guida per l'autorità il concetto di giustizia nell'assegnazione delle risorse e nell'offerta delle strutture e dei servizi. Etica dell'economia ed etica sanitaria si incontrano sul piano sociale in uno dei capitoli più importanti della spesa pubblica nelle democrazie avanzate.

Il concetto di *integrazione* che qui invochiamo come metodo di incontro fra diversi saperi e diverse discipline è stato elaborato dal teologo Lonergan, in relazione al rapporto fra teologia e altre scienze²⁰ negli anni '50.

L'autonomia della scienza e il suo significato

L'autonomia della scienza può essere intesa in diversi gradi e può essere sentita più o meno collegata con il fattore etico della responsabilità. Per rispondere a questa domanda sulla esistenza o meno dell'autonomia dello scienziato dobbiamo pensare le scienze in rapporto a diversi criteri.

Si possono pensare le scienze sperimentali in rapporto al proprio progetto e allora notiamo che a questo *primo livello*:

a) ognuna di esse ha un ambito di riflessione e, perciò, considera la realtà sotto una precisa angolazione: l'oggetto proprio della fisica non è quello della chimica, né quello della biologia ecc.;

b) ogni scienza ha una sua metodologia di ricerca, frutto della propria riflessione e della propria storia di ricerca;

c) infine ognuna di queste scienze ha dei suoi propri criteri di giudizio per accettare e convallidare i propri risultati.



In proposito nota Agazzi: "una decisione può essere giudicata politicamente sostenibile nonostante sia svantaggiosa dal punto di vista economico"²¹. In questa ottica ogni scienza ha una sua autonomia.

Questo primo livello di autonomia è da tutti ritenuto legittimo. Anche il Concilio Vaticano II nella Costituzione *Gaudium et Spes* prescrive il rispetto della legittima autonomia della scienza: "Il Sacro Concilio, richiamando ciò che insegnò il Concilio Vaticano I, dichiara che esistono due ordini di conoscenza distinti, cioè quello della fede e quello della ragione, e che la Chiesa non vieta che le arti e le discipline umane si servano, nell'ambito proprio di ciascuna, di propri principi e di un proprio metodo; perciò, riconoscendo questa giusta libertà, la Chiesa afferma la legittima autonomia della cultura e specialmente della scienza"²².

Esiste poi un *secondo livello*, in cui si concepisce l'autonomia della scienza come *indipendenza dai valori* (values-free), inoltre come indipendenza dai controlli esterni e, infine, come indipendenza nell'azione di ricerca e di applicazione. Per ricorrere ad un esempio storico: chi ha deciso di costruire la bomba atomica ha preso una decisione indipendente dall'esame dei valori morali.

Bisogna precisare che questo secondo livello spesso viene assunto in blocco in tutte e tre le "libertà" specialmente nella concezione radicale dell'autonomia della scienza; tuttavia ci sono alcuni che, pur dichiarando legittima l'autonomia dai valori e dai controlli, ammettono tuttavia che, quando si tratta dell'azione, la scelta spetta alla società²³. Altri ammettono i controlli, ma soltanto per tutelare la salute pubblica.

Dobbiamo valutare un *terzo livello* nel quale viene sottolineata soprattutto la responsabilità dello scienziato e perciò l'autonomia viene limitata e orientata. Tale responsabilità viene sottolineata in letteratura²⁴ in due ambiti: nell'ambito della ricerca pura e nell'ambito della ricerca applicata.

a) Nell'ambito della scienza pura la responsabilità dello scienziato è relativa certamente alla

deontologia o etica interna (rigore, veridicità, obiettività, ecc.), ma richiede anche l'esame e il giudizio sui mezzi di ricerca, le condizioni in cui si attua la ricerca stessa e anche sugli effetti che può produrre la comunicazione dei risultati. Tutto ciò naturalmente vale anche nell'ipotesi in cui la ricerca pura sia in partenza già orientata alla sola conoscenza della verità e non ad altri fini discutibili, nel qual caso il fine cattivo può danneggiare anche un procedimento per sé buono. Un esempio di questo genere può essere la ricerca in campo genetico volta a riconoscere le mappe e il sequenziamento di alcuni geni o di tutto il genoma umano: anche in questo progetto vanno considerati i mezzi e le condizioni di tale ricerca.

b) Ma si dovrà considerare anche l'ambito della scienza applicata dove sono stati segnalati diversi momenti di ulteriore responsabilità. H. Jonas avverte anzitutto che la ricerca scientifica applicata oggi comporta spesso l'espropriazione del risultato che viene ad essere comunicato e applicato da altri. L'autore fa il paragone del treno e del passeggero: il passeggero sceglie il treno per salire verso una direzione, ma poi non può più determinare la velocità o le tappe o l'arresto del treno. Così lo scienziato può scegliere ad esempio, se comunicare o no un risultato in relazione a una determinata scoperta scientifica, ma poi non può più determi-

nare la concatenazione delle applicazioni.

Questo fatto è dovuto all'organizzazione della nostra società nella quale l'industria si appropria dei brevetti e li applica nei processi produttivi. È ovvio che in questa ottica si dovrà tener conto, perciò, fin dall'inizio della ricerca delle possibili conseguenze delle sue applicazioni²⁵.

In questa situazione e sotto questo aspetto la responsabilità del ricercatore si concentra nel momento progettativo e nel momento comunicativo dei risultati soprattutto quando si tratta di ricerca applicata. Di conseguenza le équipes di scienziati che ricevono pagamento con finanziamenti pubblici, rischiano di perdere la loro autonomia e di ritrovarsi nella condizione di non poter fare nulla circa il controllo delle applicazioni; peggio ancora, c'è il rischio che il momento della ricerca risulti un anello nel processo di produzione anche di mezzi e tecnologie belliche e letali.

Riflettendo sull'impiego recente di mezzi micidiali nella guerra contro l'Iraq ci si accorge come sia stato alto il contributo della scienza nella costruzione, da entrambe le parti, dei mezzi di distruzione senza che gli scienziati potessero più dire una loro parola.

Autonomia e responsabilità: ricomposizione di un'armonia

Per arrivare ad un'armonia dell'autonomia e della responsabilità occorrerà ricercare il punto d'incontro non tanto in una mediazione pragmatica ma in un'integrazione antropologica. La scienza sperimentale e la tecnologia, che alla scienza sperimentale si riconnette, nascono dall'uomo e sono chiamate, come tutte le attività umane, ad operare positivamente per il bene integrale di ogni uomo e di tutti gli uomini. Perciò l'etica sottesa all'autonomia e alla responsabilità non può che essere un'etica con una fondazione antropologica e personalista²⁶.

Questa integrazione nella persona tanto più è necessaria in quanto la scienza sperimentale, in forza della sua peculiare imposta-



zione epistemologica, non considera tutta la realtà umana, ma soltanto il suo aspetto quantitativo, verificabile e sperimentabile, perciò la sua conoscenza si riferisce ad una dimensione del reale che non può rappresentare tutta la realtà. Pertanto l'autonomia dei procedimenti e del proprio oggetto dovrà comunque supporre un riferimento alla totalità della realtà di cui ciò che è sperimentale rappresenta semplicemente una faccia. Ciò tanto più è vero quando la realtà osservata sperimentalmente non è la realtà materiale, ma il regno della vita o lo stesso soggetto umano, come avviene nella biologia e nella medicina. Non si potrà mai parlare di autonomia assoluta quando il campo di ricerca sperimentale si riferisce soltanto a una dimensione di una realtà più grande. Perciò dall'interno dei procedimenti autonomi della scienza, e autonomi del grado di cui abbiamo parlato sopra, promana l'esigenza dell'integrazione antropologica. La scienza dovrà riferirsi all'uomo singolo e alla società, perché è l'uomo che pone in essere la ricerca, perché il bene dell'uomo è il fine della ricerca scientifica e sperimentale e perché il campo stesso esplorato dalle scienze sperimentali rappresenta una dimensione vera ma settoriale della realtà²⁷.

Bisogna aggiungere, per essere obiettivi e chiari, che il valore della scienza e i valori intrinseci nella ricerca scientifica, pur rappresentando un insieme di valori importanti perché sono stati capaci di promuovere incalcolabili benefici all'umanità, tuttavia non rappresentano il bene sommo e ultimo della vita umana, che non può essere messa a repentaglio in nome della scienza e della tecnologia. La persona umana può e deve essere arricchita e perfezionata da un complesso di valori individuali, sociali, morali e anche religiosi e trascendenti. Fra questi esistono i valori promossi dalla scienza, che però non sono gli unici né possono essere anteposti ad altri che sono più fondamentali come il rispetto della vita o superiori come il bene morale del singolo e della società. I valori all'interno della persona, infatti, per armonizzarsi debbono anche es-

sere considerati in gerarchia.

Si tratta perciò di correggere in questa concezione personalista e integrata dei valori della scienza, quella che Husserl chiamò la "cettà soggettiva" dello scienziato e H. Jonas chiama l'"astinenza o finzione" per indicare e denunciare quell'atteggiamento di forzata neutralità per cui lo scienziato talora, per rimanere fedele all'oggetto proprio della sua speculazione, volutamente ignora il soggetto a cui si collega finalisticamente la speculazione scientifica²⁸ e perciò volutamente si "astiene" dal considerare i problemi antropologici e morali che vengono a porsi all'interno del suo lavoro di ricerca.

Per dare concretezza a questa armonia tra valori delle scienze sperimentali e valori più ampiamente antropologici, tra autonomia e responsabilità dello scienziato si può perciò concludere con le seguenti linee di orientamento.

1. Si deve rispettare l'autonomia della scienza descritta nel primo livello: l'autonomia dell'ambito proprio, del metodo specifico e dei criteri di giudizio che sono propri di ogni scienza. Questa legittima autonomia è anche arricchita dai valori interni propri della scienza in quanto tale. Questi valori immanenti alla scienza in quanto tale sono stati ricordati da Pellegrino²⁹: il perseguire l'aumento della conoscenza, la libertà della ricerca (nel senso spiegato sopra), l'universalità dei risultati,

la verificabilità e falsificabilità dei risultati ottenuti, il rigore metodologico, l'accuratezza nella documentazione e nelle osservazioni, l'obiettività delle interpretazioni, l'onestà nella pubblicazione, la comunicazione dei risultati, l'ammissione della supervisione e della critica.

Questa legittima autonomia e questi valori interni alla ricerca vanno riconosciuti, difesi e promossi. In questo senso è da riconoscere, perciò, l'autonomia della scienza e della ricerca scientifica.

2. Si deve escludere il livello di autonomia che comporti la pretesa dell'indipendenza dai valori, dai controlli e nell'azione. Ciò equivarrebbe a misconoscere la natura e la funzione antropologica della scienza e della ricerca scientifica e farne un assoluto. Peraltro nelle questioni mediche e bioetiche in generale, ove la ricerca e la sua metodologia hanno un'immediata applicazione sull'uomo e sulla società, questa autonomia sarebbe un assurdo. Si pensi ad un'autonomia di questo genere nella ricerca genetica.

3. A proposito di controlli da parte della società, questi devono riguardare soltanto gli aspetti di sicurezza e, di conseguenza il bene comune; lo Stato non deve perciò intaccare il livello precedente di autonomia, quello del primo livello.

Per garantire questo fatto spesso oggi si suggerisce la mediazione e associazione di forme di autocontrollo degli scienziati stessi con il controllo pubblico.

Problema delicato che, in qualche modo, condiziona anche la giusta autonomia della ricerca è rappresentato dal problema dei finanziamenti. La ricerca finanziata dallo Stato e dalle industrie può risentire di condizionamenti, che non sono illeciti sempre e di loro natura purché i fini e i mezzi siano leciti, siano rispettate le condizioni e controllate le applicazioni: tutto questo esige, però, che lo scienziato non si consideri un salarziato e impiegato ma che, sia come singolo che come categoria, sappia difendere la finalizzazione delle ricerche e dei risultati perché siano garantiti i diritti umani e



i valori imprescindibili della morale, così come si difende il brevetto e la proprietà scientifica di una scoperta.

Dobbiamo dire che questo tipo di autonomia spesso non viene difesa a sufficienza anche da parte di chi rifiuta il pur legittimo controllo dello Stato per la tutela del bene comune. Ma con queste riflessioni stiamo entrando in una quarta conclusione.

4. L'assunzione del carattere di responsabilità dello scienziato, esposto al punto terzo. La responsabilità dello scienziato in fatto di ricerca non si riferisce soltanto al rispetto della deontologia intrinseca di cui abbiamo parlato, né si deve vederne l'esigenza soltanto nel momento applicativo, quasi che ci fosse una ricerca neutra e soltanto una tecnologia moralmente impegnativa³⁰.

L'aspetto etico e perciò il carattere di responsabilità riguarda sia la ricerca pura che quella applicata; riguarda il fine e gli obiettivi della ricerca, la sua giustificazione anche in rapporto al bene comune, alle risorse e alle urgenze; riguarda i metodi – soprattutto la metodologia sperimentale – e riguarda le condizioni con cui si realizza, ad esempio, il consenso dei soggetti interessati e la comunicazione dei risultati.

Tale responsabilità nasce soprattutto dalla necessità costante di integrare lo sguardo proprio della ricerca sperimentale, che è necessariamente di natura quantitativa e limitato agli aspetti sperimentali, con lo sguardo integrativo e antropologico che deve tener conto degli aspetti e coinvolgimenti dei soggetti. L'ordine morale rappresenta peraltro nell'esercizio dell'autonomia e della responsabilità dello scienziato non già una prigione o una coartazione, ma un ampliamento di ottica e un'ulteriore valutazione del significato globale della ricerca scientifica.

Proprio nel momento in cui la dimensione sperimentale si completa e si integra nei valori personalistici e soggettivi, l'istanza etica aumenta di peso e di rilevanza.

È ovvio che per coniugare insieme nella ricerca scientifica il senso dell'autonomia e quello

della responsabilità occorre che la nostra cultura non privilegi soltanto la "ragione strumentale", ma sappia inquadrare le metodologie di ricerca, rispettandone la loro fisionomia propria, con il pensiero speculativo e contemplativo, che è proprio della filosofia e tocca anche la teologia, alla ricerca di un'integrazione più ampia che promana dallo "splendore della verità"³¹.

Sul terreno concreto dovremo concludere, qui richiamando molti punti specifici sull'etica della ricerca e della sperimentazione, sia nei riguardi dell'individuo sano, sia nei confronti del malato e in relazione alla sperimentazione sui feti e sugli embrioni.

Non è possibile nei limiti di tempo affidati, ma non possiamo non ricordare alcuni limiti invalidabili³².

a) *Il rispetto della vita* che è prioritario per ogni tipo di ricerca e di sperimentazione: sull'adulto, il soggetto sano e il soggetto malato, quello che è capace di consenso e quello che non può darlo. Mai la vita, anche quella dell'embrione o del feto può essere immolata per condurre ricerche o sperimentazioni. La crudele diaatriba sulla sperimentazione su embrioni, sia pure "soprannumerari", richiama l'orrore delle sperimentazioni condotte nei campi di concentramento.

b) *Il principio del consenso informato*. Per la ricerca sull'uomo occorre il consenso informato del

soggetto interessato quando è capace o dell'avente diritto quando si tratta di soggetto inabile al consenso (minore o malato mentale). Da questo consenso si può pre-scindere o meglio questo consenso si può presumere quando il soggetto è impossibilitato e la somministrazione sperimentale di un farmaco o la conduzione di un intervento sperimentale si presenta "terapeutico", cioè a favore del soggetto su cui si interviene e con carattere di necessità.

In questo senso si può accettare anche l'intervento sull'embrione per la sua salvezza o salute.

c) *La proporzionalità del rischio* deve essere sempre accertata anche in caso di intervento terapeutico, che sia richiesto il consenso o che non sia possibile conseguirlo. Poiché senza un minimo di rischio nessun lavoro può essere fatto o poche ricerche potrebbero essere condotte, e perché il rischio sia accettabile deve essere proporzionato al beneficio in termini di salute (il rapporto rischio-beneficio non coincide con il rapporto costo-beneficio che ha sapore economico) e relativamente allo stesso soggetto.

d) La ricerca e sperimentazione sull'*animale* deve essere motivata da chiara utilità o necessità per l'uomo; deve essere condotta secondo norme riconosciute che evitino inutili sofferenze all'animale stesso e non influiscano sulla diversità biologica della specie.

S.E. Mons. prof. ELIO SGRECCIA
Vice-Presidente della Pontificia
Accademia per la Vita



Note

¹ Per quanto riguarda la nascita e lo sviluppo della scienza moderna si veda: P. Rossi, *La nascita della scienza moderna in Europa*, Ed. Laterza, 1997. Per la commistione fra progresso scientifico ed evoluzione sociale si veda G. STATERA, *Manuale di sociologia scientifica*, Ed SEAM, Roma, 1996 e inoltre: G. STATERA – L. CANNAVO (a cura di), *Sociologia della scienza e politiche della ricerca*, Sociologia e ricerca sociale VIII/24, Ed. F. Angeli, Milano, 1987.

² J. BERNARD, *La révolution thérapeutique*, Institut des sciences de la santé, Paris, 1989; E. CIARAFANTI, *L'evoluzione della medicina ed i problemi che ne derivano*, "Federazione medica" 1982, XXXV, 4 pp.292 s.; R. DULBECCO, *Ingegneri della vita*, Sper-

ling-Kupfer, Milano, 1988; A. FRANCHINI, *Le grandi scoperte della medicina* in E. AGAZZI, *Storia della scienza*, II, Roma, 1984; pp.184 s.; J.CH. SOURNIA, *Storia della medicina*, Ed. Dedalo, Bari 1994.

³ E. AGAZZI, *Il concetto di progresso della scienza*, Ed. Feltrinelli, Milano, 1976; Idem, *Filosofia della natura: scienza e cosmologia*; Ed. Piemme, 1997; C. MITCHAM, *Philosophy of technology. Encyclopedia of Bioethics*, (segue nota 3), New York 1995 vol. 5 pp. 2477-2483; STANLEY J. REISER, *History of Medical Technology*, Encyclopedia of Bioethics, New York 1995, vol.5 pp. 2472-2476, A. BOMPIANI, *L'ethos del ricercatore*, contributo al vol. AA.VV. *Principi etici e deontologici nella ricerca biomedica alle soglie del terzo millennio: aspetti giuridico-normativi*, (in corso di pubblicazione).

⁴ E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Ed. Vita e pensiero, 1994, vol. I, pp.65-101; Idem, *Autonomia e responsabilità della scienza*, nel vol. di A.G. SPAGNOLO-E. SGRECCIA (a cura di), Ed. Vita e Pensiero, Milano 1994; pp. 39-49.

I. JACOBELLI, (a cura di) *Scienza ed etica: quali limiti*, Ed. Laterza, Roma, Bari, 1990; E. AGAZZI, *Il bene, il male e la scienza: le dimensioni etiche dell'impresa scientifico-tecnologica*, Ed. Rusconi, Milano, 1992; G. COTTIER, *Criteri di giudizio etico sulla tecnologia*, nel vol. AA.VV. *Etica e trasformazioni tecnologiche*, Ed. Vita e Pensiero, Milano 1989, pp. 65-84.

⁵ J. BERNARD, *De la biologie à l'éthique*, op.cit. p. 22.

⁶ K. POPPER-J. ECCLES, *L'io e il suo cervello*, Armando, Roma, 1982.

⁷ G. STATERA, L. CANNAVO, *Sociologia della scienza e politiche della ricerca*, F. Angeli, Milano, 1987.

⁸ A. ARDIGÒ, F. GARELLI, *Valori, scienza e trascendenza*, Ed. Fondazione Giovanni Agnelli, Torino 1989, p. 33.

⁹ R. NOZICK, *Spiegazioni filosofiche*, Milano 1987, p. 447.

¹⁰ R. DULBECCO, *Ingegneri della vita*, op.cit., pp. 13-14.

¹¹ NATIONAL INSTITUT OF HEALTH (NIH), *Guidelines for research involving DNA molecules*, 1977. Vedi E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica I*, Vita e Pensiero, 1994, pp. 234-236.

¹² E. SGRECCIA, *La risposta nella trascendenza*, in J. JACOBELLI (a cura di), *Scienza ed etica: quali limiti?*, Roma, 1990, pp. 163-173.

¹³ R. K. MERTON, *Priorities in Scientific Discovery*, American Sociological Review, 22 (1966); p.635-659; cfr. A. BOMPIANI, *L'ethos del ricercatore*, in corso di pubblicazione a cura dell'Ufficio Pastorale Universitario del Vicariato di Roma.

¹⁴ Vedi A. BOMPIANI, op.cit.

¹⁵ J. LADRIERE, *I rischi della razionalità*, Torino 1978; E. AGAZZI, *Il bene, il male e la scienza*, Milano, 1992; E. SGRECCIA, *Il progresso scientifico.....*; Bompiani, bioetica in Italia, pp.187-220.

¹⁶ K. JASPERS, *Der Arzt im technischen Zeitalter*, München, 1986 (trad. it. il medico nell'età tecnologica, Milano 1991); REALE-ANTISERI, *Il pensiero occidentale.....*, III, pp. 457-462.

¹⁷ Ibi, pp. 707-779.

¹⁸ S. VANNI ROVIGHI, *Elementi di filosofia*, III, Brescia, 1963, pp. 189-269.

¹⁹ L. DELGADO, *Antropología medica*, Milano, 1991; JASPERS, *Der Arzt....*; J. VEDRINNE, *Ethique et professions de santé*, "Médecine et Hygiène", 1984, 11, pp.1171-1173; M. VIDAL, *Etica de la actividad científico-técnica, "Moralia"*, 1983, 4, pp. 419-443; L. VILLA, *Medicina oggi. Aspetti di ordine scientifico, filosofico, ético-sociale*, Padova, 1980.

²⁰ B.J.F.LONERGAN, *Insight. A study of human understanding*, London-New York (Lomngmans-Philosophical Library) 1957, trad. it. *L'intelligenza*, Ed. Paoline.

²¹ AGAZZI, *Il bene, il male e...*, op.cit., p.12.

²² CONCILIO VATICANO II, *Costituzione "Gaudium et spes"*, n. 59; E. AGAZZI, *Auto-*

noma e responsabilità della scienza, in Cattorini, *Scienza ed etica.....*, pp. 135-147; E. PELLEGRINO, *Autonomia scientifica e responsabilità morale*, ibid, pp. 173-188.

²³ R. DULBECCO, *Ingegneri della vita*, Mondadori, Milano, 1989.

²⁴ Ci riferiamo alle opere già citate di E. Agazzi, ma su questo preciso tema non si può ignorare H. JONAS, *Il principio di responsabilità*, Einaudi, Torino, 1990.

²⁵ E. MORIN, *Tesi sulla scienza e l'etica*, in CATTORINI, *Scienza ed etica.....*, pp. 165-172.

²⁶ E. SGRECCIA, *La risposta della trascendenza*, in J. JACOBELLI (a cura di), *Scienza ed etica. Quali limiti?*, Laterza, Roma – Bari 1990, pp. 163-167.

²⁷ Questa impostazione emerge già nel pensiero di Jaspers e dei più recenti epistemologi come K. Popper e J. Eccles ed è stata elaborata da filosofi della scienza come J. LADRIERE, *I rischi della razionalità*, SEI, Torino 1978, e nei già citati lavori di Agazzi.

²⁸ E. HUSSERL, *La fenomenologia trascendentale*, (a cura di A. Marini), La Nuova Italia, Firenze 1974. Si sa come Husserl metta in questione la stessa oggettività delle conoscenze scientifiche anche matematiche proprio perché esse implicano il soggetto. A parte la tesi fenomenologista, bisogna distinguere, con Agazzi, la verità dalla oggettività.

²⁹ E. PELLEGRINO, *Autonomia scientifica e responsabilità...*, op.cit.

³⁰ Ho avuto occasione di ricordare queste riflessioni nel breve scritto citato: SGRECCIA, *La risposta nella trascendenza....*, pp. 163-168.

³¹ G. GISMONDI, *Etica fondamentale della scienza*, Cittadella Editrice, Assisi, 1997.

³² Sull'etica della ricerca sperimentale la letteratura etica è molto vasta. Si consiglia di consultare E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica Fondamenti ed etica medica*, vol. 1, pp. 559-596, ove vengono riportate anche le voci bibliografiche relative al Magistero della Chiesa e ai più recenti documenti internazionali.



JOSÉ ANTONIO PAGOLA

Verso un'esistenza olistica

In una Conferenza che si celebra alle soglie dell'Anno 2000 e che è centrata sulle aspettative e le speranze per la salute del mondo, non poteva mancare la preoccupazione di camminare verso un'assistenza maggiormente olistica della persona. Questo modesto intervento intende soltanto ricordare alcuni presupposti e suggerire alcune linee concrete d'azione.

Alla base del mio intervento, c'è una convinzione: a partire dalla sua concezione cristiana dell'uomo, la Chiesa deve collaborare decisamente nella ricerca di una salute totale ed integrale di ogni essere umano. Questo può essere il suo grande servizio alla salute dell'uomo nei prossimi anni.

1. Alcuni presupposti

1.1. Il recupero del soggetto

“Le malattie in quanto tali non esistono; noi conosciamo soltanto persone malate”¹. L'affermazione è di *Ludolf von Krehl*, però raccoglie una presa di coscienza sempre più generalizzata e dalla quale è necessario trarre conseguenze importanti. La “malattia” è un concetto astratto che esiste soltanto nell'uomo concreto. Il reale è la persona malata.

Per questo, quando la medicina si struttura come una “scienza della natura” che tratta tecnicamente la malattia come un processo oggettivo, senza tener conto della persona malata che sta vivendo questo processo a partire dalla propria originalità unica ed irrepetibile, la malattia umana si spoglia del suo carattere personale e storico, il soggetto umano viene ridotto ad un organismo e si produce così una

grave mutilazione antropologica nel trattamento medico.

Come ha ricordato l'eminente professore *Pedro Lain Entralgo*, “la biologia umana... è una disciplina essenzialmente distinta dalla biologia animale... l'uomo non è un organismo; ha un organismo che appartiene al suo essere. È il suo organismo, ma è anche ‘qualcosa in più’, in modo tale che tutte le realizzazioni del suo essere corrispondono ad alcune delle sue dimensioni entitative, però richiedono la partecipazione dell'intero suo essere”².

Quando la medicina pretende di giungere all'essenza della malattia con obiettività pura analizzando i sintomi, individuando le cause o studiando le conseguenze, essa non deve dimenticare che questi sintomi si producono in un momento concreto della storia di un soggetto umano, che il passato di questa persona è in qualche modo intervenuto nella genesi della sua malattia e che le conseguenze di questa si ripercuotono sul suo progetto di vita.

Come è ovvio, non si tratta di negare i grandi progressi che la medicina, intesa come scienza della natura, ha portato con sé nel corso di questo secolo né ignorare la sua efficacia nella cura dell'organismo, bensì ricordare che la seduzione da parte dell'oggettività scientifica e dell'efficacia tecnica non deve condurre alla dimenticanza del soggetto umano. L'assistenza medica deve occuparsi non solo della malattia bensì anche del malato.

1.2. Visione integrale della malattia umana

La malattia non è soltanto un problema biochimico o un'altera-

zione della biologia di questo soggetto, bensì un'esperienza che tocca l'essere umano nella sua totalità. Il malato non è semplicemente un “corpo” e non è nemmeno un semplice “essere vivente”. È una persona, cioè un essere dotato di intelligenza e libertà, portatore di valori, relazionato con altri esseri umani, con una concezione di se stesso e del mondo, con un progetto di vita e con una responsabilità di fronte al proprio destino.

Come diceva il grande pioniere della medicina antropologica, *Viktor von Weizsäcker*, “la malattia dell'uomo non è l'avaria di una macchina, bensì essa non è altro che egli stesso”³. Di qui la necessità di occuparsi delle diverse dimensioni della malattia umana, cioè non solo della dimensione biologica ma anche di quella psicologica, spirituale, familiare e sociale.

La progressiva specializzazione della medicina ha portato senza dubbio progressi molti positivi nella conoscenza e nel trattamento dell'organismo ammalato, però può condurre ad un'assistenza unilaterale e frammentaria che dimentica la totalità del soggetto umano. La medicina tecnicata e ultraspecializzata della fine del secolo ventesimo ha bisogno di una profonda revisione ispirata ad una concezione antropologica dell'essere umano considerato come “totalità integrata”. Come dice l'eminente professore *Sandro Spinsanti*, “per recuperare la visione della totalità, è necessario camminare controcorrente rispetto alla medicina contemporanea, che ha intrapreso il cammino della frammentazione e della specializzazione. Il terapeuta ha perso di

vista il fatto che dietro ad ogni organo malato c'è la totalità del soggetto”⁴.

1.3. Collaborazione interdisciplinare

Oggi non basta parlare di “umanizzazione della medicina”. È necessario precisare che questa umanizzazione non avrà luogo se non verrà promossa una collaborazione interdisciplinare che si occupi del malato nella sua totalità di essere umano. Nel parlare della necessità di trovare un nuovo paradigma che liberi l'assistenza medica dal suo attuale riduzionismo biotecnico, il dottor G. Acevedo ha recentemente ricordato con vigore questo dialogo che V. Frankl propone tra le diverse discipline affinché, agendo in forma centripeta, puntino all'uomo nella sua totalità e si pongano al servizio della sua salute integrale⁵.

Non si tratta di ignorare l'importanza della scienza biomedica e del suo apporto alla salute umana, bensì di complementare e di arricchire questa assistenza tecnica a partire da altre discipline e scienze umane come l'antropologia, la psicologia, l'etica, la teologia o la sociologia. P. Lain Entralgo dice che, in realtà, “non deve esserci necessità e dolore dove il medico non giunga; e, per lo meno nello spirito, egli deve essere formato nei confronti di un ambito tanto immenso, ed esercitare i suoi occhi di fronte alla totalità di quanto nell'uomo richiede aiuto”⁶.

La collaborazione interdisciplinare esige che venga riconosciuto il carattere pluridimensionale dell'assistenza al malato assumendo da ogni disciplina i propri limiti e la propria responsabilità nella sua attenzione integrale. Nessun riduzionismo è legittimo nell'assistenza all'essere umano malato. Come dice il dott. Acevedo, nell'elaborare e nel precisare l'operato nei riguardi della persona malata, “nessuna disciplina scientifica può limitarsi del tutto a questo o a quel settore, pretendendo di ottenere da esso risultati totali”⁷. Il riduzionismo nell'assistenza all'ammalato (biologismo, psicologismo, spiritualismo) è, in fondo, un procedimento pseudo-scientifico che non si prende cura delle necessità dell'essere umano nella sua totalità.

2. Verso un'assistenza olistica

2.1. L'atto medico al servizio dell'ammalato

I progressi scientifici e tecnologici non devono oscurare l'obiettivo fondamentale dell'atto medico che non è altro che quello di “aiutare sempre, curare quando è possibile”. Quanto più complesso e sofisticato è lo sviluppo della tecnica sanitaria, tanto più bisogna riaffermare il ruolo di *homo adjuvans* proprio dell'operatore sanitario. Questi non è soltanto un abile manipolatore della tecnica medica, non è soltanto un osservatore di ciò che si sta producendo nel paziente. Egli è un “terapeuta”, cioè una persona al servizio del malato, secondo il significato etimologico originale del verbo “*therapéuin*”, cioè “servire”.

Ciò non vuol dire in nessun modo adottare una posizione negativa di fronte alla medicina tecnologica né sottovalutare il servizio professionale. Al contrario, si tratta di elevare questo lavoro al suo livello più umano ponendolo al servizio umile, ma allo stesso tempo più reale, di questo “essere dolente” che è il malato.

Sarebbe un errore continuare a sviluppare la tecnologia medica senza chiedersi dell'uomo nella sua totalità, senza riflettere maggiormente sul “perché” e sul “per che cosa” di questa tecnologia o lasciando senza risposta tante necessità del malato che chiede di essere assistito, trattato, curato, non come una cosa o un organo, bensì

come un essere umano bisognoso di aiuto risanatore. Nel linguaggio medico contemporaneo si è soliti utilizzare una terminologia di chiaro contenuto bellico in cui la medicina è equiparata ad una battaglia contro la malattia (lotta contro il cancro o l'AIDS, vittoria su malattie una volta inguaribili, sconfitta di fronte alla morte, ecc.). A volte un linguaggio umile e responsabile di servizio al malato, essere fragile e dolente, ma sempre alla ricerca di vita e salvezza, esprimerebbe meglio la vera natura dell'atto medico.

2.2. L'assistenza alle diverse necessità del malato

Si potrà avanzare in modo efficace verso l'assistenza olistica soltanto ponendone servizi adeguati che rispondano alle diverse necessità del malato da una prospettiva di attenzione all'integralità del soggetto. Ciò significa non solo sviluppare l'incontro e la collaborazione del medico con altre figure professionali (psicologo, cappellano, assistente sociale), con familiari e amici del malato, con il volontariato specializzato, ecc., ma anche stabilire, coordinare ed integrare all'interno della struttura sanitaria dei servizi di assistenza psicologica, spirituale, sociale e familiare.

Questa impostazione interdisciplinare diventa tuttavia più urgente nell'assistenza al malato terminale, quando non si tratta di restaurare la salute dell'organismo bensì di prendersi cura delle diverse necessità che l'avvicinarsi della morte suscita nell'essere umano. Di fronte alla morte inevitabile e vicina, importante non è curare, bensì prendersi cura, alleviare, accompagnare. È soprattutto allora che bisogna prestare al malato la dovuta assistenza alle sue necessità non solo di tipo fisico bensì anche di ordine affettivo, familiare, spirituale e religioso⁸.

2.2.1. Assistenza psicologica.

Benché sia facile constatare una certa sfiducia e diffidenza nei confronti della presenza dello psicologo assieme al malato, è evidente che l'assistenza psicologica può e deve completare l'attuazione biomedica soprattutto in malati che presentano necessità particolari di tipo psico-emotivo (si pensi ad



esempio agli interventi chirurgici invalidanti, alle mastectomie, alle amputazioni che provocano un deterioramento della propria immagine, ecc.).

D'altra parte, problemi tanto importanti come l'alleviamento del dolore esigono non soltanto che venga trattato il dolore fisico, ma anche che si presti attenzione alla sofferenza morale o alle reazioni emotive delle persone di fronte all'incertezza di una prognosi infastidita, alla possibile separazione dai propri cari, alla paura della morte, ecc.

Questa attenzione agli aspetti emotivi e psicologici del malato da parte di un servizio specializzato non deve deresponsabilizzare il resto degli operatori sanitari né impoverire il loro rapporto con il malato, rapporto che deve essere sempre attento alle sue reazioni e alle sue sofferenze nel corso del processo della malattia. Al contrario, deve essere intesa nel quadro di una stretta collaborazione e deve servire a sensibilizzare tutto il personale sanitario arricchendo il rapporto terapeutico medico-malato.

2.2.2. Assistenza sociale. È necessario anche pensare all'assistenza sociale, soprattutto ad ammalati che, per la natura stessa della loro malattia o per diversi fattori d'ordine sociale e familiare, sono più bisognosi di aiuto: invalidi o malati cronici con cattiva qualità di vita, pazienti con un ambiente familiare o sociale conflittuale e deteriorato, anziani soggetti alla solitudine e all'isolamento, giovani minati dalla droga o dall'AIDS, malati psichici emarginati...

Tale attenzione può abbracciare un campo molto vasto di aiuto sociale tanto al malato ospedalizzato quanto al malato cronico o convalescente a casa propria: risoluzione di problemi di tipo familiare e lavorativo, orientamento ed aiuto nello svolgimento di pratiche burocratiche (pensione, riconoscimento di invalidità, ecc.), aiuto economico per risolvere necessità di ordine materiale, ecc.

Questa assistenza sociale deve essere espressione dell'attenzione che ogni società deve rivolgere ai suoi membri più bisognosi ed indifesi. Integrata in modo adeguato nella struttura sanitaria, essa arric-

chirebbe significativamente l'assistenza ai malati più poveri ed emarginati della società. Non dobbiamo dimenticare, d'altra parte, la giusta osservazione di S. Spinsanti il quale indica che "nella prospettiva di una popolazione ospedaliera costituita in misura crescente da malati cronici ed anziani, l'intervento 'sanante' dell'assistenza sociale si rende indispensabile"⁹.

2.2.3. La collaborazione familiare. Non dobbiamo dimenticare che la malattia può generare molteplici necessità che, senza ricadere sotto la responsabilità diretta dell'operatore sanitario, richiedono tuttavia di essere attese in modo adeguato. Ci sono malati bisognosi di sicurezza, di amore e di autostima; pazienti che hanno bisogno di incoraggiamento e di vigore in momenti di abbattimento; altri cercano compagnia per affrontare la propria solitudine o speranza per assumere la propria malattia o la propria morte. Si tratta di bisognosi che devono essere attesi più dal punto di vista della vicinanza amichevole, dell'affetto e della gratuità che da quello professionale.

La famiglia può svolgere in non poche cose un ruolo fondamentale, soprattutto nell'accompagnamento del malato terminale. È certo che le famiglie spesso non sono preparate né in grado di prestare questo accompagnamento "sanante". Di qui la necessità di curare a partire dalla struttura sanitaria non solo l'adeguata presenza dei familiari insieme al malato, bensì anche la consu-

lenza e il dovuto discernimento in ciascun caso.

2.2.4. Diverse forme di volontariato. Dalla stessa prospettiva, non bisogna neanche escludere la collaborazione di diverse forme di volontariato specializzato, capace di avvicinarsi al malato con amicizia e solidarietà gratuita. La sua presenza può essere, in alcuni casi, di grande importanza per liberare il malato dall'isolamento ospedaliero, per esprimergli la vicinanza della comunità umana o religiosa a cui appartiene e per aiutarlo, in definitiva, a vivere la propria malattia maggiormente legato ai valori, ai simboli e alle credenze che danno senso alla sua vita.

Sappiamo che esistono difficoltà nell'articolazione di questo volontariato nella struttura sanitaria, quali la necessità di evitare abusi e interferenze dannose, la preparazione dei volontari, ecc; però è necessario continuare ad incoraggiare le esperienze esistenti cercando formule sempre più adeguate¹⁰. In questo senso ci sembra che la Chiesa debba continuare a promuovere la collaborazione dei laici nella Pastorale Sanitaria, assicurando meglio la vicinanza e l'attenzione della comunità cristiana ai malati.

2.3. L'assistenza spirituale e religiosa

Pur senza essere negata per principio, l'attenzione religiosa è spesso emarginata o discreditata come qualcosa di importanza secondaria. L'assistenza medica si occupa esclusivamente dell'organismo malato. L'assistenza psicologica ignora frequentemente la dimensione spirituale e trascendente della persona limitandosi a ricomporre lo psichismo umano come un processo chiuso in se stesso. L'assistenza religiosa viene quindi vista come un intervento non necessario e perfino inopportuno. In questo modo, operatori sanitari e cappellani o assistenti religiosi lavorano ignorandosi reciprocamente, senza scoprire la complementarietà dei loro servizi e senza trovare canali di collaborazione per un'assistenza integrale al malato.

Tuttavia, ogni malato, qualunque sia la sua visione religiosa, la sua fede o il suo atteggiamento esistenziale nei confronti della vita,



ha diritto ad essere rispettato ed atteso nelle sue richieste e necessità di ordine spirituale. La malattia grave e la prossimità della morte sono esperienze dense che toccano la persona nella sua intimità. Il malato può aver bisogno di curare ferite che trascina dal passato, trovare un senso alla propria esperienza dolorosa, affrontare sentimenti di colpevolezza, aprirsi con fiducia al mistero, riconciliarsi con se stesso e con Dio, chiedere perdono, sentirsi accettato, lasciare questa vita con speranza e pace... Non ci sarà vera assistenza olistica se non ci si prenderà cura di questa dimensione spirituale, trascendente e religiosa del malato. Di qui la necessità di rivalorizzare l'assistenza religiosa, non come un'intromissione staccata dalle altre cure sanitarie, bensì come un servizio integrato nell'attenzione alla totalità dell'esere umano ammalato.

Questa assistenza spirituale e religiosa ha un'importanza particolare nell'attenzione al malato termi-

nale. La Chiesa deve adoperarsi affinché nessun malato sia abbandonato al proprio destino, alla speranza di una morte più o meno presagita, come se non fosse necessario nessun aiuto né accompagnamento, eccetto il controllo efficace degli apparati assistenziali. Qualcuno si deve occupare di lui come persona con un destino trascendente e deve offrirgli l'aiuto necessario per vivere la propria morte in modo degno, responsabile e fiducioso.

E in questo contesto di assistenza integrale che trova il suo vero senso l'accompagnamento cristiano al malato, la preghiera con lui e per lui, la celebrazione del sacramento della riconciliazione, la partecipazione all'eucaristia, e il sacramento dell'Unzione degli infermi in cui la Chiesa chiede e cerca per il malato la salute totale offrendogli la grazia salvifica di Cristo¹¹.

P. JOSÉ ANTONIO PAGOLA
Vicario generale di San Sebastián,
Spagna

Bibliografia

¹ L. VON KREHL, *Krankheitsform und Persönlichkeit*, Leipzig 1929, p. 17. Citato da S. SPINSANTI, *Guarire tutto l'uomo. La medicina antropologica di Viktor von Weizsäcker*, Milano 1988, p. 107.

² P. LAÍN ENTRALGO, *La Historia Clínica*, 37-38. Citato da G. ACEVEDO, *El modo humano de enfermar*, Buenos Aires, 1996 2, p. 54.

³ V. VON WEIZSÄCKER, *Wege psychophysischer Forschung*, in *Artzt und Kranker*, I, p. 198.

⁴ S. SPINSANTI, op.cit., p. 111.

⁵ G. ACEVEDO, *El modo humano de enfermar*, Buenos Aires, 1996 2, p. 83.

⁶ P. LAÍN ENTRALGO, *La Historia Clínica*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, p. 643.

⁷ G. ACEVEDO, op. cit., p. 93.

⁸ Vedasi il Direttorio Pastorale della diocesi di San Sebastián (Spagna) *Hacia una muerte más humana y más cristiana* (Edit. Idatz 1996).

⁹ S. SPINSANTI, *L'alleanza terapeutica. Le dimensioni della salute* (Roma, 1988), p. 124.

¹⁰ S. SPINSANTI cita alcune norme che regolano l'Associazione dei Volontari Ospedalieri Fatebenefratelli che operano all'interno dell'Ospedale dell'Isola Tiberina (Roma), op. cit., p. 134, nota 36.

¹¹ J.A. PAGOLA, *Acción pastoral para una nueva evangelización* (Santander, 1991), specialmente pp. 163-179.



Tavola Rotonda



*L'impatto
dell'ambiente
sulla salute*

JOSÉ ANTONIO MERINO

Ecologia, creazione, salute

Negli ultimi trent'anni il movimento ecologico è stato caratterizzato da un vigore, una frequenza e una militanza che hanno favorito una nuova coscienza ecologica generalizzata. Temi come: miglioramento dell'ambiente, qualità della vita, inquinamento, tecnologie blande, riciclaggio, ecc., si ripetono in tutti i contesti sociali, come espressione di una nuova sensibilità nei confronti del deterioramento della natura, dei campi, dei mari, dei fiumi, dei boschi, delle città, dell'alimentazione, ecc.

L'ecologia, in quanto scienza, non ha creato né promosso il movimento ecologista nelle sue diverse manifestazioni ed espressioni, ma ha fornito la necessaria informazione sulla natura e l'ambiente, destando e stimolando un'inquietudine forte e generalizzata di fronte al deterioramento del mondo naturale. L'ecologia ha ricordato un fatto evidente: che l'uomo può agire illimitatamente e senza controllo sulla natura senza soffrire le conseguenze, a breve o a medio termine, del superamento di certi limiti. La specie umana fa parte della natura. E di fronte agli analisti della natura, l'uomo con il suo comportamento incontrollato sta segando il ramo sulla quale è appoggiato.

Dall'ecologia, in quanto ramo della biologia, è nata la nozione di protezione della natura. E dalla coscienza ecologica delle scienze biologiche si è passati ad altre scienze, che allo stesso modo accusavano le trasgressioni dell'uomo nel mondo naturale. La demografia si è opposta alla galoppante crescita della popolazione mondiale e alle sovrappopolazioni; l'etnologia ha denunciato gli attacchi contro le etnie e le culture minoritarie da parte di

società e di culture più forti ed avanzate tecnologicamente; la sociologia ha fatto un'apologia dell'uomo *naturale* ed ha accusato l'uomo occidentale di essere addomesticato. Tutto questo ha inciso in modo evidente sulla scienza economica, su quella politica e sulla stessa società industriale, con ripercussioni immediate sulla psicologia, la filosofia e la teologia. L'ecologia, vista in una prospettiva interdisciplinare, vede l'uomo radicalmente inerente al mondo naturale, e quando questo viene trasgredito, egli necessariamente ne risente. L'ecologia si presenta in questo modo come "vincolo tra le scienze naturali e quelle sociali", secondo il sottotitolo che E. Odum ha dato al suo *Trattato d'ecologia*. Ciò vuol dire che i problemi sociali ed economici che si accusano nella disegualanza e nell'ingiustizia, sono intimamente condizionati dal modo con cui gli ecosistemi vengono visti e trattati.

La coscienza ecologica, come sottolinea Edgar Morin, ci pone dei seri problemi e ci obbliga a rivedere i presupposti della civilizzazione industriale così come sono: la separazione cartesiana dell'uomo-soggetto di fronte al mondo come oggetto manipolabile; la scienza concepita come conoscenza oggettiva e come strumento onnipotente di sperimentazione e di trasformazione; l'idea trionfante ed operativa, tanto nel mondo capitalistico quanto in quello marxista, dell'uomo conquistatore della natura. Attualmente esiste uno spiccato senso per l'ecologia perché la natura è un mondo che abbiamo perso, ed al quale non possiamo rinunciare perché è la nostra patria naturale, in cui tutti noi viviamo, ci muoviamo ed esistiamo.

Un certo numero di sostenitori dell'ecologia parla di una ecologia planetaria o inglobante cercando di inserire in un sistema integrante le componenti naturali, tecniche e culturali. La natura è l'orizzonte adeguato della società; però la società non può essere ostile alla natura bensì deve integrarsi in essa. Non è possibile una natura pura come nemmeno una società pura. La coordinata natura-uomo-società-tecnica deve essere illuminata da principi orientativi, cioè culturali che, superando la dialettica dell'antagonismo irriducibile, sfocino in una unità di comunione e di solidarietà.

I complessi sistemi del mondo reale (mondo naturale, mondo tecnico, mondo umano) non dovrebbero sviluppare le proprie intime possibilità concrete in atteggiamenti antagonistici bensì in dimensioni integratrici e interrelazionate. "Il nostro universo pluri-ecologico – scrive Morin – è un universo in cui tutto si organizza a partire da innumerevoli interazioni tra le componenti fisiche, chimiche, climatiche, vegetali, animali, sociali, economiche, tecnologiche, ideologiche"¹. Esiste una mutua relazione ed interdipendenza tra ecologia, sociologia, economia, politica e ideologia.

La nuova scienza ecologica cerca di mettere in evidenza problemi fondamentali ed urgenti che si riferiscono alla vita della natura, delle società viventi e delle società umane, cioè il rapporto dell'uomo con la natura in tutta la sua ampiezza e problematicità. Per Morin, "l'ecologia generale è la prima scienza che, proprio in quanto scienza (e non come risultato delle tragiche conseguenze delle sue ap-

plicazioni, come è stato il caso della fisica nucleare e come sarà presto il caso della genetica e della scienza del cervello), esige una presa di coscienza quasi diretta. Ed è la prima volta che la scienza, e non la filosofia, ci pone il problema del rapporto tra umanità e natura vivente”².

Nel corso della storia la specie umana ha modificato profondamente gli ecosistemi, fino al punto che certe modificazioni sono risultate irreversibili, come nel caso della deforestazione e dell'eccessiva conversione del territorio in pascoli. L'industrializzazione, l'urbanizzazione, lo sviluppo di tecnologie applicate, l'enorme aumento demografico, l'automazione e la razionalizzazione, hanno causato una seria e profonda destabilizzazione di certi ecosistemi che di per sé erano stabili. In Europa e in America questo processo si è sviluppato in modo smisurato da un secolo e mezzo a questa parte, tanto che i danni compiuti contro l'ambiente nei milioni di anni precedenti risultano molto minori perché l'uomo si limitava ad una economia di tipo forestale e rurale.

La distruzione dell'ambiente perpetrata attualmente attraverso l'economia mondiale e le tecnologie prepotenti, porrà in serio pericolo la sopravvivenza dell'umanità nel secolo futuro. Gli scienziati ripetono e dimostrano che la combustione di carburanti fossili e la contaminazione del suolo, dell'acqua e dell'aria mediante agenti contaminanti e i fertilizzanti chimici, porteranno alla distruzione della flora e della fauna, ad un cambiamento profondo del clima e ad una minaccia per la stessa vita umana. La società industriale *avanzata* ha rotto l'equilibrio organico della terra e si incammina, se non si effettua un'inversione di rotta, verso la *morte ecologica* universale, di cui parlano gli ecologi e gli ecologisti. Si parla anche di un “gigantesco disfacimento del nostro ambiente”³.

Viene annunciato che il pericolo di un collasso ecologico della terra è maggiore di quello di una catastrofe nucleare, in quanto quest'ultima è possibile soltanto fintanto che la catastrofe ecologica sarà il destino sicuro dell'umanità, se non si attua un cambiamento nella politica economica e nel progetto di

sviluppo incontrollato ed irrazionale.

Gli studiosi dell'ambiente sono soliti offrire un panorama quasi dantesco del deterioramento della natura. Essi dicono che stiamo vivendo a livelli insopportabili di inquinamento e che siamo minacciati da una eco-catastrofe. Ne sono la prova le nubi tossiche, la pioggia acida, la distruzione progressiva dei litorali, i residui chimici, l'effetto serra, l'erosione dello strato di ozono, la distruzione della ionosfera, ecc. Tutto ciò è effetto di una serie di cause che incidono e concorrono alla crisi ecologica. Però i fattori principali ritenuti i più incisivi sono: l'inquinamento, la diminuzione delle risorse naturali, la politica degli armamenti e la sovrappopolazione, che è meglio analizzare a parte.

Tanto in America quanto in Europa è già entrata pacificamente nell'universo del discorso sociale questa parola allucinante: il *terricidio*. L'era della tecnica sta rivelando il senso profondamente ontologico delle categorie del *possedere e del tenere*. Ci troviamo non soltanto di fronte alla perdita di alcuni beni che possediamo, ma di fronte a qualcosa di più radicale, la perdita di ciò che siamo. Con grande saggezza G. Marcel diceva che “l'inquinamento appare una conseguenza inevitabile e materializzata di un errore specificatamente metafisico”⁴. Pretendendo di conquistare la natura, l'uomo l'ha sfigurata. I prodigi della tecnica hanno offerto grandi progressi per l'uomo e per il suo benessere, pur se non a tutti allo stesso modo, però ha anche prodotto un *mondo frantumato* e ha denaturato sorella-madre terra, come direbbe Francesco d'Assisi. Il problema ecologico ha proporzioni tali da non essere riducibile alle scienze biologiche e fisiche, come fu alle origini, bensì appartiene al discorso interdisciplinare.

L'avvicinamento dell'uomo alla natura è condizionato da una filosofia precedente, praticata a livello consciente o inconsciente. Fin dalle origini del pensiero filosofico, per lo meno occidentale, ci troviamo di fronte alla contrapposizione e alla dualità tra l'uomo e la natura. Tanto la filosofia quanto le scienze moderne hanno accentuato questo dualismo. Le tradizionali divisioni

tra io e non io, tra soggetto ed oggetto, tra corpo ed anima, tra pensiero e materia, tra mondo interiore e mondo esteriore, esprimono ripetutamente la dualità uomo-mondo, e tutto ciò dipende dalla cosmovisione che l'uomo si è forgiata.

La modernità è caratterizzata dall'enorme predominio della soggettività, dalla imposizione dell'intelligenza, dalla volontà e, perfino, dalla propria immagine dell'uomo. La soggettività scatenata si è manifestata principalmente nel dominio dell'uomo sulla natura attraverso la scienza e la tecnica. Il progetto del dominio nell'era tecnologica non si è fermato né limitato al campo delle cose e degli esseri irrazionali, bensì è passato a sperimentare audacemente anche la stessa natura dell'uomo attraverso interventi biochimici, invasioni psichiche ed esperimenti di ingegneria genetica. Il subordinamento della soggettività sembra basarsi e giustificarsi nel dominio incontrollato dell'uomo sulla natura.

L'inquinamento e il deterioramento della natura hanno radici antropologiche e metafisiche, che devono essere riviste per intavolare un nuovo dialogo vitale e costruttivo tra l'uomo e la natura. La madre terra non può essere considerata come una semplice possibilità tecnica e come una miniera inesauribile né come un magazzino a cui ricorrere facilmente, bensì come l'orizzonte vitale e necessario del nostro essere nel mondo. L'uomo ha bisogno della natura così come la natura ha bisogno dello spirito. Il rapporto uomo-natura si ricomporrà soltanto con una metafisica dell'amore e con una ontologia della partecipazione rispettosa.

Nonostante l'affermazione filosofica che l'uomo e il mondo costituiscono un sistema e sono chiamati a condividere una stessa avventura umana e mondana, lo sviluppo della realtà concreta e storica dell'uomo-mondo o natura non convince e provoca non di rado un sentimento di abbandono, di ostilità o di esilio. Heidegger, nella sua *Lettura sull'umanesimo*⁵, parla dell'uomo moderno apolide, non solo in quanto si è verificato l'oblio dell'essere, bensì in quanto non si sente accolto e protetto nell'orizzonte mondo. Di ciò è testimone Nietzsche, che tanto energicamente ha

descritto questo essere apolide. Precedentemente Hegel lo aveva espresso nel suo concetto di estra-neamento, e più tardi Marx lo racco-glierà nella ripetuta parola *alienazione*. Il sentimento di esilio e di sradicamento è così accentuato nella nostra epoca che “l’essere apolide si trasforma nel destino del mondo”⁶, creando in non pochi uomini moderni un atteggiamento di aggressività permanente e di violenza contenuta o scatenata.

L’armonia o la disarmonia tra l’uomo e la natura dipende dal fatto che l’uomo tratti la natura come un oggetto utile o la interpreti come uno spazio vitale e non riducibile ad utensile né maneggiabile a capriccio, in quanto la natura non è né *là*, né *in me*, né *contro me*, bensì *con me*. E tanto la natura quanto ogni cosa naturale hanno il proprio valore e significato e “disconoscere che ogni cosa ha la propria condizione e non quella che noi pretendiamo è, secondo Ortega, il vero peccato “cordiale”, che io chiamo peccato capitale, in quanto prende origini dalla mancanza di amore. Nulla c’è di tanto illecito come rimpicciolire il mondo con le nostre manie e la nostra cecità, diminuire la realtà, sopprimere fantiosamente pezzi di ciò che è”⁷. Bisogna considerare che anche le cose naturali hanno la loro profondità, interiorità e dimensione peculiare che sfuggono facilmente alla vessazione dell’uomo.

La razionalità moderna porta con sé un forte impulso di soggettività e di autocoscienza. Il soggetto che si autoafferma lo fa a spese dell’oggettivazione della natura tanto esterna quanto interna. Il soggetto che cresce autonomamente, quando si rivolge ai suoi rispettivi oggetti nel conoscere e nell’agire, diventa autonomo, indipendente e impenetrabile. E inconsciamente accentua la tendenza ad autoesaltarsi e ad assolutizzare gli atti riguardanti la riflessione e l’emancipazione. La razionalità del pensiero che diventa assoluta tende a manifestarsi con forme di dominio e di subordinamento di tutto ciò da cui dipende o è condizionata. La ragione assoluta si trasforma in volontà assoluta e in volontà di potere, benché mascherata in forme civilizzate. Quando *io penso, io voglio, io sento e io valuto* sono

espressioni programmatiche di una soggettività incontrollata; si cade nel mito dell’*io* assoluto per cui gli altri, le cose e la natura sono considerati soltanto come mezzi e strumenti, portando con ciò ad un sovertimento delle relazioni umane autentiche con la natura e mutilando realtà complementari dell’essere umano. Il processo di razionalizzazione iniziato con la modernità ed accentuatosi a partire dal movimento dell’Illustrazione ha ottenuto certamente l’autonomia dell’uomo ma ha portato con sé anche una disumanizzazione della natura ed una denaturalizzazione del mondo umano. Con Piaget possiamo dire che tale processo viene inteso come un *decentralamento dell’immagine del mondo*, con inevitabili ripercussioni sui rapporti uomo-natura.

L’uomo si polarizza verso il mondo mediante un movimento spontaneo e naturale; con il suo comportamento si apre al mondo e alle cose con cui condivide la propria esistenza, che viene definita dal suo legame con il mondo che egli cerca di comprendere attraverso l’affinità ontologica. A causa dell’intenzionalità del pensiero e del movimento centrifugo dell’*io*, noi ci vediamo lanciati molto al di là della nostra soggettività che ci colloca in un mondo anteriore all’*io* e al quale ci avvolge in una serie di relazioni reali e possibili. Il mondo è un ingrediente dell’esistenza umana, la circostanza del mio *io*, nel senso che Ortega dà al concetto di circostanza, e appartiene all’analitica e alla struttura della vita dell’uomo, poiché la vita umana è essenzialmente mondana in quanto la propria corporeità è intrinseca e costitutivamente inseparabile dalla mondanità. Stare nel mondo vuol dire fare necessariamente qualcosa con ciò che c’è nel mondo, e questo far qualcosa è vivere, che implica un andar facendo e un andar facendosi, un mondannizzare e un mondannizzarsi. Vivere non è soltanto esprimere questo legame vincolante tra l’*io* e il mondo, ma implica anche scoprire la connessione esistenziale e dinamica esistente nel mondo intero e che, per la presenza dell’uomo, è già mondo umano. In questo modo la soggettività e l’oggettività appaiono come due poli necessari e imprescindibili del sistema *io-mondo*.

Strutturalmente l’uomo è un essere relazionato e vincolante. Però non è facile mettersi in relazione perché siamo condizionati e assoggettati ai nostri schemi culturali e ai pregiudizi ambientali e vigenti che modellano nella mente umana visioni e letture differenti della realtà. Si è persa l’ingenuità naturale dei presocratici e viviamo con una volontà di sospetto e di timore che ci allontanano dalla realtà. “Il mondo lo portiamo dentro”, diceva Unamuno commentando la vita di don Chisciotte e di Sancho⁸. Ciò esige una revisione e una purificazione del proprio animo. Ogni visione genera la propria esperienza e questa si articola in un atteggiamento concreto di fronte alla vita e alla natura.

Per una comprensione integrata ed integratrice del mondo reale, che è naturale e tecnico allo stesso tempo, è necessario superare i sistemi che escludono: positivismo-idealismo, scientismo-volontarismo, oggettivismo-soggettivismo, ecc. È necessario giungere alla più ampia e profonda relazione con tutta la realtà avvolgente attraverso tutte le conoscenze. Per questo non basta la semplice ragione comunicativa, bensì bisogna giungere all’esistenza comunicativa, basata su di una ontologia della presenzialità costitutiva, che comporta un nuovo modo di abitare nel mondo e di trattare le cose, come allo stesso modo presuppone un nuovo guardare la natura e un imparare ad ascoltare e a rispettare tutti gli esseri.

In una visione umanizzata della natura, l’aspetto scientifico-tecnico non ha di che opporsi ai valori dello spirito né allo spirito stesso, come neanche la macchina alla mistica. Poiché, come assennatamente scriveva Bergson, il corpo tecnico “aspetta un supplemento di anima e la meccanica esigerebbe una mistica”.

In questo modo, la meccanica che ha piegato molti uomini verso la terra, li aiuterebbe ad alzarsi e a guardare in alto. Attraverso una profonda umanizzazione della natura e delle cose, l’uomo otterrà una nuova forma di esistenza nel mondo e collaborerà nella costruzione di un ambiente più abitabile ed accogliente.

Il messaggio del Vecchio Testa-

mento offre una teologia della creazione in cui il rapporto uomo-natura viene inteso a partire da quello creatore-creatura. Ciò è perfettamente sottolineato nella professione di fede del primo capitolo della Genesi come anche nella letteratura sapienzale e nei profeti. L'uomo è un essere creato, così come la natura, con tutti gli altri esseri e cose che ci sono in essa. Dio appare come il grande Signore, liberamente creatore dell'essere umano e degli altri esseri mondani. Tutto il creato è radicalmente distinto da Dio e, pertanto, è escluso il panteismo. Allo stesso modo tutta la realtà creata è buona. Non soltanto l'uomo è buono, ma anche tutte le altre creature lo sono. Di conseguenza, non è possibile un atteggiamento manicheo. La bontà della natura, e di ciò che vi è in essa, è una proprietà che viene dal suo creatore. L'essere umano però è descritto come realtà distinta dalle altre realtà naturali, benché non perda affatto la sua categoria di essere creaturale. Lo si fa re della creazione perché la usi e non ne abusi.

Il "sottomettete la terra" non è un salvacondotto per sfruttare e distruggere, bensì l'imperativo divino affinché l'uomo umanizzi la natura e si leghi ad essa fecondamente e gioiosamente. La costituzione apostolica *Gaudium et spes* (n. 34) scrive a questo proposito: "L'uomo creato a immagine di Dio, ha ricevuto il comando di sottomettere a sé la terra con tutto quanto essa contiene, e di governare il mondo nella giustizia e nella santità, e così pure di riportare a Dio se stesso e l'universo intero, riconoscendo in lui il Creatore di tutte le cose; in modo che, nella subordinazione di tutte le realtà all'uomo, sia glorificato il nome di Dio su tutta la terra". Pertanto lo sfruttamento incontrollato della natura o il suo deterioramento volontario da parte dell'uomo vanno contro il disegno di Dio della Bibbia.

La natura e la storia si coinvolgono e si condizionano reciprocamente nella Bibbia giacché Dio realizza il suo mistero di salvezza attraverso mediazioni storiche e cosmiche. Il messaggio della Genesi sulla creazione ha non soltanto un significato protologico, in quanto riferimento alla prima creazione,

ma ne contiene anche un altro escatologico, in quanto già si muove verso *la nuova creazione* composta da natura e storia. Nel libro biblico della Genesi non predomina la passività primordiale, bensì l'azione fondante e trasformatrice di tutte le componenti dell'universo. L'uomo, membro collegiale di questo cosmo, non gode di una soggettività prometeica bensì di una soggettività orientatrice e solidale. La sua azione sulla natura deve essere un atto colto o di cultura giacché il suo impegno sta nel coltivare e curare il proprio habitat. L'antropocentrismo della Bibbia è molto distante dall'antropocentrismo che predomina nella cultura occidentale dal Rinascimento, in quanto mentre in questo emerge la soggettività autosufficiente e prepotente, nell'altro soggiace l'alterità e la solidarietà in quanto si presenta come *imago Dei*. L'uomo biblico non può fare orecchi da mercante degli altri né delle cose. Risuona continuamente nella sua coscienza la voce che gli domanda dell'altro fratello e del mondo.

Tutto il Nuovo Testamento risalta l'azione mediatrice ed esemplificatrice di Cristo, Verbo incarnato, creatore e riformatore di tutte le categorie esistenziali e dei diversi ordini del mondo reale. Se Cristo è l'unico Salvatore e la creazione è un atto di salvezza, significa che creazione e Cristo sono intimamente vincolati. Così proclama San Paolo per il quale Cristo è la chiave interpretativa, esplicativa ed applicativa della storia della salvezza e del mondo naturale. Se tutto gira attorno a Cristo, mediatore e signore della creazione, in cui tutto è ricapitolato (*Ef 1, 3-10*), si deve concludere che tutto l'universo è attraversato da riferimenti cristici.

Il mondo intero va visto ed interpretato alla luce di un cristocentrismo universale, nella prospettiva presentata già sette secoli fa da Juan Duns Escoto e delineata in questo secolo da Teilhard de Chardin. Colui che desidera guardare ed interpretare in profondità tutta la creazione in chiave cristiana, si imbarerà inevitabilmente in una urgenza cristologica. Se si ravviva il cristocentrismo cosmico di ispirazione paolina, tutte le realtà terrene si percepiscono da un'ottica singolare, piena di senso e di messaggio.

Il cristianesimo vede tutta la natura nella prospettiva del Cristo risorto che è il vero punto di convergenza della natura e della storia. Pertanto, l'inquinamento della natura, lo sfruttamento dei campi per pura speculazione egoistica, la dissipazione delle risorse naturali, il consumismo irrazionale ed incontrollato, così come tutte quelle forme di aggressività verso la natura o parte di essa, sono un attacco al piano divino della creazione e provocano un disordine nel mondo di imprevedibili conseguenze, che incideranno inevitabilmente sull'uomo stesso¹⁰.

La creazione non è semplicemente una vaga immagine di Dio, ma è un suo dono e parte della sua autorivelazione. Pertanto, è linguaggio e manifestazione del suo autore. In questa linea, mi sembra opportuno offrire qui la visione sintetica di una teologia ecologica in chiave bonaventuriana, profonda nel suo contenuto e bella nella sua espressione. Il mondo per San Bonaventura è un sacramento di allusività e di riferimenti perché tutto esso sia attraversato da presenze che rimettono alla grande Presenza, che è Dio.

La cosmovisione bonaventuriana si basa sulla filosofia esemplaristica, che consiste nel sottolineare la somiglianza e la relazione esistente tra le creature e il Creatore. Dio, che è amore e sommo bene, è *diffusivum sui*, è espansivo e comunicativo attraverso il suo dinamismo creatore. Essendo infinita bontà, Dio comunica questa bontà che si trasforma nella causa di tutti gli esseri. Nello stesso modo in cui la stessa struttura cosmica porta in sé questa impronta di comunicazione e una esigenza di espressione che tutta la creazione riflette la sua origine, la sua struttura e il suo fine¹¹.

La struttura metafisica dell'essere connota tre verità fondamentali: essere originato o essere ricevuto, intimità o essere in se stesso e comunicazione o stare in comunione; il che vuol dire che tutta la realtà creata è dipendente, consistente e referente, in modo tale che il cosmo è una sintassi ontica in cui si intrecciano e si manifestano l'unione, la somiglianza e la relazione. Dio ha creato questo mondo in cui in qualche modo è presente, dato

che il mondo, gli esseri e gli uomini sono espressioni delle invisibili idee divine, che sono servite da modello. Il creatore ha lasciato la sua impronta nelle cose e negli altri esseri creati¹². Tutti gli esseri creati sono apparenza, impronta o immagine di Dio. Però questa somiglianza, chiara o confusa, lontana o vicina al divino, non è una categoria poetica e romantica, bensì una realtà ontica, non qualcosa di accidentale, ma sostanziale e una proprietà essenziale degli esseri¹³. Il mondo intero è un libro in cui la Trinità creatrice è impressa con caratteri leggibili¹⁴. Tutta la *somiglianza espressiva*¹⁵ delle idee divine si basa su di una ontologia dell'espressione, che contiene *verità ideali*, che si distanziano dalle *verità dei fatti* dell'epistemologia moderna e sono incomprensibili alla mentalità positivista. Il discorso scientifico attuale, basato sulla conoscenza empirica e sperimentale, difficilmente può comprendere la *verità* delle metafore delle cose così come le presenta Bonaventura. Però, soltanto superando le *verità dei fatti* si comprenderà il senso profondo dell'esistenza dell'uomo e il valore profondo e significativo della natura.

Se ogni essere è parola (*logos* stampato), deve essere anche memoria (ricordo del suo autore), così come comunione e vincolo (tutti appartengono alla stessa stirpe) ed è celebrazione (perché esprime la gloria divina). Il puro idealismo, poi, è una mancanza di considerazione verso la realtà; e il puro positivismo è mancanza di visione di questa stessa realtà. La visione bonaventuriana è un realismo-simbolico-partecipativo, che mentre rivalORIZZA il concreto lo fa linguaggio e lo relaziona con una comunione universale.

Il pensiero bonaventuriano, in rapporto alla natura e agli esseri naturali, esige un comportamento umano e un atteggiamento esistenziale di rispetto, di comunione e di fraternizzazione con tutti essi perché si basa su di una ontologia dell'amore, che, più che a conoscere le cose, porta ad un saper vivere con esse, e questa conoscenza si chiama *saggezza*. L'uomo non è di *fronte* alla natura, ma *con-vive* in essa e *con* essa. Nell'essere umano si trovano e si consumano i movi-

menti e le aspirazioni più occulte della creazione. L'uomo è una *medietas* tra natura e spirito, finito e infinito; è un microcosmo in cui la materia e lo spirito si armonizzano in una sintesi perfetta, ma non compiuta. L'uomo non domina né manipola il creato bensì lo presiede e gli dà senso esplicito perché tutto è stato creato in vista di lui. Tutto è stato creato in vista dell'uomo, per questo egli è stato creato per ultimo¹⁶. Pertanto l'uomo e la natura si armonizzano in uno stesso progetto teologico, cosmologico ed ermeneutico.

Nel libro della creazione, San Bonaventura scopre e descrive tutto un universo di bellezza e di armonia, in quanto ogni cosa naturale, benché sia la più infima nella scala dell'essere, riflette un raggio della luce divina. È meravigliosa la penetrazione dell'intelligenza che ama di Bonaventura per scoprire nel segreto della creazione le infinite analogie, metafore ed immagini che rivelano, in un modo o nell'altro, le impronte e le vestigia divine impresse in essa attraverso l'atto creatore.

Tutto l'universo è un mondo di clamore e di manifestazione divina. E per scoprirla basta porre i sensi in atteggiamento operativo. Pertanto "colui che con tanti splendori delle cose create non si forma è cieco; colui che con tanti clamori non si desta, è sordo; colui che per tutti questi effetti non rende lode a Dio, è muto; colui che con tanti indizi non avverte il principio primo, costui è sciocco. Apri, quindi, gli occhi, avvicina l'udito spirituale, spiega le labbra e applica il tuo cuore perché in tutte le cose tu veda, ascolti, ami, veneri, glorifichi ed onori il tuo Dio, affinché tutto il mondo non si alzi contro di te"¹⁷.

La natura, Dio e l'uomo sono profondamente uniti ed interrelazionati da motivazioni teologiche, ma anche da parentela ontologica e da principi epistemologici ed ermeneutici. Però a volte risulta che l'uomo è sapientissimo in scienza e analfabeta in saggezza, un grande conoscitore di leggi e un ignorante qualificato in principi sapienziali.

Per San Bonaventura, la natura è lungi dall'essere inospitale, fosca e ostile all'uomo. Essa si presenta e si interpreta come casa, come dimora e come abitazione in cui l'es-

sere umano si sente come nel proprio ambiente familiare. L'uomo non è uno zingaro senza casa né un cittadino scomodo, né un inquilino che si sente di troppo nel proprio habitat, come propone con inconfondibile pessimismo J. Monod nel suo libro *Il costruire e la necessità*. Al contrario, esiste un'intima relazione tra l'uomo e la natura. E in questa dinamica vitale della coesistenza non c'è spazio per quelle forme di aggressione, di violenza o di distruzione contro il mondo naturale, giacché esso è nostro necessario complemento.

Tutto l'universo bonaventuriano, interpretato a partire dall'esperienza religiosa e da una teoglia vissuta, ha una grande armonia e bellezza. Ma, allo stesso tempo, è un mondo natural-pratico in quanto in esso viviamo, ci muoviamo ed esistiamo. San Bonaventura proporrebbe una ecologia di orizzonti illimitati che sfoci in una estetica vissuta da tutto il creato e in una fraternizzazione tra tutti gli esseri della natura, in cui regni non l'aggressività né lo sfruttamento, bensì l'armonia, il servizio e la simpatia in un atteggiamento di solidarietà e di sussidiarietà.

Comportamento esistenziale paradigmatico, che merita una attenta riflessione in quanto ha creato un importante movimento spirituale e culturale, quello di San Francesco d'Assisi, che si sentiva intimamente legato non solo a tutti gli uomini ma anche a tutti gli esseri del creato, a cui dava il dolce nome di fratello o sorella. Egli non fece mai una teoria dell'unità ontologica del reale, però visse tanto intensamente l'armonia cosmica da creare una teoria e una visione singolare dell'uomo come essere nel mondo. Nel suo universo non c'era spazio per una contaminazione possibile, poiché tutto in esso era armonia e trasparenza, rispetto e cortesia. Colui che canta e celebra sinceramente non contamina né deteriora la natura, bensì offre agli altri un nuovo modo di abitare, di essere, di legarsi e di vivere, e con esso pone i presupposti antropologici più efficaci per stabilire sane e salutari relazioni tra l'uomo, le sue azioni e la natura.

La povertà in San Francesco aveva radici evangeliche certamente, ma anche ontologiche e co-

smologiche. Chi possiede, domina, e chi domina, distrugge. Francesco amava la vita e tutto ciò che c'è nella vita con infinita tenerezza. Per questo non poteva corrodere né distruggere né deteriorare il dono meraviglioso del creato. Solo la tenerezza e la simpatia potranno opporsi efficacemente alla peste del deterioramento e delle relazioni di morte.

Francesco fu un santo, non uno scienziato; un pratico e un praticante, non un teorico né un teorizzante. Però la sua esperienza vissuta è espressione della sua archeologia interiore e del suo vigore religioso che possono aiutare a creare un tipo di uomo che sappia abitare nel mondo in modo diverso da quello cui siamo abituati. Francesco non è una teoria sul mondo, bensì un'utopia nel mondo. Non è un semplice ricordo, è una provocazione che pone in crisi la coscienza che vive secondo gli imperativi abituali di un'etica del consumo. La sua arte di vivere e di stare nel mondo e con le cose è l'invito a creare un dialogo universale che vada oltre i presupposti scientifici ed ontologici della soggettività e dell'oggettività, dell'esternalismo e dell'internalismo, del materialismo e dello spiritualismo.

Il Poverello non possedeva uno spirito timoroso di fronte alla natura, come se le cose fossero abitate da spiriti pericolosi che bisognava placare o a cui bisognava obbedire. Ciò corrisponde a spiriti eccessivamente arcaici che non hanno ancora superato l'animismo primitivo. Non possedeva nemmeno uno spirito romantico in quanto proiezione dei propri sentimenti sul mondo. Il romanticismo è caratteristico della soggettività moderna, che si serve della natura per scrutare di più nella propria coscienza e nei propri sentimenti. Però tanto l'arcaico, col suo timore, quanto il romantico, con la sua affettività tumultuosa, non ascoltano la voce della natura, bensì proiettano su di essa i propri timori o sentimenti. Tuttavia, in Francesco è presente una vera volontà di ascoltare tutto il creato, in cui percepiva la voce muta e il silenzio sonoro di Dio creatore, Padre di tutti gli esseri; e in questo silenzio fecondo e partecipato egli poté cantare in, da e con tutti gli esseri all'autore del creato.

Nel suo *Cantico delle Creature* si intrecciano esistenzialmente le esperienze religiosa, estetica e poetica. Nel santo di Assisi si sintonizzava perfettamente l'archeologia interna con l'ecologia esterna. Se questo *Cantico* nacque dal profondo della sua esistenza, ciò vuol dire che il suo autore ottenne la fraternizzazione cosmica e partecipò alla sua forza e al suo messaggio perché egli previamente aveva fatto un grande vuoto dentro di lui. Grazie alla sua povertà radicale, Francesco fu capace di vivere e di percepire il dono naturale di tutti gli esseri che compongono il mistero del creato. La natura si apre e si offre soltanto a coloro che si sono spogliati di se stessi e hanno eliminato resistenze e opacità. Francesco, prima di avvicinarsi fraternalmente a tutti gli esseri, si liberò del peso del proprio egoismo. Unicamente l'uomo libero e liberato è capace di scoprire, partecipare e cantare la vitalità irresistibile della creazione. Soltanto uomini così attirano al mondo una nuova esistenza completa e una nuova fraternità cosmica. Max Scheler dice che San Francesco d'Assisi era "uno dei maggiori scultori dell'anima e dello spirito nella storia europea"¹⁸ perché riuscì a vivere nella sua persona, in una sintesi difficilmente eguagliata, l'amore per Dio, per gli uomini e per tutti gli esseri della natura. In questo modo si ottenne l'utopia reale e il modello di un'esistenza completa che può servire da paradigma per imparare ad abitare nel mondo e a coabitare pacificamente con gli altri e con le cose.

L'uomo troverà e manterrà la sua salute normale, il suo equilibrio umano e la sua completa armonia quando riuscirà a vivere un'integrazione equilibrata tra la sua intimità e la sua esteriorità, tra la propria individualità e la necessaria biodiversità e sarà in comunione con tutti gli esseri della natura. La qualità di vita implica un processo di umanizzazione e un uomo di qualità. Tanto dal punto di vista biologico quanto da quello psicologico ed affettivo, la salute dell'uomo dipende non soltanto da ciò che egli mangia, beve, tocca e respira, ma anche da tutto ciò che lo complementa come essere rilegato e vincolato ad una natura concreta

con tutti gli esseri e con tutte le cose che vi sono in essa. Ma questa dimensione di comunione con la natura richiede all'uomo di oggi non soltanto una nuova pedagogia planetaria e un'etica ambientale, ma anche che impari ad abitare nel mondo e a trattare fraternalmente la natura e tutti gli esseri che vi sono in essa, così come a rispettare e a salvaguardare tanto i micro quanto i macrosistemi.

P. JOSÉ ANTONIO MERINO, OFM
Rettore del Pontificio Ateneo Antonianum,
Roma

Bibliografia

¹ E. MORIN, *Il pensiero ecologico*, (Firenze 1988), p. 102.

² Ibid., p. 127.

³ G. PICHT, "Umweltschutz un Politik" in *Humanokologie un Umweltschutz*, ediz. E. Von Weizsäcker (Stuttgart-Munich 1973), pp. 80-94.

⁴ *The philosophy of Gabriel Marcel, Marcel's Autobiography* in "The library of living philosophers", diretto da P.A. Schilpp e L.E. Hahn (Illinois 1984), p. 240. G. Marcel parla della contaminazione dell'ambiente come di "un degrado infinitamente più essenziale e che colpisce allo stesso modo in cui l'uomo, credendo di prendere sulle sue spalle il proprio destino, si è svincolato da quelle che potrebbero essere chiamate le sue radici ontologiche". G. MARCEL, *En chemin, vers quel éveil?* (Paris 1971), p. 202.

⁵ M. HEIDEGGER, *Carta sobre el humanismo* (Madrid 1970), pp. 35-39.

⁶ Ibid., p. 37.

⁷ ORTEGA Y GASSET, *Meditaciones del Quijote* (El Arquero, Madrid 1970), p. 45.

⁸ M. DE UNAMUNO, *Vida de don Quijote y Sancho* (Col. Austral, Madrid 1981), p. 176.

⁹ H. BERGSON, *Les deux sources de la moral et de la religion* (Euv. Compl., ed. du Centenaire, Paris 1963), p. 1239.

¹⁰ Della numerosa letteratura su questo tema, segnalo: J.B. COBB, *Is too late? A theology of ecology* (Beverly Hills 1972); G. LIEDKE, *Im Bauch des Fisches. Oekologische Theologie* (Kreuz Verlag 1979); J.L. RUIZ DE LA PENA, *Teología de la creación* (Santander 1986); J. MOLTMANN, *Dios en la creación. Doctrina ecológica de la creación* (Salamanca 1987); AA.VV., *Questione ecologica e coscienza cristiana* (Brescia 1988); AA.VV., *Ecología y creación. Fe cristiana y defensa del planeta* (Salamanca 1991); J.A. MERINO, *De la crisis ecológica a la paz con la naturaleza* (Madrid 1994); Rivista Biblia y fe 47 (maggio-agosto 1990); *Concilium* 237 (luglio 1991), pp. 139-153.

¹¹ S. BONAVENTURA, *II Sentent.*, d.1, p.2; a.1; q.1.

¹² *I Sentent.*, d.3, p.1, a.1, q.2, fund.4.

¹³ *II Sentent.*, d.16, a.1; q.2; fund.4.

¹⁴ *Hexaémeron*, col.2, n. 12.

¹⁵ Ibid. Col. 12, n. 4.

¹⁶ *II Sentent.*, d. 25, p.2, a. 1 concl.

¹⁷ *Itinerarium mentis in Deum*, c.1, n.15.

¹⁸ MAX SCHELER, *Esencia y formas de la simpatía* (Buenos Aires 1950), p. 121.

CARLA GIULIANA BOLIS

Protezione della salute nel luogo di lavoro

Circa il 45% della popolazione mondiale e una notevole percentuale dei bambini al di sopra dei 10 anni di età, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, costituiscono la forza lavorativa del mondo. Il lavoro è essenziale per l'uomo perché permette la produzione di alimenti, beni e servizi e lo sviluppo socio-economico dell'intera società. Il lavoro costituisce anche una soluzione al problema della povertà. Occorre quindi investire in capitale umano, attraverso una migliore educazione e preparazione dei lavoratori e attraverso una migliore tutela della loro salute.

Il capitale umano e l'investimento in capitale umano sono quindi di grande rilevanza ad ogni livello per migliorare la qualità del lavoro e promuovere socialmente il lavoratore ed economicamente il paese. Bisogna poi anche considerare che la tecnologia e l'investimento in capitale umano suppliscono in molti casi alla mancanza di risorse naturali, ne sono esempio le economie di alcuni paesi del sud-est asiatico. La disponibilità di apparati produttivi moderni non è sufficiente se non si dispone di una forza lavoro adeguatamente istruita e tutelata dal punto di vista della qualità di vita e della salute nel luogo di lavoro. Gli investimenti in capitale umano sembrano essere molto efficaci nel migliorare il livello di ricchezza e di salute.

L'interazione tra il lavoratore e il luogo di lavoro, sia dal punto di vista fisico che psicologico è molto importante. Un ambiente di lavoro appropriato può promuovere il benessere e la salute del lavoratore. Al contrario, un luogo di lavoro non appropriato può produrre

alterazioni fisiche e mentali e rappresentare un carico di sofferenza per l'individuo, la sua famiglia e la società.

È interessante notare come storicamente il lavoro ed il luogo del lavoro siano progressivamente cambiati per adattarsi alle sempre nuove esigenze. Si è così passati dal duro lavoro agricolo, compreso l'addomesticamento e l'allevamento degli animali, alla rivoluzione urbana ed industriale, ancora molto basata, nelle sue fasi iniziali, sul lavoro fisico, fino alla attuale rivoluzione tecnologica. Oggi, nel mondo occidentale, il lavoro non richiede più un grosso sforzo fisico, ma sono aumentate le richieste relative alla competenza tecnica ed intellettuale del lavoratore. Tale maggiore richiesta di competenza ha fatto sì che sia aumentato lo stress sociale e psicologico legato al lavoro. Lo stress nel luogo di lavoro può dipendere non solo dai compiti ai quali assolvere

o da fattori ambientali, ma anche dall'organizzazione stessa dei servizi e delle gerarchie aziendali. Tra i fattori psicologicamente stressanti si ricordino il carico di lavoro, il rispetto delle scadenze, la responsabilità, la conflittualità. Tutto questo non solo si può ripercuotere sui rapporti tra i colleghi di lavoro, ma può anche riflettersi sulla struttura familiare e spesso tradursi nella presentazione di una sintomatologia clinica organica. Alcuni esempi di patologie correlate allo stress sono riportate nella tabella che segue.

Tabella 1. Possibili effetti negativi dello stress sulla salute psicofisica

Effetti fisici
Allergie
Aritmie
Dolori articolari e muscolari
Disturbi gastrointestinali
Cefalee
Disturbi del sonno
Alterazioni neurovegetative

Effetti psicologici
Ansia
Depressione
Disturbi dell'appetito
Incapacità a concentrarsi
Irritabilità
Fobie

Effetti sociali
Apatia
Problemi nei rapporti familiari ed interpersonali

Effetti sul lavoro
Assenteismo
Aumento dei comportamenti a rischio



La rivoluzione delle attività produttive non ha avuto luogo ugualmente in tutte le parti del mondo, ma riguarda soprattutto il mondo sviluppato. Nel mondo in fase di sviluppo il lavoro manuale è ancora molto diffuso. Per questi motivi le strategie di tutela ed attenzione al mondo del lavoro devono essere differenti nelle varie parti del mondo.

Si possono individuare alcuni obiettivi e strategie primarie per migliorare la salute nel luogo del lavoro; in questo ambito operano molto efficacemente l'organizzazione Mondiale della Sanità e l'International Labour Organization. Alcuni esempi di obiettivi prioritari in questo contesto sono riportati nella tabella che segue.

Tabella 2. Obiettivi prioritari per la tutela della salute nel luogo di lavoro

- Rafforzamento delle politiche nazionali ed internazionali
- Sviluppo sempre maggiore del controllo del luogo di lavoro e della salute dei lavoratori.
- Rafforzamento dei servizi di Medicina del Lavoro.
- Sviluppo di standard di riferimento basati sulla valutazione documentata scientificamente del rischio.
- Identificazione di indici biologici di esposizione a sostanze tossiche.
- Sviluppo di networks di informazione e di dati di riferimento, rafforzamento dei programmi di ricerca.
- Sviluppo di programmi di formazione continua dei lavoratori nel campo professionale
- Sviluppo di programmi di informazione sui rischi per la salute delle diverse attività lavorative, per un'ottimale prevenzione.

Nella valutazione dei rischi del lavoro bisogna tenere conto del fatto che oggi è aumentata la durata della vita lavorativa attiva, e quindi l'età dei lavoratori, così come la percentuale di donne che lavorano. La tutela della salute nel luogo di lavoro deve quindi tenere conto di tali differenze e, come tutta la medicina moderna, classi-

ficare e comprendere rischi e patologie per classi di età di soggetti esposti e per sesso.

Un cenno a parte va fatto sul lavoro minorile. Il lavoro dei bambini sfugge alla regolamentazione, alla tutela e all'analisi perché non esistono dati attendibili e la situazione del lavoro minorile è spesso ad arte mascherata o ignorata. Sarebbe molto importante tutelare la salute dell'organismo in via di sviluppo proprio perché, per ragioni biologiche, il bambino in molti casi non è preparato a reagire a stress, sostanze tossiche, rischi infettivi ed altro. Si dovrebbe quindi operare un maggior controllo del lavoro minorile.

In una visione olistica della salute nel mondo del lavoro bisogna tenere conto anche di altri fattori quali il clima, con particolare attenzione al fatto che condizioni di caldo e di freddo o di umidità eccessivi possono costituire una situazione di grave disagio fisico, soprattutto nel momento in cui viene richiesto lo svolgimento di un'attività lavorativa particolarmente intensa.

Nei paesi in via di sviluppo in molti casi bisogna aumentare i controlli della presenza di vettori di gravi malattie da parassiti o infettive. Una tale preoccupazione non è limitata ai paesi in via di sviluppo, si pensi ai rischi ai quali è esposto il personale sanitario o al pericolo, da poco identificato, dei lavoratori dei macelli che possono incorrere nel rischio di encefalopatie spongiformi trasmissibili, ra-

re, ma dagli effetti devastanti.

Uno dei rischi più temuti per il lavoratore nel luogo del lavoro è costituito dalla presenza di sostanze tossiche. Molte di queste possono essere cancerogene e altre possono agire sul sistema nervoso. Il lavoratore oltre ad essere esposto direttamente può, se non esistono misure di igiene appropriate, essere veicolo di tali sostanze nell'ambiente domestico attraverso gli indumenti. Un buon programma di prevenzione o di monitoraggio dovrebbe quindi prevedere: a) misure di igiene personale nel luogo di lavoro, b) eventuali controlli nel domicilio del lavoratore. Occorre anche identificare indici biologici appropriati di esposizione immediata e plessa.

Una particolare preoccupazione è rivolta alle sostanze cancerogene soprattutto per via dell'effetto a distanza di tempo e per la non definita relazione dose-effetto. Già nella prima metà del XVIII secolo era stata posta una certa attenzione alla possibilità che alcune malattie fossero dovute al lavoro o a sostanze tossiche presenti nel luogo di lavoro. Di tali argomenti scrisse in Italia Bernardino Ramazzini nel suo *Trattato di Medicina del Lavoro* del 1705. Percival Pott, medico inglese, scoprì e descrisse nel 1775 il cancro dello scroto negli spazzacamini di Londra e lo pose in relazione alla esposizione ai prodotti di combustione del carbone presenti nella fuliggine.

Un altro aspetto importante della salute nel luogo di lavoro è costituito dalla tossicità delle sostanze usate in agricoltura. Rispetto ai lavoratori in ambiente urbano i lavoratori agricoli mancano frequentemente dei servizi di assistenza sanitaria. L'accesso alcune volte è limitato dalle distanze, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. È importante anche rilevare che molte delle innovazioni tecniche e l'uso di fertilizzanti chimici e di fitofarmaci, introdotti per migliorare la produttività agricola, non è stato accompagnato da un parallelo progresso nell'istruzione dei lavoratori sui rischi comportati dal loro lavoro. Da tali rischi non sono esenti i paesi industrializzati, si pensi, ad esempio, alla correlazione epidemiologica tra mor-



bo di Parkinson e uso di diserbanti in alcune zone rurali del Canada. Si pensa in questo caso che alcuni diserbanti siano neurotossici per il sistema dopaminergico.

Vi sono inoltre importanti interazioni tra le abitudini di vita del lavoratore e fattori ambientali nel luogo di lavoro. Ad esempio, un lavoratore che consumi bevande alcoliche in eccesso, sarà più esposto a rischi di incidente se deve svolgere un'attività manuale complessa e con macchinari pericolosi o se deve condurre un veicolo a motore. Problemi analoghi sono posti dall'uso di sostanze d'abuso, inclusi farmaci psicoattivi. I fumatori sono maggiormente esposti ad interazioni con sostanze tossiche dell'atmosfera, in particolare a sostanze che comportino

il rischio di sviluppare tumori. Occorre quindi che nell'ambito dello sviluppo di programmi di tutela della salute nel luogo di lavoro si tenga conto di questi fattori e si operino adeguati controlli sui lavoratori.

Un altro aspetto importante della salute del lavoratore che si riflette sia sul lavoro che sulla vita quotidiana è quello di una corretta nutrizione. Mentre nei paesi industrializzati in molti luoghi di lavoro esistono mense che offrono una dieta bilanciata ad un prezzo molto accessibile, in molti tipi di lavoro ed in molti paesi in via di sviluppo non sempre viene offerta questa opportunità.

La rivoluzione tecnologica ed industriale, oltre a porre le problematiche sopra accennate, ha avuto

anche un grande impatto sull'ambiente generale, contribuendo all'inquinamento dell'aria e dell'acqua, ponendo la salute di tutta la popolazione, e non del solo lavoratore, a grave rischio. Tali considerazioni suggeriscono che la tutela della salute sul luogo di lavoro e quella dell'intera società siano strettamente legati. Oggi, qualsiasi avanzamento della scienza e della tecnologia può avere un grande impatto sul lavoro, sui lavoratori, sul posto di lavoro e sull'ambiente.

Questa osservazione sottolinea la responsabilità della scienza e della tecnologia, così come quella degli enti regolatori nazionali ed internazionali, nei confronti della salute dell'uomo.

Prof. CARLA GIULIANA



RICCARDO COLASANTI

Impatto dell'immigrazione sulla salute

La medicina delle migrazioni ovvero degli emigranti nel paese di arrivo, è un tema di rilievo nell'ottica di una sanità mondiale: i migranti sono nel mondo più di 100 milioni con diritti sanitari secondo le nazioni di arrivo talvolta inesistenti, talvolta fragilissimi, talvolta non usufruibili perché non compresi o perché non se ne è a conoscenza...

La nostra esperienza fondata sull'assistenza di 30.000 migranti presenti a Roma dal 1983 è quella della Chiesa di Roma e in particolare della Caritas che da sempre è stata attentissima e nella maggior parte dei casi unica tutela per i migranti.

L'emigrazione è una delle esperienze più traumatiche. È una ferita perché non è solo un trapasso di cultura di amicizie, di climi ed orizzonti, ma soprattutto il dover scavalcare una barriera di povertà che non viene rimossa al momento dell'immigrazione. Eppure pur essendo facilmente immaginabile quanto dura sia la condizione del migrante questi viene visto nel paese di accettazione spesso con sentimenti di ostilità.

Vorrei citare un articolo di un giornale:

“Arrivano come cavallette... Sono sporchi, tristi chiacchieroni; tribù intere che migrano verso il Nord, dove i campi non sono devastati, dove si mangia, dove si beve, si installano presso i parenti, tra loro, restando estranei nel popolo che li accoglie, lavorando a prezzo ridotto, divertendosi di volta in volta, con il coltello e l'organetto”¹.

Questo brano della stampa che potrebbe perfettamente adattarsi a polemiche dei nostri giorni, come

abbiamo ascoltato in televisione soprattutto in rapporto alle recenti migrazioni in Italia dall'Albania, è in realtà di un giornale francese *la Patrie* ed è apparso in un numero del 1896. Si riferisce non a immigrati africani e asiatici, ma ad italiani o meglio a romagnoli, siciliani e napoletani.

Si ricrea ancora una volta questa coppia relazionale, dove colui che riceve sente avversione e paura e colui che arriva prova diffidenza e soprattutto l'infrangimento di un sogno: quello della Terra promessa dell'Eden occidentale che si rivela invece terra di sangue e di dolore...

Quest'atteggiamento di ostilità di controllo, di polizia appare anche nella sanità. L'immigrante viene visto spesso come un pericoloso sanitario. Come un portatore di malattie di interesse epidemiologico. Insomma come un untore.

Prevale l'idea del controllo epidemiologico alle frontiere. Cosa che sarebbe certamente scientificamente valida se non avesse connotati di pregiudizio sociale. Nessuno pensa di controllare alle frontiere un americano anche se viene da una regione endemica per l'AIDS. Sorge però spontanea alla mente la necessità di controllo se il paziente è nero di pelle e viene da Kinshasa. Si ripete la storia. Chi è povero prima gli italiani e gli spagnoli nell'esempio di cui sopra, ora gli africani, gli albanesi, è sempre visto diversamente.

Aldilà dei pregiudizi comuni – presenti peraltro anche in ambiente accademico e istituzionale pubblico – il migrante non è in genere affatto da patologie tropicali di importazione ed è fondamentalmente in buona salute all'arrivo

nel nostro paese, pur provenendo da nazioni talvolta endemiche per gravi patologie infettive e dove quasi sempre è molto basso il livello di tutela sanitaria.

La ragione di questo effetto paradosso dipende dal fatto che la popolazione migrante non è rappresentativa di quella presente sul territorio dello stato di partenza. Lasciano il proprio paese i più giovani (dai venti a trenta anni), i più forti e sani (gli ammalati e i più deboli tendono a rimanere nel paese) e per alcune nazioni (es. Etiopia) a più alto livello intellettuale e sociale. Inoltre per moltissime nazioni africane non si tratta di una migrazione degli ambienti rurali africani dove sono più frequenti le malattie tropicali (es. Schistosomiasi, Tripanosomiasi etc.).

Gli emigranti partono dalle capitali. Lo spostamento avviene dalle città terzomondiali a quelle occidentali proseguendo la prima ondata migratoria di inurbamento dalle campagne.

Le premesse suddette determinano per effetto di una specie di scrematura sociale, di selezione alla partenza, il cosiddetto effetto “migrante sano”. Ossia l'osservazione che la popolazione terzomondiale immigrata è fondamentalmente in buona salute, in condizioni certamente migliori di quanto si sarebbe tentati di pensare.

Purtroppo la tendenza delle strutture e degli operatori sanitari europei è invece quella di ritenerne i migranti come afflitti da patologie tropicali, trasmissibili e molto rare nei nostri paesi.

Mi sembra possibile riassumere tre barriere che deve superare il migrante e che corrispondono a tre problematiche sanitarie.

1. Le barriere economiche

Lo stato di povertà in cui vive il migrante genera patologie da depauperamento psicofisico seguente all'arrivo per gravosissime condizioni di vita e alimentazione. Un processo di catabolisi energetica avvertibile dopo un periodo di tempo variabile (uno-due anni). In pratica il soggetto migrante arriva in condizioni di buona salute ma per le difficoltà di integrazione sociale e povertà economica comincia a manifestare segni di degradazione fisica che alla lunga esiteranno in malattie da depauperamento. Si tratta di un problema sociale centrale nella medicina dei migranti e che è autentico fattore eziologico di gran parte dei processi patologici osservabili.

È perciò evidente che qualsiasi intervento sanitario non può prescindere da un miglioramento delle condizioni abitative, lavorative e alimentari degli immigrati. Non basta predisporre strumenti sanitari raffinati senza preoccuparsi in primo luogo della povertà dei migranti: essi si ammalano perché la povertà prosciuga le loro energie psicofisiche. Si tratta evidentemente di soluzioni sociali e non sanitarie. Ma ci sembra d'obbligo che l'igiene pubblica nell'ambito dell'indirizzo di prevenzione e profilassi di una competenza, svolga un'analisi adeguata sulla realtà delle condizioni elementari di vita dei migranti fornendo dati statisticamente validi.

2. Le barriere culturali

Che corrispondono alle barriere architettoniche per gli handicappati. Nessuno di noi dà importanza ad un gradino o ad una porta con la maniglia molto in alto. Non ci sembra un grande problema. Ma se per sventura acquisiamo un handicap fisico e dobbiamo vivere su una carrozzella, allora quel gradino diviene una barriera insormontabile, quella maniglia un problema insidioso. Lo stesso per le barriere culturali. Non vogliamo capire quanto sia difficile per persone che capiscono male la lingua, i costumi, accedere a servizi sanitari. Fino a quando non si è visto un padre che accompagna il suo bambino cardiopatico grave e tenta di spiegare a

gesti con tutto un patrimonio di diversità culturale, i gravissimi problemi di suo figlio non si può comprendere il senso di impotenza paragonabile – ripeto – a un portatore di handicap.

Notiamo che ciò che ci accomuna è il suo dolore che leggiamo uguale al nostro, ma quale difficoltà a capirlo e a farci capire! Non è solo un problema di lingua, è la cultura, le religioni, soprattutto perché la salute si riferisce al corpo dove il pudore si mescola all'ignoranza, alle opinioni popolari alle leggende.

C'è un autentico problema di medicina transculturale. Si noti che non è sufficiente una conoscenza dell'etnologia e antropologia culturale del paese di provenienza. Infatti il paziente migrante lasciando il suo paese alla ricerca di una nuova dimensione socio-culturale con gravissime difficoltà di integrazione e con la presenza di un background ineliminabile distorce la sua espressività naturale, volendo aderire ad un nuovo modello culturale che non è quello reale ma quello dei suoi sogni con aspettative mediate quasi sempre dai massmedia.

Si determinano piani di confusione e quindi di necessità di interpretazione. Tali piani sono quelli:

a) dell'incomprensione linguistica, aumentata dall'uso frequente di una lingua intermedia per esprimersi con il mondo italiano, spesso origine di gravi confusioni (per esempio un paziente etiopico amarico-parlante che spiega i suoi problemi sanitari al medico italiano utilizzando quel poco di inglese che conosce e che il medico riesce a capire).

b) dell'incomprensione linguistica per l'arbitrarietà dei valori semantici nelle varie lingue. Per esempio la parola "rene" si riferisce a concetti leggermente diversi nelle varie culture (in somalo indica anche la ragione laterale dell'addome) comportando errori diagnostici frequenti nell'anamnesi.

c) dell'incomprensione per l'arbitrarietà dei valori dei simboli. L'immagine del cancro per esempio non ha lo stesso contenuto di ansia e paura sociale in Italia come in Etiopia

d) dell'incomprensione per la discordanza dei costumi culturali. In Etiopia per esempio un medico che

fa molte domande nell'anamnesi è considerato ignorante perché colui che sa non fa domande, esattamente l'opposto di ciò che succede nel mondo occidentale;

e) dell'incomprensione per le differenze nelle credenze filosofiche, religiose e morali. È evidente che la nostra cultura giudica positivamente un tipo standard di paziente modello che per la pazienza, la capacità di resistere al dolore, l'obbedienza ai medici, ricorda il tipo dell'uomo pio cristiano.

In tutti questi livelli si annida la possibilità di malintendimento nel rapporto medico-paziente, e a tutti questi livelli si deve operare per migliorare l'interpretazione, diminuire gli attriti e le frizioni, con la coscienza che non basta offrire il diritto all'assistenza sanitaria se esso sfocia in un'ambiguità di rapporto motivata dalle distanze culturali tra istituzione sanitaria e popolazione eteroculturale.

3. Le barriere amministrative

È qui un balletto infinito. Diritti, concessioni, che appaiono e che scompaiono. In ogni nazione ci sono situazioni assurde, complicazioni infinite. In pratica lo status sanitario non è riconosciuto, soprattutto perché non c'è aldilà delle possibilità economiche una chiara coscienza del problema.

C'è inoltre tutta una serie di problemi speciali che possiamo citare rimandandone altrove una disamina e sono i problemi sociali.

1) Problemi sanitari della donna e del bambino in migrazione

In pratica il momento della gravidanza della donna migrante è di grande solitudine e difficoltà e deve essere seguito con particolare attenzione e sostegno socio-sanitario. Altrettanto dicasì del bambino che nasce nella migrazione che pur dotato di capacità tipicamente infantili di integrazione culturale soffre spesso del distacco e dell'abbandono dei genitori.

2) Il problema delle malattie di importazione

a) le malattie tropicali.

Così come detto in precedenza anche se sembrerebbe logico prestare attenzione a tutte quelle strategie sanitarie fondate sull'espansione dei compatti di medicina tropicistica sia in quanto a fondi che

a strutture diagnostiche è necessario dover riaffermare che si tratta di una problematica marginale.

In più l'importanza epidemiologica delle malattie tropicali di importazione è diminuita dal fatto che molte di esse anche se importate non sono trasmissibili ai nostri клиni per la mancanza delle condizioni di propagamento dell'infezione (assenza del vettore intermedio, scarsa fecalizzazione dell'ambiente etc.).

Piuttosto è più fruttifero realizzare al riguardo corsi di formazione sulle patologie tropicali per i medici di base che possono così riconoscere i rari casi evitando per eccesso di sensibilità di iniziare costosi e inutili protocolli diagnostici.

b) le malattie infettive non-tropicali.

Per ciò che riguarda questo capitolo, è necessario considerare soltanto quelle patologie che abbiano un'incubazione così lenta da rendere possibile l'emigrazione del soggetto in uno stato di apparente salute. Malattie come la lebbra, la tubercolosi, le infezioni da HIV, la Leus, etc. Posto che l'HIV infezione è ormai diffusa in tutto il mondo c'è da dire che per la tubercolosi giocano un ruolo più importante le condizioni di vita precarie in Italia che sono autentico cofattore di primissimo piano nel far scatenare la patologia tubercolare.

3) Il problema delle malattie psichiatriche

La frequenza di patologie psichiatriche gravi non è aumentata nei migranti. Piuttosto sono più probabili diagnosi errate per il fatto di confondere l'incapacità all'espressione con un disturbo profondo mentale.

4) Il problema delle malattie frutto di traumatismi e violenze

All'interno del gruppo migratorio c'è una sezione emigrata per ragioni politiche o che ha dovuto subire l'esperienza della guerra e delle violenze. Non è infrequente osservare manifestazioni patologiche soprattutto di tipo ortopedico che comportano un grave onere di tipo operativo o protesico. C'è da dire che la patologia ortopedica è in genere frequente anche per i traumatismi dovuti alla vita sulla strada in Italia e agli esiti di patologie oggi scomparse nel nostro paese (p.e. Poliomielite).

5) Il problema dell'orientamento sanitario alla sanità pubblica

È assolutamente necessario che l'impatto con la struttura sanitaria pubblica sia mediato da strumenti interpretativi che facciano comprendere il meccanismo della sanità pubblica, sia in quanto a strutture sia in quanto a filosofia del sistema che a qualità delle risposte.

Se questo orientamento è utile anche per la popolazione italiana che spesso non riesce a capire la fisiologia del SSN, esso assume il carattere di formazione indispensabile, se fatto con strumenti semplici ed adeguati per il cittadino migrante che è portato ad avere aspettative incongrue con la realtà italiana e non riesce a districarsi nell'amministrativismo burocratico selvaggio italiano.

Vista la diffusione ormai mondiale di questa malattia si devono realizzare campagne di formazione e prevenzione per le popolazioni di migranti provenienti da zone ancora relativamente indenni per la malattia.

Per finire mi si permettano alcune riflessioni.

Si parla spesso di difesa della vita. Del nascituro, dell'embrione, del morente. Ma io ritengo che anche quello di negare assistenza o di darla in maniera superficiale o incomprendibile sia un problema bioetico. Se l'etica della medicina è lo studio dei comportamenti corretti e scorretti, allora ritengo che il primo comportamento scorretto sia quello di negare assistenza, peccato di ignavia sanitaria.

Credo che il campo della pastorale sanitaria e della bioetica debba estendersi non solo alle battaglie che ne hanno un po' costituito l'origine e cioè la lotta contro l'aborto, l'eutanasia e ora la clonazione, ma anche contro l'ignavia medica, contro il disinteresse dei governanti. Insomma dove c'è un uomo che soffre di qualche patologia, lì soffre Cristo e di costui ci sarà chiesto il perché non lo assistemmo.

Non si tratta di un discorso di tecnica o di politica sanitaria e mi rendo conto che può apparire ridicolo ai gestori di problemi internazionali mescolare la carità con i bilanci, Cristo con la diplomazia e le politiche internazionali.

Ma dove ci troviamo ora, nel luogo sacro della Tomba di Pietro do-

biamo ricordare che tutta la nostra storia persiste ed è stata costruita su questo.

E per questo non prevorranno contro di essa.

Come l'Apostolo Pietro; colui che è sepolto sulla terra che stiamo calpestando disse allo storpio: "non ho argento e denari ma ti do quello che ho nel nome di Gesù Cristo il Nazareno, alzati e cammina!", così noi come medici, come cattolici, come discepoli di Cristo dobbiamo compiere lo stesso miracolo di dire a tutte le popolazioni che vivono la disperazione e il dolore, nel nome di Cristo "Alzati e cammina".

Il migrante è un senza patria. E tale dolore è assunto da Cristo quando dice: ero forestiero e mi avete ospitato, e dal fatto stesso di nascere come Cristo nacque migrante in terra straniera. Betlemme non è Nazaret. Nessuno conosce Giuseppe e Maria. Il figlio nasce come un immigrato di oggi. È l'Egitto, è la fuga di rifugiati.

La medicina cattolica non è quella degli ospedali più puliti, o quella della presenza più alta di un pensiero cattolico. Ma è laddove tale pensiero si inverte e si incarna. In questi ultimi anni si è creata la specialità dell'economia sanitaria, della sanità vista come un'azienda. Non vorrei che trasformato l'ospedale in azienda si trasformino i pazienti in clienti. Cristo come un cliente: quale deformazione?

La fiamma che deve ardere è la più profonda: quella per il Cristo povero e ammalato in tutti noi poveri e malati. Per il millennio che sta avvicinandosi è necessario una medicina cattolica che si impegni a livello locale e globale per la salvezza fisica e psichica di tutti coloro che soffrono nel nome di Cristo, senza ambiguità e senza intorbidimenti.

Dr. RICCARDO COLASANTI,
Segretario Scientifico dell'Istituto di Studi
di Scienze Biomediche "Fernando Rielo",
Roma

¹ citato da Franco Foschi, *Medicina e Migrazioni*, Atti del I Convegno Internazionale Medicina e Migrazioni, Problemi di salute Fisica e mentale degli Immigrati da paesi in Via di Sviluppo a cura di Frighi, Urrechua, Cuzzolaro, Colasanti, Roma, 1988.

WALTER OSSWALD

Responsabilità verso il futuro

Poiché sono stato piuttosto precipitoso ad accettare l'invito a trattare un tema così vasto in un tempo così limitato, credo che il minimo che ci si aspetti da me sia di definire quali tipi di problemi cercherò di esaminare ed in che modo.

Il mio contributo, seppur modesto, si colloca nell'ambito generale di questa Conferenza; parlerò cioè delle aspettative e delle speranze che nutre la Chiesa Cattolica alle soglie del nuovo millennio riguardo al mondo della salute ed alla salute del mondo. Prenderò pertanto in considerazione i punti seguenti: la responsabilità nei confronti delle generazioni future; le principali aree di intervento medico e loro probabile influenza; aspetti pratici.

1. Consideriamo anzitutto la questione delle responsabilità dell'uomo di oggi nei confronti di quello di domani. C'è stata un'anima discussione nel campo dell'etica su eventuali diritti delle future generazioni, e si va da una ferma posizione sull'esistenza dei diritti attuali, dei quali bisogna tenere conto, ad una schietta negazione degli stessi. La base logica di quest'ultima posizione è, ovviamente, che i diritti vengono attribuiti alle persone e che individui non ancora esistenti, come i membri delle generazioni future, non possono reclamarli perché non sono in grado di sostenerli o di difenderli, così come essi non sono soggetti ai doveri che dovrebbero essere inesorabilmente legati ai loro diritti presunti. Sebbene ci sia una certa esagerazione nell'evocare i diritti delle generazioni a venire, ciò non ci consente di distogliere la questione dalla discussione bioetica con-

temporanea. Anzi si potrebbe dire che la visione generale, condivisa dalla maggior parte degli esperti, è che, sebbene le generazioni future siano, strettamente parlando, prive di diritti, noi, gli attuali abitanti del mondo, abbiamo delle responsabilità e dei seri doveri, da un punto di vista morale, verso i nostri successori.

Noi siamo moralmente responsabili delle nostre azioni e passibili di esserne ritenuti responsabili anche civilmente; se ciò accadrà prima o poi nella nostra vita o anche quando non saremo più sulla terra, non è importante ai fini del nostro problema. Il credo cristiano è che noi, in quanto creature, non siamo i padroni ma soltanto i gerenti dei beni che ci sono stati affidati, e perciò abbiamo il compito di passare alle generazioni future questi beni terreni al meglio, e se possibile in condizioni migliori: sono tesori che dobbiamo conservare ed accrescere, come dice la parola dei talenti (*Mt. 25, 14-30*). Qui non ci troviamo di fronte a nessuna discrepanza con le tendenze intellettuali dei non credenti, che per ragioni diverse raggiungono la stessa conclusione, e cioè che abbiamo delle responsabilità verso le generazioni future (*per un'esposizione dettagliata vedere Agius, Hottois, Jonas, Renaud*).

Inoltre, è opinione comune che i nostri figli e i loro discendenti dovranno avere una vita più bella ed un mondo migliore di quelli che chiamiamo nostri. Perciò (e non ignorando le difficoltà pratiche, come "dovremmo astenerci dal riscaldamento centralizzato in modo da conservare il carbone per quanti vivranno nel 2050?" o "è obbligatorio rifiutare tutti i manufatti di

legno in modo da fermare la deforestazione e la futura desertificazione?") concludiamo che l'insegnamento della Chiesa, l'opinione dominante nella bioetica e la credenza popolare sottolineano tutti l'obbligo morale dell'uomo contemporaneo verso le generazioni future.

Quali obblighi ci vengono perciò imposti? Anzitutto, quello di conservare le specie umane dall'estinzione. Potrebbe sembrare una eventualità forzata quella di considerare la possibilità di una minaccia di estinzione del genere umano ed è vero che la nostra specie non è nella lista di quelle in pericolo. Non dobbiamo però fare ricorso alla funzione della scienza per identificare potenziali pericoli per la specie umana. L'esempio estremo potrebbe essere una guerra mondiale con armi atomiche, e sappiamo che nel passato siamo andati pericolosamente vicini ad un evento del genere, e nessuno può escludere totalmente questa eventualità per la nostra storia futura. Meno drammatici ma più insidiosi, fattori che agiscono più lentamente sono già presenti e si potranno rivelare letali per la specie umana se aumenteranno in modo incontrollato ed esponenziale, ad esempio se non verranno utilizzati in modo positivo. Mi riferisco all'inquinamento chimico, al riscaldamento del globo, all'assottigliamento dello strato di ozono, ai rischi di radiazioni legati alle stazioni energetiche ed alle scorie atomiche, alle guerre, al rigido controllo della fertilità, alle alterazioni del patrimonio genetico dovute all'intervento della scienza biomedica, all'esaurimento dell'energia e delle riserve alimentari.

L'implosione demografica osservata nel cosiddetto mondo occidentale e la generale diminuzione nel numero e nella mobilità degli spermatozoi, certamente non ci consentono di dare molta enfasi a questo problema, ma certamente rappresentano una realtà, il cui significato non può essere ignorato. Non abbiamo il diritto di lasciare ai nostri discendenti un mondo in cui essi non potranno vivere con dignità e, peggio ancora, un mondo che potrebbe ucciderli. Come diceva Paul Ricoeur, quando commentava la formulazione neokantiana di Hans Jonas “*Agite sempre in modo che le vostre azioni possano essere compatibili con l'esistenza della vita umana sulla terra*”, l’essere umano è in se stesso un valore, e l’essere ha un valore superiore a quello del non-essere, che non è né un valore né un non-valore. La vita è perciò accettata come un valore, se non come il supremo.

2. La seconda parte del mio intervento ha come obiettivo un esame imperfetto e rapido degli attuali interventi medici, che eserciteranno una profonda influenza sulle generazioni future. In effetti, la biologia e la branca di questa scienza che chiamiamo medicina (e che si occupa anch’essa di importanti fattori non-biologici) hanno sperimentato progressi nella conoscenza e passi avanti nella tecnologia tali che le applicazioni dei nuovi metodi così sviluppati certamente interesseranno i nostri discendenti. Ciò dovrebbe essere sottolineato in quanto rappresenta una novità assoluta e dà origine a nuove sfide; contrariamente a quanto accadeva (almeno fino alla rivoluzione industriale e/o a quella biologica), le nostre azioni non hanno limiti geografici né limiti di tempo. Quanto stiamo facendo oggi può riguardare il “villaggio globale” e coloro che, non avendo alcun ricordo di quanti hanno vissuto prima, abiteranno questo pianeta fra 50 o 100 anni.

La prima cosa che viene in mente è senza dubbio l’“ingegneria genetica”, e cioè i cambiamenti indotti dall'uomo nel genoma. Se la linea germinale viene ostacolata, le peculiarità così modificate verranno trasmesse ai discendenti.

Ovviamente è questo il motivo per cui generalmente un tale tipo di ingegneria genetica è proibito, almeno nei paesi dove esiste una legislazione in materia. Tuttavia rimane il fatto che la terapia genetica rappresenta una grande speranza e probabilmente diventerà una procedura di routine nel prossimo secolo, e che la terapia sul gene destinato alla linea germinale è il progresso più importante da ottenere. In effetti, se e quando la metteremo in pratica senza il pericolo di alterare parti del genoma diverse da quelle patologiche, si potrà curare l’individuo malato e la sua discendenza, arrivando fino a sradicare la malattia.

L’ingegneria genetica è stata anche proposta allo scopo di “migliorare” gli esseri umani. Questa è chiaramente una proposta insostenibile, che non resiste neanche ad una revisione etica superficiale. Si potrebbero invocare un numero di ragioni per cui sarebbe illegittimo fare ricorso a questa misura eugenica: chi potrebbe definire quali sono le caratteristiche “migliori” (persone più intelligenti, più forti, più abili in alcune cose, esteticamente più piacevoli?), chi selezionerebbe i “riproduttori” per migliorarle, chi ne sarebbe responsabile, ecc? Fortunatamente le prospettive di una fattibilità tecnica di questa impresa sono molto remote, ma la questione teorica ci ricorda ancora che non tutto ciò che è fattibile è eticamente accettabile. Un approccio più realistico nei confronti degli interventi in campo sanitario che potrebbero riguardare le generazioni future, ci consente di individuare un certo numero di interventi medici già esistenti, come ad esempio le misure prese nel campo della fertilità umana e della riproduzione (contraccuzione, procreazione medicalmente assistita, aborto, sterilizzazione), l’immunizzazione su larga scala, la prevenzione ed il trattamento delle malattie cardiovascolari e maligne, i progressi nella cura e nel trattamento delle malattie in gravidanza e neonatali, un migliore controllo delle malattie infettive (comprese quelle virali), ecc.

Sebbene l’impatto di questi fattori ed il loro sviluppo futuro siano difficili da appurare, sembra prudente concludere che almeno i no-

stri figli sperimenteranno un’ulteriore riduzione della mortalità prenatale, un aumento della vita media (con la conseguenza di una società che invecchia ed una società di anziani), ed un cambiamento dalle malattie trasmissibili in non trasmissibili. Le condizioni degenerative e la demenza, tipiche dell’età anziana, probabilmente contribuiranno in larga misura a formare la lista delle malattie del futuro.

3. Per quanto riguarda gli aspetti pratici che sono impliciti nelle suddette considerazioni, sembra che le nostre responsabilità verso le generazioni future siano molteplici, anche quando sono limitate al mondo della salute. Primo, perché non possiamo disgiungere le misure dirette alla conservazione ed al miglioramento dello stato di salute da decisioni sociali, politiche ed economiche, prese a livello globale. Ad esempio, la fornitura di acqua potabile e la distribuzione di cibo sono assolutamente essenziali per la salute, ma la loro disponibilità per tutti gli esseri umani dipende dal prendere e dal mettere in pratica decisioni che sono esterne al sistema sanitario. Secondo, perché è evidente che l’educazione sanitaria dev’essere rafforzata, promuovendo uno stile di vita sano e rendendo le persone consapevoli della loro responsabilità nel mantenere la propria salute ed adottando tipi di vita che escludano cause di auto-distruzione (alcool, fumo, altre droghe, HIV). Gli operatori sanitari hanno un ruolo importante nell’educazione alla salute, e c’è bisogno del concorso di altri professionisti per raggiungere gli obiettivi dell’educazione sanitaria (insegnanti a tutti i livelli, giornalisti ed esperti di comunicazione, autorità, ministri religiosi, ecc.). Terzo, gli operatori sanitari dovranno partecipare ad azioni concertate con quanti sono coinvolti nelle questioni ambientali, per mantenere e migliorare ciò che ancora può essere salvato, ed evitare di lasciare in eredità un mondo devastato e deprimente. Quarto, dovranno essere compiuti tutti gli sforzi possibili per poter garantire ad ogni persona di accedere ai mezzi di prevenzione e di cura già disponibili. Ciò è di suprema im-

portanza, così come chiedono la giustizia (o l'equità) e la carità. Quinto, coloro che hanno una capacità limitata, o non l'hanno affatto, di difendere i propri diritti, devono essere in special modo protetti, e i loro presunti interessi devono essere trattati da qualcuno che ne prenda le difese; è il caso dei bambini che si trovano ancora nel grembo della madre, degli handicappati mentali o fisici, degli anziani. In una prospettiva futura, ciò significa che quanto viene garantito oggi per difendere la vita e la salute dell'embrione e del feto, per individuare le cause delle malattie mentali e trovare dei metodi per prevenire e trattare le condizioni che affliggono gli anziani, darà certamente dei risultati per il benessere dell'umanità futura.

La Chiesa Cattolica (mi riferisco, ovviamente, all'intera comunità dei fedeli) è consapevole della sfida posta da questa situazione. Guardando indietro ad una lunga tradizione di servizio verso i bisognosi ed i malati, vediamo che molti dei suoi Santi hanno dedicato la propria vita a questo glorioso servizio. Un impressionante numero di Ordini e di Istituzioni hanno basato la loro attività sulla cura della salute, ed attraverso molti ospedali, case, facoltà di medicina, istituzioni caritatevoli; la Chiesa

continua questa attività con un impatto profondo sulla salute globale: essa fornisce infatti cure mediche più di ogni altra Istituzione al mondo. Noi della Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche siamo fiduciosi che la Chiesa Cattolica sarà in grado di rispondere a questa sfida e contribuire a migliorare le prospettive delle generazioni future a livello globale, incoraggiando il loro sviluppo fisico e spirituale, migliorando la salute ed il benessere di tutte le persone, stimolando la solidarietà e l'aiuto reciproco, dando nuovo impulso alla ricerca, promuovendo i valori fondamentali e curando con passione i malati ed i poveri. Nel suo ambizioso programma per il secolo venturo (parliamo del progetto su "Salute per tutti nel secolo"), l'Organizzazione Mondiale della Sanità espri me le proprie preoccupazioni per le prospettive della salute per l'attuale generazione e per quelle future, sottolineando la necessità di un'alleanza globale che si occupi di questa questione.

Concludo affermando la mia convinzione che gli operatori sanitari cattolici e le istituzioni, così come l'intera comunità, sono pronti a contribuire a questa alleanza, senza rinunciare ai loro principi e riconoscendo che la pro-

pria esperienza, il proprio impegno e le propria influenza possono contribuire in modo significativo a quel "cambiamento reciprocamente benefico" che l'OMS si aspetta da questa partnership.

Prof. WALTER OSSWALD
Presidente dell'*International Federation of Catholic Medical Associations (FIAMC)*

Bibliografia

AGIUS, E., *The Rights of Future Generations: in search of an intergenerational ethical theory*, Catholic University of Leuven, Leuven 1986.

AGIUS, E., *Generazioni future*. In Dizionario di Bioetica (a cura di Salvino Leone e Salvatore Privitera), ISB e Centro Editoriale Dehoniano, Acireale e Bologna 1994.

HOTTOIS, G., *Droits des Générations futures*. In Les Mots de la Bioéthique (eds. G. Hottois et M.H. Parizeau), De Boeck, Bruxelles 1993.

JONAS, H., *Das Prinzip Verantwortung*, Insel Verlag, Frankfurt A.M. 1979.

LOZANO B.J., *Accessibilità alle cure mediche*, Discorso alla 50a Assemblea Mondiale della Sanità, Ginevra 7 maggio 1997.

PATRIDGE, E. (ED), *Responsabilities to future generations*, Prometheus Press, New York 1980.

RENAUD, M., *Os Direitos das gerações vindouras*. In Bioética (Coord. L. Archer, J. Biscaya, W. Osswald), Editorial Verbo, Lisboa e S. Paulo 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Health for all in the 21st century* (Draft), PPE/PAC 97.5, WHO, Geneva 1997.



MARIE HENDRICKX



sabato
8
novembre

Salute e destinazione universale dei beni

“Fa’ come la terra, tu che mi ascolti. Produc frutti come lei, non mostrarti mai inferiore alla natura inanimata. Essa non nutre i suoi frutti per goderne, ma per rendere un servizio. Tu, al contrario [...], sei scontroso e inavvicinabile, eviti gli incontri per non essere obbligato a lasciarti sfuggire la più piccola elemosina. Tu conosci soltanto una parola: ‘non ho niente, non darò niente, perché sono povero’. Sì, tu sei povero, non possiedi alcun bene. Sei povero d’amore, povero di bontà, povero di fede in Dio, povero di speranza eterna”¹. Questa pagina di Basilio il Grande sulla ricchezza è famosa. Ne potremmo citare altre, di lui, di Gregorio di Nazianzo, Gregorio di Nissa, Giovanni Crisostomo, Ambrogio o Agostino². Se ho citato questa, è perché essa esprime chiaramente la concezione cristiana del possesso materiale. La tradizione della Chiesa ha sempre interpretato l’ordine del Creatore “riempite la terra e soggiogatela” (*Gen* 1, 28), come un’indicazione che i beni della terra sono per tutti, per la comunità umana nel suo insieme³. Il Nuovo Testamento condanna severamente la ricchezza cercata in quanto tale. Essa ha valore soltanto come strumento per vivere meglio la logica del regno, la logica del dono gratuito e dell’accoglienza disinteressata. La pericope di Luca sull’argomento (*Lc* 16, 9-13) e l’ingiunzione: “procuratevi amici con l’iniqua ricchezza”, si può interpretare così: “servitevi di ciò che possedete per ristabilire una vera solidarietà tra gli uomini”.

Ritroviamo questa visione ancora nel XIII secolo, con San Tommaso⁴. Per lui, ciò che fonda il diritto di proprietà è la sua finalità: si fa un

uso più razionale di ciò che si possiede in proprio. Lo si fa fruttare maggiormente per il bene di tutti. Questa dottrina non verrà mai rimessa in causa, ma andrà cadendo a poco a poco quasi nell’oblio. I manuali di morale, a partire dal XVII secolo, tendono a perdere di vista la funzione sociale della proprietà. Coloro che presentano la vita cristiana secondo i precetti (es. H. Noldin), raggruppano tutto l’ insegnamento sull’economia attorno al settimo comandamento: “non rubare”, e coloro che vogliono strutturare l’esistenza secondo le virtù (es. D.M. Prummer), lo riconducono alla giustizia intesa come “rendere ad ognuno ciò che gli spetta”. Nei due casi, si comincia col definire la nozione di proprietà e si sviluppa, a partire da ciò, la riflessione sui doveri di ognuno nei confronti dei beni altrui. La responsabilità in rapporto a ciò che si possiede è quasi dimenticata. La giustizia commutativa prende il sopravvento sulla giustizia distributiva⁵. Una tendenza generale della società, per resistere alla quale ci sarà bisogno di molta virtù e di indipendenza di spirito; essere santo, infatti, secondo la vocazione di ogni cristiano è sempre stato anche essere controcorrente.

Individualismo e materialismo

La ragione profonda di questo cambiamento d’ottica è l’apparire del materialismo e dell’individualismo che caratterizzano la modernità occidentale. Che la nostra civiltà sia segnata da questi due aspetti culturali non è certamente un’idea molto originale. Ciò che senza dubbio lo è di più, è sottoli-

neare che queste due tendenze sono intrinsecamente legate l’una all’altra e che si sono praticamente sviluppate contemporaneamente alla fine del Medio Evo non potranno che essere superate dallo stesso movimento della società.

Vorrei far notare che queste tappe hanno apportato elementi positivi alla ricerca della verità. La presa di coscienza della realtà individuale e del carattere fondamentale della realtà materiale era indispensabile. Il problema è di porre queste esperienze in un ambito più esatto perché più comprensivo.

– Parliamo anzitutto dell’*individualismo*: mentre la società medievale veniva considerata spontaneamente come un insieme in rapporto al quale l’individuo non si sognava di rivendicare una propria originalità e distanza, la cultura del Rinascimento vede distendersi i legami interpersonali istituzionalizzati. Questo fenomeno si traduce al livello intellettuale con una questione epistemologica posta con una nuova intensità: quale peso di realtà possiamo accordare alla forma comune che permette di dare lo stesso nome agli individui di una stesse specie? Si tratta del problema degli universali. Per risolverlo, Guglielmo di Occam, nel XIV secolo, non esita a sviluppare un sistema nominalistico, basato su un empirismo assoluto, per il quale il reale è composto di individui strettamente isolati gli uni dagli altri. Il concetto di natura umana gli appare come sprovvisto di valore nell’ordine della realtà.

– L’empirismo e il nominalismo porteranno rapidamente all’idea che tutto è materia, o nasce dalla materia. Questa sembra poter rendere conto di tutti i fenomeni fisici

o vitali. È il *materialismo* di cui troviamo già la tendenza in Gassendi (1548-1655) e che si esprime netamente in Hobbes (1588-1679).

Il materialismo e l'individualismo sono legati e convergono in una visione della società in cui ciascuno si ripiega su se stesso. In effetti, se i beni materiali sono i soli ad avere un peso di realtà, il loro possesso apparirà molto presto come un mezzo per aumentare la realtà propria, e la loro condivisione come una diminuzione d'essere. Si tenderà a confondere l'essere con l'avere e, poiché ciò che è materiale non può essere diviso senza che la parte di ognuno diminuisca, l'altro uomo sarà visto facilmente come un avversario, cioè un nemico. Ciò che lui possiede, io non l'ho. Questo aumenta il suo essere e il mio ne risulta diminuito nello stesso tempo⁶. Contro un rivale, la reazione spontanea sarà sempre di diffidenza: di difesa se sono il più debole e di aggressività se sono il più forte. Non siamo lontani dall'idea di lotta per la vita, in cui vince il più forte.

Nella società moderna, ciò si tradurrà con la nozione più civilitizzata, ma in fondo simile, di una concorrenza senza esclusione di colpi. Concorrenza, profitto, rendimento... Le due rivoluzioni industriali, la prima iniziata nella metà del diciassettesimo secolo e caratterizzata dal dominio dell'energia, e la seconda che possiamo far cominciare attorno al 1880 e che apporta i primi impieghi sistematici dell'informazione nell'industria⁷, sono come i frutti lontani, ma necessari, di questo nuovo rapporto con il mondo e con gli altri. Questi altri hanno, in effetti, come corollario inevitabile, l'esaltazione dell'efficacia che si combina con l'aspirazione materialistica alla comodità, imperniata sul godimento dei beni di consumo, ed eccitata in tutti i modi dalla pubblicità, per far camminare la macchina economica nella quale tutti coloro che hanno voce in capitolo trovano il loro tornaconto.

Bisogna insistere sul fatto che una tale mentalità scoraggia la condivisione? Perché d'altronde, dicono alcuni, preoccuparsi dei poveri? Nel mondo dell'efficacia, la carità non ha posto e per di più è controproduttiva. Conosciamo il sofismo classico per lavarsi le mani: "più si

darà ai mendicanti, più ci saranno dei mendicanti, e meno i mendicanti saranno incitati a produrre meno ci sarà denaro per aiutare i mendicanti". Un capo d'impresa caritabile, si dice, metterebbe in pericolo la vita della propria impresa e si comporterebbe da quel momento come un cattivo capo d'impresa⁸.

La maggior parte delle voci che contano nella nostra cultura sembrano dover riscoprire il concetto stesso di una solidarietà che non sia basata sull'interesse. Per l'opinione generale la comunità è ben lungi dall'essere quella naturalmente e gerarchicamente ordinata che si proponeva la cultura cristiana del Medio Evo, ma che l'uomo medievale non aveva i mezzi per realizzare. Egli in effetti avrebbe potuto acquisire questi mezzi soltanto attraverso l'esperienza della democrazia: sono la responsabilità condivisa e il dialogo nell'autonomia per orientare il destino comune. Oggi dobbiamo approfondire lo scopo della democrazia, poiché, se siamo progrediti nei modi di realizzare una vera comunità umana, ne abbiamo quasi perso l'ideale. Nozioni come "bene comune" o "destinazione universale dei beni" devono essere riapprofoniti e rispiegati per il mondo contemporaneo. Ciò costituirà tutto lo sforzo della "dottrina sociale" sviluppata a partire da Leone XIII.

Corpo e salute

Deve essere evitata ad ogni costo



una cultura che perda di vista il fatto che, almeno idealmente, dobbiamo utilizzare le risorse materiali disponibili per il bene di tutti, poiché svilupperebbe una concezione del corpo come oggetto di godimento più o meno egoista e ridurrebbe la salute al benessere. La sofferenza ed anche il semplice dolore, apparirebbero come il male assoluto, che non ha senso. Lo sviluppo fisico, psicologico, cioè "spirituale", sarà presentato con la New Age come un succedaneo del paradiso al quale tutti aspirano e che si può raggiungere con le proprie forze accedendo ad una sorta di gnosi⁹.

La medicina penserà più all'individuo che alla persona. Essa oscillerà tra la pura preoccupazione d'efficacia e quella di una soddisfazione immediata del cliente. Il corpo sarà assimilato ad uno strumento, ad una macchina della quale si cerca di mantenere i diversi elementi in buono stato, e se non ci si riesce, li si sostituisce, secondo l'espressione di Jacques Attali, con pezzi di ricambio¹⁰. Concezione cannibale, poiché molto presto il corpo dei poveri sarà utilizzato come una riserva di pezzi da trapiantare nel corpo dei ricchi¹¹. Un'altra forma di cannibalismo, questa volta dell'intera società contro alcuni suoi membri indifesi, sarà la ricerca sugli embrioni umani, eliminati a centinaia, a volte con la giustificazione che i risultati sperimentali sono affidabili soltanto quando compiuti su materiale umano, a volte semplicemente perché gli animali da laboratorio costano più cari.

Di fronte ad un paziente che sta per morire, il medico lascerà spesso trionfare il proprio desiderio di efficacia, vorrà mantenere questo corpo in vita il più a lungo possibile, perché la morte gli appare come una sconfitta assoluta per la sua competenza e si darà all'accanimento terapeutico. A meno che non lasci prevalere il desiderio del malato di sfuggire alla sofferenza e non pratichi l'eutanasia. In entrambi i casi, egli si guarderà dall'aiutare il proprio paziente ad assumere la sua prova e, attraverso di essa, a divenire ciò a cui aspira nella sua realtà più profonda, ad arricchire la dimensione trascendente che è il fondamento della propria dignità di persona.

Ma non è soltanto nell'atteggiamento del medico che si rivela il disprezzo o l'ignoranza di ciò che costituisce propriamente la dignità umana¹². Questa ignoranza o questo disprezzo si manifestano in due espressioni molto spesso utilizzate ai giorni nostri per caratterizzare il rapporto con il corpo: "il corpo è mio" e "io sono il mio corpo". Come mostra in effetti Rémi Brague¹³, nessuna di queste due espressioni basta a spiegare perché questo corpo che è umano dovrebbe essere rispettato più di quello di un qualunque mammifero superiore. Il fatto che sia "il mio" non gli conferisce, in effetti, nessuna dignità particolare. Inoltre, se è vero che "io sono il mio corpo", io sono infinitamente più di lui, e dimenticarlo è proprio quello che permette di trattarmi come un numero.

Ciò che fa la dignità del mio corpo, è proprio il fatto che esso è il supporto concreto e indispensabile di una infinità di possibilità, e in particolare della possibilità che io ho, come essere umano, di non lasciarmi interamente condizionare da lui ma di superarlo, di utilizzarlo al servizio di un altro scopo che non sia lui. È la possibilità che mi permette di entrare in relazione con gli altri, di mettermi al loro servizio e di far passare gratuitamente il bene di altri prima del mio. Apprendere questo punto tra breve. Per il momento, parlando di salute e di destinazione universale dei beni, mi sembra utile una breve presentazione su ciò che tenta di fare in questo campo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con il nome di Nuovo Paradigma della Salute. Vedremo che questo sforzo, che è certamente frutto di molta buona volontà e generosità, non riesce tuttavia a superare i condizionamenti e i limiti della mentalità materialistico-individualistica contemporanea.

Il "Nuovo Paradigma della Salute" dell'OMS

Anzitutto, bisogna chiedersi cos'è un paradigma. Il termine paradigma fa parte del vocabolario delle sette della "New Age". Nel lessico corrente, esso indica un esempio, un modello. Nel suo uso da parte dell'Organizzazio-

ne Mondiale della Sanità, appare come un modo di comprendere e di percepire tutto ciò che ci circonda, un nuovo modo di rapportarsi alla realtà. Secondo il Dott. Hiroshi Nakajima, Direttore Generale dell'OMS, esso consiste in "una visione mondiale in cui la salute è al centro dello sviluppo e della qualità della vita"¹⁴ e più precisamente in un insieme di criteri per stabilire e gerarchizzare le priorità in materia di politiche sanitarie.

La definizione di salute proposta dall'OMS: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", ben si inserisce nella linea dell'ossessione della nostra epoca dei comforts, ma appare purtroppo che, nel farla propria, tale istanza internazionale si è proposta un fine impossibile, un orizzonte che indietreggia continuamente, tanto più che uno stato di completo benessere "sociale" è evidentemente impossibile nel contesto di rivalità generalizzato che l'individualismo provoca.

Questa ambizione appare ancor più utopistica quando si pensa che il Dott. Halfdan Mahler, predecessore del Dott. Hiroshi Nakajima, e Direttore Generale dell'OMS dal 1973 al 1988, aveva assegnato come obiettivo all'Organizzazione "la salute per tutti nell'anno 2000".

È vero che questo obiettivo è stato fortemente sfumato in particolare dall'idea di "cure sanitarie primarie". Ma è anche vero che in questa tensione verso il "meglio" l'OMS ha veramente fatto regredire le malattie endemiche di intere

popolazioni e ha fatto progredire le loro condizioni di vita, fatti che la Chiesa apprezza e ai quali deve collaborare con tutte le sue forze. Tuttavia la realizzazione di questo obiettivo dell'OMS rimane purtroppo molto lontano. I responsabili dell'OMS si trovano di fronte a difficoltà finanziarie inestricabili: mancano i fondi per la salute. Le risorse economiche disponibili, dicono, sono quelle che sono. Non è possibile aumentarle, almeno in valore reale.

Sembra restare solo una possibilità: cambiare il significato dei termini. Quello di salute? No, è impossibile, esso fa parte della sostanza stessa dell'OMS. Allora quello della parola "tutti". Ma non la si può cambiare senza trasformare l'etica stessa ed è quello che alcuni temono che l'OMS tenda sempre più a configurarsi e a presentarsi come un'istanza normativa dell'etica. Ed è proprio a questo che tende la messa a punto del "Nuovo Paradigma della Salute" il cui approccio non è più fondato sulla salute dell'individuo, ma su quella della collettività¹⁵.

L'OMS pensa che ci sia bisogno di trovare un equilibrio tra il giuramento d'Ippocrate (che determina le regole dell'etica medica in funzione del singolo paziente) e i diritti della sanità pubblica, quindi della collettività. Ne conseguirebbe quasi necessariamente che alcune malattie sarebbero meno curate, così come alcuni strati della popolazione.

Ciò sembra giustificato forse a partire dal momento in cui, per ripartire le cure sanitarie, è stato introdotto il criterio di "speranza di vita senza handicap". Tale criterio serve a determinare le priorità sanitarie, e dunque a cosa dovranno servire gli aiuti in materia di salute per ogni paese. Esso si basa sul concetto di "anno di vita corretto dal fattore d'invalidità", cioè il numero di anni che una persona può sperare di vivere senza handicap in questa o quella regione del globo. In un contesto utilitaristico, in cui le malattie sono trattate in termini di costo/beneficio, si potrebbe arrivare così, se non si starà attenti, ad una terribile conseguenza: sarebbe inutile curare quanti sono colpiti da malattie che, una volta guarite, lasciassero postumi invalidanti



perché si prolungherebbero così esistenze inutili e anche onerose per la società. In questo modo bisognerebbe curare con priorità quelle malattie che è possibile curare con poca spesa e che si può sperare ridiano presto buona salute al lavoratore.

Dunque, malgrado affermazioni di principio contrarie, la salute rischia di non apparire più come un diritto dell'uomo nel senso di "diritto per tutti". Tutti hanno effettivamente lo stesso diritto, ma in un quadro determinato dalla loro "speranza di vita senza handicap", e questa differisce ad esempio secondo l'età e la regione in cui si trovano. Pertanto un congolese non avrebbe necessariamente lo stesso diritto ad essere curato di un europeo o di un americano, così come una persona anziana di una giovane.

Inoltre, la definizione comprensiva di salute ha permesso di considerare come obiettivi sanitari dei fini che prima erano considerati al di fuori del suo ambito (salute riproduttiva o genetica) e di istituire una nuova gerarchia tra gli obiettivi sanitari. Difatto, gli obiettivi sono tradotti in termini di nuovi diritti dell'uomo, vaghi, vuoti, in attesa di contenuto, questo è ciò che pensa per esempio, Marguerite Peeters¹⁶. Secondo lei nascerebbero dunque dei pseudo-diritti dell'uomo (il diritto della donna alla salute genetica per rimettere in causa gli autentici diritti dell'uomo (il diritto del bambino alla vita).

Lo slogan: "Salute per tutti nell'anno 2000" sarebbe sempre valido, ma certi temono che sia soltanto per una popolazione che prima sarà stata lasciata decimare dalle malattie della povertà e sarà stata drasticamente "controllata" dalla contracccezione, dall'aborto¹⁷ e dall'eutanasia. L'ideale, che per il momento non si oserebbe ancora confessare apertamente, ma che secondo loro sarebbe già ben presente, è: "viviamo meno numerosi, ma più sani e più ricchi!".

Da un paradigma all'altro...

Siamo chiusi in un sistema di pensiero e di economia che, volenti o nolenti, ci conduce all'utilitarismo e ci porta, se non resistiamo

con tutte le nostre forze, al disprezzo dell'uomo, quanto meno dell'uomo povero, debole e dipendente. Come combattere tutto ciò? Si dice che stiamo vivendo un momento di trasformazione culturale. C'è modo di approfittarne per cercare di divulgare una visione più sana dell'uomo, del suo rapporto con il proprio corpo e i propri beni? L'incredibile entusiasmo che suscita la persona e il messaggio del Papa, in particolare tra i giovani, è forse il segno di una speranza, di un momento propizio di cui bisognerebbe approfittare per aiutare le persone a riscoprire valori che la nostra civiltà materialistica e individualistica ha sistematicamente occultato.

Anzitutto chiediamoci in cosa consiste questo cambiamento culturale che potrebbe offrirci l'occasione di promuovere un umanesimo che, oltre a favorire una vita in comune più giusta ed armoniosa, sarebbe una vera "ammorsatura" per l'annuncio di Cristo. Per farlo, ci serviremo di una piccola opera intitolata *Humanisme et technique*, scritta da Bruno JARROSSON, francese, professore presso la Scuola di elettricità. Essa è sottotitolata: *L'humanisme entre économie, philosophie et science*. Il volume fa parte della collezione *Que sais-je?*, del novembre 1996. Non credo sia particolarmente originale, ma ha il merito di presentare in modo chiaro uno stato della questione, soprattutto nella descrizione che propone del passaggio da ciò che viene chiamato "paradig-

ma meccanicistico", alla nuova figura di un "paradigma complesso", che sarebbe quello del nostro tempo, dall'inizio degli anni Sessanta.

Il paradigma meccanicistico e l'uomo conquistatore

Bruno Jarrosson descrive il paradigma meccanicistico, nel cui ambito è stata formata la maggior parte di noi, come una rappresentazione del mondo che, alla sua origine, ha rotto con la visione aristotelica. Esso ha fatto la sua comparsa nel XVII secolo e si basa su tre assiomi filosofici: assolutismo della ragione, quantificazione del mondo e normalizzazione del tempo.

Tale sistema sviluppa l'idea di determinismo, dunque di controllo dell'avvenire. L'uomo pensa di poter costruire l'avvenire secondo i propri desideri, di dominare il proprio destino. Ciò lo spinge ad uno sviluppo della tecnica senza precedenti, ad un balzo in avanti nella produzione. Il paradigma meccanicistico applicato al sistema economico, ha reso possibili le rese più spettacolari nella produzione che l'umanità abbia mai conosciuto. Dalla prima rivoluzione industriale, intorno al 1750 circa, la produttività globale in Occidente è aumentata di circa il tre per cento l'anno¹⁸, il che è assolutamente un dato enorme.

Il paradigma meccanicistico ha messo il mondo a disposizione dell'uomo, al quale ha dato i mezzi per dominarlo. Ma questa dominazione, poiché si è concretizzata in un contesto individualistico-materiale, ha fatto del profitto il motore della società, e ciò si è tradotto in catastrofi umane. Catastrofi che saranno a poco a poco superate, questo è vero, ma non uscendo dall'ambito che le ha provocate: la mentalità che dissolve i legami umani e dà un super valore ai guadagni materiali, che incoraggia chi ha la forza ad arricchirsi il più possibile e a dominare colui che non l'ha, a condannarlo alla povertà, cioè alla miseria. Gli operai riusciranno a migliorare la loro condizione soltanto unendosi per cambiare i rapporti di forza. Ne risulterà forse una società tranquilla,



in cui le fonti principali di conflitto saranno spente, in cui tutto il mondo avrà interesse a mantenere l'ordine. Non ne risulterà mai una società armoniosa, una società che favorisce, come auspicavano già Aristotele e i suoi discepoli, l'amicizia tra i suoi membri. L'abbiamo già fatto notare: la società non tende più verso la comunità come verso il suo ideale.

Il paradigma complesso e l'uomo sconcertato

A partire dal 1900, il bell'edificio dalle linee regolari della scienza moderna viene scosso, poi completamente rimodellato allargandosi alla fisica quantistica e integrando la teoria della relatività.

La fisica quantistica rimette in cantiere, fin nelle sue fondamenta, tutta la fisica newtoniana e l'armatura filosofica corrispondente:

– anzitutto il *determinismo*: la teoria quantistica non permette una visione deterministica della realtà. La sola rappresentazione possibile dell'avvenire diventa quella della probabilità che una situazione determinata evolva in una data maniera;

– in seguito, la *separazione soggetto-oggetto*: ogni misura costituisce un'interazione tra il soggetto e l'oggetto, essa modifica l'uno e l'altro; l'osservazione neutra, a distanza dell'oggetto non più concepibile. D'altronde, lo stesso oggetto quantistico è mal delinato nello spazio.

La materia pertanto non può più essere concepita come esclusivamente materiale. Essa appare come interazione. Il tutto non è più riducibile alla somma delle parti, le causalità si aggrovigliano, l'ordine è instabile, può nascere del disordine e tornarvi incessantemente...

Quanto alla teoria della relatività, essa fa comprendere che il tempo e lo spazio si interpenetranano per formare la trama dell'universo¹⁹.

Il paradigma complesso ha certamente provocato un cambiamento nel nostro rapporto con il mondo. Tanto l'uomo della generazione precedente aveva l'impressione di avere l'universo a sua disposizione, tanto quello di oggi si scopre superato dal suo ambiente e

dalle conseguenze dei suoi atti. Il nostro contemporaneo si sente vulnerabile e impotente. Egli si trova di fronte a questioni incredibilmente temibili. Il Cardinale Lustiger²⁰ ne elenca due:

– l'armamento eccessivo ha dotato le grandi nazioni industrializzate di una forza d'urto tale che un'autodistruzione dell'intera umanità rientra nei rischi calcolabili. L'uomo diventa a questo punto responsabile della propria storia e sta a lui decidere se proseguirla o meno.

– l'impegno ecologico rappresenta un compito prioritario dell'umanità. Lo sfruttamento tecnico ed economico della natura non si limita più, in effetti, a metterla in valore e a svilupparla per migliorare la vita degli uomini, ma rischia di distruggere equilibri naturali essenziali, di esaurire riserve non rinnovabili, di rendere rari e parsimoniosamente calcolabili gli 'elementi' naturali originari, cioè di sopprimere le difese immunologiche del pianeta²¹.

Forse possiamo vedere in questi tormenti la radice dell'aspirazione a superare il dilettantismo dei "golden sixties" per valori più solidi, capaci di costituire il fondamento dell'esistenza. Affinché ciò rappresenti realmente un'opportunità, bisognerebbe che fosse possibile andare più lontano del materialismo individualistico che rischia di chiudere la nostra generazione come ha chiuso sempre più la civiltà occidentale da quattrocento anni. Bisogna lavorare sulla

nostra cultura per superare ciò che la blocca; dobbiamo sforzarci di approfondire la nostra realtà per mettere meglio in valore le risorse che essa ci offre.

Un'opportunità e un rischio

Dobbiamo riscoprire la nostra verità di uomo. L'uomo del paradigma complesso è, più ancora dell'uomo del paradigma meccanicistico, un grande enigma per lui stesso. L'altro uomo gli appare irriducibilmente distante, anche lui chiuso nella sua storia personale, nella sua interpretazione della vita e degli avvenimenti.

Due grandi pericoli pesano sulla riorganizzazione dei valori a cui dobbiamo lavorare: il primo è l'astrazione della ricchezza e il secondo il relativismo morale.

Il carattere astratto della ricchezza

Dopo il 1973 circa, siamo entrati nella terza rivoluzione industriale²², caratterizzata dalla preminenza assoluta dell'informazione che diventa più importante della stessa materia. Colui che controlla l'informazione è ricco o può diventarlo in alcuni secondi. Colui che resta fuori dei circuiti, si mette fuori gioco ed è condannato a subire la legge degli altri.

Ciò va di pari passo con una internazionalizzazione crescente del mondo degli affari (globalizzazione). Non sono più gli Stati ad essere maestri del gioco economico, ma le grandi multinazionali, i cui movimenti hanno ripercussioni spesso drammatiche su intere popolazioni. La politica è dominata dall'economia e ha sempre più difficoltà a tener conto della dimensione umana dei problemi, finché sono in gioco interessi finanziari.

La fortuna non è più rappresentata mentalmente con l'avere terreni o case, ma come una massa finanziaria il cui scopo principale è quello di moltiplicarsi producendo benefici. Il desiderio di ricchezza diventa dunque astratto se così si può dire, ma in questo modo perde ogni limite²³.

Il relativismo morale

Il secondo pericolo, il relativi-



smo morale, sembra nascere dal fatto che la vita in comune non ha più ideale, non ha più finalità. Gli individui sono semplicemente giustapposti e ognuno parla la propria lingua, a partire dal proprio punto di vista. La soluzione più facile, per qualsiasi problema, è il compromesso: non vale la pena battersi, negoziamo, tanto peggio se ognuno vi sacrifica un poco della sua visione dell'uomo. È il prezzo da pagare affinché scienza e tecnica continuino ad assicurarci il maggiore comfort...

Che la pigrizia intellettuale sia comandata dall'indifferentismo o da una qualunque ideologia, il risultato è lo stesso, ritroviamo il terzo dramma che il Cardinale Lustiger denuncia come proprio della nostra epoca: l'uomo si arroga il diritto di distinguere, tra gli esseri umani, tra colui che deve essere definito e trattato come una persona e colui che può non esserlo. La fraternità umana universale, fondata su un'origine comune (che la Bibbia chiama Adamo ed Eva), è stata negata mezzo secolo fa e ciò è sfociato nei genocidi. Questo pericolo non è stato eliminato, ma può sempre riprodursi. Sappiamo che esso minaccia per il fatto stesso del progresso della biologia e della medicina²⁴.

Per una più giusta visione dell'uomo

La logica del profitto condanna a morte l'uomo debole, e priva l'uomo forte del senso della vita. Dobbiamo dunque lottare contro questa logica con tutte le nostre forze. Ma non basta. Bisogna portare i nostri contemporanei ad un'altra visione di se stessi, bisogna far loro ritrovare la gioia di vivere, perché essa è intimamente legata alla gioia di dare. Ma come? Vorrei proporre qui due strade: la prima è la riscoperta delle nostre aspirazioni comunitarie, che corrisponde al superamento dell'individualismo. La seconda consiste nel ridare valore alla dimensione sociale della proprietà: i miei beni sono "per altri" e contemporaneamente "per me", essi servono per la comunicazione con gli altri. Ciò corrisponde al superamento del materialismo.

L'istinto sociale

Sembra che la prima questione da porre sia quella della felicità. Cosa rende l'uomo felice?

Anzitutto possiamo constatare l'esistenza nell'uomo di istinti fondamentali, di tendenze primarie, l'inappagamento (o la non-sublimazione) dei quali lo rende in ogni caso molto sfortunato. Tra questi, i manuali classici d'antropologia distinguevano a fianco di una "inclinazione naturale" alla conservazione di sé, una "inclinazione naturale" alla vita in società.

È vero che si potrà sempre presentare l'istinto sociale come un derivato dell'istinto di conservazione, dire che ciò che è primo in noi è un egocentrismo radicale, e che il desiderio di vivere con altri non traduce che la volontà di utilizzarli a nostro servizio. Ma un pessimismo così radicale non può basarsi su alcuna prova convincente e può soltanto dimostrare il sacrificio di sé e la devozione a colui che soffre e l'altruismo sotto tutte le sue forme si riduce sempre ad un qualche egoismo allargato. D'altronde, se il nostro attaccamento a noi stessi attacca anche al di fuori, si distrugge come egocentrismo. Colui che dà la sua vita per un altro, lo preferisce necessariamente a sé, anche se gioisce nel pensare che il suo gesto sarà riconosciuto eroico.

Il libro di Jarosson termina con una domanda sul rapporto esistente tra comfort e felicità. Pur senza criticare la mentalità edonistica e consumistica della nostra epoca,

egli non può fare altro che constatare che l'opulenza materiale non basta. Soltanto l'amore, dice, può darci una ragione di vivere. "Dobbiamo amar amare..."²⁵. André Maurois nota nelle sue memorie che le felicità più grandi della sua vita, "i rari momenti d'estasi" sono stati quelli in cui egli "è stato liberato dall'amore o dalla carità" dalla vana preoccupazione per la sua persona (*Mémoires*, I, 335). I medici lo sanno: ci sono persone che muoiono felici, anche se sono state travolte da un male doloroso, semplicemente perché la felicità dipende più dalla presenza amorosa di altri che dallo stato fisico.

Possiamo così rischiare una definizione; per confermarla avremo bisogno di volumi di riferimento bibliografici e per sostenerla di volumi di riflessioni filosofiche. Ma vi chiedo di accettarla come tale, sulla base della vostra esperienza di vita: la felicità sta in una relazione positiva con l'altro.

Come dice Emmanuel Mounier, le prospettive della persona sono aperte: se il corpo può essere descritto come un "buco aperto sul mondo e su me stesso [...], la persona ci appare anche come una presenza diretta verso il mondo e verso gli altri, senza limiti, mescolata a loro in una prospettiva d'universalità. Le altre persone non la limitano, ma la fanno essere e crescere. La persona esiste soltanto quando è tesa verso gli altri, si conosce soltanto attraverso gli altri, si trova soltanto negli altri"²⁶.

L'essere umano è capace di dono gratuito e di accoglienza disinserata, e sta qui tutto il pensiero di Giovanni Paolo II che bisognerebbe esporre. Sottolineamo semplicemente che in questa capacità di gratuità, realizzata o no, risiede la libertà umana autentica, e la trascendenza in rapporto a qualunque animale superiore.

La destinazione universale dei beni

La dottrina sociale della Chiesa non ha mai inteso la destinazione comune dei beni come opposta al diritto di proprietà privata. Nella *Rerum Novarum*, Leone XIII afferma: "se diciamo che Dio l'ha data [la terra] in comune agli uo-



mini, ciò non significa che essi debbano possederla confusamente, ma che Dio non l'ha assegnata a nessun uomo in particolare, egli ha lasciato la delimitazione delle proprietà alla saggezza degli uomini e alle istituzioni dei popoli" (RN, n.727).

La proprietà privata è un diritto naturale. L'uomo è stato creato corpo e anima, non può vivere senza le risorse della terra. È stato anche creato intelligente, capace di sovvenire ai propri bisogni, di essere la propria provvidenza. Soltanto la proprietà gliene può dare realmente i mezzi. Tuttavia, nella visione cristiana, noi non siamo maestri assoluti di ciò che possediamo ma, come dice Michel Schooyans, soltanto "gestori di un mondo messo a disposizione nostra, di altri, delle generazioni future"²⁸ e noi siamo chiamati a fare un uso sociale di ciò che possediamo.

Dal 1891, la dottrina sociale della Chiesa si è sempre sforzata di far riprendere coscienza della responsabilità di ognuno in rapporto ai propri beni nei confronti di colui che è nella povertà o nella miseria. Essa ha dato così una forma più solenne ad un insegnamento costante fin dalle origini. Sarà nel Concilio Vaticano II, tuttavia, con la Costituzione pastorale *Gaudium et Spes* (69-71), che verrà espresso chiaramente ciò che si stava cercando da quasi un secolo: la proprietà privata è uno strumento per meglio realizzare la destinazione universale dei beni²⁹.

I beni che possiedo non hanno come scopo principale il mio godimento personale, ma il servizio di tutti. Nella misura in cui li utilizzerò per aiutare gli altri a crescere in umanità, essi faranno crescere anche me.

Un'altra definizione della salute

Il rapporto con il mondo appare come un prolungamento del rapporto con il proprio corpo. Il mio atteggiamento nei confronti dei beni ricalca il mio atteggiamento nei confronti del mio corpo, i due sono quindi intrinsecamente legati. Se la Chiesa mi dice che i beni della terra devono essere posti al servizio di tutti, essa mi dice allo

stesso tempo di mettere il mio corpo, la mia persona al servizio degli altri. L'espressione "il corpo è mio", è vera se vuol dire che nessun altro all'infuori di me ha il diritto di fare del mio corpo un oggetto di cui servirsi. Ma non può voler dire che io abbia questo diritto. Il mio corpo non è un oggetto, che io possiedo o di cui altri possono prendere possesso. Il mio corpo, la mia vita fisica, sono per me come un'apertura. Il mio corpo è la forma concreta di tutti i miei rapporti con il mondo e con gli altri. Il mio corpo è l'espressione stessa della mia persona, la sua espressione materiale, in quanto la mia natura è tale che non c'è nulla di me che non passi attraverso la materia. Io sono infinitamente più della materia, ma sono come ancorato nel reale attraverso la mia dimensione corporale.

Come definire quindi la salute? Essere in buona salute non può significare semplicemente "stare bene nel mio corpo", "sentirmi bene". Curare qualcuno non si identifica con il portarlo ad uno stato di soddisfazione beata in cui non ha più bisogno di nulla ed ancor meno ad uno stato di godimento in cui possa "profittare della vita", come si dice volgarmente, conducendo a sé le persone e i beni.

Curare qualcuno, al contrario, vuol dire ristabilire e mantenere al massimo la sua capacità di scambio con il mondo e con gli altri. Vuol dire lottare con lui e per lui affinché resti libero e capace di incontrare l'altro. Vuol dire aiutarlo



a scegliere fin tanto che lo può l'accoglienza disinteressata e il dono gratuito.

Dobbiamo pertanto ritrovare un criterio oggettivo di salute. A questo scopo possiamo ispirarci a ciò che dice S.E.Mons. Sgreccia nel suo "Manuale di Bioetica"³⁰. Questo equilibrio dinamico ha lo scopo di realizzare la vita fisica, che possiamo descrivere semplicemente come un'energia, una forza attiva che rende capaci di relazioni, di scambi con il mondo e con gli altri. Per i credenti, questa forza è naturalmente un dono di Dio.

Definendola come un equilibrio, viene dato alla salute un criterio oggettivo, si rende più facile il discernimento tra ciò che è accanimento terapeutico e ciò che è cura necessaria. Si aiuta anche a discernere meglio tra "medicina di lusso" e "medicina di base", il che permette una riforma dei sistemi di assistenza sociale fondata su una maggiore giustizia. Si dà infine alle persone di buona volontà la base per un rapporto più adeguato al loro stato fisico.

L'obiettivo "salute per tutti per l'anno 2000" resta certamente un'utopia, ma appare ugualmente come uno scopo al quale ci si può effettivamente avvicinare e per il quale vale la pena di lottare. Il "diritto alla salute" di cui parla l'OMS diventa un diritto reale: io ho diritto a che mi si aiuti a mantenere il mio equilibrio biologico e a ristabilirlo se un incidente o una malattia me l'hanno fatto perdere. Inoltre, ho diritto a che mi si aiuti a mantenere e a ristabilire il massimo equilibrio biologico di cui sono capace. Questo diritto l'hanno tutti gli esseri umani allo stesso modo.

Conclusione

Dalla nostra riflessione emergono due idee-forza:

- il materialismo e l'individualismo sono legati, essi conducono ad una percezione istintiva dell'altro come un rivale, come un avversario e distruggono l'ideale della società come comunità;

- il rapporto con il mondo e con i beni è un prolungamento del rapporto con il proprio corpo. Così come si considera il proprio corpo uno strumento di piacere, si metto-

no egoisticamente gli altri al proprio servizio e si compie uno sfruttamento eccessivo dell'ambiente.

Ne risulta che abbiamo urgente bisogno di una visione dell'uomo più giusta, di una riscoperta del fatto che siamo veramente liberi soltanto nel dono e nell'accoglienza disinteressata. Di qui d'altronde scaturiscono le fonti della gioia.

Il ruolo profetico dei cristiani per una ripartizione più equa dei beni di questo mondo consiste anzitutto, paradossalmente, nell'apertura ad ogni essere umano e nell'affermazione che ognuno, qualunque sia la sua età o il suo stato, ha qualcosa di insostituibile da apportare all'intera umanità, anche se ad un livello molto misterioso. Se è nella famiglia che si apprendono il rispetto per gli altri, la gratuità e la condivisione, la Chiesa non insisterà mai abbastanza sulla necessità di proteggere la famiglia e di aiutarla ad esercitare più generosamente la sua missione.

Ma forse l'annuncio del mistero della persona conduce all'annuncio del mistero di Dio, e forse è soltanto l'amore di cui l'uomo-Dio ci ha amati fino alla morte a permetterci d'amare l'altro fino alla morte ...

Prof. MARIE HENDRICKX
Professore presso l'Istituto
Giovanni Paolo II
per la Famiglia (Roma)

Bibliografia

¹ BASILIO DI CESAREA, *Homélie sur la richesse*, (Lc 12, 18), 6, 3.6, Paris 1935, 21.33.

² Questi testi sono stati raccolti da F. QUEREAUME e A. HAMMAN, *Riches et pauvres dans l'Eglise ancienne*, Paris, 1962.

³ Cfr. PONTIFICO CONSIGLIO GIUSTIZIA E PACE, *La destinazione universale dei beni*, Roma, 1992.

⁴ TOMMASO D'AQUINO, *Summa theologiae*, II-II, qu. 66.

⁵ E. CHIAVACCI, art. *Proprietà*, in *Nuovo dizionario di teologia morale*, Roma, 1990, 1030-1040, 1034-1036.

⁶ Cfr. THOMAS HOBBES, *Léviathan*, ed. F. Tricaud, Paris, 1971, 121-127.

⁷ B. JARROSSON, *Humanisme et techniques*, Paris, 1996, 59.

⁸ B. JARROSSON, op. cit., 90.

⁹ CH. SCHONBORN, *La vie éternelle*, Paris, 1992, 46-50.

¹⁰ J. ATTALI, *L'ordre cannibale. Vie et mort de la médecine*, Paris, 1979.

¹¹ Nel 1995, la stampa ha divulgato i risultati spaventosi di una inchiesta realizzata dalla "Commissione dell'ONU contro la discriminazione e per la protezione delle minoranze": la scoperta di un vero traffico d'organi tra i paesi del Nord e quelli del Sud, con orribili dettagli riguardo i bambini della strada in Brasile, Honduras, ecc. Cfr. *Avvenire*, 25 agosto 1995, 1.9.

¹² J. -P., *Fin de la "dignité humaine" en éthique?*, in *Concilium* 223 (1989), 51-57.

¹³ R. BRAGUE, *Le corps est pour le Seigneur*, in *Communio*, V, 6 (nov? 1980), 4-19, 5-6.

¹⁴ H. NAKAJIMA, Allocuzione alla 44.ma Assemblea mondiale della Sanità, 7 maggio 1991.

¹⁵ Discorso del Dott. Nakajima al Consiglio esecutivo dell'OMS, 12 gennaio 1992.

¹⁶ È possibile procurarsi i rapporti redatti da Marguerite Peeters presso il "Centre for the New Europe", Research Park, De Haak, B-1731 Zellik, Belgio; cfr. In particolare i rapporti 7, dell'ottobre 1995, e 16-21, dal dicembre 1995 al marzo 1996.

¹⁷ Ciò che appare come la priorità delle priorità è la "salute genetica" (o riproduttiva) di cui il Dott. Hiroshi Nakajima ha riferito esplicitamente alla conferenza del Cairo (Di-

scorso al Consiglio esecutivo dell'OMS, 3 maggio 1994 e 16 gennaio 1995). Essa implica, come mezzo indispensabile, la regolazione della fertilità che, secondo la Conferenza, comporta l'interruzione di gravidanze non desiderate. L'impegno dell'OMS a favore dell'aborto è confermato, ad esempio, dalla brochure "Women's experiences of abortion in the Western Pacific Region" (Women Health Series, vol. 4), pubblicata dalla sezione locale dell'Organizzazione. Un'informazione divulgata dalla stampa nell'aprile 1995 segue la stessa direzione: una campagna di vaccinazione antitetanica, patrocinata dall'OMS, è risultata essere in effetti un programma di aborto di massa: con la scusa di un vaccino, a centinaia di donne è stata praticata un'iniezione di prodotti chimici che reagiscono contro gli ormoni prodotti dalla madre all'inizio della gestazione, causando così la morte del bambino. Queste donne sono ormai sterili: tutte le loro future gravidanze si concluderanno con un aborto spontaneo. L'OMS ha negato i fatti, ma, dopo un'inchiesta, la Corte suprema di Manila ha bloccato il programma di vaccinazione. Diversi documenti dell'OMS riconoscono la sua partecipazione attiva alle politiche antideografiche dell'ONU.

¹⁸ B. JARROSSON, op. cit., 35.

¹⁹ Su tutto questo, cf. B. JARROSSON, op. cit., 41-42.

²⁰ J.-M. CARD. LUSTIGER, *La nouveauté du Christ et la Post-modernité*, in *Communio* 15 (1990), 2 12-23.

²¹ J.-M. CARD. LUSTIGER, op. cit., 18.

²² B. JARROSSON, op. cit., 62-66.

²³ E. CHIAVACCI, op. cit., 1037-1039.

²⁴ J.-M. CARD. LUSTIGER, *op.cit.*, 15.

²⁵ B. JARROSSON, op. cit., 118.

²⁶ E. MOUNIER, *Le Personnelisme*, Paris, 1949, 38.

²⁷ Cfr. L'edizione del Pontificio Consiglio Giustizia e Pace, *De "Rerum novarum" à "Centesimus annus"*, Roma, 1991.

²⁸ M. SCHOYANS, Discorso all'apertura dell'Accademia pontificia delle Scienze Sociali, 25 novembre 1994.

²⁹ E. CHIAVACCI, op. cit., 1037.

³⁰ Cfr. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milano, 1988, 37.



Tavola Rotonda



*La cooperazione
internazionale
verso una solidarietà*

JOSÉ A. PUJANTE

I: Organizzazioni Non Governative

Molte volte ci chiediamo se realmente i popoli della terra si comportano come fratelli, e la risposta può indurci a pensare che l'umanità sia disumanizzata. Con amaro scetticismo dobbiamo ammettere che il rapporto tra di loro, occasionalmente non tocca nemmeno la categoria dell'amicizia, della buona vicinanza o del reciproco rispetto; valori, questi, fondamentali per la concordia.

La convivenza è stata difficile sin dalla notte dei tempi e la tolleranza non sempre è regnata nei comportamenti tra tribù, etnie e nazioni limitrofe. Questa insufficiente fratellanza è la base, tristemente realistica, della scarsa solidarietà esercitata nel corso della storia e la causa della precarietà dei brevi periodi di pace nell'esistenza dell'umanità.

L'egoismo del mondo sviluppato è stato spesso motivo di una ingiusta distribuzione dei beni. Questo atteggiamento deve essere consustanziale alla natura umana, poiché è semplice osservare, tanto a livello individuale quanto collettivo, che l'evoluzione della condotta ontogenetica delle persone si manifesta in una tendenza ad ignorare i meno favoriti. Per questo è molto importante inculcare nei giovani la bontà, perché nel futuro possa manifestarsi l'aspetto generoso e cordiale della specie e le prossime generazioni possano godere di un mondo più giusto, armonioso ed equilibrato.

Ancora adesso, come nel passato, alcuni hanno molto ed altri poco (sebbene con il passare dei secoli le situazioni sono cambiate, in quanto civiltà che conobbero la prosperità in seguito si rovinarono e viceversa). Da questo squilibrio

– e da un certo barlume di pietà – nacque la necessità della Cooperazione, come atto di amore fraterno, di filantropia, di carità nei confronti del prossimo, come espressione di solidarietà, con fini puramente umanitari, senza intendimenti commerciali o speculativi.

La cooperazione, in definitiva, non è altro che il trionfo della volontà di applicare il volto migliore e più nobile della persona, dell'essere umano: aiutare quanti sono nel bisogno, come ci ricordano le Sacre Scritture, come predicava con l'esempio Gesù nel suo magistero.

Non c'è dubbio che, negli ultimi anni, numerose organizzazioni con ideologia e struttura molto diverse abbiano fatto proprio questo ingente compito di servire i nostri simili in situazioni molto difficili, negli scenari più ostili, nelle condizioni più avverse. A poco a poco, questi gruppi hanno incluso persone d'origine molto diversa, e hanno prestato i loro servizi nei luoghi più bisognosi del mondo, grazie ad esperti in logistica e pianificazione, ma soprattutto grazie ad una forza capace di superare le difficoltà maggiori: gli innumerevoli volontari che, con il loro entusiasmo e la loro tenacia, sono riusciti a realizzare il miracolo quotidiano di restituire la salute a quelle persone che credevano di averla persa per sempre. Questi duri compiti vengono realizzati senza distinzione di razza o di credo. È questo il vero patrimonio delle organizzazioni umanitarie: la loro gente e tutti lo sappiamo bene.

Sarebbe inutile ricordare ora l'evoluzione che tali enti hanno conosciuto negli ultimi decenni. Quasi tutti sono stati costituiti o ri-

definiti secondo gli standard della cooperazione non governativa; alcuni come complemento “ribelle” delle azioni dei governi di diversi paesi; altri come “alter ego” dei governi, in una certa connivenza con questi ultimi, per spingere l'approvazione di piani che difficilmente si potrebbero ammettere a carico dell'erario pubblico in società democratiche; altri, infine, semplicemente indipendenti. Tali affermazioni non svelano nessun segreto, in quanto sono comuni nella rete di azioni e di sovvenzioni dove si muovono cifre astronomiche e si trasformano le risorse economiche in un tesoro prezioso da amministrare in nome della solidarietà.

Tuttavia, molto prima dei tempi attuali, in cui diversi settori della società civile moderna, dinamica e partecipativa si sentono particolarmente motivati per aiutare i fratelli che soffrono nei paesi del Terzo Mondo, ci sono stati uomini e donne che hanno consacrato la propria vita a fianco dei bisognosi, dando il meglio di sé per salvare spiritualmente e fisicamente i malati – senza considerare il rischio del contagio di patologie gravissime o le reazioni degli stregoni della tribù di fronte alle complicazioni e agli aggravamenti. Alcuni erano laici, e altri, come ben sappiamo, erano religiosi.

Non si può scrivere la storia dell'umanità senza citare i missionari. Né si può parlare di cooperazione umanitaria senza menzionare queste persone che, da molti secoli, percorrono il pianeta da un punto all'altro, seguendo le indicazioni dei loro Ordini e Congregazioni, e si installano là dove c'è più bisogno di loro. Essi realizzano, in

nome della Chiesa, questo arduo lavoro di evangelizzazione da quasi duemila anni non solo per salvare le anime, ma anche per sanare i corpi. Tale esperienza bimillenaria è un bagaglio sufficientemente ricco perché tutti ci sentiamo orgogliosi del loro spirito di sacrificio, della loro abnegazione, delle vite che hanno potuto recuperare così come delle speranze restituite a milioni e milioni di sfortunati.

A proposito di questa affermazione, ricordo di aver visto recentemente delle scene in Rwanda che riassumono chiaramente come fatti puntuali, circonstanziali, rischino di travolgere come un fiume in piena tutti gli sforzi realizzati da generazioni. A causa del conflitto armato che li ha visti protagonisti, Hutu e Tutsi hanno riportato numerose lesioni ed infermità; nei malconci ospedali e centri sanitari ove erano ricoverati, i missionari e le missionarie che li curavano – senza alcuna distinzione – sentivano esclamare con frequenza: “questo dio in cui mi avete insegnato a credere non è tanto potente come dicevate se non può evitare che la mia infermità mi uccida, né è tanto buono visto che ha permesso che i miei figli e tutta la mia famiglia morissero ingiustamente. Questo dio non ci ama. Erano migliori gli dei dei miei antenati, che ci proteggevano. Non pregherò più...”. Benché si tratt di ragionamenti propri della natura umana, comprensibili nei momenti di disperazione, soprattutto quando esiste un sustrato religioso animista e una cultura ancestrale con profonde radici negli atavismi di molte generazioni, essi dimostrano quanto delicata sia la costruzione pezzo per pezzo che hanno come compito i missionari.

Questi missionari di oggi e di sempre, sono, senza dubbio, i pilastri della cooperazione contemporanea e il seme delle *Organizzazioni non Governative* (ONG) – tanto sofisticate le une, quanto semplici le altre – che realizzano opere molto lodevoli in un mondo tremendamente complesso e sottoposto ai dettami e alle oscillazioni polimorfe degli interessi politici ed economici, del potere dell’informazione, della buona volontà

della gente, dell’ipocrisia e anche, perché no, dell’innocenza.

Dopo aver detto che l’origine della cooperazione sanitaria risale alle azioni dei missionari, è necessario constatare che non soltanto si tratta di una visione passata, nostalgica, bensì che nell’attualità sono migliaia e migliaia gli uomini e le donne che, in nome della Chiesa cattolica, lavorano in terra di missione, lontani dalle proprie case. Ottimo è l’esempio dell’Italia, che nel suo territorio conta 50.000 religiosi tra sacerdoti diocesani e sacerdoti regolari, mentre altri 16.000 sono missionari in paesi lontani. La maggior parte di loro, oltre all’impegno di apostolato della fede, realizzano soprattutto missioni di carattere sanitario. In questa attività pastorale, la Chiesa può dimostrare la propria forza sia come capacità di proclamare il vangelo, sia come momento ecumenico in seno alle diverse confessioni cristiane, il protestantesimo, l’ortodossia, ecc. e come momento di incontro interreligioso con le dottrine e i credo più diversi: Islam, Ebraismo, Buddhismo, Hinduismo, ecc.

La storia delle missioni, specialmente per quanto riguarda la pastorale sanitaria, costituisce certamente la parte più ricca della storia della Chiesa nell’Età Moderna e Contemporanea. Questo fatto però non è stato sempre messo in chiaro in senso pieno. La Chiesa, facendosi missionaria, oltre all’evangelizzazione, raggiunge lo scopo di rivolgersi come Gesù, verso i sofferenti e gli ammalati di tutto il mondo, vivendo con loro ed accompagnandoli fino alla morte. In quante occasioni l’azione dei missionari agisce come sostituto delle carenze dei sistemi sanitari pubblici dei paesi del Terzo Mondo, i quali hanno come vittime la popolazione innocente, dopo guerre e catastrofi naturali? La risposta resta nell’aria... però, come ho detto, la Chiesa, con il suo dovere e il suo mandato, non poteva far altro che collocarsi, come Cristo, tra i malati, vero spazio fisico, metafisico e biblico in cui si riflette la riconciliazione umana, in quanto l’uomo non si riconcilia né con se stesso né con gli altri se non si risponde alla sua domanda di salute fisica e spirituale.

Il nostro caro Cardinale Fiorenzo Angelini, che merita tutta la nostra ammirazione, ha plasmato l’evoluzione essenziale di quanto ho descritto precedentemente con le seguenti parole: “Quasi uno stereotipo designa San Giovanni di Dio, San Camillo de Lellis ed i loro seguaci come apostoli degli ammalati. L’apostolo è colui che è inviato ad evangelizzare. L’apostolato tra i malati comporta il superare una concezione restrittiva della pastorale sanitaria. E le missioni che, soprattutto a partire dall’epoca di questi due santi, hanno sperimentato uno sviluppo crescente, hanno avuto nella pastorale sanitaria il loro momento maggiormente qualificato e gratificante, grazie in particolare al nascere nella Chiesa di numerosi istituti religiosi maschili e femminili, molti dei quali lo hanno fatto per la missione *ad gentes*”.

Risulta ovvio che dopo l’esempio dato dalle missioni religiose, la società sia andata creando le proprie missioni a carattere laicale. Coscienti che lo Stato non poteva rispondere alle svariate ed urgenti domande dei paesi in via di sviluppo, si sono articolate le prime associazioni, frutto di ideali encomiabili, ed embrione delle attuali Organizzazioni non Governative. Soltanto venti anni fa un manipolo di sognatori realizzavano progetti di aiuto a zone depresse del pianeta senza altro appoggio se non quello delle compagnie popolari, che ottenevano una timida, o a volte entusiastica, collaborazione sociale e qualche sovvenzione di singoli individui e imprese private. In casi molto fortunati si poteva ottenere una simbolica partecipazione economica o logistica da parte delle amministrazioni pubbliche. Però a poco a poco si andarono organizzando in strutture più complesse. I governi, che già destinavano i loro bilanci alla cooperazione con diversi paesi per motivi umanitari, politici e commerciali, non prestavano troppa attenzione a queste *lobbies* potenziali, a tutto un cambio culturale in gestazione. Pochi immaginavano il ruolo che avrebbero svolto le ONG in un futuro non lontano.

Le ONG hanno proliferato in maniera certamente spettacolare. Alcune di esse sono di matrice re-

ligiosa, confessionale, ed altre no; alcune sono apertamente politiche, altre no; alcune hanno chiaramente definita una loro ideologia, altre non tanto; alcune aspirano a lavorare in determinati paesi e hanno un'unica sede centrale, mentre altre si sono trasformate in autentiche multinazionali, in macchine veramente potenti, e intorno a loro girano imprese e istituzioni, volontari e salariati con stipendi da funzionari di compagnie private. In alcune di queste organizzazioni – perché negarlo? – dove oscuri personaggi hanno avuto le mani libere per operare e la facilità di intenerire la società con immagini sorprendenti di persone di colore in campagne pubblicitarie attraverso i mass-media, si è annidata la corruzione. Il maneggiare “prodotti umanitari”, “materiale altamente sensibile” non ha impedito che la viltà dell’essere umano mostrasse il suo volto più miserevole sfruttando le scene di sofferenza, il dolore di altre persone, per trarne beneficio giocando con qualcosa di serio come i sentimenti delle persone, la loro bontà e la loro capacità di reazione emotiva.

Fortunatamente, però, la lotta contro la frode e le azioni illecite ha permesso di estirpare il marciame e di restituire così il buon nome e il funzionamento rispettabile di queste ammirabili organizzazioni. Tutto il peso delle opere di solidarietà non può ricadere sulle ONG, né queste possono generare i fondi economici necessari per finanziare i loro costosi progetti. Le sovvenzioni statali, il denaro pubblico di tutti i contribuenti, devono essere saggiamente distribuiti tra quelle ONG che presentano iniziative coerenti e adeguatamente programmate.

In Spagna dal 1992, da quando cioè fu evidenziata la necessità di creare un ambito legale per le molteplici attività relative alle cooperazioni internazionali, è stata percorsa un lunga strada fino a quando, nel luglio 1997, il Consiglio dei Ministri ha approvato un progetto di legge che, dopo ardui dibattiti parlamentari, sarà ora sottoposto al Congresso e al Senato. In breve, la nuova legge è articolata in sei assi o capitoli fondamentali. Il primo è dedicato alla politica spagnola di cooperazione, di cui

definisce il regime giuridico, nonché l’oggetto, l’ambito di applicazione, i principi e le priorità. Il secondo capitolo si riferisce alla pianificazione, alle modalità ed ai modi di cooperazione pubblica bilaterale o multilaterale. Il terzo capitolo attribuisce competenze agli organi operativi della cooperazione. Nel quarto si raccolgono i dati sui mezzi materiali assegnati a questa politica. Il quinto si occupa del personale al servizio dell’Amministrazione dello Stato nell’ambito della cooperazione, e il sesto capitolo si riferisce alla cooperazione non governativa, definendo le organizzazioni private di cooperazione per lo sviluppo e il loro registro pubblico, i sistemi di aiuto e di sovvenzione, e gli incentivi fiscali.

Per quanto possa sembrare ovvio, la legge riflette l’obiettivo fondamentale della cooperazione spagnola per lo sviluppo: la lotta contro la povertà nei paesi in via di sviluppo. E, per evitare non poche ambiguità, chiarisce la definizione di *Organizzazioni non Governative* e lo *Statuto del Cooperante*. Nell’insieme si vuole contribuire ad un migliore aspetto qualitativo e quantitativo della politica di cooperazione. A tal fine verrà creato il *Consiglio Interterritoriale di Cooperazione*, diretto ad armonizzare le azioni degli organismi pubblici (nazionali, autonomi e municipali) o privati, così come lo scambio di informazioni su questioni relative ai progetti di cooperazione.

Si tratta di un passo importante nel processo di incorporazione della Spagna nello scenario dei paesi europei che destinano parte dei loro bilanci all’aiuto umanitario. Quasi nessuno di questi raggiunge lo 0,7% del PIL, che diversi settori della società esigono con una certa pressione; è però rilevante lo sforzo che ogni anno si compie in questo senso. Bisogna considerare, in un esercizio di realismo e di memoria storica, che in pochi anni la Spagna è passata dall’essere un paese destinatario di aiuti ad un paese donatore. Quasi cinque anni fa, quando gli aiuti della Spagna cominciarono ad essere un poco più consistenti, il *Commitato di Aiuto allo Sviluppo* (CAD) dell’OCDE, ha raccomandato alle autorità l’elaborazione di

una Legge di Cooperazione per un maggiore coordinamento degli aiuti e una migliore pianificazione a largo raggio.

Una delle novità della legge è la creazione dei *Fondi di Cooperazione allo Sviluppo*, gestiti dal Ministero per gli Affari Esteri e destinati ai paesi più poveri. Essi sono diversi dai *Fondi di Aiuto allo Sviluppo* (FAD) distribuiti dal Ministero per l’Economia, e legati a contropartite obbligatorie da parte dei paesi riceventi (il Ministero degli Affari Esteri gestisce il 38% del denaro destinato alla cooperazione e il Ministero per l’Economia il 62%).

Nell’insieme, il governo ha previsto di destinare nel 1998 circa 190.000 milioni di pesetas per la Cooperazione, dei quali 8.000 milioni circa verranno concessi alle diverse OGN, per la realizzazione di 252 progetti. La somma richiesta dalle ONG per la totalità dei progetti presentati, 848, era di 18.000 milioni.

Esistono numerose formule per contribuire a migliorare la cooperazione. La Comunità Autonoma di Catalogna dispone già da tempo di diversi meccanismi che permettono di canalizzare gli aiuti di diversa provenienza per concretizzare progetti umanitari nei più diversi paesi della terra. Un solido tessuto sociale molto motivato e proclive all’associazionismo e alla solidarietà, ha fatto sì che questo popolo proverbialmente generoso mettesse in atto iniziative in cui, ancora una volta, la società civile ha anticipato le amministrazioni pubbliche.

Oltre all’opera privata e popolare, nel 1997 il Governo della Catalogna ha concesso aiuti alla cooperazione dei paesi in via di sviluppo per un valore di 1.450 milioni di pesetas, una cifra che supera quella degli esercizi precedenti, giacché dal 1994 si pratica questa politica di aiuto alle nazioni meno favorite, attraverso il *Comisionado de Actuaciones Exteriores*, assessorato dal Consiglio Catalano della Cooperazione, che raggruppa i rappresentanti dei più diversi settori della società e di diverse ONG. La maggior parte dei progetti e dei programmi approvati erano di carattere sanitario.

L’enunciato della propria richie-

sta di sovvenzioni economiche è di per sé un'espressione della filosofia ispiratrice: "la cooperazione allo sviluppo costituisce un dovere etico di ogni società democratica e di ogni popolo che, come quello catalano, proclama come valori supremi della loro vita collettiva la libertà, la giustizia e l'uguaglianza. Strettamente vincolato a questi valori è quello della solidarietà che deve esistere tra i cittadini del nostro paese, ma anche con le persone più bisognose dei paesi in via di sviluppo. Di fronte ad un mondo in cui crescono la globalizzazione e l'interdipendenza socio-economica, i problemi del sottosviluppo acquistano un rilievo importante. Per questo è giusto alimentare nella società il valore della solidarietà internazionale che significa interessarsi, conoscere ed agire individualmente e collettivamente per cooperare con altri popoli e trovare le strade che conducano ad un miglioramento delle loro condizioni di vita e a loro sviluppo democratico, economico e sociale. Per dare una risposta alla crescente sensibilizzazione e conscientizzazione della popolazione in cui c'è stata sempre e tradizionalmente sensibilità per i paesi del Terzo Mondo, il Governo della Catalogna incoraggia e coordina una politica di cooperazione sostenendo le iniziative della società civile, canalizzate in buona parte attraverso le ONG e altre istituzioni ed enti senza scopo di lucro che operano nell'ambito della cooperazione e della solidarietà".

Senza ombra di dubbio, la percentuale maggiore di progetti sono quelli relativi alla cooperazione sanitaria, elaborati liberamente e di *motu proprio* dalle ONG e sostenuti dalle strutture governative, destinati fondamentalmente a diminuire o ad eliminare le cause di povertà e ad elevare il livello di igiene e di salute nelle popolazioni destinate.

Oltre a questa politica di cooperazione adottata dall'Ufficio della Presidenza, all'interno del Ministero della Sanità, anche l'Istituto Catalano per la Sanità (ICS) ha incoraggiato dei procedimenti per contribuire a migliorare le azioni di cooperazione specificatamente sanitaria, in maniera complementare, senza che queste presuppon-

gano un nuovo apporto economico in denaro, ma sotto forma di risorse umane e materiali.

Tale istituzione, che gestisce la Sanità Pubblica e che sta per essere convertita in una corporazione sanitaria, conta 32.000 impiegati ed è considerata la maggiore produttrice di posti di lavoro in Catalogna. Nel 1995 è stata creata l'*Officina di Cooperazione Sanitaria Internazionale*, con sede nel suo Centro Corporativo.

Questa nuova unità doveva fornire i mezzi necessari affinché i medici, le infermiere e il personale paramedico degli ospedali e dei centri di assistenza primaria dell'ampia rete della ICS potessero associarsi ai progetti di cooperazione delineati dalle diverse ONG. Evidentemente, si trattava di evitare che l'Istituto, come ente di Sanità Pubblica, si comportasse come una macro-ONG, elaborando propri programmi, il che sarebbe stato una competenza sleale da parte dell'Amministrazione, una intromissione di dubbia moralità nel terreno altrui, e una usurpazione illegittima di funzioni. È sembrato quindi più sensato dotare di meccanismi la sempre anchilosata Amministrazione, affinché i funzionari e il personale statale potessero essere agevolati a lasciare temporaneamente il proprio lavoro nella sanità pubblica, conservando però il posto e, in molti casi, l'intera retribuzione, per associarsi a progetti di cooperazione, dopo aver richiesto un permesso speciale.

Per una Istituzione così complessa, era molto importante non cadere nella rete della burocrazia, ma piuttosto rendere agili le strade e risultare altamente operativa nella gestione dei permessi affinché il personale potesse mettersi a disposizione dell'ONG che lo richiedeva – in determinate occasioni d'urgenza – e lavorare immediatamente ai progetti nei paesi dell'Africa, dell'Asia o dell'America Centrale e del Sud.

È stato elaborato e pubblicato un *corpus* legale e normativo che contemplava tali procedimenti e circostanze, di modo che questo grande collettivo di professionisti al servizio della pubblica amministrazione potesse realizzare il proprio desiderio di rendersi utile, di

aiutare i propri simili sofferenti, dando così un nuovo senso alla propria vita, nel grigiore della quotidianità e nella routine del lavoro nei centri sanitari cittadini dove la salute è già garantita. Tutto ciò, come già detto, conservando il diritto a percepire lo stipendio, senza che la ONG possa stabilire una remunerazione, a meno che non venga fatta espressa rinuncia. Questa nuova motivazione degli operatori sanitari nell'esercizio della propria vocazione e, allo stesso tempo, questa possibilità di offrire il meglio della propria esperienza a malati molto bisognosi è, senza dubbio, un complemento adeguato al lavoro che, come detto in precedenza, i missionari e gli innumerevoli religiosi realizzano instancabilmente in nome della Chiesa.

L'uomo è senz'altro l'attore migliore delle imprese. In altri termini, usando un linguaggio più di fine secolo, le risorse umane sono il patrimonio più prezioso delle organizzazioni. Le istituzioni non sono una eccezione; è noto che la loro gente costituisce la loro forza, e in base a questo spirito di servizio alla collettività, alla società – tanto all'interno che al di fuori delle proprie frontiere – si devono articolare le più diverse politiche statali.

Questa gratificante iniziativa realizzata dall'Istituto Catalano per la Sanità, ha permesso di dare la speranza di cooperare a molti operatori sanitari – medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, portantini, tecnici, meccanici – e anche una speranza di vita a molti anonimi destinatari della loro buona volontà e delle loro azioni. Il lavoro di tali persone in questi lontani angoli del pianeta non sarà sterile.

Vi risparmierò una descrizione particolareggiata e riassumerò quindi molto brevemente, quasi telegraficamente, le quattro grandi linee a mo' di obiettivi concettuali che si contemplano per mettere in pratica la filosofia ispiratrice che ho esposto.

Il primo grande blocco è costituito dai principi che regolano come agevolare gli aiuti affinché il personale possa abbandonare temporaneamente il proprio posto di lavoro per lavorare ai progetti di

cooperazione coordinati dalle diverse ONG nazionali ed internazionali.

Il *secondo* consiste nel determinare i canali e i circuiti adeguati affinché, attraverso diverse OGN, negli ospedali e nei centri di assistenza primaria della rete dell'Istituto Catalano per la Salute, ed anche di altri istituti concertati, ci si possa prendere cura dei pazienti dei paesi del Terzo Mondo che non possono ricevere cure mediche o chirurgiche nel proprio luogo di origine. Generalmente le ONG si fanno carico del trasporto del malato e la sanità pubblica delle spese d'assistenza, che a volte raggiungono delle cifre molto elevate. Naturalmente esiste un chiaro processo di selezione.

Il *terzo* blocco di aiuto alla cooperazione è quello che configura un grande magazzino – virtuale per archivi informatici – in cui si possa inventariare e classificare tutto il materiale, quello strumentale e le attrezzature sanitarie non utilizzate, affinché vengano messi a disposizione delle ONG che li richiedono per inviarli ai paesi del Terzo Mondo. La maggior parte degli apparati in disuso, perché ormai obsoleti, negli ospedali dei paesi industrializzati, funzionano e sono di grande aiuto nei centri mal equipaggiati dei paesi più poveri, dove possono essere considerati all'avanguardia.

Il *quarto* ed ultimo blocco riguarda la definizione di procedimenti atti a permettere l'aggiornamento degli operatori sanitari di questi paesi che hanno visto distrutti i loro precari sistemi sanitari, che hanno perso l'abitudine di operare e di curare in condizioni normali, all'oscuro delle nuove tecniche o dei progressi più elementari. Alcune settimane di *stage* tra colleghi di centri sanitari moderni, con strumenti appropriati, e la pratica quotidiana in reparti clinici, permetteranno di aggiornare le conoscenze, scambiare le culture e apprendere nuove formule nell'arte del curare che, senza dubbio, saranno grandemente utili – nella misura in cui potranno essere applicate – ai loro connazionali ammalati.

Impostazioni di questo tipo, di complicità e vera collaborazione tra strutture governative e ONG,

stanno avvenendo nella maggior parte dei paesi sviluppati. La vecchia Europa, che costruisce la sua casa comune con materiali di diversa provenienza e discrepanze architettoniche, non ha dimenticato di unire gli sforzi per destinare cospicui fondi economici alla cooperazione. Anche i paesi dell'America e dell'Asia che sono in grado di farlo, hanno raccolto fondi per aiutare le nazioni meno favorite. Probabilmente, tutto ciò potrà essere migliorato, come quasi tutto nella vita; ma, in un certo modo, è da apprezzare perché oggi le cose avrebbero potuto essere peggiori. È dimostrazione di una timida ed incipiente sensibilità politica verso i bisognosi e i malati senza mezzi che, in altri momenti della storia – come dicevo all'inizio di questo mio intervento – sarebbero stati abbandonati alla loro sorte.

Permettetemi di esprimere la mia ferma convinzione del fatto che tali fondi giungano alla loro destinazione umanitaria, fraterna, mentre cerco di respingere la tentazione di credere, per alcune informazioni schiaccianti, che c'è chi si arricchisce con questi soldi. Voglio dare fiducia alla bontà della natura umana, anche se a volte può sembrare un impegno difficile...

Il *Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari* ha un importante ruolo da svolgere in questa appassionante Crociata, in questa nobile lotta contro l'ingiustizia per ottenere un mondo più giusto dove la pietà risplenda tra i popoli fratelli. La sua è una posizione privilegiata per dirigere questa campagna la cui finalità è di indubbia grandezza: da una parte, l'ovvia ascendenza che esso esercita sui religiosi e le religiose in terra di missione; dall'altra, la possibilità di influire sui governi dei paesi più diversi del mondo; la capacità di agire presso le alte istanze degli organismi internazionali (ONU, OMS, UNICEF e diverse ONG a livello mondiale), e la facilità di affrontare ecumenicamente la problematica della cooperazione sanitaria internazionale da un'ottica interreligiosa.

Fin dalla sua creazione, il *Pontificio Consiglio* ha evidenziato il grande potenziale e quanto benefi-

ca può essere la sua attività per l'umanità dolente, che soffre nel silenzio e muore dopo malattie che in occidente si possono curare con pochi soldi. Esso non dimentica tutti questi esseri umani, ampiamente ricordati dal Cardinale Fiorenzo Angelini, tanto caro al nostro cuore, che è stato l'"alma mater" e il presidente di questo dicastero della Curia Romana. Senza dubbio, dopo undici edizioni della Conferenza Internazionale, egli è riuscito, insieme alla sua équipe, a trasmettere al mondo lo stretto e significativo legame tra Chiesa e mondo della salute, in particolare alle soglie del Terzo Millennio. È giusto in questo momento onorare Sua Eminenza il Cardinale Angelini e, con nostalgia ma con la determinazione di continuare fermanente il compito, bisogna consacrare tutti gli sforzi affinché il nuovo Presidente, Mons. Javier Lozano, prosegua il pellegrinaggio – reale e virtuale – al fine di diffondere il messaggio e l'azione pastorale a favore degli ammalati.

Le iniziative del *Pontificio Consiglio* hanno sempre potuto contare sull'appoggio e la benedizione del Santo Padre il quale ha sempre mostrato la sua vocazione e la sua decisa volontà di stare a fianco degli ammalati, questa parte della popolazione che si è vista privata del dono divino della salute e che necessita di tutta la nostra cooperazione più generosa e disinteressata. Nel suo apostolato, Giovanni Paolo II ha dato priorità alla creazione di una coscienza mondiale sull'attenzione sanitaria dei più poveri e dei moribondi. Il *Pontificio Consiglio* è lo strumento migliore per portare le coordinate di questo cammino di salvezza a tutti i luoghi della terra.

Il Pontificato di Giovanni Paolo II stupisce la pubblica opinione per il suo dinamismo. È un Papa che viaggia (in quasi 20 anni ha percorso tre volte la distanza tra la Terra e la Luna); è un Papa montanaro (ed io, che umilmente divido questa passione con Lui, conosco quanto utile sia la solitudine delle vette, come scuola di vita, per meditare sull'esistenza, la mistica e la metafisica); è un Papa missionario (in quanto ha dedicato gran parte dei suoi viaggi al Terzo Mondo, condividendo il dolore e la soffe-

renza dei malati). Inoltre, egli tende la mano ad altre confessioni, nel più aperto ecumenismo, affinché i credenti ebrei o musulmani, per fare due esempi, possano portare il discorso della cooperazione sanitaria alle sinagoghe e alle moschee, e contribuire a migliorare la convivenza.

Perfino Indro Montanelli, intellettuale e veterano filosofo camuffato da giornalista, ne riconosce l'ingente lavoro realizzato e manifesta pubblicamente di essere un "agnosticista e un ammiratore di Giovanni Paolo II", che considera una delle grandi figure di questa fine di secolo. È indubbio che la semina di valori spirituali e morali realizzata dal Sommo Pontefice sarà uno stimolo per tutti noi che nel Terzo Millennio dobbiamo continuare ad aiutare coloro che maggiormente ne hanno bisogno.

La vita non consiste soltanto nel realizzare lavori svariati, ma nel cercare di imparare le più diverse esperienze per poter essere migliori e più completi. Permettetemi di dirvi che, oltre alle attività professionali ed accademiche, ho avuto la fortuna di conoscere personalmente numerosi paesi molti dei quali sottosviluppati, dove le condizioni di vita sono veramente penose. In alcuni vi sono stato per motivi di cooperazione, in missioni umitarie e in altri per scalare le montagne e conoscere altre culture, come antropologo dilettante. Dopo 26 anni di esperienza della montagna, ho avuto il privilegio un giorno felice (il 16 maggio 1993) di raggiungere la cima dell'Everest, nell'Himalaya. Al terzo mese di spedizione, dopo molti sforzi e un grave incidente occorso una settimana prima della vittoria, ero giunto lassù dove finisce la Terra, alle porte del cielo. La convivenza con gli sherpa, devoti buddisti – l'ho descritta in molti miei libri poiché nutro un grande rispetto per le loro convinzioni religiose, così come per la dottrina dei portatori nepalesi hinduisti – ampliava i nostri orizzonti spirituali. E lassù, al vertice supremo del mondo, ad oltre 40 gradi sotto zero, scosso da gelidi venti tempestosi, si ha la sensazione di essere in un tempio senza mura dove sono presenti tutte le divinità, tutte le religioni. Dio non si vede ma lo

si sente presente; non si scorgono altri dei ma li si intuisce. Lassù, in quel semplice pinnacolo di ghiaccio ostile, tra il Nepal e il Tibet, sopra le nubi che coprono la Cina e l'India, l'essere umano si sente piccolo e recupera l'umiltà perduta. Nulla gli fa pensare di aver realizzato un gesto, tanto grande è la maestosità della Creazione che si manifesta esuberante sotto i suoi piedi, che eclissa la sua impresa. Nulla esiste in terra di più alto in quel momento solenne, e la grandiosità della natura presiede la visione dell'uomo che pensa, cercando il raccoglimento, ai suoi cari, a coloro che vivono e a coloro che sono morti. Ed egli sente molto vicina una immensa presenza che lo riempie tutto. Si, lassù in cima al mondo, ci si sente più vicini a Dio che agli uomini. La curiosità ci premia e si desidera restare in quel luogo per vedere se si riesce ad entrare più in là nel firmamento, che a quasi 9.000 è di un azzurro quasi nero, per l'assenza di ossigeno. Non è però concesso. L'essere umano deve tornare ai prati fisici e alle vallate materiali a cui appartiene, dove è possibile respirare per continuare a vivere la sua esistenza terrena. Mentre discende dall'Everest dopo la sconvolgente esperienza mistica, egli sogna di trovare un mondo migliore, anela segretamente che qualcosa sia cambiato mentre era sulla cima delle nubi. Ma purtroppo tornando nella civiltà sente che le guerre continuano, che la povertà, la fame e la miseria devastano le popolazioni meno protette; che le epidemie provocano migliaia di malati erranti e vittime della violenza; che i bambini muoiono alla nascita a causa di insufficienti mezzi igienici, che le madri patiscono patologie per scarse attenzioni cliniche; che le donne sono violenate o obbligate ad abortire; che si accumulano donazioni di vaccini e di farmaci in magazzini militari mentre i pazienti muoiono a causa di patologie controllabili; che si tortura; che si fanno esperimenti sugli esseri umani... mentre un'altra parte degli abitanti dello stesso villaggio globale, un 20%, dispone dell'80% delle risorse e lo spreca in frivolezze o lussi superflui.

Come ho detto all'inizio, da questo squilibrio è probabilmente nata la necessità della Cooperazione. Questo squilibrio fa male. E se, come immagino, fa male al Creatore, non dovrebbe ugualmente far male alla coscienza umana? Con queste parole ho voluto illustrare solamente una parte di questa cruda realtà. Signore e Signori, tutti gli esseri umani hanno diritto alla felicità, Dio non l'ha destinata soltanto ad alcuni abitanti del pianeta. Tutti, per il semplice fatto di essere delle persone, meritano dignità, rispetto e salute, ma non sarà facile interrompere la distribuzione nociva e l'ingiustizia. Se veramente tutti siamo uguali, a volte penso che alcuni sono più uguali di altri...

È stato un onore poter esporre questi pensieri di fronte ad un auditorio tanto insigne, che conosce bene la trascendenza di adeguate campagne di profilassi e le missioni di cooperazione sanitaria a scopi terapeutici – medici, chirurghi, o semplicemente docenti. Quando il Santo Padre chiuderà i lavori di questa Conferenza e noi torneremo nei nostri paesi, porteremo con noi la convinzione che tutti possiamo fare qualcosa di più per i nostri fratelli malati, non soltanto nei nostri luoghi di lavoro quotidiano, ma al di là delle frontiere, al di là del confort dei nostri impegni cittadini e monotoni. C'è un universo pieno di lavori da realizzare che aspettano mani disposte a farlo – anche se di frequente il bisogno si trova accanto a noi. Se la carità è, come credo, l'essenza della cooperazione, qualunque persona di buona volontà può essere utile. Attraverso le ONG o qualunque altra istituzione, la cosa importante è che i risultati siano frutto dell'onestà, dell'etica e di una deontologia immacolata.

Anche se non si potrà ottenere un mondo perfetto, bisogna intraprendere quelle azioni che permettono di ottenere almeno un mondo migliore, aiutando coloro che ne hanno bisogno, aspirando a lasciare alle generazioni future un mondo più giusto e in pace.

Dott. JOSÉ A. PUJANTE
Direttore dell'Ufficio per la
Cooperazione Sanitaria Internazionale
(ICS), Barcellona, Spagna

IVAN MARÌN

II: Il Cor Unum

Miei cari amici,
mi unisco alle felicitazioni espresse al *Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari* in occasione di questa XII edizione della Conferenza Internazionale, che vuole sottolineare come Gesù Cristo sia la salvezza del mondo.

Mi è stato chiesto di fare una riflessione sulla “Cooperazione Internazionale e la solidarietà partendo dalla mia esperienza nel Cor Unum”.

Il tema è di grande attualità, sia perché in tutto il mondo si parla di solidarietà, sia perché i tanti mali di cui soffre l’umanità provengono proprio dalla mancanza di solidarietà tra gli uomini ed i popoli, sia perché la Chiesa ha nel suo Dicastero *Cor Unum* un vero promotore, orientatore e guida della cooperazione e della solidarietà tra i popoli.

Dividerò la mia esposizione in tre punti:

Primo: il *Cor Unum* animatore della solidarietà universale tra i popoli per la promozione dello sviluppo integrale, secondo Paolo VI.

Secondo: il *Cor Unum* e la solidarietà come virtù, secondo Giovanni Paolo II.

Terzo: linee di azione.

1. Il *Cor Unum* animatore della solidarietà universale per la promozione dello sviluppo integrale, secondo Paolo VI

Papa Paolo VI, dopo il Concilio Vaticano II, ne iniziò una concreta applicazione anche nell’ambito della Curia Romana.

Il 15 luglio del 1971 creò il Dicastero *Cor Unum*, “*sollecitato dal dovere della carità ad incoraggiare l’universale famiglia umana lungo la via della reciproca e sincera solidarietà*” (cfr. Lettera di Istituzione del Pontificio Consiglio *Cor Unum*). Consapevole dell’immenso numero di opere ed istituzioni che vivono ed esercitano, in diversi modi, la virtù della carità, promuovendo la cooperazione e l’aiuto a livello nazionale ed internazionale, il Santo Padre volle istituire un Dicastero che servisse da stimolo, animatore e guida per intensificare la solidarietà ispirata dalla carità.

Già Paolo VI aveva accolto il termine solidarietà col linguaggio pastorale della Chiesa. Dice infatti che la creazione del *Cor Unum* “*è un progetto che da tempo ha in mente di realizzare*” – forse dal momento in cui promulgò la sua enciclica *Populorum Progressio* – perché desidera “*far sì che, nell’ambito vastissimo della solidarietà cristiana tra i popoli e del progresso degli uomini ispirato a vera carità, siano più saldamente collegate tra loro tutte le energie e le iniziative che fioriscono nella Chiesa*” (cfr. Lettera di Istituzione del *Cor Unum*).

Il Papa desidera, inoltre, aprire l’orizzonte dell’universalità a tutte le opere già esistenti all’interno della Chiesa, sorte certamente dall’impulso creatore della carità evangelica; il Papa desidera che sia visibile e concreto l’intero spirito e le parole della Costituzione Conciliare, *Gaudium et Spes*, sulla Chiesa nel mondo contemporaneo.

La solidarietà universale non è

esclusivamente per le opere e per le istituzioni. Paolo VI invita i Vescovi di tutto il mondo e tutti i fedeli: “*ci sembra pertanto opportuno fondare uno speciale Consiglio che offra, per così dire, la possibilità di un comune incontro a tutto il Popolo di Dio circa i temi sopra menzionati della solidarietà e dello sviluppo, da attuare secondo i principi immutabili del Vangelo*” (cfr. Lettera di Istituzione del *Cor Unum*).

Sebbene le molteplici necessità dei popoli, ampiamente esposte da Paolo VI nella Lettera Apostolica *Octogesima Adveniens*, fecero sentire al Papa l’urgenza di creare il Dicastero *Cor Unum*, ciò non vuol dire che la Chiesa iniziò un nuovo lavoro. “*Come già nei secoli passati*, dice Paolo VI, *così in questo tempo la Chiesa considera suo dovere servire gli uomini con diligente impegno e con spirito autenticamente umanitario, essendo stata fondata dal Figlio di Dio che ‘non venne per essere servito, ma per servire’*” (Mt 20, 28) (cfr. Lettera citata).

La solidarietà cristiana che Paolo VI ricorda a tutti i membri della Chiesa, fedeli e pastori, la applica alle nazioni: “*è nostro compito*, dice, *di ricordare a tutte le nazioni che si impone per loro lo stesso dovere di solidarietà, che vale tra i singoli uomini*” e citando l’Enciclica *Populorum Progressio* ricorda loro che “*quel che è superfluo nei paesi più ricchi deve servire ai paesi poveri*” (cfr. Lettera citata). Per raggiungere questi grandi obiettivi Paolo VI ha creato il Pontificio Consiglio *Cor Unum* per la promozione umana e cristiana dei popoli.

2. Il *Cor Unum* e la solidarietà come virtù secondo Giovanni Paolo II

Nella solenne commemorazione del 20º anniversario dell'Enciclica *Populorum Progressio*, Giovanni Paolo II ha mostrato la perenne validità della Dottrina Sociale della Chiesa, e l'ha arricchita con nuovi elementi, pubblicando l'Enciclica *Sollicitudo Rei Socialis* (SRS).

È importante esaminare il concetto di solidarietà con tutto l'arricchimento che le dà Giovanni Paolo II, per applicarlo con coerente continuità all'azione pastorale.

È opportuno ricordare che in campo sociale, nella metà del XIX secolo erano andate sviluppandosi due posizioni antagoniste: da una parte l'ideologia dell'individualismo che stabilì un sistema capitalistico di sfruttamento dell'uomo e dall'altra il collettivismo, per impiantare un sistema di sfruttamento dell'uomo al servizio del totalitarismo statale. La Chiesa si è occupata di questo problema in termini di "socialità", e a partire dal 1963, essa lo ha affrontato dalla prospettiva della "solidarietà", con l'Enciclica Sociale *Pacem in Terris*.

Nella Costituzione pastorale della Chiesa nel mondo contemporaneo *Gaudium et Spes*, il vaticano II segnala il fondamento teologico della solidarietà. Giovanni Paolo II dice che la sua Enciclica *Sollicitudo Rei Socialis* è applicazione del documento conciliare (SRS, 7).

Nel magistero di Giovanni Paolo II e nei suoi interventi in America Latina, la solidarietà è stata trattata ben 29 volte.

Nel suo discorso alla FAO del 1987, il Santo Padre insiste sulla solidarietà come apertura, responsabilità, e interdipendenza.

Giovanni Paolo II ricorda che *Populorum Progressio* concretizza la voce di denuncia del Concilio di fronte alla situazione di miseria e segnala la dimensione mondiale acquisita dalla questione sociale; aggiunge inoltre che la novità è rappresentata dalla valorizzazione mondiale di questa situazione e che quest'obbligo mo-

rale si traduce in dovere di solidarietà (SRS 7,8,9).

In molteplici occasioni ed in quasi tutti gli scenari del mondo, Giovanni Paolo II ha denunciato il crescente divario esistente tra i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo. Egli ha denunciato la mancanza di solidarietà di coloro che creano e che propugnano meccanismi finanziari ed economici, i quali aumentano la ricchezza di pochi e mantengono la miseria di molti.

La diagnosi fatta da Giovanni Paolo II nella SRS è ancora valida, quando dice che la radice del problema sociale mondiale è la non solidarietà conflittuale.

3. Linee di azione

Concludendo, e con l'intenzione di mantenere viva la speranza dei popoli più bisognosi e di stimolare la buona volontà di molte persone che lavorano per promuovere la cooperazione e la solidarietà nel mondo, mi permetto di enumerare alcuni punti.

a. *L'Amore Redentore di Cristo è un amore solidale.*
"Caritas Christi urget nos"
(2 Cor. 5,14).

L'amore di Cristo, oggi come ieri, continuerà ad ispirare nuove forme per vivere la fraternità umana ampliando gli orizzonti fino a quando essi non saranno realmente universali. La dinamica dell'amore solidale di Cristo comprende di preferenza i poveri e gli emarginati e coloro che soffrono la fame, che sono malati e che patiscono ogni tipo di carenza.

b. *Sviluppo di una nuova solidarietà.*

La solidarietà e la cooperazione non sono argomenti di moda, ma fanno parte di un nuovo spirito che sta distendendo ed allargando il cuore dell'uomo. Dev'essere inteso come vocazione e compito insito nel cuore dell'uomo, sin nella parte più intima, dove ha sede l'amore. Ha come meta la realizzazione del Bene Comune. La solidarietà si muove avendo come punto centrale la comunione, senza la quale non ci sarebbe un vero riconoscimento della dignità uma-

na. Questa coscienza di comunione da cui si dinamizza la solidarietà umana esige che gli interessi particolari si sottostiano al bene comune, e cioè all'interesse generale, facilitando la rinuncia all'egoismo e a ogni forma di sfruttamento e di manipolazione.

c. *La destinazione universale dei beni*

La solidarietà che si dinamizza dall'amore solidale di Cristo, ha come fondamento la fraternità umana e sovrannaturale, ha al centro l'amore e la carità, predispone al sacrificio e alla rinuncia, ed aiuta a comprendere come esigenza di giustizia la destinazione dei beni al servizio universale di tutti gli uomini.

d. *La Chiesa animatrice e promotrice della cooperazione e della solidarietà*

La Chiesa continuatrice dell'opera salvifica di Cristo, "opera per ristabilire e rafforzare l'unità nelle radici stesse del genere umano" (*Dominum et vivificantem*); promuove cioè la riconciliazione che deve tradursi in opere nuove che si vanno creando all'interno e fuori della Chiesa, come espressioni dello spirito di fraternità, di equità, di giustizia che deve propagarsi nel mondo intero.

Infine, vorrei dare testimonianza di quanto stanno facendo moltissime organizzazioni cattoliche che operano nel campo socio-culturativo; esse cercano, con molti mezzi, di insegnare e di mettere in pratica la solidarietà tra i popoli; si occupano delle situazioni critiche create dai disastri naturali e dagli uomini, e coprono i diversi settori dello sviluppo integrale dell'uomo. Questi organismi, alcuni come membri del *Cor Unum*, collaborano in modo efficace affinché questo importante Dicastero del Papa sia realmente il cuore del servizio della carità, punto di comunione delle innunnevoli opere della Chiesa che animano la cooperazione e la solidarietà.

S.E. Mons. IVAN MARÍN
*Arcivescovo di Popayán
(Colombia)*

LUC TROUILLARD

III: La Caritas

Caritas e “Azione di Advocacy”

Nel corso dell’Assemblea generale del maggio 1995, la “famiglia” Caritas si è chiaramente pronunciata su un certo numero di priorità di lavoro per il periodo 1995-1999. Tra queste figura al primo posto *la dimensione politica dell’azione Caritas*.

1. Questa presa di coscienza della Caritas si radica certamente in una comprensione più profonda della propria missione. Ma essa si spiega anche con l’evoluzione dell’ambiente internazionale che, per ragioni diverse, ha recentemente scoperto l’importanza della “società civile”. Diventa abituale invitare le ONG a “dare il proprio contributo”, “esprimere delle raccomandazioni”, “partecipare al processo di messa in atto”, in un numero sempre maggiore di commissioni, conferenze, gruppi di lavoro... *La “cultura” delle relazioni tra organizzazioni internazionali e rappresentanti della società civile sta cambiando*. Comunque si guardi a questa evoluzione (dal l’entusiasmo allo scetticismo, passando per la paura di essere “recuperato”), la tendenza è lungi dal subire un’inversione: in assenza di governo mondiale, e di fronte alle resistenze delle sovranità nazionali, la società civile appare in effetti come un alleato oggettivo nella promozione degli ideali “senza frontiere”.

Per la Caritas, pertanto, la sfida non sembra più essere prima di tutto quella della presa di coscienza dei responsabili delle organizzazioni membri: la volontà di agire è chiaramente affermata. Non è

più neanche nel riconoscimento del suo diritto alla parola: la Caritas ha ampiamente il suo posto in seno alla società civile (laddove può svilupparsi!). *La sfida si colloca piuttosto a livello dei meccanismi pratici da mettere in atto affinché questa volontà d’agire sfoci in proposte concrete, capaci di alimentare l’azione delle Organizzazioni Membri*.

2. Il “vantaggio comparativo” della Caritas poggia sul radicamento locale, l’universalità e la continuità della sua rete. *Il suo “capitale d’influenza” si costruisce anzitutto a livello nazionale*, prima di farsi intravedere a livello internazionale.

Ogni leader politico, anche internazionale, è anzitutto cittadino di un paese, radicato in una nazione, dipendente da un sistema politico nazionale. Il fatto che egli partecipi a decisioni internazionali o intergovernative si iscrive in questo dato basilare.

Ne consegue che un’opinione espressa in un contesto nazionale ha molte più opportunità di essere ascoltata di quella espressa (alle stesse persone) in un contesto internazionale.

Esempio: durante il primo semestre del 1996, l’Italia ha presieduto la messa in atto della Conferenza Intergovernativa dell’Unione Europea. Le Caritas europee hanno preparato per l’occasione delle “posizioni comuni” su alcuni punti che a loro sembravano essenziali. Era chiaro che queste “posizioni comuni”, presentate dalla Caritas Italiana ai leader italiani, sarebbero state meglio accolte se fossero state presentate agli stessi leader dalla Caritas Eu-

ropa (o Internationalis). Agli occhi delle persone interessate, è la Caritas Italiana ad aver peso, e non le strutture internazionali della Caritas, più o meno percepite come “disincarnate”, senza presa sul reale.

Le stesse constatazioni si applicano ai leaders d’opinione, ai media, alle opinioni pubbliche in genere. In altri termini, *l’efficacia di ogni lavoro internazionale d’influenza (o “politico”) dipende essenzialmente dal modo con cui è diffuso al livello nazionale*.

Le nostre strutture e i nostri metodi di lavoro devono tenerne conto.

3. Parola pubblica e credibilità della Caritas.

Nella cacofonia del “villaggio globale”, la Caritas può farsi ascoltare soltanto negli ambiti in cui gode di una certa credibilità nell’opinione pubblica. Questi ambiti non sono necessariamente quelli in cui noi riteniamo di avere qualcosa da dire.

Ad esempio, una parola pubblica forte della Caritas sarà maggiormente credibile in materia di lotta contro la povertà che nel campo della difesa dell’ambiente (anche se la difesa dell’ambiente è un elemento della lotta contro la povertà). Allo stesso modo, la Caritas sarà meglio ascoltata come difensore delle persone sradicate che come avvocato dei diritti della donna e del bambino in generale (anche se le donne e i bambini formano l’immensa maggioranza dei profughi).

In altri termini, qualunque sia la ricchezza delle nostre convinzioni, dovremo organizzare la nostra “parola” attorno a temi sui quali,

agli occhi dell'opinione pubblica, la Caritas è a paragone più credibile di altri.

D'altra parte, ogni organizzazione membro ha i suoi punti forti, e i campi in cui la Caritas è "credibile" possono variare da un paese all'altro. La sua credibilità non si poggia sulle stesse basi in Sudan o in Polonia: le priorità "politiche" locali variano da un paese all'altro, e non sempre si prestano ad un'azione a livello internazionale.

L'opzione proposta qui è la seguente. *Sul piano internazionale, l'azione "politica" della Caritas dovrebbe costruirsi prioritariamente negli ambiti in cui la sua credibilità è la più comunemente riconosciuta. Considerare questa opzione, vuol dire nello stesso tempo facilitare, a livello nazionale, il collegamento del lavoro effettuato a livello internazionale.*

Mirare alla sinergia tra i livelli internazionale e nazionale, concentrare il suo "capitale d'influenza" nei campi di più vasta credibilità: queste sono le due opzioni sulle quali dovrebbe svilupparsi l'azione politica internazionale della Caritas.

"Azione di advocacy" e agenda della comunità internazionale

Nel 1995, l'Assemblea Generale ha approvato un piano di lavoro che accorda la priorità assoluta all'azione di "advocacy" contro la povertà e l'esclusione. Il paragrafo approvato è redatto nei seguenti termini.

La mondializzazione dell'economia e le cause di povertà e di ingiustizia: "Studio delle cause dei fenomeni di esclusione e/o di emarginazione (cause morali, culturali, politiche). Questo studio [...] dovrà sfociare in "strumenti" utilizzabili dalle Caritas nel loro lavoro di educazione e di lobbying. Tale lavoro dovrà probabilmente essere condotto a livello regionale, e i risultati del Summit di Copenhagen potrebbero offrirne il quadro pratico".

Questo sforzo dovrebbe basarsi sui risultati dei summits organizzati dalle Nazioni Unite nel corso dell'ultimo decennio.

1. Contesto generale

1.1. Le Nazioni Unite hanno organizzato nove conferenze mondiali nel corso degli ultimi sei anni: Summit dell'Infanzia, Summit dell'Educazione, Conferenza delle Nazioni Unite sull'Ambiente e lo Sviluppo, Conferenza Mondiale sui Diritti dell'Uomo, Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo, Summit Mondiale per lo Sviluppo Sociale, Quarta Conferenza Mondiale della Donna, Habitat II e Summit Mondiale dell'Alimentazione. Grazie a questi avvenimenti, la comunità mondiale ha identificato le questioni più importanti riguardanti lo sviluppo duraturo, ed ha altresì definito le priorità e gli obiettivi nonché raccomandato i mezzi per conseguirli.

1.2. I paesi che hanno partecipato a queste conferenze sono i principali responsabili dell'esecuzione dei programmi d'azione approvati, come nel caso delle convenzioni internazionali. Malgrado la firma dei rappresentanti dei Governi, questi testi non presentano alcun obbligo giuridico. Ogni Governo dovrà decidere sulla loro reale applicazione.

1.3. Di conseguenza, le conferenze progettano uno sforzo importante di collaborazione effettiva da parte delle Nazioni Unite, delle altre organizzazioni multilaterali e non governative, nonché del settore privato. La nascita di associazioni creative e fruttuose tra gli attori principali dei settori nazionali e internazionali, pubblici e privati, che comprendono la società civile, è probabilmente la sfida più imponente dalla quale dipenderà in gran parte il successo dello sforzo per lo sviluppo duraturo negli anni a venire¹. Tutto è pronto per sviluppare una nuova cultura. Lo scopo della nostra azione dovrebbe probabilmente passare dalla teoria e dai documenti con portata mondiale alla pratica applicata a livello locale (nazionale), sulla base delle raccomandazioni e delle convenzioni esistenti, comprese quelle emesse dai gruppi e dalle organizzazioni di base.

2. Il ruolo critico della Caritas

2.1. È sempre più evidente che le Nazioni Unite e le altre organizzazioni internazionali sono interessate a cooperare con la Caritas e viceversa.

I recenti dibattiti con PAM, UNESCO, HCR, UNAIDS e Banca Mondiale hanno confermato il desiderio di una cooperazione più stretta con la Caritas, vista l'estensione della sua rete. Il cambiamento prodottosi nel corso di questi ultimi anni è dovuto alle seguenti ragioni:

– la crescente presa di coscienza che lo sviluppo non è assicurato soltanto dal denaro. La partecipazione della gente e la padronanza dei progetti da parte degli attori principali sono di importanza vitale per uno sviluppo duraturo;

– il riconoscimento del fatto che il mercato non genera automaticamente la giustizia sociale. Al contrario, il liberalismo estremo può rivelarsi nocivo per le popolazioni e i paesi "più poveri". Da qui il bisogno di una società civile sana e giusta che possa servire da catalizzatore ed assicurare una vita economica basata su principi morali. Come hanno scritto recentemente i vescovi nordamericani, le scelte e le istituzioni economiche devono essere giudicate indipendentemente dal fatto che proteggano o meno la vita e la dignità dell'essere umano, che sostengano la famiglia e contribuiscano al bene comune².

Come organizzazione basata sulla Chiesa, la Caritas può contribuire ad illuminare le coscienze dei responsabili grazie ad una solida azione socio-pastorale a livello di base.

2.2. I documenti delle Nazioni Unite rappresentano un fondamento solido per un lavoro di sostegno atto a migliorare la vita di milioni di persone. Questi testi sono firmati dalla maggior parte dei governi, che ne fanno degli strumenti perfetti per un lavoro di sostegno su scala nazionale (lo stesso avviene per le convenzioni internazionali).

È tempo che la Caritas metta in atto le sue esperienze e le sue competenze al fine di trarre il migliore profitto da queste materie

primarie e trasformarle in strumenti pratici di sostegno, suscettibili di essere utilizzati su scala nazionale. L'urgenza di migliorare l'azione di sostegno della Caritas a livello delle nazioni è da tempo riconosciuta e, più di recente, è stata confermata nel quadro del processo strategico di pianificazione in cui ogni membro, rispondendo alla guida di orientamento dei dibattiti, ha affermato che l'"advocacy" è di importanza vitale, ma che dovrebbe anche essere accompagnata da una formazione appropriata degli stessi membri.

Il Summit di Copenhagen: un quadro possibile per l'azione di "advocacy" delle organizzazioni cattoliche

*"We know how
to reduce poverty.
Our weakness is follow-up
and implementation"*³.
(M. Sandstrom, Banca Mondiale)

1. Questo Summit segna, per la comunità delle nazioni, una svolta nel suo modo di pensare il "Global Village", il "villaggio globale". Svolta discreta, certo, ancora celata dalle numerose insufficienze delle decisioni assunte, ma svolta reale: il mondo accetta di riconoscere che la salute economica non è più una garanzia sufficiente contro la crescita delle esclusioni. Confessione impensabile ancora dieci anni fa, in cui il dibattito sarebbe rimasto bloccato a causa di una guerra ideologica.

Gli impegni presi e le intenzioni annunciate durante il Summit aprono dunque nuove prospettive: il Summit si è dato una "visione"... ma non i mezzi per perseguirla.

Gli Stati non hanno voluto prendere decisioni veramente coraggiose. Il risultato di Copenaghen purtuttavia non è nullo: esso offre un consensus nuovo su cui la "società civile" può costruire un'azione a medio e a lungo termine.

Il risultato del Summit si presenta sotto forma di due testi: la "Dichiarazione" (che include dieci "impegni", come diranno alcuni i "dieci nuovi comandamenti")

e il "Piano d'Azione" che vuole dare loro un contenuto concreto.

2. Consideriamo alcuni esempi di impegni assunti, tratti dal Programma d'Azione.

"Rafforzare i meccanismi d'applicazione e di follow-up, in particolare le disposizioni riguardanti la partecipazione della società civile nella scelta e nell'applicazione delle politiche, e la collaborazione con le organizzazioni internazionali" (83, i).

"Affinché la Dichiarazione e il Programma d'Azione del Summit siano applicati efficacemente, bisogna rafforzare le organizzazioni comunitarie e le Organizzazioni non Governative a scopo non lucrativo che operano nel campo dell'educazione, della salute, della lotta contro la povertà, dell'integrazione sociale, dei diritti dell'uomo, del miglioramento della qualità della vita, dell'aiuto e della rieducazione, affinché possano partecipare in modo costruttivo all'assunzione e all'applicazione delle decisioni. A tale scopo bisognerà:

"Creare quadri giuridici e regolamentari, disposizioni istituzionali e meccanismi di consultazione per far partecipare tali organizzazioni all'elaborazione, all'applicazione e alla valutazione delle strategie e dei programmi di sviluppo sociale" (85, b).

"Permettere agli organismi della società civile e in particolare a coloro che rappresentano gruppi vulnerabili e meno favoriti di partecipare all'elaborazione, a titolo consultativo, nonché all'applicazione e alla valutazione delle misure riguardanti lo sviluppo sociale" (72, b).

"Assicurare alle ragazze lo stesso accesso a tutti i livelli di insegnamento, compreso alla formazione non tradizionale e professionale; e vigilare affinché siano prese delle misure per eliminare i diversi ostacoli d'ordine culturale e pratico che impediscono loro di accedere all'istruzione, quali il reclutamento di donne insegnanti, l'istaurazione di orari elasticci e la messa in atto di servizi per le persone a carico e i fratelli e sorelle, nonché di installazioni appropriate" (74, 1).

"Fissare date precise per l'eli-

minazione di tutte le forme di lavoro dei bambini, che sono contrarie alle norme accettate sul piano internazionale ed assicurare la piena applicazione delle leggi pertinenti, e, se necessario, promulgare le leggi richieste per l'applicazione della Convenzione relativa ai diritti del bambino e delle norme dell'OIL ed assicurare la protezione dei bambini che lavorano, in particolare dei bambini di strada, fornendo servizi sanitari, educativi e altri servizi sociali appropriati" (55, d).

"Progettare seriamente la ratifica e la piena applicazione delle convenzioni dell'OIL in questi campi nonché quelle relative ai diritti all'impiego dei minori, delle donne, dei giovani, degli handicappati e degli autoctoni" (54, c).

"Elaborare a livello nazionale le misure, i criteri e gli indicatori che permettano di determinare l'estensione e la ripartizione della povertà assoluta. Ogni paese dovrebbe procedere ad una definizione precisa e ad una valutazione della povertà assoluta, preferibilmente nel 1996, anno internazionale per l'eliminazione della povertà" (26, d).

"Mettere a punto indicatori quantitativi e qualitativi dello sviluppo sociale, se possibile distribuiti per sesso, per valutare la povertà, l'impiego, l'integrazione sociale e altri fattori sociali, controllare gli effetti delle politiche e dei programmi sociali, e trovare dei mezzi per migliorare l'efficacia delle politiche e dei programmi e per introdurne di nuovi" (83, h).

3. Quale seguito possibile?

Il processo iniziato a Copenaghen coincide con un momento particolare della vita della famiglia Caritas: quello della presa di coscienza del necessario impegno "istituzionale" ("politico"), compreso come parte integrante della missione della Caritas. Il tema dell'Assemblea Generale di C.I. costituisce una manifestazione di questa presa di coscienza, così come la serie di seminari sul tema dell'economia globale tenutisi recentemente in diverse regioni (Africa, America Latina, Asia).

Cerchiamo di immaginare la

forma che potrebbe assumere un seguito di Copenhagen da parte della Caritas.

Obiettivo: far sì che i firmatari di Copenhagen mantengano fede alla loro parola. Il "dopo Copenhagen" offre alle Caritas un terreno concreto in cui esse potrebbero molto facilmente fissarsi degli obiettivi alla loro portata, a partire dall'intenzioni/impegni firmati a Copenhagen.

Tali obiettivi, che possono variare da una regione o da un paese all'altro, potrebbero essere riassunti in uno soltanto: *ricordare ai responsabili politici i loro impegni, chiedere loro di rispettare quanto hanno firmato, vigilare affinché mantengano la parola*. Non si tratterebbe dunque di rifare delle analisi già fatte sullo stato del mondo, o di ridisegnare una vasto affresco del "Mondo-secondo-la-Caritas". Si tratterebbe di organizzare una "vigilanza" attorno ad un piccolo numero di obiettivi concreti che sono stati oggetti

di promessa (anche timida) o di impegni (anche deboli) a Copenhagen.

Organizzato attorno ad un piccolo numero di obiettivi e secondo delle linee precise, il lavoro sul "dopo Copenhagen" potrebbe essere così il luogo di una cooperazione fruttuosa con altre ONG, a cominciare da quelle ecclesiali.

I summit mondiali si moltiplicano. La loro utilità non può affatto misurarsi con la visibilità dei loro "risultati" a breve termine (il concetto di "Diritti dell'Uomo" assente dalla coscienza collettiva prima del 1948, non ha impiegato diversi decenni per imporsi?). La "globalizzazione" dell'economia, per i suoi effetti, comporta la comparsa di una globalizzazione del pensiero sociale: possiamo restare indifferenti (esageratamente modesti) di fronte a questa evoluzione?

Concludiamo, sul piano pratico, con il Parlamento Europeo, che "considera che per garantire il

successo di tali summit, compreso il Summit Mondiale di Copenhagen per lo sviluppo sociale, devono essere consentiti sforzi sostenuti in seno alle Nazioni Unite, con la piena collaborazione degli Stati membri, al fine di fare in modo che gli impegni sottoscritti dai governi nazionali siano concretizzati rapidamente e diventino oggetto di un regolare controllo"⁴.

M. LUC TROUILLARD
Segretario Generale della
Caritas Internationalis

Note

¹ Progetto dello Staff College delle Nazioni Unite (Torino)

² A Catholic Framework for Economic Life, 1996.

³ "Sappiamo come ridurre la povertà. La nostra debolezza è il follow-up e l'applicazione delle decisioni".

⁴ Risoluzione B4-0367/95 - L.1.



MARIA PIA GARAVAGLIA

IV: Il ruolo della Croce Rossa

Il divario tra i popoli e, soprattutto, lo sviluppo ineguale dei vari Paesi coinvolgono l'intero pianeta. In particolare, la contrapposizione tra i livelli di sviluppo tra il Nord ed il Sud del mondo è un problema che studiosi e uomini politici ritengono ormai insito nella stessa realtà politica ed economica mondiale e che viene esaminato e studiato, ormai da quasi un secolo, affinché se ne possa trovare una soluzione radicale e definitiva.

Ma se da un lato il Sud paga le conseguenze di tale divario, il Nord dall'altro non è estraneo a responsabilità di sfruttamento ieri e ad una creata e voluta dipendenza di tali Paesi oggi e ciò appare evidente dai dati drammatici che ci giungono dall'esame di tale situazione.

La fame, la malnutrizione cronica, le malattie, la sovrappopolazione dipingono un quadro mondiale drammatico, se non catastrofico, sul quale va ad inserirsi la cooperazione realizzata nelle forme e nelle azioni più diverse da parte della Comunità Internazionale.

Oggi la Comunità Internazionale nel suo insieme, infatti, si è posta quale obiettivo della cooperazione allo sviluppo la realizzazione di condizioni di vita che permettano l'affermazione della dignità di ogni singolo uomo.

Diciamo "oggi" poiché fino agli anni '50 con il termine "sviluppo" si intendeva esclusivamente l'attività economica intesa come profitto.

Con la decolonizzazione e la conquista dell'indipendenza la maggior parte dei Paesi non è stata in grado di realizzare un'indipendenza anche economica, sia a causa dello sfruttamento totale del

proprio territorio da parte dei colonizzatori, sia a causa dell'abitudine psicologica al rapporto di dipendenza da un altro Paese.

L'inesistenza di una precedente attività economica autonoma non ha permesso un'adeguata ripresa ed un rapido sviluppo.

E se fino agli anni '60 al rapporto di dipendenza coloniale si era sostituito un rapporto di dipendenza assistenziale legittimato dal diritto internazionale, negli anni '70, invece, la cooperazione internazionale è volta alla determinazione in prima persona dei piani di sviluppo da parte dei Paesi emergenti, alla possibilità di commercio diretto, ad essere dunque protagonisti del proprio futuro; strategia questa che è stata sintetizzata dagli studiosi e dagli operatori internazionali in "*trade not aid*" (commercio non aiuto).

Giungiamo così agli anni '90 in cui si fa strada il nuovo concetto di cooperazione per uno "sviluppo sostenibile a lungo termine", finalizzato ad eliminare nel mondo ogni forma di povertà. Tale concetto, applicato al piano di cooperazione allo sviluppo, viene adottato dall'ONU, nel dicembre del 1991, con una Risoluzione dell'Assemblea Generale.

Questo nuovo tipo di processo di sviluppo a lungo termine prevede la cooperazione dei paesi più poveri con i paesi più sviluppati e non viceversa.

Nel cosiddetto "terzo mondo" un miliardo e mezzo di persone soffrono per la fame cronica, la povertà, l'analfabetismo. I loro governi diventano sempre più instabili; colpi di stato, guerre civili e rivoluzioni sono lo specchio della gravità del sottosviluppo delle

molte nazioni povere dell'America Latina, dell'Africa e dell'Asia.

L'istruzione, l'urbanizzazione e l'industrializzazione sono le condizioni primarie per risolvere i problemi di questi Paesi, che devono potenziare soprattutto il loro *know how* economico-industriale e non, ripetiamo, la loro dipendenza dai Paesi più industrializzati.

Anche la Chiesa, ormai da diversi anni, ha ampliato e modernizzato il concetto di solidarietà e di cooperazione.

Nell'enciclica *Sollecitudo rei socialis* Giovanni Paolo II ha affermato il dovere di tutti ad impegnarsi per risolvere i problemi dell'emarginazione di questi Paesi in cui la povertà supera ogni possibile sopportazione e non solo per loro: "Siamo tutti chiamati, anzi obbligati – scrive il Papa in questa enciclica, nella quale la solidarietà è stata giustamente individuata da molti quale *leit-motiv* della stessa – ad affrontare la tremenda sfida dell'ultima decade del secondo Millennio... anche perché i pericoli incombenti minacciano tutti: una crisi economica mondiale, una guerra senza frontiere, senza né vincitori né vinti. Di fronte ad una simile minaccia la distinzione tra persone e paesi ricchi e tra persone e paesi poveri avrà poco valore, salvo la maggiore responsabilità gravante su chi ha di più e può di più".

E lo stesso concetto è ribadito dal Papa anche nella sua *Centesimus annus* in cui afferma la responsabilità collettiva di promuovere lo sviluppo, invitando tutti a cooperare e a portare ciascuno il suo contributo.

Si affermano così le organizzazioni internazionali governative con l'obiettivo primario di creare

una rete di solidarietà istituzionalizzata pan-umana.

Tali organizzazioni, però, non sempre riescono ad attuare pienamente e disinteressatamente i piani di cooperazione non riuscendo, soprattutto, a far fronte alle necessità dei Paesi sottosviluppati poiché, spesso, non possono prescindere dagli interessi politici ed economici degli Stati più potenti.

Ma il concetto di solidarietà, come abbiamo detto, deve superare quello dell'interesse degli Stati e il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa attua tale indipendenza dagli obiettivi politici dei Governi grazie al ruolo di organizzazione umanitaria istituzionalmente apolitica.

La Croce Rossa, infatti, è un'organizzazione internazionale non governativa, e cioè un'associazione internazionale di diritto interno, che si pone come obiettivo quello di coordinare, su scala mondiale, quell'ampio movimento di aiuto umanitario che agisce, per l'appunto, sotto il simbolo della croce rossa.

Il Movimento della Croce Rossa è dunque composto da una numerosa serie di entità, costituite sulla base di differenti ordinamenti statali, che operano nel campo dell'aiuto umanitario: 171 Società Nazionali, ognuna delle quali rappresenta la Croce Rossa o la Mezzaluna Rossa di altrettanti Paesi. Queste cooperano a livello transnazionale coordinate da due grandi organismi: il Comitato Internazionale della Croce Rossa e la Federazione Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa.

A proposito degli interventi di cooperazione internazionale è necessario evidenziare una sostanziale differenza di campi d'azione tra il Comitato e la Federazione.

Mentre il Comitato Internazionale della Croce Rossa svolge i suoi compiti soprattutto in tempo e in prospettiva dei conflitti armati, quali quelli inerenti il perfezionamento, lo sviluppo e la diffusione del diritto internazionale umanitario e la concreta protezione delle vittime delle guerre, la Federazione Internazionale, invece, è nata esplicitamente per coordinare e favorire l'attività di soccorso umanitario delle Società Nazionali della

Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa in tempo di pace, incoraggiando soprattutto quelle attività generalmente rivolte alla salvaguardia della salute dei popoli e alla promozione del benessere sociale, sia nella predisposizione e nella messa in opera dei piani di soccorso in vista di calamità naturali, sia portando soccorso con tutti i mezzi disponibili alle vittime dei disastri, organizzando e coordinando le azioni internazionali di soccorso messe in atto da parte delle Società Nazionali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa.

A livello internazionale la Croce Rossa è un organismo che possiede nel mondo una rete unica nel suo genere, visto che dispone di un immenso potenziale potendo fare appello alle sue Società Nazionali per mobilitare operatori di solidarietà in ogni dove: 122 milioni di volontari e 284mila impiegati hanno assistito, nel 1996, 20,6 milioni di persone.

Come sempre, anche lo scorso anno la Croce Rossa ha visto figurare al primo posto nel suo piano di attività gli interventi in caso di catastrofe.

Fattori economici, ecologici e politici hanno incrementato il numero delle azioni di soccorso: inondazioni senza precedenti in Asia, ripercussioni delle molte morti politiche in Africa e le lotte razziali nella regione dei Grandi Laghi, solo per citarne qualcuno. Ancora una volta le più imponenti operazioni di soccorso sono state messe in atto a favore dei rifugiati che fuggono la violenza della guerra e, solo dal Ruanda, centinaia di migliaia.

Il Movimento della Croce Rossa opera nel campo dell'aiuto umanitario sulla base di sette principi fondamentali comuni, adottati dalla XX Conferenza Internazionale della Croce Rossa di Vienna del 1965, che costituiscono lo spirito e l'etica della Croce Rossa e della quale sono garanti e guida. Essi sintetizzano i fini del Movimento ed i mezzi con cui realizzarli.

Di questi ci piace ricordarne alcuni, che sono più vicini al tema che trattiamo oggi.

Primo e fondamentale principio è l'*umanità*: "Nata dalla preoccupazione di recare soccorso senza alcuna discriminazione ai feriti nei

campi di battaglia, la Croce Rossa, sotto il suo aspetto internazionale e nazionale, si sforza di prevenire e di alleviare in ogni circostanza le sofferenze degli uomini. Essa tende a proteggere la vita e la salute e a far rispettare la persona umana. Favorisce la comprensione reciproca, l'amicizia ed una pace duratura fra tutti i popoli".

Non è dunque solo il soccorso, prettamente detto, la preoccupazione primaria della Croce Rossa; il nostro Movimento giudica quale obiettivo primario dei suoi interventi anche la prevenzione alla sofferenza, ed è per questo che tutti gli operatori della Croce Rossa nel mondo si preoccupano di diffondere l'educazione alla salute, la conoscenza dei principi fondamentali del Diritto Internazionale Umanitario e dei principi della Croce Rossa che, riteniamo, devono comunque essere alla base della coscienza di ogni uomo.

L'azione che il Comitato Internazionale pone in essere per lo sviluppo, il controllo e la diffusione del Diritto Internazionale Umanitario è la base fondamentale della pace tra gli uomini. Visto, infatti, che è impossibile che le guerre vengano abolite è importante che in ogni uomo venga formata una coscienza che si fondi sul diritto, un diritto che lo stesso nome definisce "umanitario", affinché l'Uomo e la sua dignità vengano rispettati in ogni frangente.

Ma la Croce Rossa non intende la pace esclusivamente come semplice assenza di guerra bensì come un processo dinamico di cooperazione tra tutti gli Stati e i popoli, che si fondi sul rispetto della libertà, dell'indipendenza, della sovranità nazionale, dell'uguaglianza, dei diritti dell'uomo, nonché su una giusta ed equa ripartizione delle risorse destinate a soddisfare i bisogni dei popoli.

Per rispettare la persona umana è necessario rispettare la sua vita, la libertà, la salute fisica, le sue idee ed i suoi costumi. E perché ciò avvenga la Croce Rossa si è data un secondo principio: *l'imparzialità*.

La Croce Rossa "non fa alcuna distinzione di nazionalità, di razza, di religione, di condizione sociale e appartenenza politica. Si adopera solamente per soccorrere gli in-

dividui secondo le loro sofferenze dando la precedenza agli interventi più urgenti". Vengono eliminati così i concetti di superiorità ed inferiorità ridando ad ogni uomo pari dignità.

Ed ancora un terzo principio garantisce la correttezza dell'azione della Croce Rossa: la *neutralità*. "Al fine di conservare la fiducia di tutti, si astiene dal prendere parte alle ostilità ed in ogni tempo alle controversie di ordine politico, razziale, religioso e filosofico".

Poiché la Croce Rossa agisce, come abbiamo visto, anche in tempo di conflitto armato, essa pone la sua struttura al servizio della collettività senza appoggiare o favorire gli interessi di alcun Stato in particolare. È questa la garanzia perché essa ottenga la fiducia da parte di tutti.

Ma ne è garante ancora un altro principio: l'*interdipendenza*. "La Croce Rossa è indipendente. Le Società nazionali, ausiliare dei poteri pubblici nelle loro attività umanitarie e sottomesse alle leggi che reggono i loro rispettivi paesi, devono però conservare un'autonomia che permetta di agire sem-

pre secondo i principi della Croce Rossa".

Anche se ogni Società Nazionale è sovvenzionata principalmente dallo Stato cui appartiene essa deve comunque mantenere la propria autonomia nei confronti di ingerenze politiche, avendo come obiettivo la sola ed esclusiva attività umanitaria nei confronti dei più deboli.

Anche l'*universalità* è uno dei principi fondamentali della Croce Rossa, e in un mondo sempre più interdipendente, è più che mai attuale la volontà di cooperare per salvare l'Uomo.

Ogni azione di solidarietà, ogni programma di sviluppo della Croce Rossa si fonda sulla visione globale dei bisogni e, su questa base, essa forgia strutture e risposte adeguate. L'isolativismo è superato e nessun individuo, nessun Paese, anche se lo potrebbe, agisce da solo.

Tutti i programmi di sviluppo e di soccorso hanno per obiettivo l'affermazione delle capacità delle popolazioni a far fronte a situazioni di crisi, il nostro aiuto è teso a rafforzare le loro capacità, a dare

loro i mezzi e la forza per essere protagonisti del loro futuro.

Contribuire al miglioramento delle condizioni di vita e ridurre così la vulnerabilità degli individui grazie anche a dei piani di sviluppo associati a programmi di prevenzione delle catastrofi sono l'obiettivo che la Croce Rossa si è data per giungere alla fine del Millennio. "Dignità per tutti" è quanto il Movimento della Croce Rossa tende a realizzare nel 2000.

Cura dei feriti di guerra, assistenza degli handicappati, visite ai detenuti ed ai prigionieri di guerra, soccorsi alle vittime di un terremoto, trasmissione di notizie a familiari lontani, soccorso ai rifugiati, corsi di igiene, dono del sangue, protezione delle popolazioni nei territori occupati, progetti di sviluppo nel terzo mondo, messa al bando delle mine antiuomo... tutte queste attività sono il frutto di un'unica idea: venire in aiuto dell'Uomo che soffre, senza alcuna discriminazione.

On. MARIA PIA GARAVAGLIA
Commissario Straordinario
della Croce Rossa Italiana



LUIS ARANCIBIA

V: L'esperienza di “Manos Unidas”

Nel 1960 un gruppo di donne laiche diede inizio al movimento oggi conosciuto come *Manos Unidas*. Nacque come risposta all'appello fatto dall'allora Presidente della FAO, il Dott. Sen, e accolto dall'Unione Mondiale delle Organizzazioni Femminili Cattoliche (UMOFC); fu così che un gruppo di donne dell'Azione Cattolica mise in marcia la prima campagna contro la fame in Spagna. Questo fu l'inizio di ciò che nel '78 sarebbe stato Manos Unidas, un'organizzazione che attualmente sostiene circa 1.000 progetti di sviluppo l'anno distribuiti in più di 60 paesi dell'Africa, dell'Asia e d'America, sviluppando, inoltre, un ampio lavoro nel campo educativo e nella sensibilizzazione della popolazione spagnola e delle istituzioni grazie ad una rete di 71 uffici diocesani che si avvalgono del lavoro continuativo di oltre 7.000 volontari. Sono stati, quindi, anni di importante crescita e sviluppo istituzionale ma, purtroppo, le ragioni che portarono la FAO a lanciare un richiamo internazionale contro la fame, la povertà e il sottosviluppo sono ancora evidenti e continuano nel mondo. Per fortuna, lo spirito e l'impegno di tanti uomini e donne cattolici (e di tutte le persone di buona volontà) che crearono movimenti come *Manos Unidas*, continuano ad essere una realtà profetica e piena di speranza nel nostro mondo.

La povertà e la disuguaglianza, due realtà del nostro mondo in questo scorso di millennio

Dei quasi 5.600 milioni di abitanti del pianeta, un terzo vive in uno stato di povertà assoluta, con li-

velli di entrata e consumo al di sotto dei minimi stabiliti (360 dollari USA pro capite l'anno). Un quinto della popolazione del pianeta soffre la fame, un quarto non ha accesso all'acqua potabile e ci sono 800 milioni di disoccupati.

La povertà a livello mondiale continua ad essere il fenomeno più in evidenza, il dato più rilevante di questo mondo di fine secolo. Quando parliamo di povertà ancora oggi ci riferiamo alla realtà quotidiana nella maggior parte del nostro pianeta.

Questa povertà deve essere vista come una realtà ampia e complessa che supera la semplice mancanza di risorse economiche e coinvolge tutta la persona e tutta la comunità secondo diversi punti di vista. Si tratta, quindi, di una realtà legata ad altri e svariati aspetti di ciò che abitualmente ci viene presentato. In primo luogo, parlare di povertà è parlare di persone concrete, di poveri, di esclusi. La povertà non è una realtà astratta, disincarnata, teorica, ma ci porta a storie personali, a percorsi sbagliati e aspettative incompiute di uomini e donne concrete che possiedono un volto, un nome e una vita da riempire. Non si può far a meno di generalizzare e di astrarre quando bisogna fare analisi sociali, ma dobbiamo evitare di perdere come punto di riferimento le realtà concrete e quotidiane che questi concetti e cifre rappresentano.

Come dicevamo prima, pur essendo intimamente legata alla non equa distribuzione dei beni, la povertà è anche una realtà molto più complessa della semplice scarsità di risorse economiche. La povertà si manifesta in molteplici aspetti: denutrizione, analfabetismo, eleva-

ta mortalità infantile, ambiente malsano, disoccupazione... e volerla eliminare implica un'azione integrata sotto diversi aspetti. Accanto a questo si fa avanti un fenomeno di sottovalutazione personale, scarsa dignità individuale e di gruppo, basso livello di organizzazione comunitaria, perdita dei valori e dell'identità culturale, scarsa conoscenza dei diritti e degli obblighi individuali e collettivi... La povertà, generalmente è seguita anche dal degrado dell'ambiente, dai conflitti bellici o dalla mancanza di rispetto dei diritti umani, fenomeni che susseguono molto facilmente in un contesto di povertà generalizzata e, a sua volta, provocano il riproporsi della stessa. Si ha bisogno, quindi, non soltanto di risorse economiche ma, in senso più globale, di molte risorse personali e comunitarie che permettano una vita degna e favoriscano lo spazio sociale necessario per prendere parte alla dimensione politica, socio-economica e culturale. La povertà, infine, può essere identificata con la mancanza di salute, intesa secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità come benessere fisico, mentale e sociale.

La povertà in un mondo di disuguaglianze

Negli ultimi quarant'anni l'umanità ha sperimentato progressi inimmaginabili nei campi scientifico e tecnologico e perfino in quello sociale e politico; infatti, non si era mai avuta una coscienza così sviluppata dei diritti e della dignità degli uomini. I benefici di questo progresso si sono concentrati in un numero relativamente ridotto di paesi e di persone. Una grande percentuale dei paesi del nostro mondo hanno ricevuto solo in modo molto

indiretto i benefici di un progresso che per sua natura tende a generare esclusione e disuguaglianza. Gli indici di soddisfazione delle necessità basilari, anche se si mantengono a livelli che ancora possono definirsi scandalosi, sono migliorati negli ultimi decenni quasi in tutto il mondo. Nonostante ciò, la distribuzione del benessere non è andata lontano e l'ingiustizia continua a crescere in modo allarmante. La relazione del Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (PNUD) indica che la crescita economica "ha fallito per un quarto della popolazione mondiale, in termini assoluti e relativi, e 89 paesi si trovano in una situazione economica peggiore a quella di 10 anni fa". La polarizzazione economica si è tanto accentuata sia tra i paesi che all'interno di ognuno di essi, in modo che "se si manifestano le tendenze attuali – ricorda il PNUD – la disparità economica tra i paesi industrializzati e nello sviluppo passerà dall'ingiusto al disumano". Un dato che fa rabbrividire alimenta questa visione: la ricchezza di 358 multimilionari è superiore alle entrate dei paesi dove abita quasi la metà della popolazione mondiale (45%). La fame e la povertà si presentano sempre come un fenomeno a portata comunitaria, la caratteristica del nostro tempo è che per la prima volta entrambe potrebbero essere evitate.

Il fenomeno della povertà appare intimamente unito alla crescente disuguaglianza tra il Nord e il Sud. Negli ultimi trent'anni le differenze tra i paesi ricchi e poveri si sono raddoppiati¹. Molte sono le voci che indicano l'intimo vincolo esistente tra la povertà preesistente e la crescente disuguaglianza del nostro mondo. Il Papa Paolo VI lo diceva chiaramente quando denunciava che i "ricchi sono sempre più ricchi a discapito dei poveri che diventano sempre più poveri". Da diverse prospettive si è messo in evidenza questa relazione indicando che la povertà e la ricchezza sono "due facce della stessa moneta" e non fenomeni indipendenti e isolati.

La povertà e il sottosviluppo sono realtà complesse, con molteplici facciate che non hanno niente a che vedere con l'infortunio e, meno ancora, con i disegni divini. Non è casuale l'esistenza di disuguaglianze e d'ingiustizie nel nostro mondo, ci

sono cause concrete.

La povertà nemmeno è frutto, primariamente, di situazioni o di atteggiamenti individuali. Soprattutto, non sono gli elementi personali (carattere, attitudini, personalità...) quelli che determinano la povertà degli individui, anche se molte volte la povertà rende incapaci le persone di tirare fuori il meglio di se stesse. La povertà ed il sottosviluppo hanno cause strutturali e individuali.

* Relazioni internazionali ingiuste tra i paesi, sia politiche che commerciali, finanziarie, culturali, tecnologiche..., segnate dal dominio di alcuni paesi su altri, con la conseguente dipendenza di questi ultimi, del predominio della competenza sulla collaborazione. Come dicono i vescovi spagnoli "è necessario denunciare l'esistenza di alcuni meccanismi economici, finanziari e sociali che manovrati, direttamente o indirettamente, dai paesi più sviluppati, a causa del proprio funzionamento, favoriscono gli interessi di coloro che manovrano e finiscono per soffocare o condizionare le economie dei paesi meno sviluppati".

* Strutture sociali, politiche ed economiche all'interno degli stessi paesi del Sud, che perfino con una virulenza ancor maggiore, ripropongono le disuguaglianze e le ingiustizie che avvengono a livello mondiale.

Ciascuno di noi, in quanto esseri sociali, con la nostra indifferenza, i nostri comportamenti, abitudini, condotte e valori, siamo complici dell'ingiustizia e della disuguaglianza; infatti, i vescovi spagnoli affermano che "in quelle strutture agiscono ed influiscono persone individuali con la propria responsabilità". Crediamo che "nelle loro decisioni personali o pubbliche tutti debbano considerare questa relazione di portata planetaria, questa interdipendenza tra i propri comportamenti e la miseria e il sottosviluppo di tanti uomini e donne" (*Sollicitudo rei socialis*).

Le azioni intraprese per cambiare questa situazione

Di fronte a questa realtà (le cui cause sono identificabili) i governi e le istituzioni internazionali hanno presentato la cooperazione allo svi-

luppo come lo strumento che può favorire l'eliminazione della povertà e lo sviluppo armonioso dei paesi del Sud. Anche se possiamo trovare dei precedenti nei secoli passati, la cooperazione allo sviluppo, così come la politica ufficiale istituzionalizzata, si rafforzò dopo la II Guerra Mondiale nella maggior parte degli stati europei e dell'America del Nord.

La cooperazione ufficiale per lo sviluppo nacque dalla combinazione di diversi fattori: la spinta che le Nazioni Unite cercarono di dare allo sviluppo umano nei decenni successivi allo sviluppo iniziato negli anni '60; l'interesse delle antiche metropoli di mantenere relazioni strette e privilegiate con le colonie; l'esperienza traumatica lasciataci dalla Guerra Mondiale e, infine, la viva coscienza che la pace si costruisce nella giustizia. Attraverso gli anni si sono modificate le motivazioni degli aiuti allo sviluppo, rivendicati dai nuovi paesi del Sud negli anni '70, con la richiesta di un nuovo Ordine Economico Internazionale e l'approvazione dello 0,7%; adoperati come arma strategica nell'ambito della guerra fredda e, più recentemente, segnati dal processo d'internazionalizzazione dell'economia e la comparsa di problemi di ordine globale come quello dell'ambiente, le migrazioni, la droga o la sicurezza. Nel contesto delle complesse relazioni tra il Nord e il Sud, la cooperazione per lo sviluppo è un concetto ampio che abbraccia un insieme molto variegato di azioni il cui obiettivo principale è quello di favorire lo sviluppo dei popoli del Sud. La nostra esperienza storica dimostra, dunque, che l'esercizio pratico dell'aiuto allo sviluppo è molto condizionato dagli interessi del paese donatore.

Attualmente, la cooperazione si presenta come un settore in crisi, nel senso etimologico del termine:

– I fondi sono sempre di meno. Nel 1994, il totale dei paesi dell'OCDE dedicarono all'aiuto ufficiale per lo sviluppo 57.737 milioni di dollari, equivalenti allo 0,30% del PIL. Questo ammontare, inferiore alla metà dell'impegno assunto dalle Nazioni Unite, è il più basso negli ultimi vent'anni;

– Sono molte le voci che mettono in dubbio la sua utilità perché, dopo 50 anni di attività, si constata che

molti paesi del Sud hanno solo leggermente migliorato le loro condizioni di vita;

– I governi dei paesi donatori hanno sempre meno interesse a quanto avviene in queste aree (specialmente nei confronti della gente più povera);

– Si avverte una crescente deviazione negli obiettivi originali della cooperazione “eliminazione della povertà” e la prassi attuale, che la vede trasformata in uno strumento al servizio degli interessi del donatore.

La valorizzazione di queste quattro decade di aiuto ufficiale allo sviluppo non risulta eccessivamente stimolante. Nonostante ciò, non dobbiamo perdere di vista che l’aiuto allo sviluppo è una parte, molto piccola in termini relativi, di un insieme di relazioni molto più ampio tra Nord e Sud. Pertanto, non può essere la soluzione per affrontare la realtà che abbiamo visto prima (che esige trasformazioni molto più profonde), e nemmeno deve costituire il problema centrale (la promozione di uno sviluppo umano e sostenibile). L’aiuto ufficiale allo sviluppo però, deve essere un contributo decisivo e diretto per trasformare le condizioni di vita di molte persone, comunità e popolazioni el Sud.

Le iniziative private

Molto prima che quei governi mettessero in moto politiche di cooperazione, molti gruppi ed organizzazioni sociali avevano già iniziato questo impegno. Si trattava soprattutto di persone che per ragioni religiose ed evangelizzatrici erano state inviate nei paesi in via di sviluppo e che oltre la loro azione missionaria confessionale, si impegnavano nello sviluppo sociale e nel benessere materiale delle popolazioni tra le quali svolgevano il loro lavoro.

Abbiamo già detto che a partire dal 1960 ed in occasione del lancio della prima Campagna Mondiale contro la Fame, molte organizzazioni private già presenti risposero a questo appello unendosi tra loro e molte altre furono create con questo fine specifico. Da quel momento il loro numero è andato sempre aumentando come sono aumentate anche le risorse utilizzate, sia da parte di istituzioni religiose che di altre organizzazioni sociali, riunite

scendo a gestire attualmente circa il 10% delle risorse totali per la cooperazione. Cerchiamo di studiare ora il suo funzionamento a partire da un’esperienza concreta, quella di *Manos Unidas*.

L’esperienza di “Manos Unidas”

Manos Unidas è un’organizzazione ecclesiale la cui azione è fondata sul Vangelo e sulla dottrina sociale della Chiesa. Parte dalla considerazione secondo cui ogni persona possiede diritti e dignità inviolabili, e che, come affermato dal Documento di Puebla, “ogni vita umana di per sé merita di essere degna e ogni convivenza deve basarsi sul bene comune”. Siamo coscienti che viviamo in un mondo ingiusto, in cui, come abbiamo accennato, la maggioranza delle persone non hanno accesso a condizioni di vita degne.

Abbiamo però la certezza che questa realtà può e deve essere trasformata, che siamo chiamati a vivere meglio in un mondo dove libertà e uguaglianza non siano soltanto concetti utopici; che l’arrivo del Regno di Dio esige da parte nostra impegno e lavoro. Siamo coscienti che tutti abbiamo un ruolo da svolgere nella trasformazione del nostro mondo, che in qualche modo tutti prendiamo parte alle ingiustizie attraverso i nostri comportamenti individuali e sociali, ma che, allo stesso modo, tutti possiamo partecipare alle soluzioni delle stesse.

L’obiettivo del nostro lavoro

La finalità di *Manos Unidas* è la lotta “contro la fame, la denutrizione, la miseria, la malattia, il sottosviluppo e la mancanza d’istruzione” e “contro le sue cause: l’ingiustizia, la diversa distribuzione di beni e opportunità tra le persone e i paesi, l’ignoranza, i pregiudizi, la mancanza di solidarietà e l’insensibilità”.

L’obiettivo del lavoro di *Manos Unidas* è quello di contribuire allo sviluppo integrale dei paesi del Sud, prendere parte attiva nella lotta contro la fame e la disuguaglianza, sostenere il processo di liberazione dalla miseria e dalla dipendenza.

Lo sviluppo perseguito da Manos Unidas

Assumiamo la visione sullo sviluppo che permea l’enciclica di Paolo VI *Populorum progressio* che lo considera “come passaggio da condizioni meno umane a condizioni più umane”. Nella stessa linea il PNUD parla dello sviluppo umano come del “processo di allargamento della gamma di scelte delle persone, che va da un ambiente fisico in buone condizioni alle libertà economiche e politiche”.

Capiamo che lo sviluppo è un processo incompiuto del quale tutti siamo responsabili e coinvolti, che esige trasformazioni, cambiamenti sociali e individuali che devono garantire condizioni di vita degne per tutti.

Questo tipo di sviluppo si caratterizza in quanto è:

– *Integrale*. Lo sviluppo non è soltanto un miglioramento economico, ma comprende diversi aspetti dell’individuo e della società. “Lo sviluppo economico e il progresso sociale devono procedere insieme e accomodarsi reciprocamente, in modo che tutte le categorie sociali abbiano una adeguata partecipazione all’aumento della ricchezza” (MM 73).

– *Umano*. Il centro, l’obiettivo dello sviluppo deve essere l’uomo e la donna, partendo da una concezione integrata di entrambi. L’obiettivo dello sviluppo deve “rendere l’uomo capace di essere per se stesso operatore responsabile del proprio miglioramento materiale, del proprio progresso morale e del proprio sviluppo spirituale” (PP e E).

– *Sostenibile*. Uno sviluppo rispettoso dell’ambiente e che non metta a repentaglio le condizioni di vita delle generazioni future.

– *Partecipativo e comunitario*. Lo sviluppo si deve costruire attraverso la partecipazione di tutti e per tutti.

– *Per essere di più*. Se lo sviluppo al quale tendiamo vuol essere integrato e considerato come centro dell’essere umano, il suo obiettivo sarà, fondamentalmente, non l’avere di più ma l’essere di più. Nonostante ciò, riconosciamo l’urgente necessità di assicurare delle condizioni di vita degne come connotazione imprescindibile per

garantire la capacità di sviluppo delle persone.

– Vede come protagonisti tutti i paesi del Sud. Lo sviluppo non può essere imposto, regalato o condizionato dall'esterno. È necessario che i beneficiari siano soggetti attivi e non soltanto oggetti del proprio sviluppo. Che essi definiscano le loro priorità (che non sempre coincidono con le nostre); i loro ritmi e le loro necessità.

Criteri d'azione

La nostra azione deve favorire la trasformazione e il cambiamento del nostro mondo, sia a Nord come a Sud. In questo senso, scegliamo l'annuncio di speranza, la denuncia costruttiva e propositiva e senza pretendere di fare un semplice esercizio di assistenza o di beneficenza.

Vogliamo essere una istituzione di solidarietà che, dalla gratuità e generosità, promuova relazioni di uguaglianza e di fraternità con i popoli del Sud. Intendiamo la solidarietà così come la definisce la *Soliditudo rei socialis*, “la solidarietà non è un sentimento superficiale e vago dei mali sofferti dalle persone vicine e lontane. Tutt'altro, è la determinazione ferma e perseverante di lavorare per il bene comune, cioè, per il bene di tutti e di ognuno perché tutti siamo realmente responsabili di tutti”.

Il nostro ruolo non è soltanto quello di togliere i poveri dalla povertà, ma di offrire loro le condizioni e i mezzi affinché essi stessi siano capaci di vincere la povertà prendendo le redini del proprio destino. I progetti e le attività educative costituiscono, a breve termine, delle risposte utili di fronte a necessità reali; a medio termine, tendono ad un cambiamento strutturale: permettere che nella società i poveri possano far presente, con peso significativo, le loro necessità e i loro punti di vista.

Un'azione basata sulla reciproca collaborazione e sul dialogo con le chiese locali e le organizzazioni del Sud senza pretendere di riprodurre il nostro modello. L'esperienza di anni di lavoro ci dimostra che la nostra azione non deve mai partire dalla superiorità o dall'imposizione del nostro modello di società. I paesi del Sud sono complementari a noi e mettono in risalto le nostre carenze e limitazioni.

Linee di lavoro

Per portare avanti la sua azione, *Manos Unidas* ha fissato due linee prioritarie di lavoro:

– Sensibilizzare la popolazione e le istituzioni spagnole sui problemi del Sud attraverso l'*educazione allo sviluppo*.

– Collaborare con i paesi del Sud affinché, mediante il sostegno finanziario, tecnico e umano, prendano le redini del proprio destino attraverso la realizzazione di *progetti di sviluppo*.

Educazione allo sviluppo

Manos Unidas promuove in Spagna, e a volte nell'ambito europeo, un lavoro di educazione allo sviluppo. La necessità di questo lavoro parte dal riconoscimento della responsabilità del Nord nel sottosviluppo del Sud, dal riconoscimento dell'interdipendenza come elemento essenziale nel nostro mondo, dall'esperienza del lavoro nel campo di progetti che mettono in luce le possibilità ma anche le limitazioni di questi progetti e la constatazione dell'incidenza e del ruolo che dobbiamo avere nella nostra società.

Gli *obiettivi* fondamentali dell'educazione allo sviluppo sono:

– Sensibilizzare e far conoscere all'opinione pubblica la realtà dei paesi del Sud, analizzare le cause del loro impoverimento e promuovere cambiamenti nei valori, atteggiamenti e condotte dei cittadini.

– L'educazione allo sviluppo vuole denunciare e far pressione sui gruppi di potere e sulle istituzioni al fine di stimolare cambiamenti strutturali che promuovano la giustizia. “È vitale che facciamo pressione su coloro che detengono il potere politico per quanto concerne i cambiamenti che libereranno i poveri da queste oppressioni”².

L'educazione allo sviluppo è, dunque, molto più che informazione: vuol promuovere la partecipazione, destare la coscienza critica, favorire il cambiamento individuale e sociale, favorire l'entusiasmo... È un invito a una diversa forma di vedere il mondo e di porci di fronte ad esso.

Gli atteggiamenti individuali e le strutture sociali che vogliamo cambiare sono tutte quelle che, direttamente o indirettamente, coinvolgono i popoli più impoveriti. Dobbiamo

mo porre l'accento, in particolare, sulla promozione alla tolleranza, alla pluralità, all'interculturalità e al sostegno delle culture indigene, alla giusta distribuzione dei beni, all'austerità e alle relazioni economiche tra Nord e Sud, al rispetto dell'ambiente e al non-consumismo, a promuovere la libertà, la partecipazione e la lotta contro qualsiasi forma di schiavitù o di violazione dei diritti umani; la denuncia della fame, della mancanza di salute, di benessere e d'istruzione e le loro cause, il lavoro a favore della pace e la critica alla corsa agli armamenti e alla violenza.

Campi in cui si concretizza l'educazione allo sviluppo

I modi di sentire, di pensare e di agire, gli atteggiamenti e i valori individuali e collettivi si amalgano nei molteplici ambiti nei quali pian piano impariamo ad essere quel che siamo; questi ambiti sono i mezzi di comunicazione, i livelli differenziati dell'istruzione formale, le associazioni e le organizzazioni sociali (parrocchie, club giovanili, associazioni), ed anche un ambito meno definito ma molto importante: la strada, le immagini e i messaggi che percepiamo negli spazi pubblici. Per questo l'educazione allo sviluppo che *Manos Unidas* promuove si concretizza su vari aspetti:

– Educazione nell'ambito formale.

– Pubblicazioni e materiali audiovisivi per parrocchie, associazioni... e anche per le persone concrete.

– Mezzi di comunicazione e pubblicità.

– Attività di sensibilizzazione.

— Contatti con le amministrazioni pubbliche.

– Campagne di denuncia.

– Coordinamento con altre organizzazioni della Chiesa e ONG.

Criteri per il nostro lavoro di educazione allo sviluppo

Tutte le azioni per raccogliere fondi, devono avere una componente significativa di educazione allo sviluppo e di sensibilizzazione. In questo senso, non vogliamo promuovere azioni che, pur aiutando a incrementare i fondi, portino la gente ad adottare o a mantenere atteggiamenti e valori contro i qua-

li lottiamo: consumismo, materialismo, distruzione ambientale, violenza, discriminazione...

La nostra immagine e il nostro discorso devono essere coerenti con quanto affermato dal Codice di Condotta nei confronti di immagini e messaggi relativi al Sud. Dobbiamo evitare tutto ciò che possa riguardare soprattutto:

- generalizzazioni che nascondono la diversità;
- immagini idilliache o esotiche
- immagini accusatorie;
- immagini patetiche e catastrofiche;
- tutto ciò che tende a sottolineare il paternalismo e il sentimento di superiorità del Nord.

Pretendiamo che, più che trasformarci nella voce di coloro che non hanno voce, il nostro lavoro deve tendere a ridare voce a coloro che non ce l'hanno, a favorire la conoscenza diretta, a sostenere la partecipazione dei poveri ed esclusi nelle loro società e nel mondo, ad aiutare a creare le condizioni necessarie affinché possano esprimere la parola che a loro appartiene.

Sceglio un lavoro di educazione allo sviluppo che dia frutti a medio e lungo termine. Nella misura in cui pretendiamo di influire sulla scala dei valori individuali e sociali, di trasformare le istituzioni e i gruppi di potere, siamo coscienti che tendiamo verso una linea i cui risultati sono difficili da valutare. Il nostro primo obiettivo non è quello dei risultati immediati.

Progetti di sviluppo nei paesi del Sud

Il sostegno alla realizzazione di progetti nei paesi del Sud è un altro compito prioritario delle ONG. In questo terreno esistono grandi differenze tra le diverse. Presentiamo la visione di *Manos Unidas* facendo riferimento, se è necessario, a diverse pratiche.

La collaborazione alla realizzazione di progetti ha come finalità quella di sostenere i poveri affinché possano prendere le redini del proprio destino. I progetti riguardano atezzature, strumenti che servono a promuovere lo sviluppo e a migliorare le condizioni di vita della gente. Sono, quindi, tappe, anelli di una catena più lunga e complessa.

Ci sono diversi *tipi* e categorie di progetti. Una delle più conosciute vuol porre le differenze tra:

– *Aiuto d'emergenza* di fronte a catastrofi naturali o conflitti bellici. Fondamentalmente consiste nel fronteggiare alcune necessità basilari mediante l'invio e la distribuzione di alimenti, medicine, indumenti... Sono in genere azioni urgenti e puntuali nel tempo, anche se a volte (ad esempio nei riguardi dei rifugiati) proseguono per periodi più lunghi.

– *Riabilitazione*. È immediatamente successiva all'aiuto umanitario una volta che si verificano le condizioni esterne che permettono la ricostruzione elementare delle infrastrutture.

– *Aiuto e sicurezza alimentare*. Ha come obiettivo garantire l'accesso all'alimentazione ad una popolazione con un deficit strutturale alimentare. Tradizionalmente si limitava all'invio di alimenti (nascondendo a volte occasioni per piazzare le eccedenze); attualmente comprende altri aspetti: acquisto di sementi, attrezzature, infrastrutture per immagazzinare, sistemi di distribuzione...

– *Progetti di sviluppo*. Hanno un orizzonte temporale più ampio; si tratta di azioni pianificate promosse su iniziativa della propria popolazione beneficiaria per migliorare una situazione di carenza.

Tra i progetti di sviluppo, *Manos Unidas* distingue diversi settori di lavoro:

– *Sociali*: abitazioni, rifornimento d'acqua, diritti umani, organizzazione, mezzi di comunicazione, infrastrutture sociali...

– *Agricoli*: attrezzature e macchinari, formazione, sistemi d'irrigazione, silos, commercializzazione, bestiame...

– *Valorizzazione della donna*: corsi di abilitazione, cooperative, organizzazione, formazione professionale, autoimpiego...

– *Educativi*: scuole, alfabetizzazione, formazione di maestri, educazione non formale, educazione bilingue, elaborazione di materiali...

– *Sanitari*: infrastrutture sanitarie, attrezzature, formazione promotori, nutrizione e vaccinazione...

Tra i molti progetti, i più favoriti risultano essere quelli integrati.

I progetti sostenuti da *Manos Unidas* e generalmente da quasi tutte le organizzazioni hanno spesso delle caratteristiche comuni:

– Sono sempre *iniziativa di un gruppo locale*. I progetti sono sempre identificati ed eseguiti per conto di una controparte locale.

– Sono progetti di *sviluppo*, a carattere duraturo, che vogliono contribuire ad eliminare le cause della povertà. Non sosteniamo, quindi, progetti esclusivamente assistenziali o di emergenza.

– Sono progetti *non governativi* e, pertanto, soltanto eccezionalmente ci può essere la partecipazione dello Stato.

Coerentemente con quanto indicato, durante il processo per l'approvazione dei progetti si tengono conto di alcuni criteri da adottare:

– Il grado di partecipazione della popolazione beneficiaria nelle diverse fasi del progetto.

– La situazione socio economica della popolazione beneficiata.

– Il rafforzamento che può derivare per la comunità dal progetto e quello della coscienza critica e autostima che da esso può derivare.

– La solidità, la maturità e il rigore del progetto.

– L'inserimento del progetto in una strategia di sviluppo a lunga scadenza.

– La viabilità futura dei progetti una volta concluso il nostro sostegno.

– L'austerità e lo sfruttamento delle risorse.

– L'utilizzo di tecnologie appropriate per le caratteristiche del luogo.

Per quanto riguarda il *ruolo della del Nord* sui progetti, esiste anche una grande diversità che va dalle organizzazioni in cui tutto il processo (dall'identificazione alla valutazione) viene da essa realizzato (o dal suo rappresentante locale), fino a quelle che si limitano ad essere uffici di ricezione e di invio di fondi. *Manos Unidas* non vuole fare direttamente misure di sviluppo e per questo non individua né pianifica né realizza i progetti, ma tutto ciò viene realizzato dalle organizzazioni locali. Si privilegia soprattutto il contatto diretto con le controparti e i beneficiari mediante viaggi e altri incontri, con la preparazione di relazioni, l'elaborazione di valutazioni...

Alcune proposte per una cooperazione più solidale ed efficace

Considerata la realtà, abbiamo presentato molto brevemente le diverse cause della povertà e abbiamo analizzato le soluzioni per affrontare il problema; vogliamo presentare adesso alcune proposte e percorsi che orientino il lavoro futuro tendente ad eliminare la povertà e le cause che la provocano.

Il cambiamento individuale all'inizio di tutto

Se tutti siamo responsabili della povertà crescente in questo mondo globalizzato ed interdipendente, tutti possiamo essere parte della soluzione. Il cambiamento personale, la modifica dei nostri valori e principi, dei nostri pensieri e convinzioni e, in modo particolare, i nostri comportamenti, abitudini e condotte sono elementi molto più decisivi di quanto a volte crediamo nella lotta contro ogni forma di povertà.

In genere, il primo passo è di rompere l'indifferenza, di aprire gli occhi e di guardare la sofferenza di tanti uomini e donne come qualcosa che appartiene a noi e non ad altri. La nostra azione nasce dalla convinzione che non possiamo rimanere indifferenti di fronte alla sofferenza di tanti uomini e donne e vogliamo fare nostre "le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini del nostro tempo, soprattutto dei poveri" (*Gaudium et spes* n.1). Seguono poi le domande, l'analisi e il pensiero che ci obbligano ad andare oltre i sentimentalismi e la reazione immediata ma poco durevole. In ultimo, appare l'azione, l'impegno, la trasformazione individuale come conseguenza di quanto prima e come stimolo per nuove azioni.

Costruire tra tutti un'autentica cultura della solidarietà

Probabilmente, il compito più urgente che devono affrontare le ONG, le istituzioni cattoliche di cooperazione e tutti i cittadini che sono stati "toccati" dal Sud, è di promuovere nel proprio mondo circostante un'autentica cultura della solidarietà.

La crescente interdipendenza del nostro pianeta, il riconoscimento della nostra partecipazione nelle

cause (e anche nelle soluzioni) della disuguaglianza mondiale e l'insoddisfazione che provoca la cultura consumistica e materialistica delle nostre società sono fattori che ci devono spingere alla promozione di nuovi valori sociali.

Una cultura della solidarietà che, per quanto riguarda i popoli del Sud, promuova tra l'altro:

- *La dignità dell'uomo e della donna* come criteri di valutazione di tutte le cose.

- *La coscienza universale*, la cittadinanza mondiale, la partecipazione alla famiglia umana.

- *La fruizione delle differenze*, della ricchezza dell'incontro delle razze, l'interculturalità.

- *L'austerità* e la semplicità di fronte al consumismo e allo spreco.

- *Il rispetto della natura*, la relazione armonica con l'ambiente.

- *La costruzione della pace giusta e durevole*, la riconciliazione e il dialogo, la risoluzione non violenta dei conflitti.

Le trasformazioni nell'ambito strutturale

Abbiamo visto che le cause più profonde della povertà si trovano nelle strutture che dominano il nostro mondo e che formano delle relazioni a livello internazionale e nazionale segnate dalla dominazione degli uni sugli altri. L'eliminazione della povertà esige la trasformazione anche nell'ambito delle istituzioni, delle legislazioni, delle politiche... sia a livello supranazionale che all'interno di ogni Stato. Questo compito esige l'incremento della nostra capacità d'analisi della realtà e soprattutto ci obbliga ad elaborare proposte alternative reali che implichino miglioramenti nelle condizioni di vita dei poveri e per essi promuovano il lavoro che li faccia uscire da questa situazione. Soltanto nella misura in cui saremo capaci di presentare diagnosi e proposte lucide e rigorose, avremo una capacità di influire nei fori e negli spazi in cui si definiscono queste politiche.

Sono le stesse persone del Sud a richiedere, sempre con più forza, un ruolo attivo in questo campo. L'invito della Chiesa a celebrare la fine del millennio con un giubileo, costituisce un'eccellente opportunità in questo senso per "perdonare i debiti, liberare gli schiavi e restituire

le terre". Alcuni di questi compiti che abbiamo davanti a noi sono:

- La revisione del problema del *debito estero* che pone un'ipoteca sul futuro di molti paesi.

- La ricerca di *relazioni commerciali* più giuste che facilitino lo sviluppo dei popoli più poveri.

- Riorientare l'*aiuto ufficiale allo sviluppo* affinché abbia come fine reale l'eliminazione della povertà.

- La trasformazione di alcune *istituzioni internazionali* affinché vengano applicate le necessarie politiche di sviluppo su scala mondiale.

- L'approvazione di una legislazione internazionale severa sul *commercio d'armi*, assieme alla sua rigida applicazione.

Sostenere le iniziative che sono semi di utopia e di speranza

Di fronte alla rassegnazione o all'abitudine, siamo chiamati ad essere costruttori di speranza, specialmente nei confronti dei poveri e diseredati di questo mondo. Perciò, tra le altre cose, dobbiamo sostenere le iniziative che, sorte dalla gente, costituiscono piccoli passi per raggiungere la dignità e l'autonomia personale, l'organizzazione comunitaria e l'affermazione culturale di un popolo. Intesi in questo modo i progetti che sosteniamo diventano azioni non soltanto per migliorare le condizioni di vita della gente, ma che ci spingono a proseguire perché permettono di prendere coscienza che tutte le cose possono cambiare.

In ultima istanza, il nostro lavoro di cooperazione è chiamato ad essere, un lavoro di ricostruzione di speranze, di semina di utopia e di anticipazione del Regno di Dio.

Dr. LUIS ARANCIBIA
Coordinatore dell'area di Educazione
per lo sviluppo di "Manos Unidas",
Spagna

Note

¹ Nella sua famosa relazione del '92, il PNUD indicò che la differenza tra il 20% della popolazione più ricca e il 2% più povera era passato da 30 a 1 nel 1960 al 60 a 1 trent'anni dopo.

² Bollettino Straordinario in occasione del 30º anniversario di *Manos Unidas*.

ALAIN LEJEUNE

VI: Il punto di vista della FIPC, Federazione Internazionale Farmacisti Cattolici

La ricerca della salute fisica e psichica, quello stato di benessere, aspirazione di tutti gli uomini che soffrono, è un dibattito dei più antichi.

Già nell'Ecclesiastico, Ben Sirach il Saggio, citava non soltanto il ruolo del medico, ma anche quello del farmacista, che descriveva così: "egli [il farmacista] prepara rimedi gradevoli e unguenti profumati". Ciò dimostra fin da allora il bisogno di avere medicamenti adattati ed accettati dai pazienti, così come una specificità ed una complementarietà delle professioni mediche e farmaceutiche.

Tutte le civiltà, dalle più primitive a quelle più moderne, cercano di apportare una risposta alla sofferenza e al malessere degli individui che le compongono.

Nei paesi di recente costituzione, la salute acquisisce un posto preponderante; lo sviluppo delle popolazioni passa attraverso una duplice linea d'azione: l'educazione e la salute.

Per salute, intendiamo tanto il progresso dell'igiene generale (potabilizzazione dell'acqua, fognature, problemi sanitari...) quanto quello delle terapie, sia preventive (educazione alla salute, vaccini) che curative.

Lo spirito con il quale agisce la cooperazione della FIPC è il risultato di un lento lavoro iniziato dalle associazioni dei farmacisti cattolici molto prima della seconda guerra mondiale.

Tale cooperazione ha avuto inizio con la raccolta, lo smistamento e il ricondizionamento dei medicinali non utilizzati e di quelli scaduti ma ancora validi, per inviarli ai missionari dei dispensari lontani.

A volte, la cooperazione era diretta dalla presenza di un farmacista che dedicava alcuni anni della propria vita al servizio sul posto, in un ospedale, una maternità, una scuola di sanità, ecc., sia come dispensatore di cure che come formatore.

Alcune nostre associazioni praticano ancor'oggi la raccolta di medicinali inviare ai centri che ne hanno necessità, o per metterli a disposizione in caso di catastrofi. Posso citare AFPC-Solidarité in Francia, e Orbi-Pharma in Belgio (centro di distribuzione di medicinali per dispensari, missioni, ecc.).

Altre, d'accordo con l'industria farmaceutica, prendono quei medicinali che scadranno nei prossimi sei mesi e li preparano per la spedizione nei luoghi di bisogno.

Da alcuni anni, tuttavia, la situazione geopolitica richiede uno studio più approfondito del nostro concetto di cooperazione internazionale.

Il risultato della nostra riflessione si interroga sul modo migliore per affrontare questa questione primordiale, spesso vitale, per molte popolazioni.

Cosa vuol dire cooperare?

Vuol dire agire congiuntamente con qualcuno.

La cooperazione è l'azione del cooperare, una collaborazione (*cum labore* = lavorare insieme) ci ricorda il dizionario, che ci dice anche che la cooperazione è una politica di aiuto economico, tecnico e finanziario ad alcuni paesi in via di sviluppo.

Da questa definizione possiamo trarre un altro interrogativo:

– la salute rientra nel campo della tecnica, dell'economia, della finanza o dei diritti dell'uomo?

Naturalmente la nostra visione di farmacisti cattolici ci pone nell'ottica dei diritti dell'uomo, per mezzo della nostra concezione umana sulla dignità dell'uomo, basata sui valori evangelici e su quello della carità cristiana.

In particolare, nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, ci sentiamo interpellati dai seguenti articoli:

- art. 1 e art. 7, uguaglianza degli individui (nei bisogni fondamentali, nell'educazione);
 - art. 2 e art. 3, diritto alla vita, libertà;
 - art. 5, dignità umana;
 - art. 12, rispetto della vita privata;
 - art. 16, diritto al matrimonio, alla famiglia;
 - art. 18 e art. 19, libertà fondamentali (religiosa, filosofica, sindacale, politica ...);
 - art. 25, *salute e cure mediche*;
 - art. 27, *progresso scientifico*
- e, naturalmente, "amatevi gli uni gli altri", base della carità secondo Gesù Cristo.

Il campo d'azione così definito ci allontana da ogni rischio di *charity business*, di rapporti dominanti/dominati o di mercenariato umanitario, cioè di *money back system...*

L'uomo-paziente è il centro delle nostre preoccupazioni.

La cooperazione internazionale è stata per noi un campo di riflessione profonda definito geograficamente e qualitativamente.

In effetti, abbiamo privilegiato anzitutto l'asse Est-Ovest quando il Muro di Berlino non era ancora caduto. La nostra azione è stata

strettamente umanitaria per tentare di portare aiuto attraverso la nostra Associazione austriaca ai Confratelli al di là della Cortina di Ferro. Si trattava principalmente di far pervenire i medicinali di cui non disponevano. I nostri Confratelli austriaci si sono avvalsi in questo del sostegno dell'Associazione tedesca.

Tutto ciò si è sviluppato con la caduta del muro, benché appoggiassimo già un embrione di Associazione polacca quando la corrente Solidarnosc si è fatta conoscere.

L'asse Est-Ovest comprende oggi numerosi contatti in Romania, nei Paesi Baltici, in Ucraina, in Russia (di cui abbiamo ricevuto i rappresentanti in Belgio nel corso di una riunione internazionale dedicata alle questioni etiche), nella Repubblica Ceca, ecc.

Non dobbiamo dimenticare due Associazioni già attive: in Polonia e in Slovacchia, ove abbiamo già tenuto riunioni internazionali.

La cooperazione con questi nuovi Confratelli riguarda soprattutto *scambi e conoscenza della pratica farmaceutica occidentale* in quanto esercizio della professione liberale. Sono allo studio sviluppi di queste correnti.

In un'asse Est-Ovest un po' meno tradizionale, non posso non ricordare le azioni rivolte al *Medio Oriente*, dalle Associazioni del Belgio e dell'Italia. L'una ha inviato sul posto per diversi anni una farmacista operante in ospedale in Giordania, mentre l'altra ha sviluppato una rete di relazioni con farmacisti di Gerusalemme, Israele e Palestina, cristiani e palestinesi. L'Associazione francese è stata molto presente in Libano, a sostegno dell'Ordine di Malta.

L'asse *Nord-Sud* ha riguardato anzitutto l'assistenza tempestiva a personale curante residente in Africa.

Il *programma africano* che abbiamo adottato a Parigi nel 1993, era particolarmente ambizioso. Esso, che si rivolgeva anzitutto ad un paese, per poi svilupparsi in cerchi concentrici, ha scelto come base il Camerun dove siamo stati ben accolti. Ora vi funziona un'Associazione di Farmacisti cattolici del Camerun.

Questo *programma di solidarietà* si basa su tre punti:

– farmaceutico: *accessibilità ai medicinali*;

– cristiano: valore della dignità dell'uomo: *bioetico*, secondo la spiritualità dei Vangeli e il Magistero della Chiesa;

– cattolico: aspetto universale: *formazione, per meglio sviluppare* sia l'aspetto tecnico che quello dei valori.

1. Accessibilità ai medicinali

Ciò richiede una riflessione sulle infrastrutture, in particolare aiutare a creare cooperative di acquisto di medicinali per i nostri confratelli, depositi di medicinali adeguati, ecc.

Poiché il medicinale rappresenta un costo non trascurabile per il malato, ci sembra necessario far conoscere i *medicinali essenziali*, meno costosi, e promuoverli presso le autorità così come presso i farmacisti e i malati.

Bisogna notare che una lista ben redatta di meno di trenta prodotti permette di alleviare e di trattare l'ottanta per cento delle malattie prevalenti.

Questi medicinali vengono però combattuti per tutta una serie di motivi: minore redditività per i farmacisti, minore margine per gli importatori, minori possibilità di "riduzione" a tutti i livelli, sospetto riguardo la qualità, ecc.

La nostra azione, pertanto, consiste, d'accordo con le raccomandazioni dell'OMS sui medicinali essenziali, nel promuovere questi ultimi.



timi e nel garantirne le fonti affidabili per quel che riguarda la qualità.

Malgrado i medicinali essenziali costino meno in rapporto alle specialità, tale costo resta pur sempre elevato per numerosi africani.

Sviluppiamo anche il concetto di creazione di piccole società d'*assicurazioni reciproche* di solidarietà per permettere l'accesso alle cure e ai medicinali. A questo scopo, sollecitiamo il sostegno di società specializzate in questo campo in Europa.

Le nostre azioni attuali nel fornire i medicinali continuano grazie all'aiuto di confratelli che vi dedicano volontariamente molto tempo, inviando i medicinali raccolti e smistati, nonché quelli ricevuti dall'industria farmaceutica.

In questo seguiamo naturalmente i consigli dell'OMS che, in una Direttiva del maggio 1996 (*Guidelines for Drug Donations WHO/DAP/96.2*) afferma che i medicinali sono un elemento essenziale nell'aiuto umanitario internazionale, ma che necessita di certe regole (analisi dei bisogni, qualità, informazione, denominazione scientifica comune internazionale DCI o INN, ecc.).

Allo stesso modo, teniamo conto delle osservazioni del Ministero della Sanità del Belgio sulla *validità della scadenza dei medicinali*. In effetti, nel Folia Pharmacotherapeutica (aprile 1997, vol. 24, n. 4, p. 29), esso analizza l'impiego dei medicinali dopo la data di scadenza. L'articolo stesso è ispirato a due articoli di recente pubblicazione su *The Medical Letter* (38, 65-66 e 90, 1996).

Molti medicinali solidi (compresse e capsule) se ben conservati nel loro imballaggio originale, mantengono la maggior parte della loro efficacia uno o due anni dopo la data di scadenza. Non altrettanto si può dire per le forme liquide.

Tuttavia alcuni medicinali richiedono precauzioni, data la tossicità che possono sviluppare con il tempo: spetta al farmacista preoccuparsi di questo aspetto nelle donazioni di medicinali.

2. Rispetto della Dignità Umana

I progressi delle bioscienze mediche sono fonte di grande speran-

za per numerose malattie, ma pongono anch'esse delle domande, in particolare nella situazione dell'uomo sottoposto alla sperimentazione medica umana.

Le degenerazioni prodotti negli Stati Uniti alla fine degli anni '60 (per non ricordare gli esperimenti nazisti e la loro conclusione nel tribunale di Norimberga che ci fornì il primo codice di etica biomedica – il Codice di Norimberga – dopo il Giuramento d'Ippocrate), avevano provocato degli scandali (cellule cancerogene inoculate ad anziani, epatite iniettata a bambini debilitati, sifilide iniettata a popolazioni nere povere) conosciuti con i nomi delle città in cui si erano prodotti, Brooklyn, Tuskegee, Willowbridge.

Questi scandali sono stati alla base della bioetica, in particolare per le opere di Van Potter *Bioethics, the Science of survival* e *Bioethics, a bridge to the future* (1970). Il termine bioetica, e il suo concetto, sono stati inventati da queste opere.

Il Congresso degli Stati Uniti, in seguito al Rapporto Belmont (1975), ha deciso la creazione di due Centri di Riflessione sulla Bioetica. Si tratta dell'Hastings Center e del Kennedy Center, i più famosi nel mondo, che si trovano a Washington e a New York.

Le regolamentazioni sulla sperimentazione clinica sull'uomo hanno visto spostarsi i centri di studi clinici verso l'Europa che, a sua volta, ha iniziato a creare dei Comitati d'Etica (il CCNE francese risalente al 1984).

In Belgio, una degenerazione famosa ha provocato il processo di Charleroi sulle biopsie cerebrali (1985).

In Occidente, le regolamentazioni sempre più strette tendono a spostare le sperimentazioni cliniche verso i paesi in via di sviluppo. Per questa ragione, la FIPC ha deciso di introdurre le nozioni di bioetica in Africa, secondo i valori cristiani e quelli che fondano la base ancestrale della morale: i divieti dell'assassinio, della menzogna e del rapimento.

Dalla prima conferenza di Yaoundé, nel 1994, ai dibattiti radio-televisivi, dalla grande curiosità dei mass-media sono nati interrogativi profondi. Sono sorti Comi-

tati d'Etica Medica o Società di Bioetica in Camerun, Tunisia, Algeria, ecc.

La società Camerunese di Bioetica ha potuto organizzare, con la FIPC, altre conferenze internazionali pluralistiche e multidisciplinari (Yaoundé 1996) che hanno condotto le autorità africane a proclamare all'unanimità una *Risoluzione sulla Bioetica in Africa*, nel luglio 1996 a Yaoundé, nel corso della Conferenza dei Capi di Stato e di Governo dell'OUA.

Ma il progresso delle scienze non deve lasciare inattivi i nostri amici africani. Nel 1995 in Camerun, nel corso delle Giornate Internazionali di Bioetica, è stato discusso il *progetto di dichiarazione sul genoma umano dell'UNESCO*. I numerosi amendamenti, osservazioni e commenti furono apprezzati nel corso delle discussioni che seguirono nel Comitato Internazionale di Bioetica dell'Unesco.

Questa collaborazione nel campo della bioetica è un aspetto giuridico-scientifico ed umano particolarmente valido. In questo modo partecipiamo allo sviluppo di un settore di punta in biomedicina e in etica. Conduciamo le nostre azioni in collaborazione con tutte le confessioni africane: animisti, islamisti, protestanti e cattolici. Allo stesso modo invitiamo sempre gli esperti di tutte le discipline interessate. (La FIPC è in contatto con S.E. il Cardinale Francis Arinze, Presidente del Pontificio Consiglio per il Dialogo Interreligioso).

3. La formazione

La formazione degli scienziati, e dei farmacisti in particolare, è costosa. Inoltre, è lunga ed esige per coloro che vi si impegnano un allontanamento dal paese per diversi anni, il che li allontana molto spesso dalle loro radici e dallo sviluppo della loro regione.

Quando, provvisti dei loro diplomi, i nostri farmacisti rientrano nel paese d'origine, molto spesso sono occidentalizzati.

Questo sforzo per loro e questo sforzo finanziario per tutti, può essere meglio valorizzato attraverso una formazione sul posto. Non sarebbero più gli studenti a spostarsi, ma ci sarebbero dei *professori in visita* i quali resterebbero nel paese alcune settimane per insegnare, in attesa che ci siano dei locali competenti che un giorno possano prendere il loro posto.

Cerchiamo di sviluppare l'insegnamento della farmacia là dove ancora non esiste: ciò avverrà molto presto in Camerun, sulla base di una esperienza già realizzata in Rwanda. (A questo riguardo, la FIPC coopera con la Congregazione per l'Educazione Cattolica, presieduta da S.E. il Cardinale Pio Laghi).

Nell'attesa di realizzare questo progetto, le nostre Associazioni Nazionali finanziano già dei *mini-progetti*, spesso attivati da giovani confratelli. La lista dei paesi aiutati è lunga, e riguarda tutti i continenti: dalla Romania all'ex-Yugoslavia, dal Congo al Burkina Faso, dal Libano alla Palestina.

Con i nostri amici spagnoli, stiamo cominciando un progetto in America del Sud e nei Caraibi, per sviluppare i nostri già numerosi contatti.

Un mezzo per lo sviluppo sarà costituito dal *manifesto dei Farmacisti cattolici* che definisce l'esercizio della farmacia in una prospettiva indipendente, etica, solidale e che traccia, in funzione dei medicinali del futuro, delle linee di approccio per essere sempre servitori dei pazienti piuttosto che commercianti.

Più che mai, riteniamo che non possa esistere dispensazione di medicinali senza i farmacisti poiché, a motivo del suo curriculum scientifico, il *farmacista è lo spe-*



cialista del medicinale.

In un mondo in piena evoluzione, cominciamo a vedere dei farmacisti interessarsi (in quanto il loro curriculum glielo permette) all'alimentazione e all'ambiente, fattori molto importanti nell'igiene della vita e della salute.

La loro competenza ne fa anche un anello essenziale nella prevenzione delle malattie, e nell'educazione alla salute. Essi hanno un ruolo da svolgere nella lotta contro i moderni flagelli che sono le farmaci e le tossicomanie.

Nel suo ruolo di attore della salute pubblica, *il farmacista è un operatore di prima linea*: non è forse vero che decine di persone entrano ogni giorno da lui per chiedere un consiglio? Egli è un ope-

ratore sanitario promotore del medicinale del consiglio, un operatore che, secondo la gravità della malattia, può anche inviare il paziente dal medico o in un centro sanitario. *Il farmacista è un consigliere della salute, gratuito.*

Egli è anche un *operatore sanitario di ultima linea nella salute pubblica*: garantisce la qualità del medicinale che consegna, è l'ultima barriera di sicurezza del paziente in caso di errore di prescrizione, ed anche colui che indica l'uso appropriato del prodotto.

Noi sviluppiamo anche il concetto di *pharmaceutical care*, in cui il farmacista, in équipe sanitaria, rappresenta un elemento importante delle cure di primo intervento. Ciò vale soprattutto per le

cure legate all'invecchiamento delle popolazioni e allo sviluppo delle cure palliative.

Così per la FIPC la cooperazione internazionale in vista della solidarietà, si basa sia sullo sviluppo della competenza professionale dei suoi membri farmacisti, garanzia per i pazienti, che sul progresso dell'etica, base del rispetto dei diritti dell'uomo, sul senso del Buon Samaritano, sulla promozione dell'accessibilità alle cure e in particolare ai medicinali, sulla base della solidarietà reciproca, elemento essenziale per raggiungere l'obiettivo della salute per tutti.

Dr. ALAIN LEJEUNE
Farmacista d'Industria
Presidente della FIPC



HIROSHI NAKAJIMA

VII: L'Organizzazione Mondiale della Sanità

C'è un certo paradosso nel voler pianificare ed istituzionalizzare la solidarietà, in quanto quest'ultima sembra piuttosto un movimento del cuore, che scaturisce e trova forza in una dimensione relazionale personalizzata. Nel farne un'obbligo formale, nel volerla iscrivere come oggetto di una politica o di una struttura amministrativa, non significa forse irrigidirla, rischiare di denaturalizzarla, perfino di deviarla?

Il rischio esiste, certamente, ma è presente anche in una visione che si limiti alle sole virtù della spontaneità e della vicinanza. L'esigenza della solidarietà di cui abbiamo parlato questa mattina risponde ad un'etica della responsabilità che vuole andare oltre l'emozione, le solidarietà dei gruppi o gli intenti utilitaristici. Quest'etica definisce una responsabilità tra le persone, tra le nazioni e tra le generazioni, fondata sull'affermazione di una comunità di destino di tutti gli esseri umani, nell'ambito della loro stessa società, sull'insieme del pianeta e nel tempo della storia. È questa nozione di solidarietà, scoperta e radicata nelle singole relazioni umane ma estesa all'universo, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità cerca nello stesso tempo di diffondere e di mettere in pratica nel suo lavoro di cooperazione internazionale.

All'alba del ventunesimo secolo, in questo stadio dell'evoluzione, della nostra erudizione, delle nostre tecniche e delle nostre società, la salute mi appare come il campo forse ancora più rappresentativo dei progressi, delle speranze e delle contraddizioni del nostro mondo in evoluzione. Sono stati compiuti così dei progressi notevoli, ed altri

continuano ad essere realizzati nel campo delle scienze del mondo vivente, che si tratti di biologia molecolare e di genetica, di immunologia, di diagnostica per immagini o di tecniche chirurgiche. Le ricerche ed i miglioramenti si inseguono per quanto riguarda i medicinali, i vaccini, le attrezzi per la diagnostica ed altri prodotti biologici. Nelle neuroscienze ci sono stati progressi notevoli. La rivoluzione che si opera nei mezzi di comunicazione promette dei ritorni benefici importanti per l'educazione e la pratica in campo medico.

Ma ogni progresso potenziale comporta anche dei rischi potenziali. Le tecniche sono soltanto dei mezzi. L'uso che se ne fa implica delle scelte di civilizzazione che ci impegnano tutti. L'OMS è particolarmente attenta a questa dimensione etica e sociale dello sviluppo della scienza e della tecnica.

La cooperazione internazionale è essenziale per permettere la circolazione dell'informazione, il progresso cumulativo del sapere ed il dialogo interculturale sugli orientamenti di questo progresso. L'OMS è un luogo privilegiato per organizzare questi incontri e questi scambi. Ha un ruolo determinante nella favorizzazione dell'adeguamento della ricerca – fondamentale ed operativa – ai bisogni reali della salute pubblica. È nella posizione di far risalire le informazioni verso i laboratori, le università ed i centri decisionali politici. Di rincampo, essa deve vigilare affinché i risultati della ricerca vengano a conoscenza dei loro utilizzatori potenziali e trovino delle applicazioni pratiche.

La preoccupazione centrale dell'OMS, che costituisce la dina-

mica di tutto il suo operato da oltre cinquant'anni, è di far sì che tutti possano accedere alla sanità e principalmente alle cure sanitarie primarie ed ai medicinali essenziali.

In questo, offre un contenuto concreto alla Dichiarazione di Vienna (1993) sul diritto di ogni persona "a godere dei frutti del progresso scientifico e delle sue applicazioni", che essa auspica di sviluppare nell'interesse della pace e a beneficio dell'intera umanità.

L'OMS opera a contatto con i servizi sanitari nazionali dei 191 Stati Membri. Il principale insegnamento che possiamo trarre da questa esperienza diretta è la necessità di una cooperazione pluri-disciplinare e intersettoriale per assicurare la coerenza e l'efficacia degli interventi sanitari. Infatti la solidarietà è anche questo: una generosità di spirito, che sappia andar oltre i comparti intellettuali e le rivalità professionali per condividere le conoscenze e le competenze.

Dobbiamo, su precisi obiettivi che riguardano la salute, assumerci la responsabilità di altri settori come l'istruzione, l'abitazione, il lavoro, l'agricoltura, le assicurazioni. Ad esempio, la lotta contro le malattie infettive come la malaria, la febbre emorragica, il colera o la tubercolosi, passa per lo sviluppo delle infrastrutture sanitarie, ma anche per il risanamento dell'ambiente, l'educazione delle famiglie e degli scolari. Richiede un coordinamento tra le persone a livello nazionale, tra i laboratori di riferimento e le reti di sorveglianza epidemiologica internazionali, senza dimenticare le autorità di controllo della qualità dei prodotti farmaceu-

tici, o delle derrate alimentari, sul mercato nazionale e su quello internazionale. In altre parole, la semplicità apparente delle urgenze di base implica degli imperativi tecnici, logistici, economici ed umani spesso complessi. Oggi, per tutti i paesi, anche quelli industrializzati, la mondializzazione dei movimenti di beni, di idee, di capitali e di persone, fa della cooperazione internazionale una necessità. In questo contesto, anche la solidarietà deve organizzarsi per essere efficace.

Ma la cooperazione e la solidarietà devono mirare a incoraggiare l'autonomia e non ad instaurare la dipendenza. La nozione di rispetto acquisisce qui tutta la sua forza. Essa ispira la proposta dell'OMS a costruire nuove collaborazioni per la salute.

Ancorata in situazioni umane concrete, la cooperazione deve essere esercitata nel rispetto delle persone e delle culture, della loro libertà, delle loro conoscenze e delle loro capacità. Bisogna sostenere le dinamiche locali e non sostituirvisi.

L'emancipazione delle donne, il loro accesso ai servizi sanitari, ad una buona nutrizione e all'istruzione, è un fattore importante per lo sviluppo della salute della popolazione nel suo insieme.

In società de-strutturate dalle migrazioni, dai conflitti armati e dall'urbanizzazione accelerata, è essenziale consolidare o ricostruire solidarietà umane e sociali, al-

l'interno delle famiglie, tra le generazioni, tra i ricchi ed i poveri. Ciò è indispensabile per intervenire e prevenire in modo efficace i problemi della salute legati alla povertà, all'emarginazione, o a stili di vita e comportamenti individuali a rischio. Ma le solidarietà personali e di vicinanza non possono essere sufficienti. La sanità pubblica, come dice il nome stesso, impegna in primo luogo la responsabilità dei poteri pubblici che devono proteggerla e promuoverla, certamente con misure politiche, economiche e legislative.

In questo modo, le tossicomanie o la violenza chiedono delle risposte a livello medico, ma anche e soprattutto delle misure sociali di trattamento e di prevenzione. Allo stesso modo, anche le malattie legate a rischi professionali o ambientali obbligano ad una rivalutazione delle scelte industriali e tecnologiche in funzione dei loro costi umani e sanitari, da questa e dall'altra parte delle frontiere, forse anche per le future generazioni.

Infine, in questo secolo che sta per aprirsi, l'invecchiamento generalizzato della popolazione del pianeta darà alla solidarietà tra le generazioni una particolare importanza.

Più ancora che per i suoi progressi tecnici, la riuscita della nostra civiltà si vedrà nelle modalità di integrazione sociale che metterà in atto e nella qualità dei rapporti umani che saprà conservare per le persone anziane.

In numerose culture, il corpo fisico serve da metafora per significare il corpo sociale e politico, simbolizzare l'unicità nella diversità, e far percepire il carattere sia naturale che necessario della solidarietà. La politica dell'OMS sviluppa questa stessa logica di interdipendenza. Ma, al di là di una solidarietà di tipo organico, l'OMS basa la sua azione di cooperazione internazionale sull'affermazione dei valori, e anzitutto sull'uguaglianza nella dignità e nel diritto di tutti gli esseri umani e di tutti i popoli. È per questo che adottando, nel maggio 1998, una politica della salute attualizzata per tutti, per rispondere agli imperativi concreti del 21° secolo, riaffermeremo anche con gli Stati Membri il nostro attaccamento a quei valori fondamentali che sono l'equità, la solidarietà ed il rispetto, valori ai quali vogliamo dare nella nostra azione una portata universale.

Sappiamo che, come per il passato, questa azione e questi valori beneficeranno del sostegno infinitamente prezioso degli operatori sanitari delle circa ventidue mila istituzioni sanitarie della Chiesa cattolica, ripartite nel mondo intero e che operano in condizioni spesso difficili a fianco dei più poveri e dei più vulnerabili.

A tutti vada la mia gratitudine e quella dell'OMS.

Dottor HIROSHI NAKAJIMA
Direttore Generale
Organizzazione Mondiale della Sanità

