



DOLENTIUM HOMINUM

N. 40 – anno XIV – N. 1, 1999

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Atti della XIII Conferenza Internazionale

*promossa dal
Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
su*

La Chiesa e la Persona Anziana

29-30-31 ottobre 1998

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

DIREZIONE

S.E. MONS. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Direttore
S.E. MONS. 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
PALENCIA 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
FFORDE PROF. MATTHEW
GRASSER P. BERNARD, M.I.
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
- 6 **L'eutanasia è un'attentato alla vita
che nessuna autorità umana
può legittimare: la vita dell'innocente
è un bene indisponibile**
Discorso del Santo Padre

LA CHIESA E LA PERSONA ANZIANA
"NELLA VECCHIAIA DARANNO
ANCORA FRUTTI" SALMO 92,15



- 10 **Saluto e introduzione**
S.E. Mons. Javier Lozano
- 11 **L'anziano tra esperienza
e saggezza**
S.Em. Card. Fiorenzo Angelini
- 15 **Prolusione**
L'anziano nella Parola di Dio
S.Em. Card. Paul Poupard
- TAVOLA ROTONDA
REALTÀ DELL'ETÀ ANZIANA
NEL MONDO
- 22 **La fiamma e la luce**
S.E. Mons. Franc Rodè
- 23 **No all'isolamento
dell'anziano**
Sig.a Maria José Ritta Sampaio
- 24 **Prendersi cura dell'anziano**
Dott. Chi-Shean Chan
- 26 **La realtà della
vecchiaia nel mondo:
aspetti culturali**
Dott. Deodat Vwakyanakazi Mukohya
- 30 **L'invecchiamento
delle popolazioni mondiali:
implicazioni per
l'economia e la salute**
Dott. Christopher P. Howson

- 37 **Aspetti politici**
On. Rosy Bindi

SESSIONE POMERIDIANA

- 43 **Invecchiamento e problematiche
correlate**
Prof. Corrado Manni
- 45 **Biologia e patologia
dell'invecchiamento del cervello**
Senectus ipsa morbus est?
Prof. Pierluigi Gambetti

TAVOLA ROTONDA
SOCIETÀ ED INVECCHIAMENTO

- 50 **Epidemiologia dell'invecchiamento
patologico**
Dott.sa Stefania Maggi
- 54 **La psicosociologia
dell'invecchiamento**
Prof. Peter Walter Burvill
- 58 **Inequità sociali
e salute dell'anziano**
Prof. Pier Ugo Carbonin



- 61 **La Chiesa e la persona anziana:
aspetti teologico-pastorali**
S.Em. Card. Dionigi Tettamanzi
- TAVOLA ROTONDA
L'ANZIANO NELLA COMUNITÀ
ECCLESIALE
- 70 **L'anziano nella Chiesa locale**
P. Francisco Alvarez
- 76 **Gli anziani e la famiglia**
S.Em. Card. Alfonso Lopez Trujillo
- 79 **L'anziano in istituto**
Dott.sa Marie-Sylvie Richard Xavière
- 83 **Sacerdoti e religiosi
nell'età avanzata**
S.Em. Card. Darío Castrillón Hoyos

SESSIONE POMERIDIANA

- 85 **Risposta della Chiesa alla sfida etico-culturale della emarginazione della persona anziana**
P. Bonifacio Honings

- 86 **Gli anziani e il loro valore nella Chiesa**
Dott.sa Mary Healey-Sedutto

- 92 **La persona anziana di fronte alla morte**
Prof. Massimo Petrini

TAVOLA ROTONDA

L'ANZIANO NELLE DIVERSE RELIGIONI

- 102 **L'anziano nell'ebraismo**
S.E. Mons. Clemente Riva

- 105 **La dignità della persona anziana nel mondo musulmano**
P. Maurice Borrmans

- 107 **L'induismo e l'anziano**
Prof.sa Usha Mehta

- 110 **Come il buddismo vede gli anziani e quanto si fa nei loro confronti nella Repubblica Cinese**
Dott. Bhikku Hui-min

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal volume
"Gzhel, Ceramics 18th-19th centuries,
Ceramics 20th century"
Ed. Planeta, Mosca 1989.*



- 114 **L'anziano nella Dottrina sociale della Chiesa**
S.Em. Card. James Francis Stafford

TAVOLA ROTONDA

STRATEGIE PER UN CAMBIAMENTO SOCIO-CULTURALE

- 120 **La famiglia**
S.E. Mons. Angelo Scola

- 124 **Il ruolo della Chiesa**
S.Em. Card. Lucas Moreira Neves

- 126 **Educazione, scuola, cultura: il posto dell'anziano**
S.E. Mons. José Saraiva Martins

- 128 **Il ruolo della sanità**
*Prof. Gian Luigi Gigli
Dott.sa Adriana Rinaldi*

- 134 **Il punto di vista economico**
P. Joseph Joblin,

- 139 **L'invecchiamento della popolazione mondiale e le politiche per lo sviluppo**
S.E. Mons. Jean-Louis Tauran

- 143 **I mass-media**
S.E. Mons. John Foley

Avviso ai lettori

Il Santo Padre con lettera della Segreteria di Stato del 6 Novembre 1998, N. 438.535, ha disposto il cambiamento della denominazione del "Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari", che diviene:
"Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari"
"(Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute)".

“Nella vecchiaia daranno ancora frutti”

(Salmo 92, 15)



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

Beatissimo Padre,

dieci anni fa Vostra Santità si rivolgeva a questo Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari per illuminarci sul problema della *longevità e della qualità di vita*. Tra le altre cose, ci diceva come il cambiamento di mentalità avvenuto nella società attuale, cioè l'aver rifiutato il modello familiare patriarcale, avesse emarginato l'anziano, e ci esortava a *coinvolgere l'intero corpo sociale* affinché maturasse una nuova sensibilità nei confronti del problema degli anziani; Vostra Santità ci diceva che porsi al servizio della persona anziana significa rendersi benemeriti verso la vita di tutti, perché significa render possibile *il pieno esplicarsi delle potenzialità dell'uomo*. Ci esortava a rendere sempre più vera la parola del Salmo: "Nella vecchiaia daranno ancora frutti, saranno vegeti e rigogliosi, per annunciare quanto è retto il Signore" (91/92, 14-15)¹.

Seguendo le direttive di Vostra Santità, abbiamo realizzato la XIII Conferenza Internazionale sul tema: "Chiesa e Anziani", ponendo come sottotitolo la citazione del Salmo menzionata da Vostra Santità: "Nella vecchiaia daranno ancora frutti ...". Ci adopereremo per rendere cosciente l'intero corpo sociale della grande importanza che l'anziano riveste oggi nella nostra società secolarizzata.

Cominceremo la nostra Conferenza meditando la Parola di Dio sull'anziano, e con la sua luce, come recentemente ci ha insegnato Vostra Santità nella magnifica enciclica "Fides et Ratio", illumineremo lo studio scientifico e filosofico della realtà che og-

gi vive l'anziano, tanto nei suoi aspetti demografici, quanto in quelli culturali, economici e politici, senza trascurare i medici, i biologi, gli psicologi e gli operatori sociali. Tutta questa realtà sarà quindi esaminata nei suoi aspetti teologico-pastorali nella comunità ecclesiale, accentuando la famiglia, le istituzioni di assistenza, i sacerdoti e i religiosi anziani, i suoi valori e il suo confronto con la stessa morte. Cercheremo di ampliare poi questo aspetto ecclesiologicalo riflettendo sui contributi che le grandi religioni ci danno in materia: il Giudaismo, l'Islam, l'Induismo e il Buddismo. Giungeremo infine alle linee d'azione pastorale a partire dalla Dottrina Sociale della Chiesa, esigendo un cambiamento culturale che impegni l'intero corpo sociale e che accenti fortemente gli aspetti familiari, ecclesiali, educativi e scolastici, della salute, dell'economia, della politica e dei mezzi di comunicazione sociale.

Santo Padre, La ringraziamo di cuore per averci ricevuto, e con devozione ci poniamo all'ascolto della Sua Parola perché ci guidi e ci illumini definitivamente in questa tappa cruciale della vita, l'anzianità, che diventa sempre più ampia nel nostro mondo.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO B.

Arcivescovo-Vescovo em. di Zacatecas

Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

Nota

¹ Discorso del Santo Padre al Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, 10 novembre 1988.

DISCORSO DEL SANTO PADRE

L'eutanasia è un attentato alla vita che nessuna autorità umana può legittimare: la vita dell'innocente è un bene indisponibile

Signori Cardinali,

Venerabili Fratelli nell'Episcopato e nel Sacerdozio,

Illustri Signori e gentili Signore!

1. Con piacere do il mio benvenuto a tutti voi che partecipate alla Conferenza Internazionale,

che il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha organizzato su di un tema che costituisce uno degli aspetti tradizionali della preoccupazione pastorale della Chiesa. Esprimo il mio apprezzamento a quanti tra voi dedicano il loro lavoro alle complesse problematiche che coinvolgono la componente anziana della società,

una componente sempre più numerosa in tutte le società del mondo.

Ringrazio Mons. Javier Lozano Barragán per le nobili parole con cui ha interpretato i comuni sentimenti. La vostra Conferenza ha inteso affrontare il problema con quel rispetto per l'anziano che riluce nella Sacra Scrittura quando ci pone davanti agli occhi Abramo e Sara (*Gen* 17, 15-22), descrive l'accoglienza fatta a Gesù da Simeone e Anna (*Lc* 2, 23-38), chiama i sacerdoti col nome di anziani (*At* 14, 23; *1 Tm* 4, 14; 5, 17, 19; *Tt* 1, 5; *1 Pt* 5, 1), sintetizza l'omaggio di tutta la creazione nell'adorazione di ventiquattro seniori (*Ap* 4, 4) e designa infine Dio stesso come «il vegliardo» (*Dn* 7, 9-22).

Riaffermare con autorevolezza il Vangelo della vita

2. Il vostro percorso di studio sottolinea la grandezza e la preziosità della vita umana, il cui valore si conserva in ogni età ed in ogni condizione. Viene così riaffermato con autorevolezza quel Vangelo della vita che la Chiesa, scrutando assiduamente il mistero della Redenzione, accoglie con sempre rinnovato stupore e si sente chiamata ad annunciare agli uomini di tutti i tempi (cfr. *Evangelium vitae*, 2).

La conferenza non si è dedicata solo agli aspetti demografici e medico-psicologici della persona anziana, ma ha anche cercato di approfondire il discorso fissando lo sguardo su quanto la Rivelazione presenta al riguardo, confrontandolo con la realtà che viviamo. Anche l'opera della Chiesa lungo il corso dei secoli è stata messa in luce in maniera storico-dinamica, con utili e doverose proposte di aggiornamento di tutte le iniziative assistenziali, in collaborazione responsabile con le autorità civili.

La terza stagione del mistero dell'esistenza

3. L'anzianità è la terza stagione dell'esistenza: la vita che nasce, la vita che cresce, la vita che tramonta sono tre momenti del mistero dell'esistenza, di quella vita umana che «proviene da Dio, è suo dono, sua immagine e impronta, partecipazione del suo soffio vitale» (*Evangelium vitae*, 39).

L'Antico Testamento promette agli uomini lunga vita come premio per l'adempimento della legge di Dio: «Il timore del Signore prolunga i giorni» (*Pr* 10, 27). Era convinzione comune che il prolungamento della vita fisica fino alla «felice canizie» (*Gen* 25, 8), quando l'uomo poteva mo-

rire «sazio di giorni» (*Gen* 25, 8), doveva considerarsi una prova di particolare benevolenza da parte di Dio. Occorre riscoprire anche questo valore in una società che molte volte sembra parlare dell'età anziana solo in termini di problema.

Prestare attenzione alla complessità delle problematiche che connotano il mondo della persona anziana significa, per la Chiesa, scrutare un «segno del tempo» ed interpretarlo alla luce del Vangelo. Così, in modo adatto a ciascuna generazione, essa risponde ai perenni interrogativi degli uomini sul senso della vita presente e futura e sul loro reciproco rapporto (cfr. *Gaudium et spes*, 4).

Riprogettare la società e ridiscuterne la struttura economica

4. I nostri tempi si caratterizzano per un *aumento nella durata della vita* che, unendosi al declino della fertilità, ha condotto ad un notevole invecchiamento della popolazione mondiale.

Per la prima volta nella storia dell'uomo, la società si trova di fronte ad un profondo sovvertimento della struttura della popolazione, così da essere obbligata a modificare le sue strategie assistenziali, con ripercussioni a tutti i livelli. Si tratta di riprogettare la società e di ridiscuterne la struttura economica, come pure la visione del ciclo della vita e delle interazioni fra generazioni. È una vera sfida posta alla società, la quale si rivela giusta nella misura in cui risponde ai bisogni assistenziali di tutti i suoi membri: il suo grado di civiltà è proporzionale alla protezione dei componenti più deboli del tessuto sociale.

Famiglia-anziani: un rapporto di dare e ricevere

5. A questa opera deve essere chiamata a partecipare anche la persona anziana, molte volte considerata solo destinataria di interventi assistenziali; la popolazione anziana può raggiungere con gli anni una maggiore maturità come intelligenza, come equilibrio e saggezza. Per questo il Siracide ammonisce: «Frequenta le riunioni degli anziani; qualcuno è saggio? Unisciti a lui» (*Sir* 6, 34); ed ancora: «Non trascurare i discorsi dei vecchi, perché anch'essi hanno imparato dai loro padri; da essi imparerai l'accorgimento e come rispondere a tempo opportuno» (*Sir* 8, 9). Ne deriva che la persona anziana non è da considerare solo oggetto di attenzione, vicinanza e servizio. Anch'essa ha un prezioso contributo da offrire alla vita. Grazie al ricco patrimonio di esperienze acquisito lungo gli anni, può e deve essere dispensatrice di

sapienza, testimone di speranza e di carità (cfr. *Evangelium vitae*, 94).

Il rapporto famiglia-anziani deve essere visto come un rapporto di dare e ricevere. Anche l'anziano dà: non può essere ignorata l'esperienza maturata negli anni. Se questa, come può succedere, è fuori sintonia con i tempi che cambiano, c'è tutto un vissuto che può diventare fonte di numerose indicazioni per i familiari, costituendo la continuazione dello spirito di gruppo, delle tradizioni, delle scelte professionali, delle fedeltà religiose, ecc. Conosciamo tutti i rapporti privilegiati che esistono tra gli anziani e i bambini. Ma anche gli adulti, se sanno creare attorno agli anziani un clima di considerazione e di affetto, possono attingere da loro saggezza e discernimento per compiere scelte prudenti.

Elaborare strategie assistenziali che considerino in primo luogo la dignità degli anziani

6. È in questa prospettiva che la società deve *riscoprire la solidarietà fra le generazioni*: deve riscoprire il senso e il significato dell'età anziana in una cultura troppo dominata dal mito della produttività e dell'efficienza fisica. Dobbiamo permettere all'anziano di vivere con sicurezza e dignità e la sua famiglia deve essere aiutata anche in termini economici, per continuare a costituire il luogo naturale dei rapporti intergenerazionali.

Ulteriori osservazioni devono essere fatte anche per quell'assistenza socio-sanitaria e riabilitativa, che molte volte può rendersi necessaria. I progressi nelle tecnologie a servizio della salute allungano la vita, ma non necessariamente ne migliorano la qualità. Occorre elaborare strategie assistenziali che considerino in primo luogo la dignità della persona anziana e la aiutino, per quanto possibile, a conservare un senso di autostima affinché non avvenga che, sentendosi un peso inutile, arrivi a desiderare e a chiedere la morte (cfr. *Evangelium vitae*, 94).

«Faccio oggi appello alla sensibilità delle famiglie...»

7. La Chiesa, chiamata a gesti profetici nella società, difende la vita dai suoi primi albori fino alla sua conclusione nella morte. Soprattutto per quest'ultima fase, che spesso si prolunga per mesi ed anni e crea problemi molto gravi, faccio oggi appello alla sensibilità delle famiglie, perché sappiano accompagnare i loro cari fino al termine del pellegrinaggio terreno. Come non ricordare le

accurate parole della Scrittura: «Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia, non contristarla durante la sua vita. Anche se perdesse il senno, compatiscilo e non disprezzarlo, mentre sei nel pieno vigore. Poiché la pietà verso il padre non sarà dimenticata. [...] Nel giorno della tua tribolazione Dio si ricorderà di te...» (*Sir* 3, 12-15).

«Alzo ancora una volta la voce contro tutte le pratiche di abbreviamento della vita»

8. Il rispetto che dobbiamo all'anziano mi obbliga ad alzare ancora una volta la voce *contro tutte quelle pratiche di abbreviamento della vita* che vanno sotto il nome di *eutanasia*.

Di fronte ad una mentalità secolarizzata che non ha rispetto della vita specialmente quando essa è debole, dobbiamo sottolineare che essa è un dono di Dio alla cui salvaguardia siamo tutti impegnati. Questo dovere tocca, in particolare, gli operatori sanitari, la cui specifica missione è di farsi «ministri della vita» in tutte le sue fasi, specialmente in quelle segnate dalla debolezza e dalla malattia.

«La tentazione dell'eutanasia appare come uno dei sintomi più allarmanti della “cultura della morte” che avanza soprattutto nella società del benessere» (cfr. *Evangelium vitae*, 64).

L'eutanasia è un attentato alla vita che nessuna autorità umana può legittimare, essendo la vita dell'innocente un bene indisponibile.

La gioia più serena: caratteristica degli anziani

9. Rivolgendomi ora a tutte le persone anziane del mondo, vorrei dire loro: carissimi fratelli e sorelle, non perdetevi d'animo: la vita non termina qui, sulla terra; essa anzi ha qui soltanto il suo inizio. Dobbiamo essere testimoni della risurrezione! La gioia deve essere la caratteristica della persona anziana; una gioia serena, perché i tempi maturano e si approssima la ricompensa che il Signore Gesù ha preparato al suo servo fedele. Come non pensare alle toccanti parole dell'apostolo Paolo, «Ho combattuto la buona battaglia, ho terminato la mia corsa, ho conservato la fede. Ora mi resta solo la corona di giustizia che il Signore, giusto giudice, mi consegnerà in quel giorno; e non solo a me, ma anche a tutti coloro che attendono con amore la sua manifestazione (2 *Tim* 4, 7-8).

Con questi sentimenti imparto a voi qui presenti, ai vostri cari, e soprattutto alle persone anziane, un'affettuosa Benedizione.

La Chiesa e la Persona Anziana



***“Nella vecchiaia
daranno ancora frutti”
Salmo 92, 15***

JAVIER LOZANO



Saluto e introduzione

Dieci anni fa, all'inizio del mese di novembre 1988, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari organizzò una Conferenza Internazionale molto importante sul tema "Longevità e qualità di vita", ove vennero trattati argomenti simili a quelli che verranno svolti nel corso di questa XIII Conferenza Internazionale su "La Chiesa e gli Anziani". Il presente incontro desidera collocarsi sulle orme di quello che l'ha preceduto, cercando di compiere un passo in avanti. Nel messaggio ai partecipanti alla Conferenza del 1988, il Santo Padre si lamentava del fatto che, avendo abbandonato il modello familiare patriarcale, l'anziano sia stato relegato in un posto non appropriato e suggeriva una serie di misure per recuperare la qualità di vita in questa tappa dell'esistenza umana. Desideriamo seguire queste indicazioni e rivendicare per l'anziano il posto che gli compete nell'attuale società in cambiamento di fine millennio.

Una strada che ci aiuti a trovare il posto che compete all'anziano nella società attuale può venire dalla considerazione della spiritualità della Terza Età. La società globalizzata, nel suo contesto di efficientismo razionalistico, si è stancata della vacuità di senso e cerca, seguendo innumerevoli strade, di uscire dall'assoggettamento in cui è stata ridotta dal tecnicismo. Per questo motivo, da ogni parte si va in cerca della spiritualità come un progetto unitario di vita, frutto di solide convinzioni ed aspirazioni. Qui possiamo collocare il tema dell'anziano come realizzazione pratica di un vero e reale progetto unitario di vita, frutto di queste stesse convinzioni ed

aspirazioni. Non si tratta soltanto di un progetto, bensì di una realizzazione: l'anziano ha già scritto in gran parte il progetto della sua vita e ora lo sta terminando. Da questa pienezza l'anziano ha un grande apporto da dare alla società attuale, un apporto pieno di forza e significato.

Bisogna recuperare la Saggezza, questa conoscenza complessiva, frutto di tutte le altre conoscenze, che, partendo dalla Rivelazione e dall'esperienza e passando per tutte le tappe d'elaborazione della conoscenza, torna alla stessa esperienza vitale e le dà un significato profondo.

La parola saggia dell'anziano, il suo contributo alla società attuale, consiste nell'esprimere la maniera con cui si realizza la spiritualità e si esce dall'assoggettamento materialistico per respirare in un'esistenza autentica. È il capitolo gioioso che conclude la vita, dove la speranza supera con forza il ri-

cordo del passato e si apre come orizzonte luminoso per tutta l'umanità, non solo nella mera sistematicità di una dottrina, bensì nella complessità di una vita che raggiunge il suo apice.

Le Nazioni Unite dedicheranno il 1999 all'anziano; noi lo preannunciamo illuminando la figura dell'anziano con la luce della Rivelazione. Siamo nell'anno dello Spirito Santo, che ci illumina e ci unisce nella sua Chiesa. Grazie a questa luce iniziamo il nostro cammino e inquadrando il nostro studio sull'anziano nella comunione ecclesiale. Da questa prospettiva, la risposta al mondo attuale è come offriamo la spiritualità dell'anziano; in questo modo si disegna, a partire dallo Spirito, il suo progetto e la realizzazione unitaria di vita; così si culmina in questa tappa vitale di raccolto di tutta l'esistenza, ciò che è la vita, e si forniscono all'uomo di oggi nuovi orizzonti per dotare di senso ed unità la globalizzazione in cui siamo immersi.

Per questo la nostra Conferenza Internazionale sarà divisa in quattro grandi parti: nella prima, esamineremo il modello di anziano secondo il piano rivelatoci da Dio; nella seconda paragoneremo scientificamente e filosoficamente la realtà dell'anziano nella nostra società mondiale con questo modello; la terza parte cercherà di prendere questa stessa realtà e attraversarla con la luce dello Spirito e della Rivelazione per poterla leggere con la saggezza che l'età anziana rappresenta; infine delineremo delle linee d'azione pastorale per integrare meglio l'anziano nella comunione ecclesiale.

I metodi saranno diversi; segui-



remo fondamentalmente tre forme di lavoro: ci sarà una serie di interventi magistrali, un'altra di tavole rotonde, e un'altra ancora di forum per l'intervento libero dell'intera assemblea.

Il nostro Pontificio Consiglio è stato istituito da Giovanni Paolo II per presentare la sollecitudine della Chiesa nei riguardi dei malati adeguando l'apostolato di misericordia degli operatori sanitari alle nuove esigenze in continuo cambiamento; speriamo che, illumina-

ti dai lavori della nostra Conferenza, potremo aiutare ad adeguare maggiormente l'apostolato della misericordia degli operatori pastorali alla missione che devono svolgere nei riguardi di questa tappa privilegiata della vita che è la vecchiaia.

Non mi resta altro che ringraziarvi per la vostra presenza. Ringrazio in particolar modo gli oratori e i moderatori, che con tanta generosità e riconosciuta competenza hanno accettato di svolgere i di-

versi temi e i lavori loro affidati.

Passo ora la parola al Cardinale Fiorenzo Angelini, Presidente emerito di questo Dicastero, il quale rivolgerà un saluto ai presenti inaugurando così questa XIII Conferenza Internazionale sulla Chiesa e la Persona Anziana.

S.E. MONS. JAVIER LOZANO
BARRAGAN

Arcivescovo-Vescovo em. di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

FIorenzo ANGELINI

L'anziano tra esperienza e saggezza

Nel discorso in chiusura della III Conferenza Internazionale dedicata, nel 1988, al tema "Longevità e qualità della vita", il Santo Padre Giovanni Paolo II ricordò che «lo stretto rapporto giustamente posto tra longevità e qualità della vita conferma che non si può considerare un'autentica conquista l'aumento percentuale dell'aspettativa di vita, se la sua qualità non procede di pari passo»¹.

Nella letteratura religiosa e non religiosa di ogni tempo – dalle massime sublimi della Bibbia sugli anziani al *Cato maior De senectute* di Cicerone, dall'*Elogio della vecchiaia*² di Paolo Mantegazza alla *Conquista della felicità* di Bertrand Russell (1872-1970)³ ed alla recentissima opera sull'argomento del Premio Nobel Rita Levi Montalcini⁴ –, non si contano gli elogi di un'età avanzata serena e laboriosa.

Si sottolineano, degli anziani, le virtù della saggezza e della prudenza, la forza aggregatrice dei nuclei familiari, la garanzia di maggiore equilibrio nella vita della comunità sociale, l'importanza dell'esempio e dell'esperienza.

Restano, tuttavia, quanto mai diffuse anche l'opinione e la sensazione, che Simone de Beauvoir nel saggio su *La terza età*, descrive con queste parole: «L'immensa maggioranza degli uomini accoglie

la vecchiaia con tristezza o con ribellione; essa ispira ripugnanza più della morte stessa»⁵. E Norberto Bobbio, molto recentemente ha scritto: «Il tempo del vecchio... è il tempo del passato. Mentre il mondo del futuro è aperto all'immaginazione, e non ti appartiene più, il mondo del passato è quello in cui attraverso la rimembranza ti rifugi in te stesso... Il vecchio vive di ricordi per i ricordi...»⁶.

Quella che Giacomo Leopardi indicava come la "detestata soglia", per la maggior parte degli esseri umani non lo è soltanto perché

si affaccia sulla realtà della fine dell'esistenza terrena e sul mistero della vita ultraterrena, ma perché parallelamente all'estendersi quantitativamente della terza età assistiamo al fenomeno di crescenti dimensioni dell'emarginazione della persona anziana.

Illustri relatori parleranno, nel corso di questa Conferenza, dell'insegnamento e della prassi della Chiesa, nel corso di tutta la sua storia, nei confronti dell'età avanzata.

Venerazione e prestigio della persona anziana hanno sempre coinciso, nella Chiesa con l'assunzione delle più alte e gravi responsabilità nel presupposto biblico secondo il quale «la vita dell'uomo è come la luce dell'alba che va rischiarendosi fino a pieno giorno».

Due fenomeni, tuttavia, caratterizzano, mi sembra, in maniera accentuata il nostro tempo: *sul piano soggettivo e individuale*, la crisi dei valori e, in primo luogo, di una fede viva e coerente e del valore altissimo della famiglia, ha reso più dolorosa la solitudine e il senso di smarrimento delle persone anziane; in secondo luogo, *sul piano sociale*, il subentro delle strutture assistenziali pubbliche alla plurisecolare opera di supplenza della Chiesa, ha condannato masse crescenti di anziani all'emarginazione e all'abbandono. Si è parlato, e giu-



stamente, di *Eutanasia da abbandono*⁷ e tutti sappiamo quante cosiddette case di riposo altro non siano che anticamere di un imminente trapasso.

In questo quadro si colloca la singolare tendenza a guardare alle persone anziane che, per esempio, in Italia, si avviano a sfiorare una percentuale della popolazione che ormai supera numericamente la popolazione attiva, come ad un insieme omogeneo genericamente e falsamente qualificato come popolazione non-attiva.

Questo duplice fenomeno sta assumendo aspetti che pongono gravi e indifferibili problemi non soltanto sociali, ma di natura strettamente etica.

La mente non invecchia

Si ritiene che soltanto alla specie umana sia riservata la consapevolezza della morte, o meglio della fine ineluttabile dell'esistenza.

A questa consapevolezza ancestrale è subentrata nel nostro tempo l'angoscia di far fronte agli aspetti negativi dell'età molto avanzata.

Ritengo di poter sottoscrivere integralmente la conclusione di Rita Levi Montalcini quando sostiene che il vero antidoto ad una visione negativa della vecchiaia è la consapevolezza delle formidabili capacità cerebrali in nostro possesso, il cui esercizio non le logora, ma le rafforza facendo risplendere qualità rimaste inesprese nel vorticoso attivismo della fasi di vita precedenti⁸.

La tesi aristotelica e tomistica secondo la quale la trasmissione e la partecipazione del patrimonio intellettuale e spirituale in nostro possesso non ci priva di esso né lo riduce, bensì l'arricchisce ulteriormente, ha una indiscutibile base scientifica essendo acquisito che l'attività del nostro cervello perdura e si prolunga nel tempo nella misura in cui viene esercitata.

Tale presupposto fondamentale, tuttavia, non è sufficiente né a spiegare il perché di tante straordinarie conquiste nel campo del pensiero, dell'arte, dell'impegno sociale e umanitario compiuto da persone che avevano raggiunto un'età avanzata, né a dare a quanti vivono questa fase della vita l'impulso a

valorizzarla nei confronti di se stessi e degli altri.

Ripeto, questo presupposto non è sufficiente, ma è indispensabile, tanto più che le risorse di vario genere di cui dispongono le persone in età avanzata sono valorizzabili anche in coloro che, contestualmente o per causa dell'età, soffrono di infermità fisiche.

Ho sempre sostenuto, cercando anche di esserne promotore sul piano della consapevolezza, che nella pastorale sanitaria, come forse in nessun altro campo, l'apporto della scienza e quello della fede non soltanto si incontrano, ma si saldano.

Pochi aspetti della pastorale trovano agganci razionali e scientifici quanto la pastorale sanitaria.

Ecco perché, se la scienza ci assicura della possibilità di valorizzare fortemente, nell'età avanzata, le nostre capacità cerebrali, è compito della pastorale sanitaria colmare la domanda di significato che scaturisce da questa esigenza con risposte adeguate sul piano della evangelizzazione di se stessi e degli altri. Dico evangelizzazione, comprendendo nel termine la somma dei valori umani e spirituali.

Il Santo Padre insiste sulla necessità e l'urgenza di una nuova evangelizzazione: nuova, ovviamente, non nei contenuti, ma nel metodo, nell'ardore e nelle sue espressioni.

La pastorale sanitaria che ha il suo codice fondamentale nella celebrazione del Vangelo della vita, deve guardare alla vita dal suo concepimento al suo naturale tramonto.

È necessario ed urgente, dunque, guardare al numero crescente di persone anziane come ad un campo particolarmente bisognoso di recuperare o di scoprire motivazioni forti e capaci di renderle presenti nella vita sociale ed in quella della comunità ecclesiale, come peraltro indicato da un importante, ma forse piuttosto dimenticato documento della Conferenza Episcopale Italiana su *Evangelizzazione e cultura della vita umana*. In esso, infatti, si legge: «Riscopriamo e valorizziamo innanzitutto il potenziale di saggezza, di esperienza e di sensibilità umane e spirituali che l'anziano porta con sé. Quanto meraviglioso sarebbe che l'anziano stesso riconoscesse per primo e comuni-

casce agli altri i doni che sono maturati dentro di lui nella sua lunga vita e che la società e la Chiesa stessa sapessero meglio giovare dei molteplici contributi anche operativi, che tanti anziani possono dare»⁹.

Sappiamo tutti che assai spesso l'esperienza altro non è che la memoria degli errori compiuti e certamente per questo la Bibbia invita tutti a varcare la soglia di casa della persona anziana fino a logorarla¹⁰.

Tralasciare di valorizzare questo patrimonio o limitarsi a consultarlo presso i pochi che lo hanno affidato ai loro scritti allarga il divario generazionale e accresce lo smarrimento delle giovani generazioni.

Senza dubbio la generazione anziana ha un forte debito nei confronti delle giovani generazioni: quello di assicurare loro l'eredità del patrimonio che è indispensabile per il cammino in avanti della civiltà. E se la società e la Chiesa devono rendere possibile questa trasmissione, è compito delle persone in età avanzata essere consapevoli della loro ricchezza ed adoperarsi per consegnarla ai costruttori del futuro.

Ambiguità del concetto di assistenza

L'insistenza, sia da parte delle strutture pubbliche sia talvolta anche da parte di quelle ecclesiali, nel guardare agli anziani limitandosi a quelli infermi e non autosufficienti, ha portato a dimenticare che è molto più alto il numero di anziani dei quali deve essere riscoperta e adeguatamente valorizzata la capacità attiva ed operativa.

Troppo spesso, la fine di un lavoro per raggiunti limiti di età diventa la fine di ogni forma di lavoro, mentre ad ogni età può e deve corrispondere una funzione specifica che l'esperienza e la saggezza acquisite rendono capaci di assolvere nella maniera migliore.

Prevale, invece, a mio giudizio, un concetto di assistenza assai spesso ambiguo sia perché ridotto sia perché dettato dal luogo comune che la terza età, per essere l'ultima delle fasi della vita, sia da collocare sul viale del tramonto. E questo in un tempo in cui la terza

età sta diventando la più lunga dell'età della vita.

Il dato cronologico, quindi, non basta a definire qualitativamente l'età dell'uomo; questa deve essere considerata in modo distinto sia sotto il profilo biologico che dal punto di vista psicologico, mentale e sociale.

A parte il fatto che tutti, in una forma o nell'altra, abbisognano di assistenza, io credo che sia giunto il tempo in cui gli stessi anziani che godono di buona salute e che sono in grado di svolgere una intensa e feconda attività diventino portavoce dei loro coetanei che hanno bisogno di un'assistenza qualificata in quanto affetti da gravi patologie che li rendono non autosufficienti.

È prevedibile che nel futuro prossimo andranno via via attenuandosi molte delle ragioni psicofisiche che possono, per quanto attiene particolarmente agli anziani, concorrere ad inasprire l'urto con le più giovani età della vita.

Tutti gli aspetti sia della terza che della prima e della seconda età costituiscono, in definitiva, una proiezione unica di molteplici esigenze, ognuna delle quali non può essere considerata come avulsa dal quadro di insieme della vita associata, perché strettamente connessa alle altre e da queste reciprocamente condizionata.

Ne deriva che le persone anziane hanno bisogno dell'assistenza dei singoli e della società in maniera preminente perché assumano in se stesse molte situazioni che sono proprie anche della prima e della seconda età. Ogni essere umano è potenzialmente destinato a raggiungere l'età avanzata ed il progresso della scienza non può da una parte spingere a considerare giustamente una conquista l'aver elevato la prospettiva di vita del genere umano e poi guardare all'aumento verticale del numero degli anziani come ad una minaccia.

Pertanto, la interconnessione tra le diverse fasi della vita, presenta naturalmente una somma di quesiti che non possono avere soluzioni rapide e totali, ma che richiedono una valutazione comparativa in ordine soprattutto alle priorità per una azione coordinata e progressiva.

In altre parole, un numero cre-

scente di anziani è oggi chiamato ad essere protagonista a tutti i livelli della vita sociale. Insisto nel dire a tutti i livelli, poiché la valorizzazione di pochi anche a livelli altissimi, sembra essere considerata una doverosa e scontata eccezione che mette in ombra i moltissimi che hanno una loro parola da dire e precisi compiti che possono egregiamente assolvere.

Quando le persone anziane pienamente efficienti erano pochissime, la vecchiaia esprimeva una condizione di privilegio in quanto era rara.

Oggi essa è un privilegio offerto a tutta la comunità sociale. Ecco perché anche la nozione di assistenza deve abbracciare tutte le componenti per una esistenza pienamente realizzata.

Senza una valorizzazione piena degli anziani attivi ed operativi non si avrà un'idonea assistenza di coloro che hanno bisogno di molte cure e che sono affetti da patologie che li condannano alla emarginazione.

La Chiesa, soprattutto attraverso gli organismi ed i molteplici strumenti della pastorale sanitaria – che è destinata esclusivamente agli infermi – è oggi chiamata ad intensificare la sua presenza nel mondo degli anziani, allargando il concetto di assistenza a tutte quelle forme di solidarietà che per essere autentiche espressioni di carità, devono risolvere un problema primario di giustizia.

John Glenn, a 77 anni nello spazio

In tutto ciò che si è detto e scritto sul fatto che John Glenn, dopo 36 anni dalla sua missione nello spazio (1962), ha chiesto e ottenuto di tornarci nuovamente, colpiscono due cose che direi contrapposte:

a) la prima è l'insistenza sul carattere pubblicitario dell'iniziativa che trascurerebbe di considerare i rischi dell'impresa dell'anziano astronauta;

b) la seconda è l'accento con cui si è voluto sottolineare che la scelta di John Glenn sarebbe tutta americana e male si concilierebbe con l'immagine di una vecchiaia tranquilla, saggia, prudente e serena.

Mi pare siano stati trascurati o soltanto accennati sottovoce due elementi: la differenza di fondo tra il coraggio e la temerarietà; in secondo luogo che, ridotta all'osso, la decisione di John Glenn è un inno alla vita.

La temerarietà è incoscienza del rischio e del pericolo; il coraggio vero, invece, è confronto responsabile ed equilibrato con il rischio e il pericolo.

La scelta di John Glenn è invece un inno alla vita la quale, nella vecchiaia, è chiamata a valorizzare al massimo tutte le sue risorse. E questo si è confermato vero in moltissimi casi e nei più svariati campi della ricerca, della scienza, dell'arte, della letteratura. Lo dice anche la Bibbia, applicando la massima a chi, nella vita, si è veramente realizzato: «La via del giusto è come la luce dell'alba che va rischiarendosi fino a pieno giorno» (Prov. 4, 18).

L'impresa di John Glenn è un inno alla vita perché si trasformerà in un grande contributo alla scienza, particolarmente nell'approfondimento delle conoscenze relative alla terza età divenuta ormai la più lunga delle età della vita la quale, quando è vissuta in pienezza, non ha età.

È poi singolare che proprio nelle società sviluppate ci si batta per l'eutanasia, si trascurino sovente i diritti degli anziani, si pratichi un'eutanasia sommersa in tante case di riposo e poi ci si appelli a pseudo-umanitarismo nei confronti dei rischi che correrebbe nello spazio John Glenn. Il rischio è inseparabile dalle azioni umane le quali, quanto più sono nobili tanto più possono comportare rischi.

Che dire poi dei rischi temerari e mortali incoraggiati dalla mentalità prevalente che spinge giovani e non giovani a rischiare quotidianamente la vita senza alcuna ragione o per motivi del tutto futili e illusori!

Vorrei aggiungere un'osservazione. In un tempo come il nostro in cui così poco spazio viene riservato allo stupore, alla meraviglia, all'ammirazione per le cose che veramente contano, l'impresa di John Glenn ha tutto il fascino delle grandi imprese. L'astronauta – e lo aveva già fatto nel 1962 – ha certa-

mente messo in conto che la sua impresa potrebbe costargli la vita. Se a muoverlo saranno veramente le motivazioni di cui dicevo, egli andrà comunque incontro alla vita.

Non mancò, tra i primi astronauti dello spazio, chi non esitò ad affermare che nell'atmosfera non aveva incontrato Dio. Non si incontra Dio nello spazio, se non si incontra anche su questa terra. Accettando tutti i rischi della sua impresa, John Glenn non avrà bisogno di cercare Dio, sarà Dio, datore di ogni vita, ad andare incontro a lui.

S. Em.Card. FIORENZO ANGELINI
Presidente emerito
del Pontificio Consiglio della Pastorale
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

Note

¹ «Lo stretto rapporto giustamente posto tra *longevità* e *qualità della vita* lascia intendere che dovrebbe considerarsi una inadeguata conquista l'aumento percentuale dell'aspettativa di vita, se la qualità dell'esistenza non procedesse di pari passo». *III Conferenza Internazionale* (Roma, 8-10 novembre 1988): in "Dolentium hominum. Chiesa e salute nel mondo" 4 (1989), n. 1, p. 8.

² PAOLO MANTEGAZZA, *Elogio della vecchiaia*, Milano, Treves, 1895.

³ BERTRAND RUSSELL, *La conquista della felicità*, trad. ital. Milano, Longanesi, 1947.

⁴ RITA LEVI MONTALCINI, *L'asso nella manica a brandelli*, Milano, Baldini e Castoldi, 1998.

⁵ SIMONE DE BEAUVOIR, *La terza età*, trad. ital. Torino, Einaudi, 1970, p. 494.

⁶ NORBERTO BOBBIO, *De senectute e altri scritti autobiografici*, Torino, Einaudi, 1996, p. 41.

⁷ AUTORI VARI, *Eutanasia da abbandono*, in "Quaderni di promozione sociale", diretti da Mario Torello, Torino, 1988.

⁸ «Alla consapevolezza della morte, che ri-

sale a centinaia di migliaia di anni fa, è seguita in periodi recenti l'angoscia di far fronte agli aspetti negativi della vecchiaia. Il sistema sociale attuale tende a esaltare il profitto, la produzione, l'efficienza e chi, come l'anziano, non è in grado di *produrre* diventa automaticamente superfluo, inutile, addirittura un peso per la stessa società. È l'uomo di questa civiltà che ha creato la vecchiaia. A tale creazione in negativo esiste un antidoto: essere consapevoli delle formidabili capacità cerebrali in nostro possesso. L'uso continuo di queste capacità, a differenza di quanto è la regola per tutti gli altri organi, non ne provoca il logorio. Paradossalmente ne rafforza e ne fa risplendere qualità rimaste inesprese nel vortice delle attività esplicate nelle fasi precedenti del percorso vitale». *Op. cit.*, p. 150.

⁹ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Evangelizzazione e cultura della vita umana*. Documento pastorale (8 dicembre 1989). In *L'Osservatore Romano*, 24 gennaio 1990, Supplemento, pp. I-XII.

¹⁰ *Siracide* 6, 34-36: "Stai in compagnia di uomini maturi, e se fra di loro vedi un sapiente, unisciti a lui... Se trovi un saggio vai da lui, e il tuo piede logori la soglia di casa sua".



PROLUSIONE

PAUL POUPARD

L'anziano nella Parola di Dio

“Onora la persona del vecchio e temi il tuo Dio. Io sono il Signore” (Lv 19,32)

Dal Vecchio al Nuovo Testamento meditati nella Chiesa, l'anziano appare portatore di un ricco patrimonio d'esperienza acquisita nel corso degli anni, che gli permette di “essere dispensatore di sapienza, testimone di speranza e di carità”, per riprendere le parole di Giovanni Paolo II nell'enciclica *Evangelium Vitae* (n. 94). Il mio intervento si articolerà attorno a tre punti.

1. L'anziano, ricco di saggezza e d'esperienza, testimone della propria fede

Agli antipodi della nostra cultura post-moderna, *la Scrittura presenta l'anziano in modo specifico*: la longevità della vecchiaia come un segno della benedizione divina, un tesoro per sé ma anche un dono per gli altri, quando l'esempio e la testimonianza permettono di trasmettere la saggezza di Dio.

a) *La longevità è un segno della benedizione divina.* La Scrittura indica certamente dei limiti temporali che non saranno superati: “Gli anni della nostra vita sono settanta, ottanta per i più robusti” (Sal 90, 10). Il saggio Ben Sirac è più generoso e offre un respiro supplementare: “Che è l'uomo? La durata della sua vita: cento anni al massimo” (Sir 18, 8-9). Di fronte a questi calcoli umani, Dio stesso fissa il limite che non sarà oltrepassato: “Il Signore disse: la sua vita sarà di centoventi anni” (Gen 6,3).

Pur tuttavia, ci sono delle eccezioni. Prima del diluvio, la longevità dei patriarchi sembra una favola con i 969 anni di Matusalemme, ma dopo il diluvio, in un tempo storico, Abramo visse 175 anni, Sara, la moglie, 127, Mosè 120 – il numero perfetto fissato da Dio –, Aronne 123 e Giobbe 140. A dire il vero, le uniche cifre storiche accertate dell'antico Israele mostrano una longevità dei re d'Israele di una sessantina d'anni, con il record di David arrivato a 70 anni. Un re su due muore prima dei 50 anni e, dopo l'esilio, la longevità si stabilizza a 60 anni (cfr. Lv 27, 1-8).

La vecchiaia è considerata come una *benedizione*, soprattutto se è *felice*. Questa grazia è riservata e concessa esplicitamente dal Signore a tre persone: Abramo che “sarà sepolto dopo una vecchiaia felice” (Gen 15, 15), Geodone che “morì in buona vecchiaia” (Gdc 8, 22) e Davide che “morì molto vecchio, sazio di anni, di ricchezza e di gloria” (1 Cr 29, 28). Per tre volte, ritroviamo la stessa espressione di vecchiaia felice.

Ma la vecchiaia comporta soltanto benefici e vantaggi? Rari sono coloro che essa non indebolisce, come il valoroso Mosè i cui “occhi non gli si erano spenti e il vigore non gli era venuto meno” (Dt 34, 7), o ancora Caleb che può affermare: “io sono ancora oggi come quando Mosè mi inviò: come il mio vigore allora, così il mio vigore ora, sia per la battaglia, sia per ogni altro servizio” (Gs 14, 10-11). Tranne queste eccezioni, l'indebolimento fisico e a volte mentale, accompagnato da infermità, sembra il destino comune:

Isacco è cieco: “egli era vecchio e gli occhi gli si erano così indeboliti che non ci vedeva più” (Gen 27, 1) come Giacobbe i cui “occhi erano offuscati dalla vecchiaia” (Gen 48, 10). Davide rimane a letto: “era vecchio e avanzato negli anni e, sebbene lo coprissero, non riusciva a riscaldarsi” (1 Re 1, 1). Giacobbe teme di non resistere alla morte di Beniamino e deve appoggiarsi “sull'estremità del suo bastone” (Eb 11, 21). Barzillai ha perduto il “gusto di ciò che mangia e di ciò che beve” e il suo orecchio è meno affilato poiché “non ode più la voce dei cantori e delle cantanti” (2 Sam 19, 36). Così il saggio distingue due tipi di morti, quella dell'uomo felice che sembra temerla: “O morte, com'è amaro il tuo pensiero per l'uomo che vive sereno nella sua agiatezza, per l'uomo senza assilli e fortunato in tutto, ancora in grado di gustare il cibo” e quella del vecchio stanco che la desidera: “O morte, è gradita la tua sentenza all'uomo indigente e privo di forze, vecchio decrepito e preoccupato di tutto, al ribelle che ha perduto la pazienza” (Sir 41, 1-2). Una longevità felice ha le sue condizioni: come prevenire una vecchiaia infelice e prepararsi vecchi giorni prosperi e fortunati?

Numerosi testi biblici legano la longevità che è una benedizione alla *fedeltà ai comandamenti e ai precetti divini*: “osserva le sue leggi e i suoi comandi che oggi ti do, perché sii felice tu e i tuoi figli dopo di te” (Dt 4, 40). Il Padre avverte il figlio: “Figlio non dimenticare il mio insegnamento e il tuo cuore custodisca i miei precetti, perché lunghi giorni e anni di vita e pace ti porteranno” (Prov. 3, 1-

2). Categorica è la promessa a Salomone: “se camminerai nelle mie vie osservando i miei decreti e i miei comandi, come ha fatto Davide tuo padre, prolungherò anche la tua vita” (1 Re 3, 14).

Infine, la longevità annunciata nella *profezia dei tempi messianici* non è priva di una segreta nostalgia dei primi tempi del paradiso: “Non ci sarà più un bimbo che viva solo pochi giorni, né un vecchio che non giunga alla pienezza dei suoi giorni; poiché il più giovane morirà a cento anni e chi non raggiunge i cento anni sarà considerato maledetto” (Is 65, 19-20; cfr. Zc 8, 4-5).

Benedizione quando è fedeltà ai consigli e ai precetti divini, la vecchiaia è un tesoro di conoscenze, un capitale di esperienze, una riserva di osservazioni vissute e di sapere acquisito. In definitiva, essa unisce il buon senso ad un discernimento acuto divenuto spontaneo e naturale, l'abilità alla prudenza, la misura alla moderazione. “Nei canuti sta la saggezza – confida Giobbe – e nella vita lunga la prudenza” (Gb 12, 12). Tutta la Bibbia è piena di elogi per gli anziani, ricchi di anni e di prudenza. “Come s'addice la sapienza dei vecchi, il discernimento e il consiglio alle persone eminenti! Corona dei vecchi è un'esperienza molteplice, loro vanto il timore del Signore” (Sir 25, 5-6). L'acquisizione della saggezza, appannaggio del vecchio, è possibile solo con il timore di Dio: la benedizione della longevità va di pari passo con la fedeltà alla legge di Dio.

b) La longevità benedetta da Dio, ben lungi dal chiudersi in un'autonomia narcisistica, è un *dono per gli altri* attraverso la *trasmissione della saggezza* : ciò è particolarmente notevole nel genere letterario denominato “testamento dell'antenato”. Vi hanno fatto ricorso i tre grandi patriarchi: Abramo fa giurare al suo vecchio servitore di trovare una sposa nella sua parentela per il proprio figlio Isacco, per assicurare così la sua discendenza senza alcuna “*mésalliance*” con i caneeni (Gen 24, 1). Isacco trasmette la sua benedizione a Giacobbe e non ad Esaù (Gen 27, 1). Giacobbe fa

promettere a Giuseppe di sotterrarlo con i suoi padri (Gen 47, 29-31), prima di benedire Efraim e Manasse (Gen 49). I primi capi del Popolo eletto fecero la stessa cosa. Mosè sceglie Giosuè e affida ai leviti i libri della legge (Dt 32). Giosuè invita alla piena fedeltà verso il Signore (Gs 23). Davide (1 Re 2,2) raccomanda a Salomone – il saggio per eccellenza – la perseveranza.

Ancora una volta, *non è l'età in sé a rendere saggi, ma la fedeltà alla Parola di Dio*: “ho più senno degli anziani, perché osservo i tuoi precetti”, canta il salmista nel salmo 118 che tanto piaceva a Pascal (Sal 118, 100). Dio può concedere la saggezza ad un bambino, come nell'episodio di Susanna discolpata e salvata dal giovane Daniele al quale gli Anziani propongono di sedere in mezzo a loro, poiché “Dio ti ha dato il dono dell'anzianità” (Dn 13, 50). In questo modo, la morte di un giusto pieno di saggezza diventa l'uguale di una lunga vita: “Il giusto, anche se muore prematuramente, troverà riposo. Vecchiaia veneranda non è la longevità, né si calcola dal numero degli anni; ma la canizie per gli uomini sta nella sapienza; vera longevità è una vita senza macchia” (Sap 4, 7-9). La saggezza proviene dall'esperienza esemplare, tanto sul piano religioso quanto su quello morale, a rischio di generare una falsa pru-

denza, la prudenza umana della carne come la chiamano i Padri della Chiesa. Tra i discepoli di Gesù, l'anziano occupa un posto particolare. È sotto un tale aspetto che l'Apocalisse rappresenta il Figlio dell'uomo, circondato da 24 vegliardi vestiti di bianco (4, 4), con le sembianze degli anziani di Daniele (7, 9-10), con “i capelli della testa simili a lana bianca” (1, 14). Giovanni XXIII, il giorno del suo ottantesimo compleanno, ricordava le parole di San Leone Magno: “*Aetas largitur ut devotioni proficiat*: il dono dell'età deve giovare alla pietà”.

Bisogna *preparare* la vecchiaia, secondo l'auspicio del saggio: “Nella giovinezza non hai raccolto; come potresti procurarti qualcosa nella vecchiaia? Come s'addice il giudicare ai capelli bianchi, e agli anziani intendersi di consigli!” (Sir 25, 3-6). Contrariamente, nulla c'è di più odioso di un vecchio privo di senno (Sir 25, 2).

c) *L'esempio* dato è significativo e determinante! Così dice la Parola di Dio dei due anziani lussuriosi e bugiardi dell'episodio di Susanna: “L'iniquità è uscita da Babilonia, per opera di anziani e di giudici che solo in apparenza sono guide per il popolo” (Dn 13, 5). Essi persero il senno, trascurando di guardare verso il Cielo e dimenticando i suoi giusti giudizi. Tra gli anziani che non sono dei modelli vi è Eli di Silo che a 98 anni non punisce i figli che approfittano dei sacrifici: è vero che “aveva gli occhi irrigiditi e non poteva più vedere” (1 Sam 4, 15-18). Nel Vangelo della misericordia, mentre Gesù desidera perdonare e salvare la donna adultera che diventerà Santa Maria Maddalena, i vecchi presenti la vogliono lapidare (Gv 8, 9): il loro cuore è divenuto arido e senza pietà e potremmo dire che sono vecchi in età ma non in umanità.

Al contrario, i buoni esempi degli anziani operano una *trasmissione* effettiva e viva della Parola di Dio. Il salmista lo testimonia con eloquenza: “i nostri padri ci hanno raccontato” (Sal 44). Una delle più belle illustrazioni di una vecchiaia edificante di generazione in generazione è Eleazaro il quale, a 90 anni, preferisce il mar-



tirio piuttosto che simulare un atto contrario alla sua fede che rischierebbe di diminuirla nel cuore delle giovani generazioni. I luoghi santi erano profanati, il tempio dedicato a Giove, il sagrato riservato alle orgie e animali impuri, in particolare maiali, sacrificati sull'altare. L'osservanza insegnata e vissuta dai Padri era scomparsa e molti ebrei erano dediti alle pratiche degli invasori. Per piegare la volontà di ferro di questo vegliardo, gli avversari di Dio gli proposero una soluzione penosa: far finta di mangiare della carne di maiale che all'ultimo istante sarebbe stata sostituita con del montone, ma in segreto. Egli avrebbe salvato la sua vita e soddisfatto pubblicamente le esigenze del re a costo di una piccola bugia. Gli spiriti falsi sono sempre accomodanti. La Scrittura ci descrive al contrario Eleazaro come “degno della sua età e del prestigio della sua vecchiaia, a cui si aggiungeva la veneranda canizie, e della condotta irreprensibile tenuta fin da fanciullo e degno specialmente delle leggi sante stabilite da Dio”. Rispose subito dicendo che lo mandassero a morte: “non è affatto degno della nostra età fingere con il pericolo che molti giovani, pensando che a novant'anni Eleazaro sia passato agli usi stranieri, a loro volta, per colpa della mia finzione, si perdano per causa mia e io procuri così disonore e macchia alla mia vecchiaia” (2 Mac 6). Così, egli “morì lasciando non solo ai giovani ma alla grande maggioranza del popolo, la sua morte come esempio di generosità e ricordo di forza” (2 Mac 6, 31). L'età, il prestigio, l'obbedienza costante e perseverante alla legge di Dio ne fanno un modello di vita, particolarmente significativo per il nostro tempo. Di fronte ad un valore che dà senso alla vita, il numero dei giorni non conta più. Non è più una morte crudele o prematura: “Il Signore, cui appartiene la sacra scienza, sa bene che, potendo sfuggire alla morte, soffro nel corpo atroci dolori sotto i flagelli, ma nell'anima sopporto volentieri tutto questo per il timore di lui” (30). Nel linguaggio della Bibbia, il timore di Dio è sinonimo dell'amore di Dio, mostrato dall'ascoltare la sua Parola e dal

metterla in pratica: “Ora, Israele, che cosa ti chiede il Signore tuo Dio, se non che tu tema il Signore tuo Dio, che tu cammini per tutte le sue vie, che tu l'ami e serva il Signore tuo Dio con tutto il tuo cuore e con tutta l'anima, che tu osservi i comandi del Signore e le sue leggi, che oggi ti do per il tuo bene?” (Dt 10, 12). “Per il tuo bene”: “L'uomo non può vivere senza amore. Egli rimane per se stesso un essere incomprensibile, la sua vita è priva di senso se non gli viene rivelato l'amore, se non s'incontra con l'amore, se non lo sperimenta e non lo fa proprio, se non vi partecipa vivamente” (Giovanni Paolo II, Lettera enciclica *Redemptor hominis*, n. 10). Di questa verità tutti i cristiani, e in particolare le persone anziane, sono testimoni ed evangelizzatori: una buona nuova, sempre buona e sempre nuova alle soglie del terzo millennio.

Testimoni di un passato ricco di fede e di esperienze veramente umane, gli anziani conservano la fecondità di spirito che non diminuisce come le forze fisiche: “Nella vecchiaia daranno ancora frutti, saranno vegeti e rigogliosi, per annunziare quanto è retto il Signore: mia roccia, in lui non c'è ingiustizia” (Sal 92, 15-16).

A questo compito degli anziani, corrisponde il *dovere dei giovani* di ascoltarli: “Non trascurare i discorsi dei vecchi” (Sir 8, 9). “Inter-

roga tuo padre e te lo farà sapere, i tuoi vecchi e te lo diranno” (Dt 32, 7), e anche il dovere di prestare loro assistenza: “Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia, non contristarli durante la sua vita. Anche se perdesse il senno, compatiscilo e non disprezzarlo, mentre sei nel pieno vigore” (Sir 3, 12-13). È il quarto comandamento: “onora tuo padre e tua madre”. “Dopo Dio, sono essi i tuoi primi benefattori. Se Dio solo è buono, anzi è il bene stesso, i genitori partecipano in modo singolare di questa sua bontà suprema. E dunque: onora i tuoi genitori! Vi è qui una certa analogia con il culto dovuto a Dio” afferma Giovanni Paolo II nella *Lettera alle Famiglie* (n. 15). Il quarto comandamento è strettamente legato al comandamento dell'amore. Tra *onora* e *ama*, il legame è profondo. L'onore, nella sua essenza, si riallaccia alla virtù di giustizia, ma questa a sua volta non può essere esercitata appieno senza fare appello all'amore, l'amore per Dio e per il prossimo. La famiglia è l'espressione e la fonte dell'amore. Attraverso di lei passa la principale linea di forza della civilizzazione dell'amore che trova in essa i suoi fondamenti sociali (*ibid.*, n. 15).

I viaggi apostolici di Giovanni Paolo II danno al Santo Padre l'occasione di incontrare spesso dei gruppi di persone anziane; egli parla loro con affetto, “si inchina con rispetto di fronte alla loro età e invita tutti gli uomini a fare altrettanto” (Cfr. Giovanni Paolo II, *Discorso agli anziani di Valenza*, 8 novembre 1982). Il suo predecessore Paolo VI confidava: “il valore di una civilizzazione si misura secondo l'attenzione a queste ricchezze [i valori umani] e di conseguenza alle garanzie che essa sa offrire agli anziani”. L'esempio dei pontefici ci spinge a testimoniare agli anziani il nostro affetto riconoscente.

2. L'anziano, testimone e artefice di carità

San Paolo propone un riassunto e sintesi delle *virtù* dei vecchi nella sua lettera a *Tito* (2, 2): “i vecchi siano sobri, dignitosi, assennati, saldi nella fede, nell'amore e



nella pazienza". I beni autentici della vecchiaia consistono in una *grande padronanza di sé* in diversi campi: i piaceri della tavola sono mortificati nel vecchio che non ha più il gusto di ciò che mangia e di ciò che beve (2 Sam 19, 35), così come quelli della carne (cfr. Gen 18, 12). Questa padronanza si acquisisce dopo una lunga esperienza: "Nei canuti sta la saggezza e nella vita lunga la prudenza" (Gb 12, 12). Questa prudenza è moderazione e ponderazione, maturità e modestia, in una parola realizzazione piena di sé e dominio della schiavitù del demonio, della carne e del mondo. La saggezza conferisce una distanza che permette all'uomo di ergersi al di sopra dei beni del mondo senza disprezzarli e li fa vedere con gli occhi e il cuore di Dio (Giovanni Paolo II, *Discorso agli anziani a Monaco*, 19 novembre 1980). La perfezione della saggezza riposa su tre baluardi esposti da San Paolo: fede, amore, pazienza. Il vecchio deve essere robusto, integro, fermo nella fede. Egli ha acquisito la pazienza attraverso le difficoltà della vita, forte della sua fede in Dio "al quale nulla è impossibile". Quanto alla carità tipica degli anziani, lo sguardo luminoso dei nonni per i loro nipoti non ne costituisce un'illustrazione commovente? "Poiché c'è il fuoco negli occhi dei giovani. Ma nell'occhio del vecchio, c'è la luce" (Victor Hugo).

I begli esempi della Scrittura abbondano. *Nicodemo* è un anziano, membro del Sinedrio. Egli si reca a vedere Gesù desideroso di conoscere e di approfondire la sua dottrina. "Come può un uomo nascere quando è vecchio? Può forse entrare una seconda volta nel grembo di sua madre e rinascere?" (Gv 3, 4). Gesù gli spiega allora la vita nuova secondo lo Spirito Santo. Nicodemo saprà ricordarsene e testimoniare coraggiosamente per Gesù davanti ai Farisei (Gv 7, 52).

Pietro accetta con entusiasmo la parola di Gesù e si lascia invadere dalla forza di Cristo che accoglie senza riserva alcuna. Sa chiedere perdono per le sue debolezze, al contrario di Giuda, e la vecchiaia diventa per lui l'età privilegiata della rinuncia. "Quando

eri più giovane, ti cingevi la veste da solo, e andavi dove volevi; ma quando sarai vecchio tenderai le tue mani e un altro ti cingerà la veste e ti porterà dove tu non vuoi" (Gv 21, 18).

Entusiasmo e disponibilità a lasciare tutto, compresa l'esistenza terrena per seguire Gesù, accoglienza umile e riconoscente del perdono divino, sono qualità ammirabili degli anziani. "La vostra esperienza unica vi permette di misurare il valore relativo delle cose terrestri, vi avvicina al Signore attraverso la preghiera e la meditazione e vi conferma nella fede: sono queste le ricchezze che non passano", dirà Paolo VI nel suo discorso agli anziani (Sydney, 2 dicembre 1970). Sede della verità, *veritatis splendor*, fede a Cristo e fiducia nelle capacità della ragione, *fides et ratio*, abbandono filiale nelle mani di Dio che non sono altro che misericordia, accoglienza del suo perdono e desiderio del cielo, *sursum corda*: questi valori vissuti dalle persone anziane risuonano nel cuore, nell'anima e nello spirito delle giovani generazioni.

3. L'anziano testimone della speranza

La persona anziana è testimone di speranza: l'esempio di *Simeone* e di *Anna* ce lo ricorda (Lc 2,

22-38). Alziamo gli occhi verso queste due nobili figure che accolgono l'Emmanuele nel tempio di Gerusalemme. Essi l'avevano atteso per tutta la loro vita e hanno avuto la grande gioia di vederlo negli ultimi giorni della loro esistenza terrena. Simeone, uomo giusto e pio, attendeva il conforto d'Israele e lo Spirito Santo era su di lui. "Si recò al tempio, mosso dallo Spirito". Egli si lascia guidare dallo Spirito, invadere dalla Spirito, formare da lui e la sua ricompensa non manca: "Mentre i genitori vi portavano il bambino Gesù per adempiere la legge, lo prese tra le braccia". Prendere tra le braccia il Bambino Gesù, che grazia! La liturgia la riferisce a San Giuseppe. "Molti profeti e re hanno desiderato vedere ciò che voi vedete, ma non lo videro, e udire ciò che voi udite, ma non l'udirono" (Lc 10, 24). Come sono eloquenti le parole di Simeone che ama recitare tutte le sere le preghiere della compieta: "Ora lascia, o Signore, che il tuo servo vada in pace secondo la tua parola; perché i miei occhi han visto la tua salvezza, preparata da te davanti a tutti i popoli, luce per illuminare le genti e gloria del tuo popolo Israele" (Lc 2, 29-32). Di tutte le parole pronunciate su Cristo, queste sono particolarmente suggestive. Sono ispirate dalla fede di una grande attesa, nutrite da una profonda saggezza. Allo stesso modo, Anna, che nel vangelo viene anche chiamata "profetessa", malgrado i suoi 84 anni "non si allontanava mai dal tempio, servendo Dio notte e giorno con digiuni e preghiere" (Lc 2, 37). La preghiera e la penitenza sono la base del Vangelo: pregate e fate penitenza! Altamente simbolica è questa presenza di un uomo e di una donna anziani per accogliere Gesù al tempio: essi sembrano dare il cambio ai nostri progenitori Adamo ed Eva, poiché ormai il Salvatore ha visitato il suo popolo per dare al suo popolo la conoscenza della salvezza mediante la remissione dei suoi peccati (Lc 1, 77).

L'*Apocalisse* è il libro della speranza che mostra la Chiesa, nel corso dei tempi, in preda ad ogni tipo di persecuzione, ma essa risulta sempre vittoriosa e rinasce



grazie all'aiuto divino. Gli anziani dell'Apocalisse ci confermano il primato della lode, della fiducia e dell'amore della verità. Quest'ultimo libro della Parola di Dio ispirata ne è tutto sfavillante, come mi piace contemplarlo negli ammirabili mosaici della mia basilica cardinalizia di Santa Prassede: “Attorno al trono c'erano ventiquattro seggi e sui seggi stavano seduti ventiquattro vegliardi avvolti in candide vesti con corone d'oro sul capo” (Ap 4, 4). Questi vegliardi sono in relazione con dei *troni*: a fianco del trono di Dio, simbolo della provvidenza e dell'impatto divino nella storia e dell'azione salvifica mediante la Chiesa, *Gesù Cristo diffuso e comunicato* come amerebbe dire Bossuet, essi simbolizzano un'influenza particolare di questi collaboratori di Dio sulla storia dell'umanità. Il numero di 24, due volte dodici, indica i dodici apostoli e le dodici tribù d'Israele, unendo così il Vecchio e il Nuovo Testamento nell'unico Popolo di Dio. Essi sono *seduti*, cioè la loro funzione è stabile e piena di rispetto. Le loro vesti sono *bianche*, segno di una partecipazione misteriosa alla resurrezione gloriosa di Gesù Cristo. Gli anziani partecipano alla resurrezione: la loro funzione si iscrive nella vitalità propria del resuscitato. La *corona d'oro* indica che essi hanno già percorso la loro esistenza terrena; la corona, con la virtù di forza che permette loro di conseguire la vittoria, l'oro ne sottolinea il prezzo, perché è bello vincere se stessi e respingere Satana dal suo impero sul mondo.

Alla vista dei benefici che l'umanità ha acquisito mediante Cristo, mediante la sua incarnazione, passione, resurrezione e ascensione “I 24 vegliardi si prostravano davanti a Colui che siede sul trono e adoravano Colui che vive nei secoli dei secoli” (4, 10). In segno di lode “gettavano le loro corone davanti al trono”, quale gesto di riconoscenza e di omaggio a Dio nel quadro grandioso della salvezza. Dio non è celebrato soltanto per ciò che Egli è ma anche per ciò che fa: la creazione, “Tu sei degno, o Signore e Dio nostro, di ricevere la gloria, l'onore e la potenza, perché tu hai crea-

to tutte le cose, e per la tua volontà furono create e sussistono” (4, 11). Essi desiderano ogni gloria in ragione della bontà infinita di Dio, ogni onore per la sua saggezza, ogni potenza poiché Dio è l'onnipotente: bontà, saggezza, onnipotenza che scaturiscono nel suo perdono.

Il vecchio ha sperimentato la presenza vivificante di Gesù Cristo nella storia: lui solo può aprire il libro in cui l'uomo leggerà la propria storia (5, 5). Questa rivelazione consola l'apostolo desolato di non trovare nessuno degno di aprire il libro e i sigilli che sono i segreti e i misteri della storia della salvezza. L'anziano ha un grande ruolo di consolazione nel nostro mondo angosciato e disorientato.

Gli anziani sono in stretta relazione con l'Agnello (5, 6), in quanto è lui che dà senso e valore ai loro interventi. Gli anziani l'adorano. Con delle *arpe* (5, 8), strumento della liturgia terrestre, rafforzate da *coppe d'oro*: “avendo ciascuno un'arpa e coppe d'oro colme di profumi, che sono le preghiere dei santi”. L'arpa è fatta di legno e di corde: il legno simbolizza la croce redentrice e le diverse corde i santi della Chiesa uniti tra di loro nella comunione di questa. Ognuno ha la propria arpa, in quanto ognuno partecipa in modo insostituibile alla croce del Salvatore. Il legame tra la preghiera dei santi e la trascendenza divina av-

viene mediante gli anziani: le coppe diventeranno piene della risposta di Dio che annienta il male. Alla presa di possesso del rotolo da parte dell'agnello risuona una *dossologia* cantata dai vegliardi, dalle miriadi di angeli, e infine da tutte le creature. Il senso è chiaro: per raggiungere la pienezza della gioia del cielo, bisogna passare attraverso numerose tribolazioni e mantenersi in contatto vitale con l'agnello, cioè Cristo risuscitato.

La loro ultima apparizione è caratteristica: la gioia dell'alleluia trionfale del bene sul male sfocia nell'“amen” finale che colma l'avvenire di speranza.

Tutta la Chiesa è in tensione *escatologica*. Nessuno dei beni della terra può saziare l'uomo: egli è fatto per il cielo. La visione del paradiso è la speranza del nostro avvenire eterno. “Legittimamente si può pensare che il futuro dell'umanità sia riposto nelle mani di coloro che sono capaci di trasmettere alle generazioni di domani ragioni di vita e di speranza” (*Gaudium et Spes*, n. 31). Questo ruolo, affidato a tutti i cristiani, è appannaggio delle persone anziane.

Conclusione

Il posto riservato, l'atteggiamento e il comportamento di fronte agli anziani, sono un vero criterio di discernimento delle civiltà. Giovanni Paolo II lo sottolinea nell'esortazione apostolica post-sinodale *Familiaris consortio* (n. 27): “Ci sono culture che manifestano una singolare venerazione ed un grande amore per l'anziano [...] Altre culture, invece, [...] hanno condotto e continuano a condurre gli anziani a forme inaccettabili di emarginazione, che sono fonte ad un tempo di acute sofferenze per loro stessi e di impoverimento spirituale per tante famiglie. [...] In realtà, la vita degli anziani ci aiuta a far luce sulla scala dei valori umani; fa vedere la continuità delle generazioni e meravigliosamente dimostra l'interdipendenza del popolo di Dio. Gli anziani inoltre hanno il carisma di oltrepassare le barriere fra le generazioni, prima che queste insorgano. Quanti bambini hanno trovato



comprensione e amore negli occhi, nelle parole e nelle carezze degli anziani! E quante persone anziane hanno volentieri sottoscritto le ispirate parole bibliche che «corona dei vecchi sono i figli dei figli» (*Prov 17,6*)!».

La longevità è un dono di Dio che bisogna far fruttificare, essa ci viene concessa per rendere perfetta l'opera della nostra vita. «Essa ha un prezioso contributo da portare al Vangelo della vita» (*Evangelium Vitae*, n. 94). La vecchiaia deve anche essere attiva. Forse non potrà esserlo nell'ordine fisico in caso di malattia, o semplicemente per la fragilità dell'età. Nell'ordine intellettuale, gli anziani che restano in possesso di tutte le loro capacità sanno trasmettere o insegnare la saggezza

acquisita durante la loro lunga vita. Nell'ordine spirituale, l'attività non solo è possibile, ma assolutamente necessaria: amare Dio e il prossimo come se stessi.

La vecchiaia può ben essere un tempo di prova con la sofferenza, la malattia e per alcuni la solitudine. «La vecchiaia è un naufragio» ha scritto il Generale De Gaulle nelle sue *Memorie*. E ciò sembra verificato nelle prove del corpo e dello spirito. Ma, per la Parola di Dio, questa età, segno di benedizione, tesoro di saggezza, testimonianza di speranza e di carità, ben lungi dall'essere sinonimo di naufragio, è approdo per la vita eterna.

Joseph Folliet, che ho conosciuto bene al termine della sua lunga vita, pregava in questo modo: «Si-

gnore, che hai fissato le stagioni dell'anno e della vita, fa che io sia un uomo di tutte le stagioni. Non ti chiedo felicità, ti chiedo soltanto che la mia ultima stagione sia bella affinché testimoni la tua bellezza». L'anziano, nella Parola di Dio, testimonia con saggezza il suo amore che lo attira verso la vita eterna. Il primo vescovo teologo francese, Irénée de Lyon, l'ha detto in termini decisivi: «*Gloria Dei vivens homo, vita autem hominis visio Dei*». La gloria di Dio è l'uomo vivo. Ma la vita dell'uomo, è la visione di Dio (*Adversus haereses* IV 20, 7, *Sources Chrétiennes* 100/2, p. 648-649).

S. Em. Card. PAUL POUPARD
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Cultura, Santa Sede



Tavola Rotonda



***Realtà dell'Età Anziana
nel Mondo***

FRANC RODÉ

La fiamma e la luce

Nel suo libro “Le età della vita”, Romano Guardini afferma che ogni passaggio da una tappa della vita all’altra è contrassegnato da una crisi interiore. Nella misura in cui questa crisi viene superata, appaiono nuovi valori e diventa possibile una nuova pienezza di vita.

Tra l’infanzia e l’adolescenza, c’è la crisi della pubertà, tra l’adolescenza e l’età adulta, quella dell’esperienza, tra l’età adulta e la maturità appare l’esperienza dei limiti, tra la maturità e la vecchiaia, c’è la crisi del distacco.

Questa è legata al fatto che l’uomo invecchia. La curva della vita discende e l’uomo prende coscienza della fine che si avvicina. Il carattere effimero delle cose si fa sentire sempre più. I giorni, le settimane, le stagioni, gli anni scorrono con una cadenza accelerata. Gli avvenimenti diminuiscono

d’importanza e riempiono meno la vita.

Come superare questa crisi? Mediante l’accettazione del termine della vita, del carattere effimero delle cose e della diminuzione della loro importanza. Ma la cosa non va da sé. È possibile che l’uomo distolga gli occhi dalla fine che si avvicina, ed agisca come se fosse sempre giovane, il che è penoso. “Il fatto che si confonda la pienezza di vita con la giovinezza è uno dei fenomeni più inquietanti della nostra epoca”, afferma Guardini (*Le età della vita*, Paris, Cerf, 1957, p. 115).

Può anche succedere che l’uomo capiti di fronte al fatto di invecchiare e si attacchi ai giorni che gli restano. Questo atteggiamento è all’origine di gravi fenomeni di materialismo senile che annette un’importanza capitale a quanto si tocca. Per superare posi-

tivamente la crisi, bisogna accettare la fine, senza farsi vincere e senza deprezzarla con un atteggiamento d’indifferenza e di cinismo.

Possono allora apparire qualità morali di alta levatura: discernimento, coraggio, calma, volontà di assicurare la perennità del vissuto e dell’opera realizzata. Possono realizzarsi dei valori che prima non hanno potuto affermarsi. Dal sentimento della fragilità dell’esistenza può sorgere la coscienza sempre più chiara di ciò che non passa. Inoltre, l’eternità penetra nell’esistenza e l’inonda della sua luce, come diceva Victor Hugo: “Vediamo la fiamma negli occhi dei giovani. Ma nell’occhio dei vecchi vediamo la luce”.

S.E. Mons. FRANC RODÉ
Arcivescovo di Ljubljana
Presidente della Conferenza
Episcopale della Slovenia



MARIA JOSÉ RITTA SAMPAIO

No all'isolamento dell'anziano

Biologicamente, restiamo giovani molto più a lungo; socialmente, invecchiamo molto prima. Questo apparente anacronismo è uno dei problemi sociali più complessi e gravi che senza dubbio supereranno le frontiere del nuovo millennio.

Le politiche tradizionali della vecchiaia, che rappresentano gli anziani come una classe sociale stigmatizzata, costituita da individui votati alla segregazione e in preda a carenze, non sono più applicabili. Gli anziani non formano un gruppo a parte, e non hanno neanche infranto le catene della so-

ciabilità che hanno creato nel corso della loro vita. Essi continuano ad essere genitori, parenti, zii o nonni; continuano ad essere membri della loro comunità e cittadini del loro paese; non hanno né diminuito i loro affetti, né perso la speranza.

La chiave sta forse nel fatto di non occuparsi più degli "anziani" o della "vecchiaia" come se fossero sinonimi di isolamento, di povertà o di indigenza, ma di restituire alla "terza età" la dignità politica e civica di cittadini adulti a pieno diritto, attivi, validi e solidali.

L'avvenire che auspichiamo è quello di una società di inclusione,

fondata sul rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, in cui le generazioni sapranno e potranno condividere ed investire reciprocamente, assicurando a tutti il posto che compete loro.

Sono certa che questa XIII Conferenza non mancherà di contribuire a seminare questa speranza di una vita con tutte le età e di una comunità di tutte le età.

Sig.a MARIA JOSÉ
RITTA SAMPAIO

*Moglie del Presidente della Repubblica
del Portogallo*



CHI-SHEAN CHAN

Prendersi cura dell'anziano

1. Ringraziamento alla Chiesa per il contributo dato a Taiwan

A nome del mio paese e del mio popolo, vorrei anzitutto esprimere il più sincero ringraziamento per il contributo che la Chiesa ha apportato a Taiwan nel passato. Avrete sentito parlare del “miracolo economico” e del “miracolo della riforma democratica” di Taiwan negli ultimi decenni; essi sono certamente il risultato degli sforzi congiunti del governo e della popolazione. Tuttavia, nel processo di crescita e di sviluppo, il credo religioso è sempre stato a Taiwan fonte di stabilità sociale, consolazione e santuario spirituale. Fin dai primi giorni della presenza della cristianità nel nostro paese, la Chiesa si è preoccupata di attuare programmi di benessere sociale quali cure sanitarie, educazione, scuole materne ecc. In questo e in altri campi, essa ha sempre svolto un ruolo molto significativo. I 23 ospedali missionari attualmente operanti a Taiwan forniscono validi servizi medici, in particolare alle popolazioni della montagna e delle zone più isolate.

2. Contributo disinteressato

Molti di coloro che ricevono annualmente il “Medical Contributions Award” a Taiwan sono sacerdoti, religiosi, religiose e fratelli cattolici stranieri che hanno lasciato, per amore di Gesù Cristo, le loro terre lontane per vivere nelle zone montane e nelle isole di Taiwan ed occuparsi dei bisogni della nostra gente. Essi hanno dedicato, e molto spesso dato, la pro-

pria vita per queste sfortunate persone. La loro opera disinteressata ha portato amore e speranza infiniti ai malati. Tutto ciò è molto commovente e degno di rispetto.

3. Cure a lungo termine degli anziani a Taiwan

Circa l'8% dei 21,8 milioni di abitanti di Taiwan, cioè 1,7 milioni, sono ultra sessantacinquenni. Di loro, 950 mila soffrono di ogni tipo di malattie croniche, e nel giro di tre mesi si recano in ospedale cinque volte. 200 mila di loro vivono soli; 90 mila non possono vivere autonomamente la propria vita che richiede cure quotidiane a lungo termine.

Tradizionalmente a Taiwan, le famiglie hanno svolto un ruolo importante nella cura degli anziani fornendo loro servizi, sostegno finanziario ed emotivo. Tuttavia, con i cambiamenti avvenuti nell'ambiente sociale, nella struttura e nelle funzioni delle famiglie e l'aumento delle famiglie a doppio reddito, oltre a quelle uniparentali, sebbene i tre quarti degli anziani desiderino vivere con i propri figli, spesso sono delusi. Il numero degli anziani che vivono con i figli è diminuito anno dopo anno, mentre la percentuale di quelli che vivono soli o in istituto è andata aumentando. Per il sostegno economico, un numero sempre maggiore di anziani deve fare affidamento non sui propri figli ma sulle pensioni o l'assistenza sociale.

Per prendersi cura di loro, il mio governo ha formulato nel 1998 un piano triennale per la cura a lungo termine dell'anziano. Tale programma intende consolidare i si-

stemi sanitari, rafforzare l'assistenza professionale, utilizzare in modo più efficace le risorse sanitarie e sociali disponibili, e creare istituzioni sanitarie maggiormente diversificate. Nei prossimi tre anni, si ritiene che oltre 5.300 letti saranno aggiunti a quelli attualmente disponibili nelle 328 istituzioni sanitarie pubbliche o private esistenti per servire circa 50 mila anziani. Per permettere agli anziani di vivere a casa e in comunità in un ambiente familiare, sarà promossa la cura a domicilio, e saranno mantenute le funzioni della famiglia, così da migliorare la loro qualità di vita e proteggere la loro dignità.

A lunga distanza, le necessità finanziarie rappresentano il problema maggiore nella cura degli anziani. Pertanto, stiamo pianificando un sistema finanziario per le cure a lungo termine combinando benessere, sicurezza sociale e pensione affinché gli individui e la società siano insieme responsabili del peso finanziario che le cure a lungo termine comportano. In questo modo, quando il governo cura una persona anziana, in effetti cura allo stesso tempo i dieci membri della sua famiglia. La sfida cui siamo attualmente di fronte riguarda il modo per consolidare le limitate risorse sanitarie e sociali disponibili per fornire agli anziani gli adeguati servizi sanitari al fine di rispondere alle loro richieste fisiche, psicologiche, sociali ed economiche.

4. Amore e tenerezza

Naturalmente per affrontare il problema della popolazione che invecchia come risultato dei cambiamenti nella struttura dell'età, i go-

verni devono fare programmi lungimiranti con la piena partecipazione delle organizzazioni civili, delle istituzioni volontarie e pubbliche. Siamo lieti che la Santa Sede, in vista del terzo millennio, abbia scelto tra le chiese di tutto il mondo, 100 progetti di servizi sociali essenziali per migliorare la vita umana. Due di questi 100 progetti scelti, appartengono a Taiwan: uno è la creazione di centri di recupero per i malati di AIDS; l'altro è la creazione di istituzioni sanitarie per i malati di Alzheimer e di demenza senile per dare loro una vecchiaia dignitosa. I due progetti sono in atto. La Chiesa è molto apprezzata per questi sforzi.

Ci sono stati molti dibattiti sulla questione dell'eutanasia. Tradizionalmente la popolazione di Taiwan, come afferma Mencius, crede che "il corpo, compresi i capelli e la pelle, viene dai genitori e non dovrebbe mai essere danneggiato". Noi crediamo che la vita sia sotto la volontà di Dio, e gli individui non possono decidere di porvi termine. L'eutanasia, quindi, non viene accettata a Taiwan. Creare un sistema ben organizzato di istituti per aiutare i pazienti allo stadio terminale ad affrontare la morte, permettere loro di porre termine al loro viaggio terreno in pace, senza dolore, e in dignità: è questo il nostro obiettivo.

5. Conclusione

Ringrazio nuovamente la Chiesa per aver organizzato questa Conferenza che mette insieme l'esperienza e la saggezza di studiosi, esperti e professionisti sanitari per promuovere lo sviluppo delle cure mediche e migliorare la qualità dei servizi sanitari. Noi riteniamo che lo standard delle cure mediche verrà migliorato.

Auguro ogni successo a questa Conferenza mentre formulo a tutti voi auguri di buona salute.

Dott. CHI-SHEAN CHAN
*Ministro della Sanità
Dipartimento della Sanità
Repubblica Democratica Cinese*



DEODAT VWAKYANAKAZI MUKOHYA

La realtà della vecchiaia nel mondo: aspetti culturali

Introduzione

Esaminata dal punto di vista della vita culturale, la realtà della vecchiaia nel mondo di oggi appare come un campo di ambivalenza, di ambiguità¹. Nel suo ambito si profilano e si riuniscono la cultura ideale e quella reale. In altre parole, a proposito della vecchiaia o di terza età, esistono due immagini. Una di esse è positiva, valorizzante. L'altra immagine è negativa, de-valorizzante. Si profila come fosse in filigrana nella cultura reale o nella pratica quotidiana agli occhi delle persone anziane². Si nota un contrasto e persino una contraddizione sorprendenti ed imbarazzanti tra queste due immagini o tra i discorsi del mondo moderno sulla vecchiaia come tappa del ciclo della vita e la prassi devalorizzante di questo stesso mondo agli occhi delle persone anziane.

In questa riflessione ci proponiamo di esaminare qualche campo in cui il contrasto e la contraddizione appaiono come maggiormente sorprendenti. Esporremo poi qualche conseguenza di una tale situazione sul vissuto, sull'integrazione e l'inquadramento delle persone anziane nella società.

1. La vecchiaia, un campo di contrasti e di contraddizioni

Quando mettiamo di fronte il discorso sulla vecchiaia e la prassi per ciò che riguarda gli anziani nel mondo di oggi, appaiono subito contrasti e contraddizioni. Ciò succede a livello della ricerca sugli anziani da parte degli antropologi, specialisti dello studio delle culture, a livello della stessa defi-

nizione della vecchiaia e a quello della messa in pratica dei principi contenuti nel discorso culturale ed ammessi dai membri delle comunità etniche, nazionali ed internazionali.

a. A livello della ricerca sulla vecchiaia

Abbiamo tutti già capito, particolarmente a proposito dei popoli con una civilizzazione basata sulla tradizione orale – e siamo d'accordo con quanti l'hanno affermato – che *“i vecchi sono dei magazzini o delle riserve di informazioni”*³, o che *“ogni vecchio che muore è una biblioteca che brucia”*⁴. Consapevoli di ciò, alcuni ricercatori, soprattutto in etnografia, hanno frequentemente fatto ricorso a degli informatori anziani per i loro studi. Alcuni non hanno fatto altro che consegnare fedelmente per iscritto le teorie ed i concetti appresi da questi informatori⁵. Ma curiosamente gli stessi informatori anziani sono stati oggetto della ricerca etnografica, al pari degli anziani in generale⁶.

Allo stesso modo l'età, come d'altronde il sesso, è sempre stata riconosciuta da tutti i ricercatori e dagli stessi autoctoni come un principio strutturale importante per l'organizzazione sociale. Alcuni ricercatori, in particolar modo africani ed africanisti, hanno abbondantemente dissertato sul principio dell'anzianità, del diritto di primogenitura, sui rapporti spesso tesi tra primogeniti e i fratelli più giovani, le classi, i gruppi, i gradi di età, le tappe del ciclo della vita... Ma, ancora una volta, il diventare vecchi e gli anziani non sono stati studiati molto. Clark ha ragione di

sottolineare che esiste negli studi un vuoto etnografico o una sorta di piano monotono di comportamenti invariabili tra la fine dello status di adulto (molto studiato) ed i riti funerari (anche questi abbondantemente analizzati)⁷. La mancanza è particolarmente palese nei ricercatori francofoni. L'antropologia e l'etnografia anglosassoni hanno tentato, più di una volta, di raccogliere la sfida e colmare il vuoto⁸. Ma la produzione scientifica nel campo resta una goccia d'acqua nell'oceano, se comparata, ad esempio, a quella dedicata all'infanzia, alla giovinezza ed all'età adulta, o a quella proveniente dagli storici o dagli specialisti nelle arti letterarie.

Certamente esistono nel mondo dei centri di ricerca, riviste, associazioni nel campo della geriatria, studio interdisciplinare della vecchiaia. Ma il grosso degli studi e delle proposte scientifiche ha un orientamento economico, demografico, psico-sanitario... D'altronde questi studi sono fatti in riferimento alle tappe precedenti del ciclo della vita considerate più degne di preoccupazione. Non si concentrano sulla vecchiaia in sé e per sé.

Ci sono delle ragioni per questo disinteressamento degli scienziati nei confronti della vecchiaia. Una è il fatto che il mondo moderno è un mondo basato sulla produzione e sugli interessi, soprattutto materiali. Le persone anziane sono considerate, giustamente, come improduttive anche se sono state produttive in gioventù e nella vita adulta, ed anche se nel mondo utilizzano e creano risorse culturali⁹.

Un'altra ragione è legata al fatto che andare avanti con l'età com-

porta un declino delle capacità psichiche, fisiche ed intellettuali degli individui. Ciò causa la dipendenza degli anziani dagli strati sociali ancora dinamici ed in pieno vigore, come i giovani e gli adulti. I vecchi sono anche considerati come persone che chiedono e come dei consumatori insaziabili che non meritano i beni e servizi prodotti dagli altri. La loro situazione è un po' paragonabile a quella del terzo mondo nei confronti del mondo industrializzato. Il primo rivolge il suo sguardo apparentemente benevolo a questi ultimi solo per accedere più facilmente alle loro materie prime ed inondarli con l'economia che produce in sovrappiù.

Il mondo moderno, progressivamente avaro ed individualista, non può che emarginare e relegare nel dimenticatoio la categoria degli anziani.

Un'ultima ragione può risiedere nel fatto che il mondo moderno, anche tra gli scienziati, è largamente assetato di protagonismo. A causa della crescente tecnicizzazione e dell'espansione senza freni dei mezzi audiovisivi moderni, si notano persino tra i ricercatori una infatuazione ed una mobilitazione per i soggetti ed i temi 'vedettes' come l'AIDS, i mercati, il terrorismo, la droga, gli sports, la globalizzazione, i raggruppamenti nazionali, regionali, internazionali... E cosa dire degli anziani con le forze ormai in declino e relegati nel dimenticatoio, come dei vecchi vestiti in un cassetto o dei pezzi di ricambio buttati in un garage? possono ancora attirare l'attenzione degli amanti delle novità e delle avventure palpitanti?

Questa serie di ingiustizie ha delle conseguenze innegabili sul vissuto, sull'integrazione e l'inquadramento delle persone anziane nel mondo moderno. Ci ritorneremo.

b. A livello di definizione di vecchiaia

Una certa ambivalenza si riscontra anche a livello di definizione di vecchiaia. Gli occidentali utilizzano generalmente una definizione cronologica della vecchiaia. In molti paesi una persona è considerata vecchia quando raggiunge i 65 anni. Si tratta di una misurazione

cronologica dei cambiamenti intervenuti nel ciclo della vita di questa persona. Ma, oltre al tempo cronologico, c'è anche un tempo sociale ed un tempo storico. Il tempo sociale è una successione di ruoli e di status basati sull'età, che intervengono a tappe diverse del ciclo della vita. La determinazione del momento del pensionamento è molto spesso fatta in relazione con questo tempo. Il tempo storico, invece, è costituito da un insieme di avvenimenti economici, politici e sociali che riguardano la vita individuale dei membri di una particolare società¹⁰. Così oggi si dice che una persona nata ai tempi del Presidente Kennedy negli USA o di De Gaulle in Francia è un adulto, mentre un'altra persona la cui nascita è coincisa con il periodo della Prima Guerra Mondiale con il periodo coloniale nell'Africa nera è vecchia. I due ultimi modi di considerare il tempo sono funzionali. Essi accentuano il criterio di "performance", e sono i più utilizzati nelle società non occidentali, dove si dice che una persona è diventata vecchia quando non è più capace di farsi carico dei suoi doveri e delle sue responsabilità¹¹. Viceversa, nell'Africa nera moderna urbanizzata è già ampiamente accettata un'altra nozione di vecchiaia. Essa è dissociata dall'età cronologica, prende in considerazione invece il criterio di "performance" e lo spirito d'iniziativa. "Vecchio" è allora ogni persona di sesso maschile, di un'età qualsiasi, ma che ha avuto successo nella vita, al punto di diventare il polo d'attrazione della sua famiglia e che ha un seguito di ammiratori. Questi "vecchi" hanno un grande ruolo nella redistribuzione delle risorse e nell'adempimento del dovere di solidarietà. È una vecchiaia sociologica.

Questa ambiguità nel modo di considerare il tempo e di determinare l'età della vecchiaia ha delle conseguenze anche sul vissuto delle persone anziane nel mondo moderno.

c. A livello dell'applicazione dei principi culturali

Ogni comunità etnica, nazionale o internazionale, ha un discorso ideale sulla terza età. Questo di-

scorso è accettato dai suoi membri perché viene appreso nel corso di un processo di socializzazione e riprodotto dai media e dalle dichiarazioni ideologico-politiche ufficiali. Esso formula una varietà di principi culturali ideali presunti per modellare il comportamento dei membri delle comunità. Ma in ogni tempo e nell'ambito di ogni società umana tradizionale o moderna è sempre esistito un fossato tra questi principi e la loro applicazione. I cambiamenti rapidi e spesso imprevedibili che conosce il mondo moderno non fanno che allargare il fossato, soprattutto nelle società post-industriali, di cui A. Toffler ha analizzato nel 1970 gli elementi della nuova cultura nel "Future Shock", diventato un best-seller¹².

Uno di questi principi culturali è, ad esempio, l'ideale della pietà filiale. Nel mondo moderno preoccupato dalla produzione, dalla performance e dall'efficacia, le persone anziane sono degli esclusi. Sono rinchiusi in ospizi e in alloggi comunitari sia in occidente che nell'urbanizzata Hong-Kong¹³. Nell'Africa nera urbanizzata dove i sistemi di ospizi e di alloggi comunitari per le persone della terza età sono inesistenti, in quanto sono la preoccupazione minore per le autorità pubbliche o le organizzazioni caritative private, le persone anziane sono il più delle volte condannate a mendicare per le strade o a dipendere dagli altri. D'altronde in alcuni casi nelle famiglie ove vivono gli anziani ci sono dei conflitti o sono destabilizzate a causa dei rapporti conflittuali tra questi ultimi ed alcuni membri responsabili del ménage. Nell'Africa nera rurale il mito dell'integrazione armoniosa degli anziani da parte dei membri di altre età è sempre stato portato avanti da una tradizione che sta scomparendo e da una certa letteratura nostalgica. In realtà le persone anziane vi sopravvivono nell'oblio e nella dipendenza materiale e psicologica. Spesso ricevono solo le briciole che cadono dalla tavola dei figli adulti stipendiati o produttori rurali. In alcune zone hanno solo il beneficio del rito funebre più o meno riccamente organizzato, solo per il prestigio sociale degli individui o dei familiari adulti organizzatori, o per

paura di essere perseguiti dagli spiriti dei morti.

Un altro esempio di questi principi è che sono gli anziani ad aver interiorizzato al meglio la propria cultura. Essi detengono i segreti della tradizione, possono guidare nei suoi meandri e sono degli esempi incontestabili di conformità. Sono gli esseri viventi più prossimi agli antenati, garanti delle tradizioni e della morale attraverso i costumi. Sono, per così dire, i loro intermediari accreditati nella trasmissione dei messaggi destinati agli individui e ai gruppi¹⁴. Ma il mondo moderno li esclude perché tradizionalisti, conservatori, senza spirito d'iniziativa, mentre il culto e la venerazione degli antenati, che li rivalorizzerebbe, sono tacciati di pratiche idolatriche.

Un terzo esempio di questi principi del discorso ideale è che gli anziani sono i creatori ed i testimoni storici delle produzioni culturali del momento o del passato nazionale. In occidente sono intempestivamente collocati a riposo secondo le leggi, basate su delle supposizioni e definizioni cronologiche o sociali dell'età. In Africa, in Asia o in America Latina rurale essi possono ancora lavorare. Sono capaci di gestire i propri affari o quelli dei figli adulti¹⁵, di impegnarsi in ambienti sociali e di mantenere la propria identità¹⁶, di fare un po' di commercio, di contribuire all'educazione dei bambini e di occuparsi di materie religiose¹⁷. Essi possono contribuire alla vita delle comunità ed anche a creare essi stessi delle comunità¹⁸. Ma il loro contributo è giudicato marginale e relativo al solo settore formale. Chi in realtà nel mondo moderno, a parte forse gli antropologi, i turisti ed i collezionisti di curiosità, presta ancora attenzione alla produzione di stuoie, cesti, vasi in argilla, medicinali tradizionali, statuette magico-religiose, o al piccolo commercio delle strade o a domicilio?

L'inadeguatezza tra il discorso ideale e la messa in pratica dei suoi principi in rapporto con la vecchiaia è veramente flagrante, e per la terza età comporta numerosi problemi. Esaminiamone rapidamente qualcuno nella seconda parte di questo intervento.

2. Ambiguità e possibilità della terza età

Viste queste ambiguità, quali sono attualmente le "possibilità della terza età" o come "ridare vita alla vecchiaia", per riprendere due titoli di lavori scientifici sulla questione¹⁹?

Nei paesi economicamente avanzati, le persone della terza età vivono e lavorano per molto tempo. È il frutto del progresso scientifico e tecnologico. Ma essi restano culturalmente degli emarginati, perché, come abbiamo potuto constatare, sono considerati come richiedenti e consumatori che non meritano i beni ed i servizi prodotti dagli altri. Gli assegni periodici della Previdenza Sociale che vengono concessi loro sono considerati più come un aiuto che come un dovere, come una remunerazione per i servizi resi. Nei paesi del Terzo Mondo e particolarmente nell'Africa nera, gli importi degli assegni rasentano il ridicolo.

Nei paesi poveri le persone anziane hanno vita breve. E perché beneficino di meno dei vantaggi della vita moderna. Inoltre essi non godono più del prestigio che gli riconosceva prima la società tradizionale, che oggi sta scomparendo: l'esercizio dell'autorità, la presenza, il monopolio delle conoscenze, la detenzione dei segreti delle tradizioni...

Le persone anziane vivono così non solo emarginate, ma anche nell'ambivalenza, nell'ambiguità, in un dualismo culturale. Il passato storico-culturale che esse hanno contribuito a creare fugge davanti a loro. Sono escluse dal presente e dal futuro culturale, e vivono nell'ansia. Soffrono della famosa malattia del "future shock", brillantemente documentata da A. Toffler²⁰. Sono ossessionate dallo spettro della morte. Nella sua attesa si accontentano, per sopravvivere, di manipolare gli stereotipi ed i miti creati sulla vecchiaia dai propagatori dell'immagine negativa della vecchiaia. Tra questi miti figura quello creato dagli assistenti sociali, secondo cui i vecchi sono poveri, malati, solitari o psicotici; quello proveniente dai politici secondo cui i vecchi sono cattivi ed aggressivi; quello creato dagli amministratori di case per anziani, se-

condo cui questi ultimi sono senza immaginazione o senza spirito d'avventura e non sanno dove andare²¹. Così, come ha mostrato Virginia Kerns, nei Caraibi le donne anziane utilizzano questi stereotipi per imporre una domanda di beni e servizi ai loro nipoti²². Ma Siezmaszko nota che questa domanda è piuttosto imposta ai servizi sociali pubblici che devono pianificare la sicurezza sociale²³. S. Vatuk invece fa notare che in India questi stereotipi portano ad un comportamento di ritiro per le persone anziane²⁴.

In una situazione come questa, il mondo moderno deve scegliere:

- o di mantenere le persone della terza età nella situazione di emarginazione, di dipendenza, di dualismo culturale, di manipolazione dei miti e degli stereotipi nei loro confronti: ciò va contro i diritti elementari dell'uomo la cui violazione è frequentemente denunciata nel mondo di oggi;

- o di tentare un re-inserimento delle persone nelle loro società, con il tramite della cultura. Per cominciare, gli antropologi, gli etnologi, specialisti dello studio delle culture, li dovrebbero integrare nel loro progetto di studio. Inoltre, certamente, non possiamo sognare oggi di istituire delle società e delle comunità sulla base del solo criterio gerontocratico. È un fatto innegabile che le persone anziane, come abbiamo visto prima, non hanno più sufficiente forza fisica, psichica e intellettuale per contribuire efficacemente alla produzione dei beni materiali. Ma esse possono ancora avere un ruolo nella produzione, la distribuzione e lo scambio di beni simbolici. Spetta alle famiglie, alle comunità etniche, nazionali ed internazionali assumersi le proprie responsabilità per il re-inserimento e l'inquadramento degli anziani.

Conclusione

In questo intervento abbiamo indicato che, dal punto di vista culturale, esistono nel mondo moderno diverse immagini della vecchiaia: un'immagine positiva, valorizzante e riflessa nel discorso della cultura ideale, ed un'immagine negativa, che svalorizza, e che si profila nella cultura reale o prassi nei

confronti delle persone anziane. Il contrasto e la contraddizione tra queste due immagini hanno come conseguenza quella di mantenere le persone anziane nell'emarginazione, nella dipendenza e in un dualismo culturale. Esse sono allora costrette a vivere la dipendenza o la manipolazione degli stereotipi e dei miti creati a loro sfavore da quanti ne diffondono un'immagine negativa, che il mondo moderno è perciò preoccupato di correggere.

Quest'opera di correzione può avvenire solo attraverso uno sforzo consapevole e responsabile di re-inserimento degli anziani nelle loro società, cioè attraverso la cultura. Gli antropologi e gli etnologi devono integrare la vecchiaia e gli anziani nei loro oggetti di ricerca. Al di là delle preoccupazioni della performance e dell'efficacia nella produzione dei beni materiali, il criterio d'età deve essere rivalutato e le persone anziane devono essere associate di più alla produzione, distribuzione e consumo dei beni simbolici.

Dobbiamo ricordare che le persone anziane non costituiscono un gruppo omogeneo nel mondo²⁵. La vecchiaia è infatti calcolata e definita cronologicamente, socialmente e storicamente. È un invito per il re-inserimento e l'inquadramento degli anziani, alla ricerca di soluzioni originali particolari ma an-

che ad una collaborazione sincera e disinteressata dei ricercatori e delle nazioni nella ricerca di queste soluzioni.

Dott. DEODAT
VWAKYANAKAZI MUKOHYA
Università del Wisconsin-Madison, U.S.A.
Professore Ordinario
presso la Facoltà di Scienze Sociali
Facoltà di Sociologia e Antropologia
Università di Lubumbashi (Katanga)
Rep. Democratica del Congo

Note

¹ Intendiamo qui per "cultura" la dimensione simbolica attraverso la quale comprendiamo l'ordine e la prevedibilità nel mondo. Gli esseri umani utilizzano attivamente la cultura nella loro interazione e in quella con l'ambiente. Cfr. CHRISTINE L. FRY, *Towards an Anthropology of Aging*, in C. L. FRY ET AL. (eds.), *Aging in Culture and Society*, Prefazione di P. Bohannan, New York, Paeger, 1980, p. 12.

² C. L. FRY, *op. cit.* p. 18-19.

³ L. D. HOLMES, *Anthropology and Age: An Assessment*, in C. L. FRY ET AL. (eds), *op. cit.*, p. 272.

⁴ Questa asserzione è di Hampate Ba, un letterato africano nero.

⁵ L'esempio tipico è quello di M. Griaule che è 'andato a scuola' dal suo vecchio informatore Dogon Ogotemeli. Cfr. M. GRIAULE, *Dieux d'eau: entretiens avec Ogotemeli*, Paris, PUF, 1945. Degli antropologi africanisti come E.E.E vans-Pritchard (Nuer), Victor Turner (Ndembu), M. Douglas (Lele), J. Middleton (Lugara), A.W. Southall (Alur)... hanno tutti utilizzato degli informatori vecchi.

⁶ C. L. FRY, *op. cit.*, p. 1.

⁷ M. CLARK, *Contributions of Cultural Anthropology to the Study of Aged*, in L. NADDER and T. MARELZKI (eds), *Cultural Illness and Health: Essays in Human Adaptation*, Washington D.C.: American Anthropological Association, 1973, p. 86.

⁸ L. D. HOLMES, *op. cit.*, p. 12.

⁹ C. L. FRY, *op. cit.*, p. 12.

¹⁰ L. D. HOLMES, *op. cit.*, p. 278.

¹¹ L. D. HOLMES, *op. cit.*, p. 277.

¹² A. TOFFLER, *Future Shock*, New York, Toronto, London, Bantam Books, 1970.

¹³ C. IKELS, *The coming of Age in Chinese Society: Traditional Patterns and Contemporary Hong-Kong*, C. L. FRY ET AL. (eds), *op. cit.*, p. 80-100.

¹⁴ L. V. THOMAS e R. LUNEAU, *La terre africaine et ses religions. Traditions et changements*, 2 ed. Paris, L'Harmattan, 1986, p. 39-40, 42-43; e C. L. FRY, *op. cit.*, p. 19.

¹⁵ Constatazione fatta presso i Neri dei Caraibi da V. KERNS, *Aging and Mutual Support Relations Among the Black Carib*, in C. L. FRY ET AL. (eds), *op. cit.*, p. 112-125.

¹⁶ Constatazione fatta presso gli anziani della Corsica da L. COOL, *Ethnicity and Aging: Continuity through change for Elderly Corsicans*, in C. L. FRY ET AL. (eds), *op. cit.*, p. 149-169.

¹⁷ Constatazione fatta presso gli anziani in India da S. VATUK, *Withdrawal and Disengagement as a Cultural Response to Aging in India*, in C. L. FRY ET AL. (eds), *op. cit.*, p. 126-148.

¹⁸ J. KEITH, *Old Age and Community Creation*, in C. L. FRY ET AL. (eds), *op. cit.*, p. 170-197.

¹⁹ P. VELLAS, *Les chances su 3^e âge*, Paris, Ed. Stock, 1974.

²⁰ A. TOFFLER, *op. cit.*, p. 325-367.

²¹ L. D. HOLMES, *op. cit.*

²² M. SIEZMASKO, *op. cit.*

²³ M. SIEZMASKO, *op. cit.*

²⁴ S. VATUK, *op. cit.*

²⁵ L. D. HOLMES, *op. cit.*, p. 277; cfr. A.J. WELFORD, *Veillissement et aptitudes humaines*, Paris, PUF, 1964 (tradotto dall'americano da E. R. Hawelka); KILIBA MWAHULWA MBONGOPASI, *Etre vieux à Kinshasa, Mémoire de Graduat en Journalisme*, ISTI, Kishasa, 1982.



CHRISTOPHER P. HOWSON

L'invecchiamento delle popolazioni mondiali: implicazioni per l'economia e la salute

Introduzione

Vi ringrazio per l'opportunità che mi viene data di partecipare a questa importante conferenza sullo stato degli anziani nel mondo d'oggi. Come ha detto Bert Kruger Smith, "Tutti sono stati bambini. Tutti possono comprendere, attraverso sfocati ricordi, come è l'infanzia. Ma nessuno è stato anziano eccetto chi lo è ora". Ciò che egli vuol dire è che i nostri anziani sono risorse uniche, per noi, i nostri figli, le nostre città, i nostri paesi. Questa opportunità di lavorare con voi a loro favore è veramente speciale.

Apprezzo, in particolare, l'invito a parlare davanti a questa importante assemblea, poiché credo che le possibilità che ha il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari di migliorare la qualità della vita dei nostri anziani siano immense. Spero che le discussioni che terremo nei prossimi tre giorni contribuiranno a ispirarvi in questo importante lavoro.

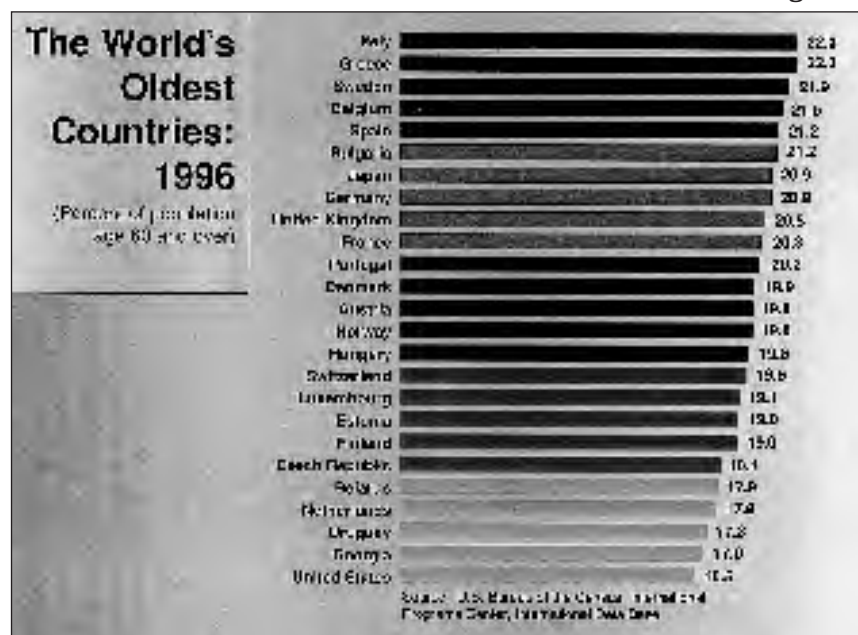
Il compito che oggi mi è stato affidato è quello di parlare delle implicazioni dell'invecchiamento delle popolazioni mondiali sull'economia e sullo status della salute. Ove i dati lo consentono, focalizzerò i miei commenti sui paesi meno sviluppati, perché le loro popolazioni in genere invecchiano più rapidamente di quelle dei paesi industrializzati o maggiormente sviluppati, e le loro necessità sono più forti, per le ragioni che descriverò più avanti. Concluderò il mio intervento con alcune raccomandazioni sui modi in cui credo che il Pontificio Consiglio possa contribuire alla salute e al benessere degli anziani nel mondo.

La transizione epidemiologica

Il fatto che stiamo vivendo in un mondo che invecchia è ormai chiaramente riconosciuto. Il rapido crescere del numero delle persone anziane rappresenta un fenomeno sociale senza precedenti storici. Si prevede che la popolazione anziana nel mondo – definita in questo documento come la categoria di persone aventi 60 anni e più – rag-

zioni industrializzate d'Europa, dell'Asia e dell'America del Nord. In almeno 50 di questi paesi il 15%, o più, di tutta la popolazione ha ora almeno 60 anni. La figura 1 mostra i 25 paesi con la popolazione più anziana al mondo. Il nostro paese si classifica al primo posto, con una popolazione anziana al di sopra del 22% dell'intera popolazione.

Figura 1



giungerà 1 miliardo e 200 milioni di persone entro l'anno 2025. Come avete precedentemente ascoltato, a causa della diminuzione della fertilità e dell'aumento dell'aspettativa di vita, nella maggior parte dei paesi le popolazioni anziane stanno crescendo più rapidamente della loro popolazione totale.

Fino ad oggi l'invecchiamento della popolazione ha rappresentato una questione preminente delle na-

Nei paesi industrializzati di solito l'invecchiamento della popolazione ha generato un intenso dibattito pubblico sulle questioni direttamente collegate ai cambiamenti d'età che si stanno verificando nella struttura delle loro popolazioni. Le questioni che sono oggetto di dibattito includono, ad esempio, la preoccupazione per le spese sanitarie, per il collocamento a riposo, per la previdenza sociale e per il pa-

gamento delle pensioni. Ciò che non è così ampiamente rilevato è il fatto che l'invecchiamento della popolazione si stia verificando anche nei paesi meno sviluppati. Come dimostra la figura 2, le popolazioni più anziane, nella maggior parte dei paesi sottosviluppati stanno crescendo molto più rapidamente che nei paesi più sviluppati. Infatti, la popolazione mondiale delle persone che raggiungono e superano i 60 anni è aumentata nel 1995 di oltre 12 milioni di unità; quasi l'80% di questo incremento riguarda i paesi in via di sviluppo.

Figura 2

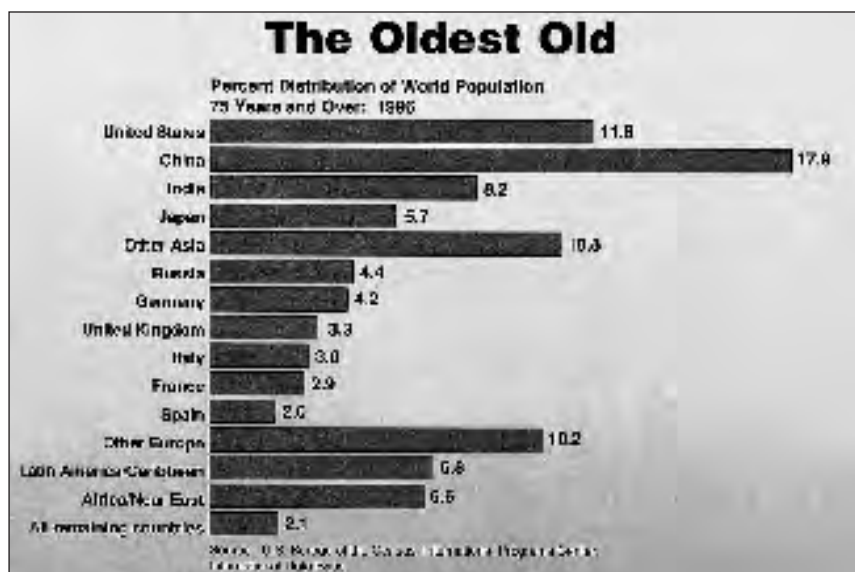
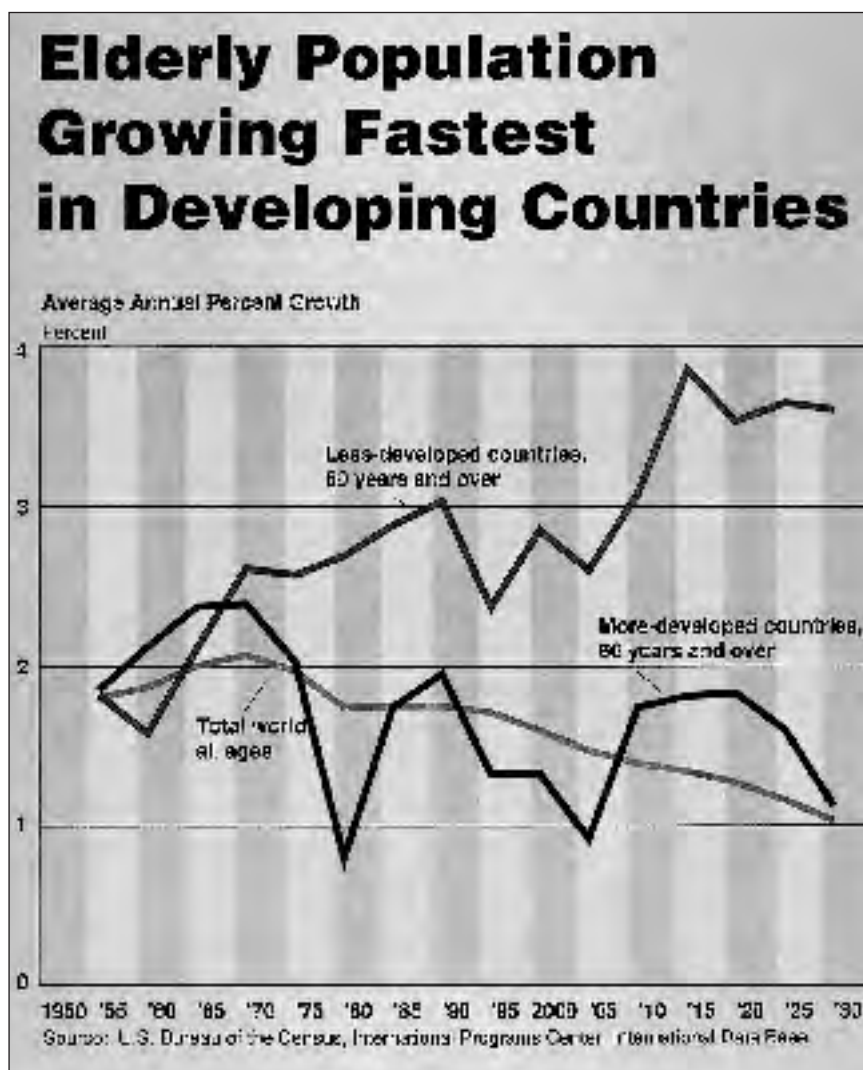
All'interno delle popolazioni, gruppi di età diversa stanno crescendo a ritmi molto differenziati. In molti paesi del mondo, i più anziani tra gli anziani (le persone di 75 anni e oltre) costituiscono la parte di popolazione anziana con il ritmo di crescita più veloce. Nel 1996, essi costituivano quasi un quarto della popolazione mondiale degli ultrasessantenni, il 30% nei più sviluppati e il 19% in quelli meno sviluppati. Come mostra la figura 3, una larga parte dei più anziani tra gli anziani risiede in appena quattro nazioni: Stati Uniti, Cina, India, Giappone. Comunque, anche nelle regioni meno sviluppate dell'Asia, delle Americhe, dell'Africa e del vicino Oriente tale categoria di anziani cresce rapidamente in termini assoluti. Questo incremento senza precedenti sta spingendo gli addetti alla pianificazione sociale a ulteriori indagini su queste persone, poiché esse necessitano tradizionalmente di una quantità sproporzionata di servizi destinati alla salute e alle cure a lungo termine. Infatti, negli Stati Uniti, si calcola che l'80% di tutti i costi relativi alla salute si sostengano negli ultimi 15 anni di vita.

Figura 3

IMPLICAZIONI DELLA TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA SULLE TENDENZE DELLA MALATTIA E SULLA SALUTE

Oneri della malattia e dell'invalidità

Quali sono le implicazioni dell'invecchiamento della popolazio-



ne sui modelli e sulle tendenze negli oneri della malattia e dell'invalidità?

Con il crescere dell'età della popolazione crescono gradual-

mente i relativi problemi di salute predominanti tra gli adulti, quali la depressione, i disturbi cardiaci e i tumori mentre diminuiscono, invece, quelli propri dell'infanzia.

Mentre i paesi industrializzati hanno sperimentato questa “transizione nella salute” all’inizio del secolo, essa è attualmente in corso nei paesi meno sviluppati. Nei prossimi 20 anni si prevede, pertanto, che i principali problemi relativi alla salute della maggioranza della popolazione mondiale diverranno rapidamente simili a quelli dei paesi industrializzati di oggi.

Nella Tabella 1 è riportata una recente stima delle tendenze globali mondiali. La Tabella indica che entro l’anno 2020, le cardiopatie ischemiche sostituiranno probabilmente le infezioni respiratorie quale causa principale di cattiva salute, seguite dalla depressione e dagli incidenti del traffico stradale.

Tabella 1

La Tabella 2 presenta analisi simili per i paesi in via di sviluppo. Come potete vedere, si ritiene che entro l’anno 2020 i tipi di malattie croniche non contagiose proprie delle popolazioni anziane – per esempio, depressione, cardiopatie ischemiche, broncopatie croniche ostruttive e malattie cerebro-vascolari – rappresenteranno le principali e più importanti cause di malattia e di invalidità tra le popolazioni dei paesi in via di sviluppo. L’idea che le malattie non contagiose siano legate alla sovrabbondanza sta dunque perdendo rapidamente credibilità; le principali malattie dell’America Latina o della Cina e dell’India sono sempre più simili a quelle degli Stati Uniti e dell’Europa Occidentale.

Tabella 2

In sintesi, le implicazioni delle transizioni epidemiologiche e le conseguenti modifiche nell’onere globale della malattia sono varie e profonde. I problemi della salute del Nord stanno diventando con ritmo crescente quelli del Sud. Le nazioni in via di sviluppo si stanno sforzando di far fronte alle sfide che il rapido invecchiamento delle loro popolazioni e il risultante aumento nei tassi delle malattie croniche non contagiose pongono al loro sistema sanitario,

Projected Change in the Rank Order of Disease Burden for 15 Leading Causes, Worldwide 1990-2020

1990 Disease or injury	Rank Order	2020 Disease or injury
Lower respiratory infections	1	Ischemic heart disease
Chronic diseases	2	Unipolar major depression
Conditions arising during perinatal period	3	Road traffic accidents
Unipolar major depression	4	Cerebrovascular disease
Ischemic heart disease	5	Chronic obstructive pulmonary disease
Cerebrovascular disease	6	Lower respiratory infections
Tuberculosis	7	Tuberculosis
Measles	8	War
Road traffic accidents	9	Diarrheal diseases
Congenital anomalies	10	HIV
Malaria	11	Conditions arising during perinatal period
Chronic obstructive pulmonary disease	12	Violence
Falls	13	Congenital anomalies
Iron-deficiency anemia	14	Self-inflicted injuries
Protein-energy malnutrition	15	Concussive trauma

NOTE: Disease burden is measured in disability-adjusted life years (DALYs), a measure that combines the impact on health of years lost due to premature death and years lived with a disability. One DALY is equivalent to one lost year of healthy life.

SOURCE: Murray and Lopez, 1996

Projected Change in the Rank Order of Disease Burden for 15 Leading Causes, Demographically Developing Countries 1990-2020

1990 Disease or injury	Rank Order	2020 Disease or injury
Lower respiratory infections	1	Unipolar major depression
Diarrheal diseases	2	Road traffic accidents
Perinatal conditions	3	Ischemic heart disease
Unipolar major depression	4	Chronic obstructive pulmonary disease
Tuberculosis	5	Cerebrovascular disease
Measles	6	Tuberculosis
Malaria	7	Lower respiratory infections
Ischemic heart disease	8	War
Congenital anomalies	9	Diarrheal diseases
Cerebrovascular disease	10	HIV
Road traffic accidents	11	Perinatal conditions
Chronic obstructive pulmonary disease	12	Violence
Falls	13	Congenital anomalies
Iron-deficiency anemia	14	Self-inflicted injuries
Protein-energy malnutrition	15	Falls

NOTE: Disease burden is measured in disability-adjusted life years (DALYs), a measure that combines the impact on health of years lost due to premature death and years lived with a disability. One DALY is equivalent to one lost year of healthy life.

SOURCE: Murray and Lopez, 1996

mentre stanno ancora combattendo con un'agenda infinita di infezioni mortali, malnutrizione e scarsa salute riproduttiva. Questi oneri supplementari sui loro già insufficienti sistemi sanitari creeranno probabilmente ulteriori tensioni sulle economie nazionali e regionali, con possibili conseguenze per lo sviluppo e per il commercio internazionale.

ASPETTI ECONOMICI

Livelli di reddito

Mi piacerebbe ora accennare ad alcune delle questioni economiche associate all'invecchiamento della popolazione mondiale.

Nella maggior parte dei paesi del mondo, gli anziani hanno livelli di reddito più bassi di quelli delle persone più giovani. Questo si deve soprattutto al fatto che una percentuale inferiore di anziani lavora e, dunque, gli altri non ricevono reddito da lavoro. Nei paesi più sviluppati del Nord, la maggior parte degli anziani gode di qualche tipo di assicurazione sociale o di pensione che, dopo il ritiro, va a sostituire parte del loro reddito da lavoro. Ciò non costituisce ancora una realtà per gli anziani nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo.

La Figura 4 presenta il reddito medio delle popolazioni anziane in sette paesi industrializzati in misura percentuale rispetto ai loro redditi familiari nazionali medi. Come la Figura dimostra, gli anziani in tutti e sette i paesi possedevano redditi inferiori alle loro rispettive medie familiari nazionali. Per esempio, nei Paesi Bassi i redditi degli anziani nel 1987 rappresentavano l'88% di quelli familiari nazionali medi. La Figura non mostra alcun sostanziale cambiamento in questi livelli economici tra la fine degli anni '70, l'inizio degli '80 e la fine di questi ultimi.

Figura 4

Genere

Quando si considerano aspetti specifici degli anziani, appare chiaro che essi, come gruppo, so-

no demograficamente, socialmente ed economicamente eterogenei nella stessa misura dei non anziani. Una notevole differenza tra questi grandi gruppi si rileva nel relativo numero di uomini e donne. Sebbene in tutti i paesi il numero dei ragazzi superi quello delle ragazze durante l'infanzia, il numero delle donne anziane supera largamente quello degli uomini anziani nella maggior parte dei paesi. Dunque, i problemi sanitari e socioeconomici degli anziani sono, in gran misura, i problemi delle donne anziane.

Per esempio, gli studi mostrano che nei paesi più sviluppati le donne sono rappresentate in misura sproporzionata tra gli anziani istituzionalizzati. Sia in Canada che in Israele, il 70% delle persone istituzionalizzate di 65 anni e oltre sono donne. Negli Stati Uniti, tre quarti degli anziani presenti nelle case di cura sono donne, e tale percentuale aumenta con l'aumentare dell'età.

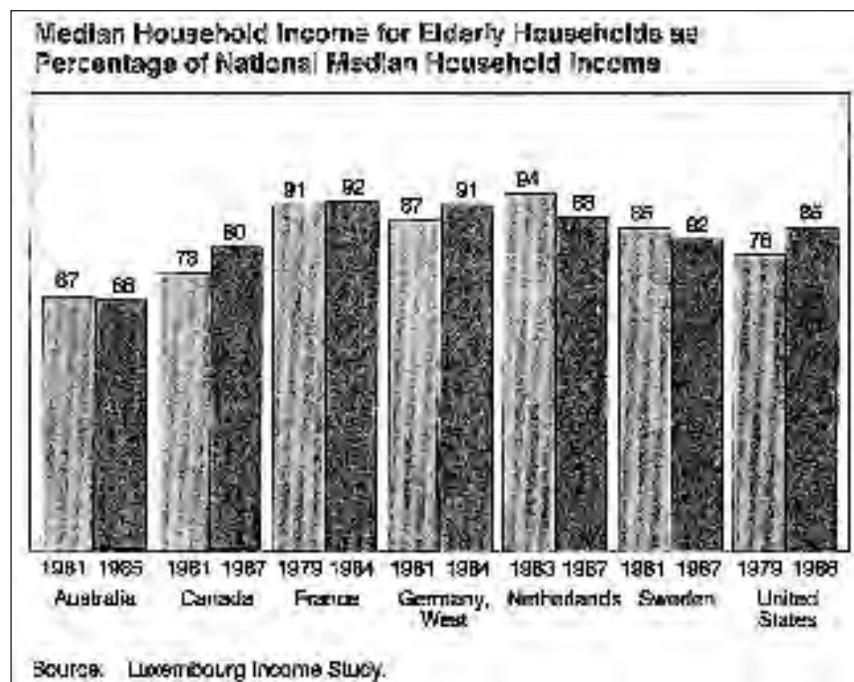
L'aiuto di cui necessitano le donne anziane è particolarmente forte nei paesi in via di sviluppo. Nei paesi meno sviluppati le donne hanno maggiore probabilità degli uomini di essere povere. Hanno anche minore probabilità di essere alfabetizzate o di aver ricevuto qualsiasi educazione formale rispetto alle donne o agli uomini più giovani di loro. Anche se

le donne più anziane possono avere amministrato l'economia familiare o possono aver lavorato in settori non ufficiali di occupazione, la loro mancanza di esperienza nell'affrontare un mondo più vasto tende a renderle più vulnerabili degli uomini di fronte allo sfruttamento economico e legale.

Status coniugale

Per quanto attiene allo status coniugale, i tassi di vedovanza crescono con l'età in entrambi i sessi. La maggior parte degli uomini anziani, sono comunque sposati. Per le donne la situazione è quasi opposta. In 31 dei 47 paesi sviluppati e in via di sviluppo esaminati, la percentuale delle vedove anziane risulta superiore a quella dei vedovi anziani. Anche in termini assoluti, il numero delle donne anziane vedove è alto e in aumento in molti paesi. Per esempio, in Cina nel 1990, c'erano 21 milioni e mezzo di donne anziane vedove, una cifra superiore a quella di tutti i paesi dell'Europa Occidentale messi assieme.

L'impatto economico e sociale di questa tendenza è profondo e include mutamenti nei modi di vivere, nelle assicurazioni finanziarie e nei rapporti personali. Per esempio, come mostra la Figura 5, in sette dei paesi sviluppati esa-



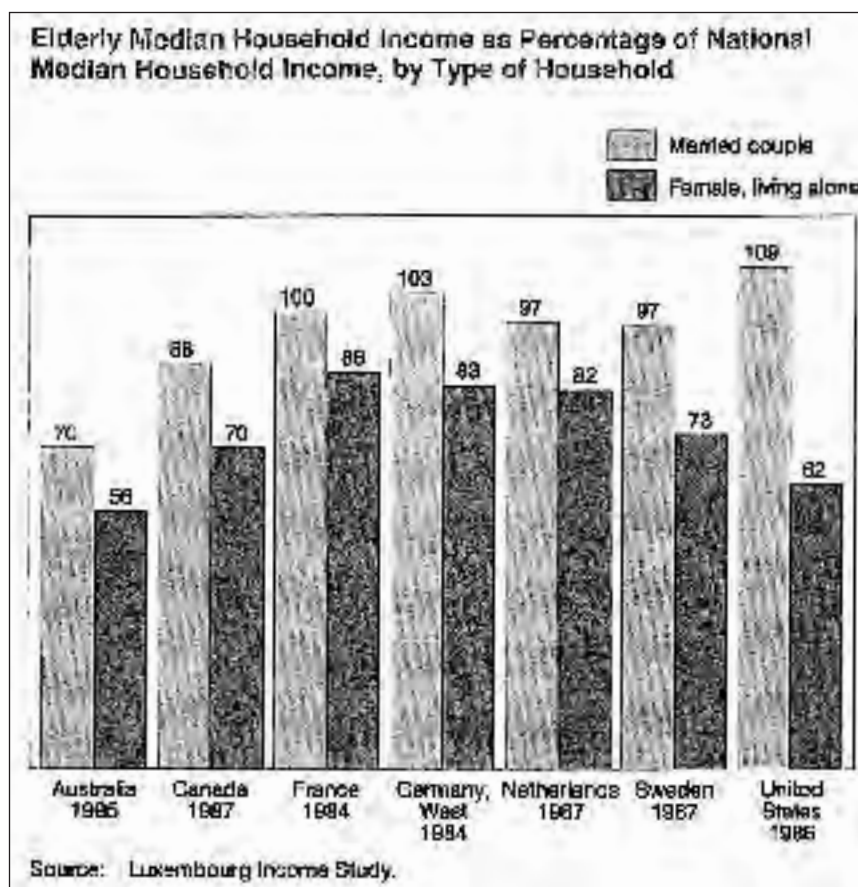
minati, gli anziani non sposati hanno redditi maggiormente tendenti al basso di quelli delle coppie di persone sposate. Questa differenza è ancora maggiore quando i redditi delle donne anziane che vivono sole sono paragonati a quelli delle donne sposate. Negli Stati Uniti, nel 1986, per esempio, il reddito medio delle coppie anziane sposate era del 9% superiore alla media nazionale di tutte le persone, mentre il reddito medio delle donne anziane che vivono sole era soltanto il 62% della media nazionale.

Figura 5

Differenze urbane e rurali

Lo status economico degli anziani differisce anche a seconda che essi vivano in ambienti urbani o rurali. L'urbanizzazione — una delle più significative tendenze della seconda metà del 20° secolo — è spesso collegata alla migrazione di giovani verso le zone urbane, in alcuni casi, alla migrazione di ritorno degli anziani dalle zone urbane a quelle rurali. Così, si può anticipare che, nella maggior parte dei paesi sviluppati e in via di sviluppo, le zone rurali nelle prossime due decine d'anni, saranno ancora più sproporzionatamente popolate di anziani.

L'urbanizzazione porta anche cambiamenti nei nuclei familiari e nelle reti di parentela, con conseguenze sia positive che negative sul benessere economico degli anziani. Per quanto riguarda l'aspetto positivo, i membri più giovani della famiglia che si trasferiscono nelle città, hanno la possibilità di migliorare le loro risorse economiche, che possono usare per aiutare i membri della famiglia più anziani che vivono ancora nelle loro zone di nascita rurali. Dal lato negativo, si manifesta il fatto che i membri più giovani della famiglia, residenti nelle città, hanno sempre minori possibilità di prestare un'assistenza diretta ai loro parenti anziani che risiedono nelle aree rurali, con la conseguente rimozione di un tradizionale sistema di sostegno familiare a favore dei



fragili anziani. Inoltre, la prestazione di cure e di altri servizi agli anziani nelle campagne è spesso logisticamente e finanziariamente difficile. Gli ostacoli appaiono particolarmente difficili da superare nei paesi meno sviluppati, nei quali le infrastrutture per le cure sanitarie e per altri servizi sono molto carenti al di fuori della famiglia.

Partecipazione della forza lavoro

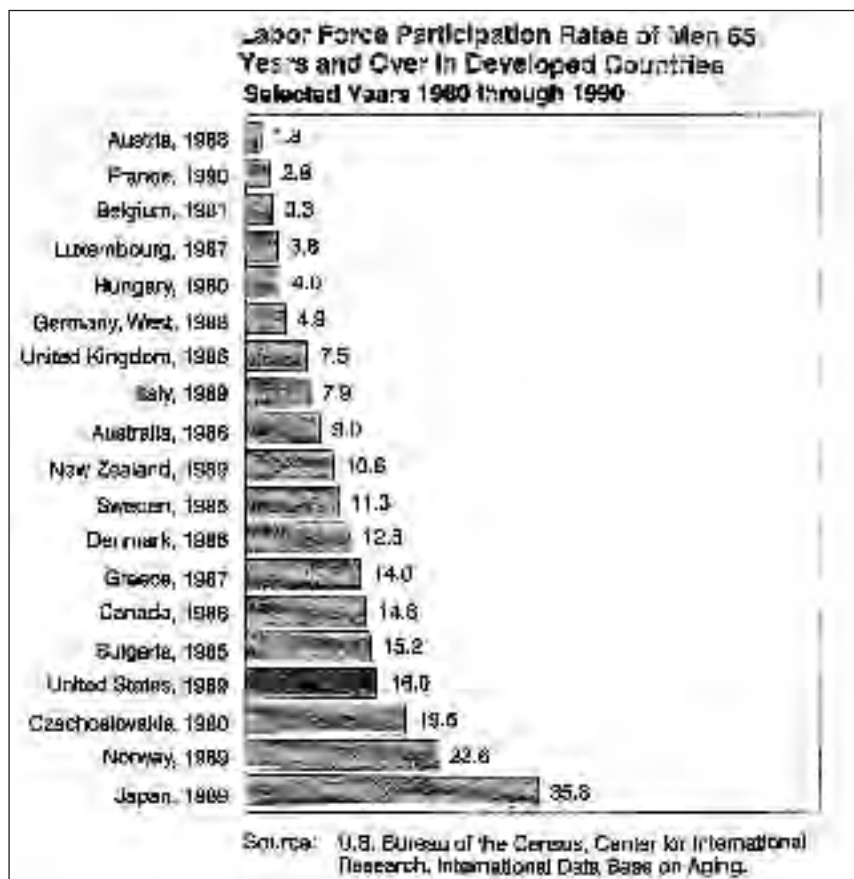
Per quanto attiene alla partecipazione della forza lavoro, la maggior parte delle economie mondiali sviluppate si sono mosse dall'agricoltura e dall'industria pesante verso i servizi e le industrie leggere. Questo si è manifestato in uno spostamento da lavori spesso rischiosi, che richiedono un grande impegno fisico, a lavori che richiedono maggiori capacità tecniche. Sebbene l'agricoltura sia ancora un'importante risorsa di lavoro tra gli anziani, perfino nei paesi in via di sviluppo essi stanno dirigendosi in mi-

sura crescente verso occupazioni che richiedono minori prestazioni fisiche, nelle vendite, nei servizi e nella produzione. Alcuni credono che questo slittamento dal lavoro manuale all'occupazione nei servizi aumenterà le possibilità dei lavoratori più anziani di restare più a lungo nella forza lavoro. D'altro canto, molti di questi lavori sono relativamente poco remunerativi, e si rivelano pertanto poco attraenti per le persone anziane che hanno sufficienti entrate per soddisfare i loro bisogni essenziali.

La realtà attuale evidenzia che la partecipazione della forza lavoro diminuisce con l'avvicinamento delle persone all'età del collocamento a riposo. Come mostra la figura 6, nei paesi sviluppati la quota di uomini anziani economicamente attivi, rappresenta in media una piccola frazione della corrispondente porzione di persone di età compresa fra i 25 e i 54 anni.

Figura 6

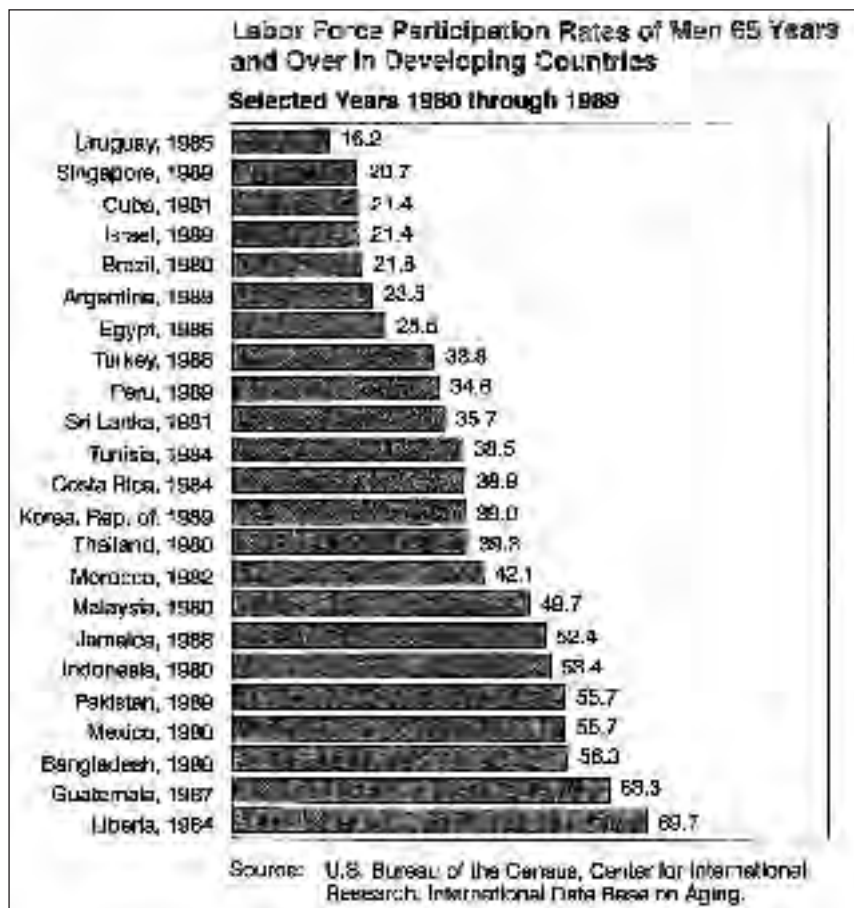
Questa porzione è sostanzialmente più ampia per gli uomini anziani dei paesi in via di sviluppo, come mostra la Figura 7. In queste due figure appare di particolare interesse la grande variazione osservata tra diversi paesi circa la partecipazione della forza lavoro. In questa Figura, per esempio, i tassi variano da poco più del 16% in Uruguay, nel 1985, a quasi il 70% in Liberia, nel 1984. Queste variazioni evidenziano gli effetti che i valori culturali, le differenti politiche governative, e le condizioni economiche locali esercitano sui livelli di attività economica dei lavoratori più anziani. Questi dati dimostrano che l'età cronologica è meno rilevante nel determinare i modelli di lavoro tra persone anziane di quanto non lo siano le condizioni politiche ed economiche e i valori culturali di un paese.

**Figura 7**

Collocamento a riposo

Il concetto di ritiro e, più generalmente, la "vita lavorativa", stanno subendo trasformazioni drammatiche sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. Nei paesi sviluppati, una tendenza delle decadi passate verso ritiri formali anticipati sta mostrando segni di inversione. Porzioni più ampie di persone anziane si impegnano in lavori part-time o in attività volontarie. Nei paesi meno sviluppati, comunque, per molte persone il termine ritiro ha scarso significato. Il lavoro per tutta la vita o il sostegno domestico per permettere anche ai bambini della famiglia di lavorare diviene sempre più la regola. Comunque, questo lavoro non offre molto nell'ambito dei benefici del ritiro formale o di altri strumenti di assicurazione finanziaria per gli anziani in molti di questi paesi.

Tutto ciò – associato alle preoccupazioni per il modo in cui una percentuale di persone in età lavorativa possa continuare a fornire i



mezzi finanziari per collaborare al sostegno di una porzione crescente di persone a riposo – ha spinto i pianificatori delle strategie politiche, tanto nei paesi in via di sviluppo che in quelli industrializzati, a prestare maggiore attenzione al problema di assicurare livelli futuri adeguati di previdenza sociale, piani di pensionamento, e altri mezzi formali di sostegno economico degli anziani. Strategie pubbliche per l'anzianità, l'invalidità, o l'aiuto alla sopravvivenza costituiscono ora una caratteristica di circa 155 paesi e territori. Comunque, la loro copertura è molto varia e si valuta che i programmi pubblici formali coprano soltanto il 30% della popolazione mondiale al di sopra di 60 anni di età. Per una larga parte dell'altro 70% privo di copertura per il ritiro formale, il lavoro rappresenta una costante della loro vita. Specialmente per le donne, che sono state sottorappresentate nel settore pubblico e nell'occupazione formale e il cui lavoro domestico o la cui occupazione informale è stata poveramente riferita, sostenuta e compensata, il concetto di ritiro e di conseguente previdenza sociale è sconosciuto.

Conclusioni

In sintesi, l'invecchiamento delle popolazioni mondiali, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, avrà vaste ripercussioni nei settori economici e sanitari di quei paesi. Per quanto riguarda la salute, cambiamenti nelle strutture dell'età porranno tensioni sui sistemi sanitari in gran parte del mondo. Molti dei paesi in via di sviluppo più poveri si troveranno con popolazioni di anziani in aumento, mentre saranno ancora impegnati a proteggere la salute di gruppi di più giovane età. Le richieste relative alla salute da parte delle popolazioni più anziane costringeranno i pianificatori delle politiche a bilanciare i costi e i vantaggi di interventi in favore di diversi gruppi di popolazione e a razionalizzare le decisioni circa gli sforzi da sostenere. Al fine di realizzare tutto questo più efficacemente, avranno bisogno di una migliore conoscenza del contribu-

to al benessere generale reso da quei servizi che migliorano la salute nelle diverse fasce d'età e, in modo particolare, la salute degli anziani. Secondo una prospettiva economica, gli strateghi delle politiche dovranno riservare molta attenzione alle implicazioni nei settori formali e informali del lavoro, derivanti da una popolazione che invecchia, e alle strategie relative alla sicurezza degli anziani, inclusa la previdenza sociale e i piani di pensionamento. Questo vale particolarmente nei paesi in via di sviluppo. Inoltre, bisogna meglio analizzare e soddisfare le particolari necessità economiche e sanitarie delle donne anziane, che costituiscono la maggioranza della nostra popolazione più anziana.

Credo che il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari – in collaborazione con i vari governi e le competenti agenzie e organizzazioni del settore privato – possa contribuire in modo rilevante a soddisfare le necessità economiche e sanitarie di un mondo che invecchia. Ciò può realizzarsi:

- suscitando consapevolezza circa l'invecchiamento della popolazione mondiale e le sue implicazioni per la salute nazionale e il benessere economico, tra i pianificatori delle strategie politiche di tutti i governi nel mondo;

- incoraggiando, specialmente nei paesi in via di sviluppo, investimenti bilanciati in una gamma completa di servizi fondamentali, che comprendano la salute, l'alloggio, la sicurezza e l'istruzione;

- incoraggiando la crescita dei sistemi pubblici e privati diretti alla sicurezza sociale e finanziaria degli anziani, inclusa la previdenza sociale, le pensioni e gli altri vantaggi del collocamento a riposo;

- promuovendo e sostenendo ricerche nel mondo per migliorare la comprensione dei molti fattori economici e sociali che permettono agli anziani di restare a lungo sani, indipendenti e produttivi.

Attraverso le sue reti, i suoi programmi e l'abilità dei suoi membri a livello regionale e locale, il Consiglio può dare un contributo più specifico:

- incoraggiando i fornitori di cure sanitarie a concentrare l'at-

tenzione sulla promozione di comportamenti sani che elevino al massimo grado la salute e il benessere negli ultimi anni, oltre che sul trattamento delle malattie e delle condizioni relative all'età;

- identificando a livello locale le popolazioni anziane che non hanno accesso ai servizi sanitari necessari e lavorando con i governi e con le organizzazioni non governative per fornire i mezzi idonei a migliorare l'accesso;

- promuovendo la partecipazione degli anziani alle istituzioni locali di auto-assistenza, reciproco aiuto, e l'estensione agli altri delle loro comunità, incoraggiando così l'autosufficienza e rafforzando la società civile.

Possiamo assicurare che gli ultimi anni di vita saranno produttivi e soddisfacenti come tutti gli altri soltanto lavorando assieme per impegnare i molteplici settori della società – inclusi quelli relativi a: salute, alloggio, sicurezza civile e finanze – che devono essere coinvolti se si vuole attuare una politica razionale, integrata nei confronti dei nostri anziani, e rafforzando la capacità di questi stessi di cercare e trovare soluzioni efficaci a loro vantaggio.

Grazie per l'opportunità offertami di rivolgermi a voi.

Dott. CHRISTOPHER P. HOWSON
Direttore del Programma Internazionale
The March of Dimes Foundation
White Plains, New York

Note

Il relatore ringrazia il Sig. Kevin Kinsella, Direttore dell'*Aging Studies Branch* dell'*U.S. Bureau of the Census*, per la sua assistenza nel preparare questa relazione.

Le seguenti pubblicazioni hanno fornito la sostanza del materiale presentato:

Global Aging into the 21st Century. 1996. Bureau of the Census, Economics and Statistics Administration, U.S. Department of Commerce.

HOWSON C.P., FINEBERG H.V., and BLOOM B.R., 1998. *The pursuit of global health: the relevance of engagement for developed countries*. The Lancet, 351:586-90.

KINSELLA K. and TAUBER C.M., 1993. *An Aging World II. International Populations Reports*, 95/92-3, Bureau of the Census, Economics and Statistics Administration, U.S. Department of Commerce.

World Development Report, 1993. Investing in Health. The World Bank, Oxford University Press.

ROSY BINDI

Aspetti politici

1. Anziani nel mondo

"I problemi della terza età appartengono all'intera umanità, la quale, risolvendoli, raggiunge la sua vera dimensione" (Giovanni Paolo II).

1.1. Introduzione

La prima metà di questo secolo è stata drammaticamente segnata da due conflitti mondiali che hanno pesantemente influenzato sia l'assetto demografico che la situazione socioeconomica del globo. Dalla seconda metà si registra, invece, un periodo indenne da tragici eventi a carattere universale, e la popolazione ha potuto seguire quello che potremmo definire un "naturale sviluppo" all'interno di un costante allungamento della vita, sia pure nel permanere di enormi diversità geo-politiche.

Ogni sistema deve ormai fare i conti – con estrema urgenza nell'Occidente sviluppato – con la cosiddetta terza età: una esperienza relativamente nuova per i paesi in via di sviluppo, una realtà da tempo radicata nei paesi più avanzati. Un processo inarrestabile che impone di ripensare gli equilibri generazionali all'interno del nostro modello di sviluppo ma anche di definire quello che potremmo chiamare un *nuovo statuto dell'anziano*. Uno statuto che non potrà che delineare soluzioni e risposte nazionali, anche se coordinate su scala mondiale, poiché si tratta di intervenire su un fenomeno al tempo stesso frutto di un processo sociale ma anche di storie individuali.

1.2. Elementi demografici e stato di salute (World Health Report, 1998)

Nel 1955 la popolazione nel mondo era di 2,8 miliardi di persone: oggi è di 5,8 miliardi ed aumenterà di 80 milioni all'anno, fino ad arrivare a 8 miliardi nel 2025.

Oggi la popolazione sopra i 65 anni è di 390 milioni (6,7%), ma arriverà ad 800 milioni (10% del totale) nel 2025 e di queste 2/3 nei Paesi sviluppati: 750 mila unità in più ogni mese.

Complessivamente, mentre la popolazione di bambini, nei prossimi 25 anni, aumenterà dello 0,25% all'anno, quella degli anziani aumenterà 10 volte di più (2,6% all'anno).

Molte migliaia di persone nate quest'anno vivranno per tutto il 21° secolo e vedranno l'avvento del 22° secolo: ad esempio in Francia il numero degli ultracentenari aumenterà di 750 volte nel prossimo secolo.

In questo andamento le donne sono la maggioranza: nel periodo 1997-2025 in almeno 67 Paesi sviluppati l'aumento sarà del 150%. Nello stesso periodo in Asia si passerà da 107 milioni a 248 milioni e in Africa da 13 a 33 milioni.

1.3. Anziani e Terzo Mondo

L'elemento demografico più innovativo di questa fase è rappresentato dalla diminuzione relativa della fertilità e della natalità nei Paesi in via di sviluppo a fronte di un progressivo invecchiamento della popolazione. Tale fenomeno, ci conferma come esso non sia affatto un problema esclusivo delle

nazioni ricche ma, al contrario, nel prossimo futuro diventerà la questione più drammatica dei paesi poveri.

Entro il 2025 gli ultrasessantacinquenni aumenteranno del 300% anche in molti Paesi del Terzo Mondo (America Latina ed Asia). Due terzi degli anziani del mondo abiterà in questi continenti. Nella sola Cina ci sarà una crescita di 274 milioni di persone con più di 60 anni, cioè più dell'attuale popolazione degli Stati Uniti.

Ma in queste nazioni l'aumento dell'attesa di vita non è confortato anche da un aumento di salute; al contrario l'avvento delle malattie cronico-degenerative rende più falso l'apparente guadagno in longevità. Al tradizionale peso dominante delle malattie infettive, si va aggregando l'avvento di patologie caratterizzate da decorsi lunghi e invalidanti.

1.4. Universalismo e solidarietà nelle politiche

In questo complesso e articolato scenario mondiale, le politiche per gli anziani, a fronte di risorse limitate, dovranno evitare il conflitto tra generazioni, facendo valere le ragioni della solidarietà, dello scambio tra le età della vita, dell'aiuto reciproco, in famiglia e tra le famiglie. Ma dovranno farsi carico anche delle profonde disuguaglianze economiche e sociali tra il Nord e il Sud del pianeta.

La riflessione si concentra sulle forme possibili di protezione sociale, per capire come garantire l'incontro tra diritti e doveri, bilanciando le forme dirette e indirette di assistenza. Le soluzioni fino ad ora adottate sono di diversa natura. Ad

esempio il modello svedese di welfare garantisce un'ampia protezione alle persone anziane su base universalistica, come pure in Inghilterra, anche se in questo, come in altri paesi, il settore assicurativo sta cercando nuovi spazi di mercato. In Germania è prevalente il sistema pubblico di finanziamento, integrato da fondi finalizzati. Lo stesso sta avvenendo in Giappone, con la crescita del welfare universalistico. In Australia e negli Stati Uniti prevalgono soluzioni private per l'assistenza di lungo periodo, sulla base di gestioni curate da soggetti profit, ma soprattutto non profit.

Il dibattito è aperto e si accompagna alla ricerca di soluzioni che potranno essere efficaci se sapranno garantire adeguata protezione a tutti.

1.5. Le politiche per gli anziani su scala internazionale

Un esame sommario degli orientamenti politici prevalenti nei confronti degli anziani registra la tendenza a integrare le misure propriamente socio-sanitarie con nuove compatibilità economiche.

Il documento, approvato nel giugno scorso a Parigi, dai Ministri del Comitato dell'Occupazione, del lavoro e degli affari sociali dell'OCSE, indica un percorso possibile. Si fa leva sul concetto di *invecchiamento attivo*. Si tratta di incoraggiare lungo tutto l'arco della propria esistenza una maggiore libertà di scelta riguardo al tempo da dedicare alla formazione, al lavoro, agli svaghi e alla cura degli altri. La promozione dell'invecchiamento attivo raccomandata dall'OCSE punta sostanzialmente ad incoraggiare e dare la possibilità a quanti ne sono in grado di lavorare più a lungo.

C'è da chiedersi, però, se sia sufficiente la sola flessibilità nell'uscita dal lavoro o non sia parimenti urgente intervenire con incisività sulla espansione dell'occupazione e, in particolare, quella giovanile. La prospettiva di invecchiamento attivo, non deve infatti tradursi in un ulteriore rallentamento del ricambio generazionale nel sistema produttivo, pena l'esasperazione di un conflitto ormai non più latente tra diritti degli anziani e diritti dei giovani.

Una lettura solo "economicista" del concetto di invecchiamento rischia infatti di dare valore alla vecchiaia solo perché prolunga le capacità produttive dell'individuo. È possibile educare all'uso creativo della libertà e delle energie vitali di coloro che non sono più impegnati in un lavoro socialmente produttivo? Occorre probabilmente trovare un equilibrio nuovo tra la richiesta di un ruolo attivo e la possibilità di esercitarlo facendo *risplendere la vecchiaia*.

Da questo punto di vista la riflessione etico-politica sembra ancora frammentaria, probabilmente troppo condizionata da una certa omologazione culturale innescata dai processi di globalizzazione dell'economia mondiale.

1.6. L'Anno Internazionale per l'Anziano: un'occasione qualificata per armonizzare le politiche intergenerazionali

L'attenzione dei governi e delle nazioni sui problemi degli anziani viene mantenuta desta dalle Nazioni Unite con la Dichiarazione del 1999 come Anno Internazionale dell'Anziano e dall'OMS che ha indicato nell'"Invecchiare in modo sano" il tema della prossima Giornata mondiale della sanità (7 aprile 1999). Il prossimo anno sarà dunque un'occasione importante per sviluppare l'idea guida "Verso una società per tutte le età".

È attualmente in corso di elaborazione, da parte dei ministri della sanità dei paesi aderenti al Consiglio d'Europa, un apposito e dettagliato piano di azione, che servirà a predisporre una dichiarazione politica sulle principali linee di intervento. Ci auguriamo che trovino risposte unitarie i problemi riguardanti le strategie di intervento multigenerazionale nella famiglia, basate sul lavoro flessibile, sul lavoro di cura, sulla qualificazione dell'assistenza a domicilio, sostenendo l'accoglienza familiare e le forme di presa in carico comunitaria dei problemi.

2. Anziani e salute nella realtà italiana

"Il rapporto che l'intera società sa costruire con i suoi anzia-

ni è un test che ne mostra il grado di sviluppo etico" (Carlo Maria Martini).

2.1. Invecchiamento e salute

All'appuntamento dell'Anno Internazionale dell'anziano l'Italia si presenta come un vero e proprio laboratorio. Nel nostro paese, infatti la dinamica della popolazione anziana è, per intensità e velocità, una delle più significative nel mondo. Bastano pochi dati per offrire un quadro delle dimensioni dei problemi che abbiamo di fronte.

La fecondità è in assoluto la più bassa (1,2 figli/donna) e si accompagna ad un continuo, rapido ed esteso aumento delle persone, in particolare donne, che superano i 60 anni. Di più, *l'Italia è il primo e per ora unico paese al mondo in cui la proporzione di ultrasessantacinquenni (16%) ha superato quella dei ragazzi con meno di 15 anni (15%)*.

Secondo previsioni elaborate dall'Istat, nel 2020 il 23% della popolazione italiana avrà più di 65 anni e la speranza di vita alla nascita sarà di 78,3 anni per gli uomini e di 84,6 anni per le donne. In termini relativi, aumenteranno soprattutto i grandi vecchi con età superiore agli 80 anni. Sono anziani oltre un terzo delle 6.690.000 persone che vivono in condizioni di povertà. Molti i pensionati a basso reddito: il 71% dei pensionati (con classi di importo fino a 20 milioni) percepisce complessivamente il 45% del fondo pensionistico. La classe fino a 10 milioni rappresenta il 41%, con importi medi di 7,7 milioni, cioè il 19% dell'intero fondo.

Qual è il loro stato di salute? Una quota significativa di anziani soffre di patologie croniche, spesso multiple, e di disabilità che ne limitano l'autosufficienza. Il 52% degli uomini e il 61% delle donne dichiarano almeno due malattie croniche in atto (Istat, 1994). Tra essi, i malati di Alzheimer costituiscono una popolazione di circa 500.000 soggetti particolarmente esposti a condizioni di deterioramento della qualità della vita per sé stessi e per i familiari, sui quali ricade gran parte del peso assistenziale.

2.2. Non autosufficienza e disabilità

Nel 1994 i disabili di 60 anni e più non istituzionalizzati ammontavano a oltre due milioni, pari al 17% degli ultrasessantenni (Istat, 1997). La disabilità condiziona fortemente la vita degli ultraottantenni. Si passa infatti dal 6% di disabili a 60-64 anni, al 47% a 80 anni e più. Il 10% degli uomini e il 31% delle donne di 60 anni e più vivono soli. I disabili che vivono soli sono 618.000.

Per quanto riguarda l'andamento della non autosufficienza, per la popolazione con oltre 75 anni, nel periodo che va dal 1987 al 2007, si prevede un incremento della popolazione da 33,07 a 48,54 per mille.

La scienza medica corre il rischio di ridurre la persona malata alla sua malattia, la persona disabile al grado ed al tipo di handicap, la riabilitazione al solo esito di guarigione, negando il "desiderio" esistenziale che connota ogni soggetto.

È necessario, invece, non cadere nel terribile equivoco di *curare solo il guaribile* o di ridurre il *prendersi cura* al semplice *curare*, con i conseguenti problemi relativi di medicalizzazione della vita.

3. Le scelte politiche

"Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia, non contristarla durante la sua vita. Anche se perdesse il senno, compatiscilo e non disprezzarlo, mentre sei nel pieno del vigore" (Libro del Siracide)

3.1. Questioni aperte e diritti negati

Le principali questioni a cui dare risposta ruotano attorno ad una serie di domande: come promuovere una cultura positiva dell'età anziana riqualificando i rapporti tra generazioni? Come favorire l'esercizio di funzioni socialmente utili da parte delle persone anziane? A quali condizioni garantire la permanenza a casa delle persone anziane, anche quando non sono autosufficienti? Come stabilire rapporti produttivi tra ospedale e territorio? Come garantire una valutazione globale dei bisogni?

Quando, in mancanza di alternative, dare risposte residenziali? Con quali garanzie di umanizzazione? Come favorire la cultura della domiciliarità nei servizi? Come promuovere e sostenere il lavoro di cura nella famiglia, in gran parte sostenuto dalle donne? Come garantire le risorse necessarie per l'assistenza alle persone anziane?

Le risposte a questi interrogativi devono tener conto delle differenze determinate dall'età, dalla povertà, dalla privazione culturale, dall'incapacità di rappresentare adeguatamente i propri diritti.

Spesso sono diritti negati. Accade quando non vengono garantite le cure e i necessari interventi di riabilitazione alle persone anziane croniche non autosufficienti, quando non viene tenuto conto della loro storia, della loro fede religiosa, dell'identità personale, dei legami e degli affetti, quando non c'è umanizzazione nei rapporti, quando le dimissioni dall'ospedale sconfinano con l'abbandono, quando le istanze etiche non sono riferimento costante per quanti vengono chiamati a garantire la continuità dell'assistenza, la sua efficacia e qualità.

3.2. Gli anziani nel Piano Sanitario Nazionale

A questi interrogativi risponde il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 delineando una strategia fondata sull'integrazione sociosanitaria. L'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi. Essa investe i rapporti tra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica e incide profondamente sulla continuità assistenziale. I programmi di intervento devono essere improntati ad una visione positiva dell'età anziana e a questo scopo va promossa una cultura dei servizi che recuperi l'anziano come risorsa in una società davvero solidale.

3.2.1. Una priorità: la tutela dei soggetti deboli

Una strategia di integrazione è l'unica, tra l'altro in grado di far fronte ai bisogni di chi vive situazioni di particolare svantaggio o è

costretto a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità. Spesso sono portatori di bisogni complessi e chiedono al sistema sanitario capacità di agire in modo unitario per soddisfarli.

Obiettivo fondamentale del PSN 1998-2000 è introdurre nel sistema sanitario condizioni di maggiore equità nell'accesso ai servizi avendo presenti alcuni obiettivi fondamentali: il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano; il sostegno alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio, anche a tutela della salute della donna, sulla quale ricade nella maggior parte dei casi l'onere dell'assistenza.

Occorre perciò una riorganizzazione dei modelli organizzativi e gestionali, e il Piano indica alcune priorità per il prossimo triennio, in grado di favorire un'assistenza personalizzata e continuativa.

3.2.2. Convivere con la cronicità, aiutando anche quando non c'è speranza

Da un punto di vista epidemiologico, assistiamo ad un progressivo aumento dell'incidenza delle malattie croniche. I progressi diagnostici e terapeutici hanno ridotto la mortalità di alcune patologie che ormai hanno un decorso molto più lungo o si risolvono con esiti invalidanti e degenerativi. Sono in gioco più fattori non solo genetici, ma anche ambientali (ospedalizzazioni improprie e ripetute, trattamenti inadeguati, situazioni di stress psichico) e socio-economici.

Un'attenzione particolare va riservata ai malati per i quali non sono più possibili trattamenti risolutivi e che hanno bisogno di una assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psicologico e sociale.

È necessario migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita. In questi casi occorre affiancare e sostenere anche le famiglie e, dove è possibile, aiutare a trascorrere l'ultima parte della vita a casa propria o in strutture di ricovero adeguate. Ciò richiede il potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica a domicilio e degli interventi di terapia palliativa e an-

talgica; la promozione e il coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali; la realizzazione di strutture residenziali specializzate sul modello anglosassone degli hospice

3.3. Curare a casa

È stato osservato che l'anziano seguito a domicilio prova meno ansia e depressione che in una situazione di istituzionalizzazione.

Curare a casa richiede un cambiamento di prospettiva sostanziale: dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici dei servizi, alle professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni.

Nel nuovo PSN viene data molta importanza a questa forma di intervento. La programmazione dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) deve prevedere la complementarità tra i diversi moduli assistenziali e valorizzare la collaborazione delle famiglie. Una stretta collaborazione tra l'assistenza ospedaliera e quella distrettuale può favorire la permanenza a casa anche delle persone non autosufficienti. Si tratta, inoltre di un modello assistenziale che, come emerge da una recente indagine dell'Ufficio Studi del Ministero della Sanità, realizza una significativa razionalizzazione delle risorse. Il costo medio mensile degli interventi di Adi è di circa £ 2.000.000, con oscillazioni che, a seconda della gravità del bisogno, possono andare da un minimo di £ 1.200.000 ad un massimo di £ 4.500.000 per mese. Il confronto di questi costi con quelli ospedalieri o residenziali, mostra la necessità di sviluppare questo tipo di intervento che può risultare decisivo per la qualità di vita dell'intero nucleo familiare e l'umanizzazione del rapporto medico-paziente.

4. Quali risorse

4.1. Le risorse economico-finanziarie

Dalla riunione dei Ministri dell'OCSE a Parigi è emersa come comune valutazione che la spesa sanitaria non è necessariamente

destinata a crescere in modo drammatico se si confermerà il miglioramento dello stato di salute degli anziani. Ciò significa che occorre puntare con decisione sulla prevenzione nei confronti dell'intera popolazione, incoraggiando stili e comportamenti di vita che incrementino il benessere delle future generazioni. Ma significa anche invertire tempestivamente la tradizionale allocazione delle risorse accelerando il passaggio dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale.

La recente ripartizione del Fondo sanitario nazionale 1998 attribuisce una più alta percentuale di risorse all'assistenza distrettuale (Tab. 1). È una scelta politica che va al di là del semplice dato numerico e segnala la volontà di rafforzare interventi integrati sul territorio.

Tab. 1 - Ripartizione del fondo sanitario nazionale 1998

Livello di assistenza	Pro capite	Val. ass. (mld)	%
Collettiva	89.765	5.158	5%
Distrettuale	861.750	49.517	48%
Ospedaliera	843.790	48.485	47%
Totale	1.795.305	103.160	100%

Fonte. Ministero della Sanità

All'interno della spesa per l'assistenza distrettuale, una percentuale rilevante di risorse (5.158 miliardi, pari al 5% del Fondo sanitario nazionale) è stato destinato agli interventi per gli anziani (Tab. 2).

Tab. 2 - Ripartizione della spesa per l'assistenza distrettuale (milioni)

Medicina generale e altro	18.758.800	18,2%
Farmaceutica	12.200.000	11,8%
Specialistica	13.400.000	13,0%
Anziani	5.158.000	5,0%
Totale	49.516.800	48%

4.2. Le risorse della famiglia

La famiglia costituisce un elemento importantissimo per la qualità della vita dell'anziano. Rappresenta il contesto fondamentale entro cui egli può presumibilmente continuare ad esercitare un ruolo attivo ricevendo sostegno e, se necessario, una risposta alle proprie esigenze di aiuto e assistenza. Spesso sono le famiglie ad assumersi giorno dopo giorno la maggior parte delle difficoltà incontrate dagli anziani e

non a caso si parla di *nucleo o unità sofferente*, ma anche di *unità di cura*.

L'aiuto a coloro che aiutano è diventato un elemento indispensabile per una valida strategia a favore degli anziani.

Occorre una "politica dei legami sociali" che incentivi il vivere insieme, aiutando le relazioni interpersonali. Bisogna favorire fiscalmente le famiglie che tengono anziani con sé, fornire un sussidio economico a chi assiste un familiare non autosufficiente, dare il tempo e le agevolazioni agli adulti per organizzarsi la giornata in maniera flessibile ed adeguata alle necessità familiari. Occorre una politica culturale che avvicini le generazioni.

E d'altra parte la famiglia deve interrogarsi per vedere se la vecchiaia, la sofferenza, la morte, il

fallimento sono presenti o assenti dalle sue prospettive educative, fin dalle prime età della vita, per misurare quale spazio si riservi ai malati, ai disabili, ai vecchi, ai morienti.

4.3. Le risorse solidali: il volontariato

Il volontariato organizzato costituisce una presenza fondamentale ed insostituibile. Qualifica l'assistenza sociosanitaria, contribuisce alla sua umanizzazione, concorre alla sua efficacia, garantendo "valore aggiunto" all'incontro fra chi chiede e chi offre aiuto. I luoghi dell'azione volontaria sono quelli che vedono la persona nelle situazioni di maggiore bisogno: nell'emergenza, nella cronicità, nella disabilità, nell'emarginazione, cioè

in tutti i casi in cui l'incontro fra azione professionale e azione volontaria, insieme, riescono ad esprimere una più efficace presa in carico dei bisogni della persona anziana e della sua famiglia. Tutto questo avviene più facilmente quando l'azione del volontariato nasce e si sviluppa nella condivisione e nell'impegno per costruire il bene comune. Ma il volontariato non può né supplire né sostituire le garanzie e le tutele che competono all'organizzazione sanitaria. Riconoscere e salvaguardare l'autonomia del volontariato significa anche valorizzarne la funzione insostituibile di rappresentanza e tutela dei diritti delle persone.

5. Questioni etiche in attesa di risposta

"Nella vecchiaia daranno ancora frutti, saranno vegeti e rigogliosi, per annunciare quanto è retto il Signore" (Salmo 92,15)

5.1. Vecchiaia: fisiologia o malattia?

L'invecchiamento comporta una modifica talora drammatica dell'immagine di *se stesso*, una crisi profonda di identità. Siamo immersi in un "eterno presente", in una civiltà che ha per mito quello del "giovane e bello", che assolutizza il corpo perfetto, sano, attivo ed efficiente. Sotto questa pressione culturale è difficile vederci come vecchi, accettare i nostri limiti, imparare a convivere con i capelli bianchi. L'anziano è spinto ad affidarsi alla medicina come all'unica soluzione dei suoi problemi. Da qui la tendenza a considerare la vecchiaia una malattia che va oggettivata, dominata e curata. Da qui la ipermedicalizzazione e ipersanitarizzazione di questa età della vita. Ma da qui anche il forte senso di frustrazione sperimentato nel momento in cui si deve prendere atto che alla medicina non si può chiedere tutto.

5.2. I rischi di eutanasia sociale

L'età anziana è caratterizzata da una vera e propria ridefinizione dei ruoli sociali: da padre/madre, lavoratore/lavoratrice, si passa ad assu-

mere quelli di marito/moglie a tempo pieno, di nonno/nonna, di pensionato/pensionata.

Raramente a questi cambiamenti si accompagna la ricostruzione di un tessuto di relazioni umane che aiuti a sostenere la nuova condizione di vita. Scrive Levinàs: "Se non rispondo con l'altro, sono ancora me stesso?". La persona anziana si sente spesso inutile, superflua. Un peso per la famiglia e per la società e si chiede se continuare a vivere. È la cosiddetta *solitudine nera*, molto simile alla *solitudine del morente*: il vecchio si rinchiude in se stesso. È una morte che potremmo definire relazionale e sociale. Emblematico il caso delle *morti silenziose* e in solitudine, e l'aumento dei suicidi in questa fascia d'età, anche senza considerare le cosiddette *erosioni suicidarie*, costituite da un lento e graduale "lasciarsi" morire rifiutando cibo e terapie.

Ma ci sono anche altri rischi di eutanasia sociale. Pensiamo allo sradicamento dal proprio spazio di vita, all'isolamento in strutture spesso inadeguate e incapaci di rispondere ai bisogni fondamentali della persona: nel 1992 erano quasi 144.000 le persone anziane istituzionalizzate. La mancanza di affetti, di amicizia e di comprensione, fa sì che l'anziano giudichi gli altri sempre più lontani da sé, ignari del suo dolore. La rimozione collettiva della vecchiaia innesca dunque un processo di *morte sociale* dell'anziano che assume i tratti essenziali di una vera e propria eutanasia. Ma così come nelle nostre responsabilità politiche contrastiamo l'emarginazione e la rimozione collettiva degli anziani, promuovendo politiche di solidarietà e responsabilizzazione collettiva, così dobbiamo contrastare ogni forma di eutanasia.

È stato osservato che la causa principale dell'eutanasia è la sensazione di essere socialmente morti. La sensazione che qualcuno o qualcosa è venuto a mancare. Il dibattito sul cosiddetto "diritto di morire" va ben oltre la condizione dell'anziano ma spesso proprio quest'ultima diventa emblematica e strumentale all'introduzione di una mentalità, per così dire, pre-eutanasica.

È come se "la buona morte" si

facesse largo nelle nostre coscienze come un evento normale, auspicabile, quasi da incoraggiare. Gioca in questo atteggiamento una vera e propria perdita del senso della vita: un dono di cui nessuno può disporre a proprio piacimento.

In altre parole, l'eutanasia è il frutto della rinuncia del singolo e della comunità ad esercitare la responsabilità verso l'altro. Di fronte a questa condizione umana, la risposta non può essere affidata solo alla consapevolezza individuale. Anche se vale forse la pena ricordare che l'eutanasia contraddice il senso più profondo della professione medica che in nessun caso può attribuire al medico il ruolo di donatore di morte.

Occorre, allora, promuovere una autentica cultura della vita in cui anche la morte sia accettata e vissuta come l'esperienza di un legame, come l'estremo sigillo della dignità dell'uomo. In questo orizzonte non c'è spazio né per l'accanimento terapeutico, né per l'ipocrisia travestita da carità. Al contrario c'è l'assunzione integrale di una responsabilità verso l'altro che non possiamo abbandonare neppure sulla soglia della morte ma di cui ci dobbiamo prendere cura anche quando si scompigliano i nostri progetti. "La chiave di un uomo – ha scritto Claudel – si trova negli altri: è il contatto con il prossimo che illumina noi stessi e da questo contatto sovente scaturisce la luce per noi".

6. Conclusioni

L'anziano come risorsa

"In un mondo dominato dalla tecnica, in cui si giudicano gli uomini in funzione di ciò che rendono, gli anziani devono testimoniare che ci sono settori della vita che non si misurano con il denaro, come i valori umani e culturali, morali e sociali" (Paolo VI).

Ormai le ricerche più accreditate convergono almeno su tre dati: nell'anziano non si verifica alcun calo effettivo del quoziente intellettivo: si modificano le facoltà di rapido riorientamento; il calo di capacità mentale si avverte solo nei casi in cui le facoltà e le fun-

zioni sono in "disuso" (cosiddetta "atrofia da inattività"); un'importanza fondamentale è assunta dal "grado di stimolazione" provocato dall'ambiente e dalle relazioni sociali.

Poter compensare i ruoli perduti acquisendone di nuovi, sviluppare la cultura, la curiosità per il sapere e gli interessi durevoli fa sì che la vecchiaia rimanga un'età intensa della vita. La capacità e la possibilità di coltivare valori ed ideali religiosi, spirituali, solidaristici, politici, permettono all'anziano di elaborare progetti per il futuro e di mantenere un'attività creativa, fonte di autonomia e di benessere.

In questi ultimi anni abbiamo assistito ad una impressionante espansione dell'impegno degli anziani nel volontariato, in quanto terreno ottimale di realizzazione di un'anzianità attiva e protagonista nella costruzione di una comunità solidale.

Dobbiamo renderci conto che la crescita dell'individuo costituisce un bene sociale di grande rilevanza politica. Nei riguardi della popolazione anziana la politica non può dunque essere "riparatoria e assistenziale".

Non si tratta tanto di integrare per il meglio gli anziani alla società, quanto piuttosto di integrare la società.

Sono cioè tutte le varie componenti della comunità che devono realizzare un percorso di "nuova integrazione" ad una società che, per il fatto stesso dell'aumento strutturale della popolazione anziana, è oggi e sarà sempre più in futuro, una società "diversa". Non basta, insomma, dare *anni alla vita*, dobbiamo donare *più vita agli anni*.

On. ROSY BINDI
Ministro della Sanità (Italia)

Bibliografia

- ANTICO L., SGRECCIA E., *Anzianità creativa*, Edizioni Vita e Pensiero, Milano, 1989.
DE LEO D., CANEVA A., PAVAN L., *Il suicidio nei soggetti anziani*, in "Federazione Medica", n. 5, 1990.

LEONE S., PRIVITERA S. (a cura di), *Dizionario di Bioetica*, EDB - ISB, Bologna, 1994.

LOPPONI G., *Anziani non autosufficienti: ospedale o domicilio?*, in Atti del Convegno Nazionale di Bioetica "Ai Confini della Vita", Firenze, 1992 (a cura di R. Poli).

MEIRE PH., *Quando cala la sera: l'anziano, la sua famiglia e gli altri*, in "Nascere, amare, morire: etica della vita e famiglia oggi", Edizioni Paoline, Milano, 1989 (a cura di S. Spinsanti).

PETRINI M., *L'età anziana: significati e valori*, in "Anziani oggi", Bollettino del Centro di Promozione e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica, Edizioni Università Cattolica del Sacro Cuore, 1993, Roma.

PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000, *Un patto di solidarietà per la salute*, Ministero della Sanità, Roma, 1998.

PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano, 1994.

Rapporto della salute nel mondo 1998, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 1998.

Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano 1996/1997.

SALVINI G. P., *Solitudine e anziani*, in "La Civiltà Cattolica" n. 3441, 1993.

SCIVOLETTO A., *Il dramma della solitudine: il fenomeno del suicidio tra gli anziani soli*, in Atti del Convegno Nazionale di Bioetica, op. cit.

SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica* (Volume II: aspetti medico-sociali), Edizioni Vita e Pensiero, Milano, 1991.

SGRECCIA E., BURGALASSI S., FASANELLA G., *Anzianità e valori*, Edizioni Vita e Pensiero, Milano, 1991.

TETTAMANZI D., *Bioetica: nuove frontiere per l'uomo*, Edizioni PIEMME, Alessandria, 1991.

VANZAN P., *Un romanzo sulla vecchiaia*, in "La Civiltà Cattolica" n. 3450, 1994.



SESSIONE POMERIDIANA

CORRADO MANNI

Invecchiamento e problematiche correlate

La Conferenza affronta un tema di estremo interesse ed attualità: quello dell'invecchiamento della popolazione e delle problematiche ad esso correlate.

Problematiche che non si limitano alla sfera della sanità, ma che investono aspetti morali, etici e socio-culturali che alimentano continui dibattiti e che attendono risposte appropriate.

Tutti sappiamo che l'invecchiamento della popolazione è il fenomeno demografico che maggiormente caratterizza la società moderna.

Un fenomeno, a mio parere, certamente positivo in quanto indicatore di fattori che concorrono, in modo sempre più incisivo, a migliorare la qualità della vita: basti pensare ai progressi della scienza dell'alimentazione e a quanto l'aumentata disponibilità di nutrienti e la migliorata qualità delle diete può avere inciso nel prolungare la vita media di intere popolazioni.

Nel contempo, assistiamo ad una nuova presa di coscienza del complesso rapporto che lega l'uomo alla natura ed il rispetto del mondo che ci circonda determinerà, senza dubbio, un ulteriore invecchiamento della popolazione.

Altrettanto positivo è stato l'effetto dell'alfabetizzazione a livello mondiale. In questi ultimi decenni abbiamo assistito ad una vera e propria esplosione dei sistemi di comunicazione che hanno consentito una capillare diffusione della cultura.

Così come, ovviamente, un contributo significativo per il prolungamento della vita media è offerto dai continui progressi della scienza medica:

- diminuzione della mortalità infantile;
- sconfitta di gran parte delle malattie infettive;
- efficace prevenzione delle principali patologie cardiovascolari, respiratorie e metaboliche;
- cura di patologie acute gravi quali il trauma e lo shock;
- continui progressi nell'ambito delle neuroscienze.

A questi fattori, ed a molti altri che per motivi di tempo non posso elencare, va riconosciuto il merito di consentire una vita più longeva.

A questo punto consentitemi una breve riflessione che ritengo indispensabile per riportare nel giusto contesto il tema di questa tavola rotonda.

Il progressivo invecchiamento della popolazione non può essere vissuto – come da alcuni troppo spesso sottolineato – nella sfera del dramma. Noi, in questo terzo millennio che è ormai alle porte, non siamo chiamati ad essere testi-

moni del "dramma dell'invecchiamento della popolazione mondiale", bensì a vivere la "gioia della senescenza" vista come elemento positivo e costruttivo per una nuova società.

Solo se teniamo presente questo elemento di speranza sarà possibile collocare nel giusto ambito il problema dell'invecchiamento "patologico", ove al termine patologico, in questa tavola rotonda, viene opportunamente attribuito sia il significato clinico che quello sociale.

In accordo a quanto detto affronteremo il problema dell'invecchiamento nel suo percorso logico.

Anzitutto ci soffermeremo sulla "Biologia dell'invecchiamento" (relazione affidata al prof. Pierluigi Gambetti, Direttore dell'Istituto di Neuropatologia presso la Western Reserve University di Cleveland):

– per definire la vecchiaia con argomentazioni non solo anagrafiche;

– per comprendere i processi biochimici che inesorabilmente conducono alla senescenza;

– per conoscere i limiti della vita umana;

– per conoscere la fisiologia dell'invecchiamento, momento indispensabile e non eludibile che anticipa la riflessione successiva sull'"Epidemiologia dell'invecchiamento patologico".

Questo tema di relazione è stato affidato alla dottoressa Stefania Maggi, ricercatrice presso il "Centro per lo studio dell'invecchiamento" dell'Università di Padova.

L'analisi epidemiologica ci consentirà di quantificare la portata demografica del fenomeno dell'invecchiamento patologico e di af-



frontare alcune specifiche problematiche:

- risposta del sistema socio-sanitario ai bisogni assistenziali degli anziani;
- organizzazione dell'assistenza continuativa per pazienti affetti da patologie croniche e debilitanti;
- prevenzione degli eventi patogeni che favoriscono l'insorgere della disabilità nell'anziano.

La nostra speranza è quella di ritardare la comparsa della disabilità per poter considerare l'invecchiamento della popolazione come una positiva conquista della nostra società. Le giovani generazioni debbono modificare sostanzialmente il loro rapporto con gli anziani, un rapporto che deve ritornare ad essere costruttivo. Gli anziani non debbono costituire né un peso né un problema.

Successivamente affronteremo il problema della "Psicologia dell'invecchiamento". Questo tema di relazione è stato affidato al prof. Peter Walter Burvill, docente di

psichiatria presso la Western University in Australia.

L'obiettivo è quello di un invecchiamento vissuto mantenendo una sufficiente attività e nel contesto di una buona integrazione sociale.

Pertanto, non possiamo nascondere che fattori economici, sociali e culturali favoriscono, troppo spesso, l'isolamento e la dipendenza dell'anziano.

In questo contesto, costituito da contrastanti elementi positivi e negativi, matura la psicologia dell'invecchiamento tema estremamente complesso che merita la massima attenzione.

Infine, il prof. Pierugo Carbonin, direttore dell'Istituto di Medicina interna e Geriatria dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma affronterà il problema delle "Inequità sociali e salute dell'anziano".

Una inequità che non può essere accettata: in un mondo che predica l'eguaglianza dei diritti (al lavoro, alla scuola, alla salute) non si può

consentire l'isolamento sociale di gran parte della popolazione.

Il prof. Carbonin si soffermerà sull'analisi dei tre principali stereotipi proposti da gran parte degli esperti e dai mass-media (l'atteggiamento compassionevole, quello esageratamente ottimistico e quello conflittuale), sottolineando il ruolo fondamentale della "logica della solidarietà" per risolvere le complesse problematiche connesse con l'invecchiamento della popolazione.

Il problema dell'anziano è il problema emergente della società moderna. Noi, oggi, vogliamo affrontarlo con senso di ottimismo essendo convinti che l'uomo, nella sua corsa al progresso, sarà in grado di voltarsi un istante per non dimenticare se stesso.

Prof. CORRADO MANNI
Direttore Istituto Anestesiologia
e Rianimazione
Università Cattolica del Sacro Cuore,
Roma



PIERLUIGI GAMBETTI

Biologia e patologia dell'invecchiamento del cervello

Senectus ipsa morbus est?

Fino ad oggi questa famosa asserzione di Terenzio¹ che risale a più di duemila anni fa rimane un argomento fondamentale per quanto riguarda l'invecchiamento. In altre parole, la domanda che ci poniamo è se possiamo, dopo una vita per la maggior parte di noi fatta di duro lavoro, scelte difficili e conflitti, navigare nel mare tranquillo della terza età e goderci in pace la ricompensa dovuta alla fine di una vita produttiva: leggere i libri che abbiamo sempre voluto leggere, visitare quei paesi che non abbiamo mai visto, e goderci la compagnia delle generazioni più giovani, figli e nipoti. O se, al contrario, alla fine della nostra vita ci troviamo inevitabilmente di fronte a dei compiti ardui, come la continua lotta contro malattie quali il cancro, i problemi cardiaci o le forme di demenza correlate con l'invecchiamento del cervello.

In questa presentazione, illustrerò dapprima la normale struttura del cervello umano. Parlerò poi delle modalità con le quali questa struttura unica viene colpita dall'invecchiamento e dalle malattie correlate con l'età e come questi due eventi sono in relazione tra di loro. Per finire, analizzerò brevemente la speranza che gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sul cervello possano essere alleviati o posticipati.

Il modo in cui il cervello appare ad occhio nudo non rende giustizia alla complessità di questo organo, quando si guarda con il microscopio, a meno che non si pensi ad un trucco della natura (e non è l'unico) per massimizzare lo spazio disponibile. La superficie del cerebrum mostra un insieme complesso di pieghe disegnato per aumen-

tare il volume della corteccia cerebrale mantenendone costante lo spessore. La superficie della corteccia cerebrale umana è di circa tre pieghe più larga di come sarebbe se fosse liscia². Nessun altro organo umano mostra questo stragemma, nessun altro cervello raggiunge una complessità di avvolgimento comparabile a quella del cervello umano. La corteccia mostra un'organizzazione in strati multipli che caratterizza le cellule nervose o neuroni, altre cellule chiamate cellule gliali che forniscono un supporto meccanico e metabolico ai neuroni, e le estensioni neuronali o processi. Questi ultimi sono conosciuti come dendriti, che sono generalmente corti ma altamente ramificati, e l'assone che è unico, diritto e spesso lungo, e che termina con una struttura altamente specializzata chiamata sinapsi. Combinati, dendriti ed assoni vengono detti neuriti. I neuroni sono la caratteristica principale di questa composizione. Nella corteccia cerebrale umana ci sono tra i 25 e i 30 miliardi di neuroni³. Il microscopio elettronico, applicato per la prima volta al sistema nervoso centrale negli anni cinquanta, ha dimostrato appieno la complessità del processo cellulare presente nella corteccia cerebrale umana ed ha portato alla definizione di un'altra struttura chiave del sistema nervoso chiamata sinapsi. La sinapsi è il punto in cui i neuroni stabiliscono il contatto tra di loro; una specie di spina elettrica attraverso cui i neuroni formano una rete di complessità sbalorditiva attraverso cui si scambiano le informazioni. Poeticamente, si potrebbe dire che se potessimo immaginare tutte le strade e i sentieri esi-

stenti sulla terra, non potremmo mai arrivare al numero dei sentieri intercellulari presenti nel cervello umano. Più praticamente, il numero delle sinapsi nella corteccia cerebrale si stima che sia dell'ordine di un milione di miliardi⁴. Uno dei punti di vista prevalenti è che il cervello sia come un computer, sebbene estremamente complesso. Il paragone può aiutare a visualizzare, sebbene in modo semplificato, la connettività del cervello.

In realtà, ci sono delle differenze basilari tra il circuito del cervello e quello di un computer. Il professor Gerald Edelman ne ha elegantemente parlato in una di queste conferenze qualche anno fa⁴. Ora io vorrei semplificare e riassumere parte della teoria del professor Edelman. Primo, la connettività del cervello si forma mentre il cervello cresce, perciò esso riflette l'ambiente in cui lo sviluppo ha luogo. Secondo, ogni attività del cervello ha come conseguenza la modificazione molecolare di un certo gruppo di sinapsi collegate, che a loro volta porta al rafforzamento dei circuiti corticali selettivi su altri. Il cambiamento della connettività cerebrale che risulta dagli eventi relativi allo sviluppo ed alle esperienze porta alla formazione di diversi tipi di connettività che, assieme a molti altri fattori, formano la base strutturale dei tratti distintivi caratteristici di ogni essere umano.

C'è una terza grande differenza tra la connettività cerebrale e quella del computer. Una volta distrutta, la connettività cerebrale non può ricrescere. I processi derivanti dai neuroni sopravvissuti possono espandersi e compensare parzialmente le funzioni mancanti delle

connessioni che non ci sono più, ma l'aggiornamento dei neuroni corticali ed i loro processi non possono essere rimpiazzati.

Qual è l'effetto dell'invecchiamento normale su questa complessa struttura? Una delle conseguenze inevitabili dell'invecchiamento del cervello è la perdita di sostanza con la conseguente riduzione di peso e di volume, comunemente chiamata atrofia cerebrale. Il peso ed il volume del cervello raggiungono il massimo valore nel secondo decennio di vita, quindi hanno una piccola perdita fino al quinto o sesto decennio. Dopo i 50 anni la perdita di peso in un cervello sano è del 2-3% per ogni decennio^{5,6}. La diminuzione del volume cerebrale è dovuta, per la maggior parte, alla riduzione della dimensione dei neuroni. Questa riduzione è lunga dall'essere omogenea. Nelle neocortecce cerebrali frontale e temporale (filogeneticamente la parte più recente del cervello e maggiormente coinvolta con le più alte funzioni cerebrali) la diminuzione dei grandi neuroni è all'incirca del 40% dopo 70 anni di vita. Tuttavia, il decremento sembra essere dovuto principalmente alla riduzione della dimensione. La perdita neuronale è più grave nell'ippocampo, in cui la corteccia cerebrale ha un ruolo centrale nelle funzioni dell'apprendimento e della memoria. In parti di questa struttura, si perde oltre il 50% dei neuroni tra i 13 e gli 85 anni. C'è un numero di altre regioni corticali e più profonde del cervello in cui lo spopolamento neuronale connesso con l'età o l'atrofia non sembra avvenire. Naturalmente, quando i neuroni muoiono, portano con sé questo processo. Tuttavia, i processi neuronali possono subire l'atrofia anche quando gli stessi neuroni sopravvivono. Così, sono state riportate sinapsi diminuite del 20% in soggetti ultrasessantenni. Oltre alle alterazioni strutturali summenzionate, il cervello anziano mostra depositi amorfi di proteine insolubili, conosciute come placche amiloidi, localizzate nello spazio extracellulare della corteccia cerebrale. Nel corpo dei neuroni si accumulano anche aggregazioni di proteine insolubili, dove formano strutture filamentose, i tangli neurofibrillari.

Le suddette alterazioni strutturali vengono comunemente attribuite a cambiamenti molecolari più sottili che avvengono con l'invecchiamento e che sfociano nella presenza di proteine che sono anomali nel loro totale, nelle caratteristiche fisico-chimiche o nelle funzioni⁶. Numerose ipotesi sono state fatte per spiegare i meccanismi che formerebbero le proteine aberranti⁶. Secondo una eminente teoria, l'invecchiamento relativo al decadimento del corpo risulta dall'aumento degli errori nello stesso codice genetico o nel meccanismo secondo cui il codice genetico è trascritto in istruzioni specifiche⁷. Dato che i geni portano il codice richiesto per l'"assemblaggio" delle proteine di un individuo, gli errori nei geni o nel meccanismo trascrizionale darebbero come risultato la sintesi di proteine difettose. Dato che una miriade di proteine sono coinvolte nella sintesi delle proteine e nel loro "assemblaggio", una singola proteina difettosa può colpire negativamente la qualità o la quantità di molte altre proteine, avendo come risultato un aumento esponenziale di proteine difettose ed indesiderabili che favorirebbero la varietà di malattie connesse con l'età. Anche se il codice genetico non cambiasse ed impartisse istruzioni corrette per la sintesi delle proteine, le proteine stesse potrebbero diventare anomale più avanti, durante il loro 'assemblaggio', quando subiscono un numero di distinte modificazioni fisiche e chimiche. Queste modificazioni comprendono l'ossidazione anomala ed un'addizione di zuccheri o glicazione.

Recentemente, una luce "spot" è stata diretta alla piegatura della proteina⁸. Sotto sintesi, le proteine subiscono un complesso processo di piegamento con il quale acquisiscono una conformazione tridimensionale. Una corretta piegatura è necessaria alle proteine per raggiungere la propria destinazione all'interno della cellula e per svolgere la propria funzione. Le proprietà fisico-chimiche di una proteina come la sua tendenza a formare aggregati piuttosto che rimanere solubile o la sua suscettibilità alle proteasi, gli enzimi che deteriorano le proteine quando hanno adempiuto al proprio compito,

possono essere alterati portando all'accumulo di queste proteine in aggregati non disponibili e dannosi. Indubbiamente, l'accumulo di proteine piegate anomale è un segno caratteristico dell'invecchiamento⁸.

Il numero e la varietà delle alterazioni del cervello correlate con l'età fa emergere tre questioni. La prima riguarda il se e come le alterazioni individuali sono correlate. La risposta più plausibile è che la maggior parte dei cambiamenti avviene correntemente, e quando ha luogo i cambiamenti si intensificano. Ad esempio, gli errori nel codice genetico colpiscono vicendevolmente il piegamento della proteina, il che può sfociare nella perdita dei neuroni. Viceversa, la morte neuronale può far aumentare l'accumulo delle proteine in aggregati dannosi. La seconda questione riguarda l'effetto che hanno questi cambiamenti sulle funzioni mentali, ed è stata elegantemente rivista dal professor Dennis Selkoe⁶. È indubbio che questi cambiamenti sono compatibili con le attività normali della vita quotidiana. Sebbene non ci siano dati definitivi, sembrerebbe ragionevole dedurre che i cambiamenti strutturali del cervello connessi con l'età sono responsabili dei sottili cambiamenti nella performance mentale, che tutti sappiamo avvengono nella terza età, se li paragoniamo alla performance mentale di una mente giovane. Uno dei principali decrementi sembra riguardare la velocità. "I settuagenari possono non essere in grado di imparare e di richiamare informazioni dettagliate così velocemente come i giovani adulti, ma lo fanno quasi bene"⁶. La terza questione è se i cambiamenti del cervello che avvengono con l'invecchiamento sono distruttivi, o se alcuni di questi cambiamenti rappresentano un tentativo di compensare le alterazioni deleterie, relative all'età, della struttura e delle funzioni. Indubbiamente, c'è un netto aumento dei dendriti, che forse rappresentano una risposta per compensare la perdita dei processi neuronali con la crescita dei processi neuritici da neuroni adiacenti vitali. Questo fenomeno, conosciuto come plasticità neuronale, può avere come risultato un ristabilimento delle connessioni sinapsiche per-

se, che forse una volta provvedevano al mantenimento di alcune funzioni. L'aumento dei dendriti è stato osservato fino all'età di settant'anni, ma è seguito da una regressione dai novanta⁶. Queste scoperte indicano che il cervello umano è in grado di rispondere all'invecchiamento normale rimodellando la sua connettività sino a tarda età.

Le alterazioni strutturali che caratterizzano l'invecchiamento del cervello, cioè la perdita dei neuroni, la degenerazione dei neuriti e delle sinapsi così come l'accumulo di aggregati delle proteine, specialmente le placche amilodee e i tangli neurofibrillari, sono i segni caratteristici istopatologici della maggior parte delle malattie degenerative che causano la demenza nell'età avanzata. La differenza è quantitativa piuttosto che qualitativa. Ad esempio, le placche amilodee sono presenti in numero relativamente piccolo nel cervello che non soffre di demenza ma sono molto numerose e spesso sono più grandi nella dimensione e sono più distruttive nelle strutture cerebrali adiacenti nel morbo di Alzheimer. Tuttavia, la loro composizione chimica e, presumibilmente, il loro modo di formazione sono simili. Allo stesso modo, i tangli neurofibrillari e i neuriti degeneranti, che sono presenti in numero relativamente basso e in regioni corticali selezionate durante l'invecchiamento normale, sono la principale lesione del morbo di Alzheimer (v. sotto), e di altre condizioni di demenza più rare. Ovviamente, ciò ha fatto emergere il problema centrale menzionato all'inizio di questo articolo, se le malattie che portano alla demenza sono in un certo senso una componente inevitabile dell'invecchiamento o un evento indipendente. Per collocare questo argomento in una prospettiva adeguata, dobbiamo esaminare brevemente l'epidemiologia e le cause della demenza presenti nella vecchiaia.

La prevalenza della demenza negli anziani è alta ed aumenta drammaticamente con l'età durante l'8° ed il 9° decennio di vita^{5,6}. Meno del 5% della popolazione tra i 70 ed i 74 anni soffre di demenza, e questa percentuale sale al 30% tra i 75 e gli 84 anni, e si avvicina

al 50% per le persone che hanno più di 85 anni. Queste cifre significano che negli Stati Uniti la popolazione che soffre di demenza attualmente ammonta a circa 4 milioni di individui, con circa 400.000 nuovi pazienti ogni anno, il che comporta un costo stimato di 90-100 miliardi di dollari⁹. Sembrerebbe essere perciò una delle principali malattie, ma purtroppo non finisce qui. Nel mondo, la popolazione oltre i 65 anni di età, che si stima sia attualmente circa 400 milioni di persone, crescerà con una percentuale del 2,4% l'anno. Si stima che per l'anno 2020 la popolazione che soffre di demenza sarà di circa 37 milioni di persone nel mondo, 6 milioni dei quali nella sola Europa, ed il costo in cure sanitarie sarà astronomico, se non si troverà un rimedio⁵.

Quali sono le cause della demenza nella vecchiaia? Negli anni '60, alcuni ricercatori britannici hanno dimostrato che il morbo di Alzheimer da solo o in combinazione con altri processi è di gran lunga la causa più comune di demenza, considerando il 70% circa di tutti i casi, mentre le malattie vascolari, come l'ictus, la causa più comune di demenza, causa solo il 15% circa dei casi. Questa è stata una rivelazione allarmante in quanto per lungo tempo si era creduto che la demenza fosse causata principalmente dall'arteriosclerosi cerebrale o da un indurimento dei vasi sanguigni. Una varietà di rare malattie degenerative riguarda i restanti casi.

Clinicamente, il morbo di Alzheimer si presenta dopo i 65 anni con una perdita notevole della memoria recente, che è spesso associata alla diminuzione dell'attenzione, da un'alterazione della "Drawing" e dell'orientamento spaziale così come nella risoluzione di problemi e nel calcolo.

Tuttavia, la diagnosi definitiva del morbo di Alzheimer può essere fatta solo dopo l'esame al microscopio del tessuto cerebrale. Vengono osservati almeno quattro tipi di lesioni: 1. placche amilodee; 2. tangli neurofibrillari; 3. perdita di neuroni in regioni cerebrali selezionate; 4. degenerazione e perdita di neuriti e sinapsi.

Sebbene alcuni ricercatori non siano d'accordo, l'evidenza schiacciante

indica che il deposito di amiloidi che causa la formazione di placche è l'evento primario nella patogenesi della malattia di Alzheimer mentre le altre lesioni sono conseguenti¹⁰. Il termine amiloide che significa come-amido, è inopportuno in quanto i depositi che formano le placche nell'Alzheimer, così come altre malattie caratterizzate dal deposito di amiloidi, sono fatte di proteine che sono caratteristiche per ognuna delle malattie. In quella di Alzheimer, la proteina che è la componente principale della placca amiloidea è identificata come proteina amiloide β (A β). A β è un lungo frammento interno di 40-43 aminoacidi di una proteina molto più lunga chiamata proteina precursore amiloide (APP) che si estende attraverso la membrana dei neuroni. Sebbene l'A β sembrerebbe prodotta dai neuroni, è difficilmente individuabile nel tessuto cerebrale normale, per la presenza di un meccanismo che normalmente isola o degrada rapidamente questa molecola¹¹. L'A β però sembra aumentare significativamente in quantità nelle tappe che precedono la formazione delle placche. È stato mostrato che questo aumento è associato sia alla produzione aumentata che risulta da una mutazione genetica, o dall'isolamento e degradamento dovuto a difetti metabolici o genetici¹¹. L'A β , probabilmente a causa di una originaria conformazione scarsamente strutturata, è instabile quando è presente in numero considerevole nel tessuto cellulare. A causa di ciò adotta una conformazione che porta al suo deposito in aggregati insolubili che formano le placche. Inoltre, i depositi di A β sembrano essere specialmente dannosi per i cervelli più vecchi, in cui sono probabilmente la causa della degenerazione di neuriti e sinapsi così come della formazione di tangli neurofibrillari e della perdita di neuroni¹². Questa interpretazione esageratamente semplificata indica che un evento critico nella patogenesi della malattia di Alzheimer è un cambiamento nella conformazione della proteina interessata, l'A β , che aggrega e forma depositi insolubili che causano la malattia. Il cambiamento che riguarda la conformazione dell'A β sembrerebbe essere soggetto all'intervento terapeutico.

Sono state identificate diverse molecole che diminuiscono o prevengono la formazione di amiloidi in vitro. Queste molecole sono state testate da case farmaceutiche e presto potranno essere utilizzate nei primi esperimenti clinici. Dal punto di vista dell'intervento terapeutico, l'argomento attuale sembra non essere importante. Tuttavia, per essere efficace, il trattamento dovrebbe iniziare precocemente, prima che la malattia si manifesti, come viene fatto per altre condizioni connesse con l'età, come l'ipertensione sistemica sanguigna, in cui il trattamento inizia appena la pressione del sangue viene trovata alta, non dopo il primo attacco. Perciò dobbiamo imparare ad individuare i depositi di amiloidi β al primo comparire, di modo che l'intervento terapeutico possa essere diretto agli individui adatti e in tempo giusto. Un approccio alternativo è l'identificazione accurata dei giusti candidati al trattamento, attraverso l'analisi dei fattori di rischio. Sono stati identificati due geni che modulano le probabilità ed il tempo dello sviluppo del morbo di Alzheimer¹³. Dato che il meccanismo centrale della formazione di amiloidi nell'Alzheimer, cioè l'alterazione della conformazione delle proteine

risultante nella formazione di aggregati, è condiviso da un certo numero di altre malattie neurodegenerative connesse con l'età, ed avviene anche nell'invecchiamento normale, possiamo imparare a prevenire o a ritardare altre malattie che portano alla demenza e allo stesso invecchiamento se riusciamo a curare l'Alzheimer. Se troveremo la cura, e potremo farlo nei prossimi 5-10 anni, la malattia e l'invalidità legate all'età saranno ritardate e comprese in un periodo relativamente breve della tarda età¹⁴. Saremo in grado di sopravvivere attraverso una senescenza relativamente senza malattie e serena, con il nostro vigore e mantenendo l'indipendenza funzionale, e con il tempo a disposizione per fare tutto ciò che abbiamo sognato di poter fare in vecchiaia. In questo modo il futuro ci appare incoraggiante, ma oggi? Uno studio recente ha confermato che piccoli cambiamenti nello stile di vita, come l'abitudine di non fumare, una dieta appropriata per mantenere una giusta massa corporea, oltre all'esercizio fisico e mentale, possono prevenire o posticipare significativamente le malattie legate all'invecchiamento, e migliorare la performance nei tests conoscitivi^{6,14}. Questo studio indica che se

seguiremo questi semplici "rimedi casalinghi" molti di noi saranno in grado di soddisfare i loro sogni della terza età già adesso.

Prof. PIERLUIGI GAMBETTI
Direttore della Divisione
di Neuropatologia presso la
Case Western Reserve University,
Cleveland, U.S.A.

Note bibliografiche

- ¹ TERENCE, *Phormio*, IV, c. 160 A.C.
- ² TRUEX AND CARPENTER. *Human Neuroanatomy* 6th Edition 1969.
- ³ BRAEGAARD ET AL. *J. Microsc* 157:285 1990.
- ⁴ EDELMAN G. M. *Dolentium Hominum* 16:22 1991.
- ⁵ GRAHAM AND LANTOS. *Greenfield's Neuropathology* 6th Edition, Vol 2, Chapter 4, 1997.
- ⁶ SELKOE D. J. *Scientific American* 267:135 1992.
- ⁷ LEEUWEN ET AL. *Science* 279:242 1998.
- ⁸ WELCH and GAMBETTI. *Nature* 392:23 1998.
- ⁹ KHACHATURIAN Z. S. *Neurobiology of Aging* 19:107 1998.
- ¹⁰ SELKOE D. J. *Science* 275:630 1997.
- ¹¹ TELLER ET AL. *Nature Medicine* 2:93 1996.
- ¹² GEULA ET AL. *Nature Medicine* 4:827 1998.
- ¹³ BLACKER ET AL. *Nature genetics* 19:357 1998.
- ¹⁴ VITA ET AL. *N Eng J Med* 338:1035 1998.



Tavola Rotonda



***Società
ed invecchiamento***

STEFANIA MAGGI

Epidemiologia dell'invecchiamento patologico

La transizione demografica da alta a bassa fertilità e l'allungamento della vita media, con il conseguente invecchiamento della popolazione, hanno caratterizzato i paesi industrializzati nell'ultimo secolo e comportato una sensibilizzazione molto marcata sui problemi sociali e sanitari legati a questo fenomeno. Meno citato e meno conosciuto è invece il fatto che lo stesso andamento demografico è in corso in molti paesi in via di sviluppo, dove già all'inizio degli anni novanta c'erano circa 182 milioni di persone di 65 anni ed oltre, contro i 146 milioni nei paesi industrializzati.

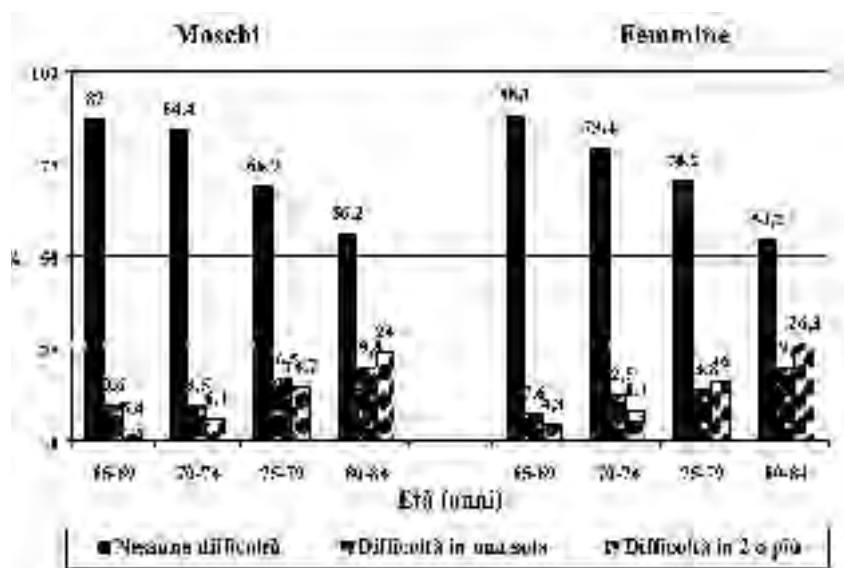
Nel 1995, inoltre, gli ultrasessantenni nel mondo sono aumentati di circa 12 milioni e, di questi, l'80% vive nei paesi in via di sviluppo. Mentre oggi la percentuale di anziani in questi paesi è ancora bassa, nei prossimi trent'anni la distribuzione dei diversi gruppi di età sarà molto simile a quella che oggi vediamo nei paesi industrializzati, data la progressiva diminuzione dei tassi di fertilità e l'aumento della sopravvivenza che ormai li caratterizza¹.

Un altro aspetto saliente dell'invecchiamento della popolazione è l'aumento dei "vecchi più vecchi", che dal 1950 si sono quadruplicati e che nel 2025 costituiranno un sesto di tutta la popolazione mondiale oltre i 65 anni. Particolarmente rilevante è il fatto che il gruppo degli ultraottantenni sta aumentando due volte più rapidamente del gruppo di 65 anni ed oltre e, dato il cospicuo aumento delle patologie croniche e della disabilità con l'avanzare dell'età, diventa facilmente comprensibile il carico assistenziale che si ac-

compagnerà a questo andamento demografico. In Italia non c'è, purtroppo, un sistema nazionale che permetta la valutazione dei tassi di prevalenza e di incidenza delle malattie e delle disabilità nella popolazione. Una corretta politica di programmazione sanitaria non può, però, prescindere dalla valutazione dei dati epidemiologici relativi alle patologie più frequenti nei soggetti anziani, dalla conoscenza della percentuale di soggetti disabili nelle varie fasce di età e di quelli che invecchiano in buone condizioni di salute². Tali informazioni sono essenziali per una valutazione del carico assistenziale e per una migliore distribuzione delle risorse. Il Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR, ed in particolare

lo Studio Longitudinale ILSA³, rappresenta l'unica iniziativa nazionale atta a fornire dati epidemiologici sulle principali patologie e disabilità della popolazione anziana. Secondo i dati dell'ILSA⁴ la disabilità in 2 o più attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) colpisce circa il 3,4% degli uomini ed il 4,3% delle donne di 65-69 anni di età, ma raggiunge circa il 25% nel gruppo di età di 80-84 anni (Figura 1). Se poi consideriamo gli individui che non hanno ancora sviluppato una disabilità nelle attività di base, pur presentando un chiaro declino cognitivo ed alterazioni nelle attività strumentali (maneggiare le finanze, fare la spesa, usare i trasporti, ecc.), la prevalenza di disabilità aumenta ulteriormente.

Figura 1. Studio ILSA: difficoltà nelle ADL*
Distribuzione percentuale per sesso e classe d'età



* ADL: attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, mangiare, andare in bagno, muoversi in una stanza)

I tassi di prevalenza delle maggiori patologie investigate nell'ILSA sono presentati in tabella 1⁵. Tra i risultati ottenuti va segna-

riore a quella riportata in altri studi analoghi in paesi anglosassoni e conferma il dato che tale patologia è meno frequente nei paesi medi-

Tabella 1. Prevalenza delle maggiori patologie croniche dell'anziano. Studio ILSA, 1997

	Femmine	Maschi
Sistema nervoso		
Demenza	7.1	5.1
Ictus	5.9	7.3
Parkinsonismi	3.0	2.9
Neuropatia distale simmetrica	6.5	6.4
Sistema cardiovascolare		
Angina	6.9	7.8
Infarto miocardico	4.8	10.6
Scompenso cardiaco	7.3	5.3
Aritmia	20.2	24.7
Ipertensione	62.7	54.8
Arteriopatia periferica	4.5	7.4
Sistema endocrino		
Diabete	13.5	12.8
Osteoartrosi	69	51

Tassi di prevalenza standardizzati per età e sesso sulla popolazione italiana

lata l'alta prevalenza dell'ipertensione arteriosa, che è presente in circa il 60% degli anziani. Questi tassi sono comparabili a quelli ottenuti in studi analoghi (NHANES III) negli Stati Uniti. L'ipertensione è uno dei più importanti fattori di rischio per le patologie vascolari, che sono la principale causa di morte e tra le prime cause di disabilità nei paesi occidentali. Un suo attento controllo e l'istituzione di idonei programmi di prevenzione primaria e secondaria potrebbero portare ad una riduzione della morbosità e dei rilevanti costi legati a tali patologie. È ormai accertato, per esempio, che il trattamento dell'ipertensione riduce significativamente l'incidenza di ictus e della patologia cardiovascolare a tutte le età, anche negli ultraottantenni. È stato inoltre dimostrato che questo intervento diminuisce il numero di ricoveri ospedalieri e l'ammissione nelle case di riposo di circa l'11%. Negli Stati Uniti, per esempio, è stato stimato che il trattamento dell'ipertensione in tutti i soggetti affetti diminuirebbe la spesa sanitaria di circa 200 milioni di dollari. Pure elevata è la prevalenza di osteoartrosi, che va da circa il 51% nei maschi al 69% nelle donne. La prevalenza di cardiopatia ischemica, invece, è infe-

terranei. I dati relativi all'ictus mostrano un'elevata prevalenza di questa patologia, che risulta maggiore di quella riportata in analoghi studi internazionali. La prevalenza della demenza è del 5,1% negli uomini e del 7,1% nelle donne, con punte intorno al 20% nei soggetti più anziani. Tali dati sono concordanti con quanto riportato in analoghe ricerche condotte in Europa ed indicano un'elevata frequenza di una delle patologie a più alti costi sanitari, sociali, e familiari. Se si potesse posticipare di 5 anni l'insorgenza di questa patologia, la sua incidenza verrebbe dimezzata. Il National Institute on Aging degli Stati Uniti ha calcolato che questo ritardo nell'insorgenza comporterebbe un risparmio al governo americano di 40 miliardi di dollari annualmente.

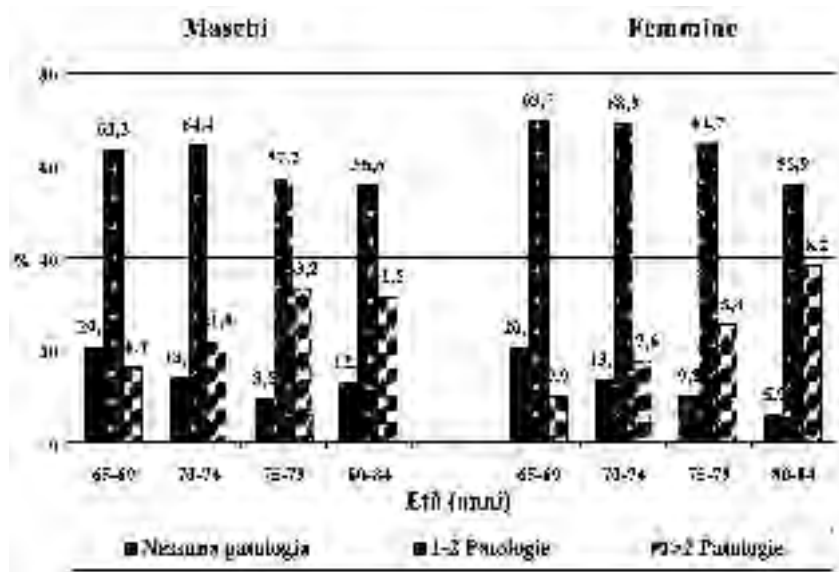
Il dato forse più rilevante dello studio, da un punto di vista di sanità pubblica, è l'identificazione dei soggetti con patologia "sommersa", ossia con una patologia che viene diagnosticata per la prima volta durante lo studio ILSA. In circa il 40% dei casi di ipertensione, e nel 30% dei casi di infarto gli anziani non erano a conoscenza di essere affetti da tale patologia. Nei casi di demenza iniziale, soprattutto nei maschi di età inferio-

re ai 75 anni, si è visto che nella quasi totalità dei casi i conviventi non erano a conoscenza della patologia e, quindi, della incombente richiesta di assistenza alla quale saranno sottoposti nel prossimo futuro per assistere l'anziano che, con la progressione della demenza, diventerà sempre più dipendente. Queste percentuali di "patologia sommersa" sono superiori a quelle riscontrate, per esempio, negli Stati Uniti o in Svezia, dove comunque si è già partiti con programmi di promozione della salute e di prevenzione della malattia, proprio per identificare, con programmi di screening, i gruppi più a rischio di malattia e di disabilità.

Gran parte di queste patologie, così frequenti e così altamente debilitanti, potrebbero essere controllate o prevenute in larga parte con programmi di educazione sanitaria e di prevenzione primaria e secondaria. I livelli di morbidità nella popolazione anziana italiana sono molto elevati, come evidente in Figura 2. Dopo i 75 anni di età, meno del 10% della popolazione non è affetto da alcuna patologia cronica, mentre circa il 30% ne ha almeno tre.

Le condizioni di vita degli anziani, ed in particolare il grado di interazione sociale e familiare e le variazioni dello stile di vita conseguenti al pensionamento, sono fattori fondamentali nell'analisi epidemiologica dell'invecchiamento. La carenza di rapporti sociali e familiari in cui spesso vengono a trovarsi gli anziani, sono fattori causali accertati di mortalità e morbidità⁶. La maggior parte degli anziani vive in casa con il coniuge, anche se differenze sostanziali si notano tra uomini e donne. Lo Studio ILSA dimostra che circa il 26% delle donne e il 7% degli uomini ultrasessantacinquenni vivono soli, mentre il 32% delle donne e il 40% degli uomini vivono con un'altra persona pure ultrasessantacinquenne⁷. Nel gruppo degli ultraottantenni, un uomo su due e una donna su otto sono tuttora coniugati e il rapporto vedovi/vedove è 1:5. Nonostante l'Italia sia stata sempre vista come un paese dove la famiglia rappresenta il principale appoggio sociale e psicologico per l'anziano, nella seconda metà del secolo, in seguito

Figura 2. Studio ILSA: numero di patologie diagnosticate



all'urbanizzazione e allo sviluppo economico, c'è stato un continuo aumento degli anziani che vivono da soli, come dimostrato appunto dallo studio del CNR. Circa il 25,7% delle donne e il 7% degli uomini vivono soli ed il problema della solitudine diventa, ovviamente, ancora più rilevante se si considera che, spesso, queste persone hanno delle limitazioni funzionali importanti. Per esempio, la stessa ricerca del CNR ha evidenziato che circa il 27% delle donne ed il 23% degli uomini che vivono soli presentano qualche grado di disabilità nelle comuni attività quotidiane. Il 40% dei maschi e il 32% delle donne vivono con un'altra persona ultrasessantacinquenne e, tra questi, circa il 30% ha limitazioni funzionali che ne condizionano l'autonomia (Tabella 2).

prattutto se disabile. Questo costituisce un importante aspetto dell'organizzazione dei servizi, perché solo circa il 2% degli anziani vive in istituzione. Tuttavia, la bassa percentuale di istituzionalizzati non significa che la domanda di ammissione in istituzione sia adeguatamente soddisfatta, perché c'è in realtà una maggior domanda rispetto alla disponibilità di accoglienza e, se appropriatamente pianificati, i servizi domiciliari potrebbero risolvere in parte il problema dei bisogni assistenziali non soddisfatti nella popolazione anziana. Occorrono allora politiche dettate da strategie lungimiranti che, tenendo presente la dinamica demografica, formulino degli interventi adeguati ai tempi. Se si vuole, come si sta facendo nella maggior parte dei paesi industrializzati, privilegiare la permanenza

me un vero e proprio problema: economico, fisico, sociale ed emotivo; molte persone vivono in modo conflittuale le richieste che vengono loro dal lavoro e dalla cura di un parente anziano. Da qui la necessità di riorganizzare i tipi di servizi offerti dalla società, cioè di crearne di alternativi e complementari all'ospedalizzazione e all'istituzionalizzazione in genere, per promuovere in misura sempre più appropriata l'erogazione di assistenza domiciliare, sia sociale che sanitaria. La riorganizzazione delle modalità di erogazione dei servizi nasce da un'esigenza di efficacia che è sempre più sentita e diffusa. Se per i malati acuti può essere sufficiente la somministrazione di farmaci e cure, per quelli cronici o per quelli disabili è fondamentale il contesto e il modo di somministrazione dell'assistenza continuativa. Nella creazione della rete di assistenza continuativa, è fondamentale tenere conto non solo dell'apporto di operatori sociali e sanitari, ma anche e soprattutto dell'aiuto dei familiari, che può garantire anche il perdurare delle relazioni sociali e affettive dell'anziano e, quindi, una sua migliore qualità della vita.

Tra i fattori di rischio sociali, forse quello più rilevante per le sue implicazioni sullo stato di salute è rappresentato dal basso livello di istruzione della popolazione anziana. Circa il 30% dei maschi e il 43% delle donne hanno 3 anni o meno di scolarità e solo circa il 20% degli uomini e il 10% delle donne hanno un diploma o una laurea. Il rapporto tra scolarità e stato di salute è una delle aree di ricerca geriatrica più interessanti,

Tabella 2. Prevalenza (%) di disabilità secondo lo stato di convivenza. Studio ILSA

	Femmine			Maschi		
	Vive solo	Vive con ultra 65enne	Vive in istituto	Vive solo	Vive con ultra 65enne	Vive in istituto
Autosufficiente	73	67	33	77	68	41
Lieve disabilità	19	20	16	13	19	29
Grave disabilità	6	12	35	8	10	21
Non autosufficiente	2	1	16	2	3	9

Nonostante i ben noti problemi legati alla disgregazione della famiglia nella società contemporanea vediamo che, quando la famiglia esiste, resta il riferimento principale per la persona anziana, so-

degli anziani nel proprio domicilio, allora andranno tutelati i diritti dei familiari contemporaneamente ai diritti e alla dignità degli anziani. Molte famiglie vivono la cura di persone non autosufficienti co-

proprio per il bisogno di chiarire quali siano i possibili fattori determinanti il maggior rischio di malattia e disabilità nei soggetti meno istruiti. Lo studio ILSA ha evidenziato una forte associazione tra il

livello di istruzione e la disabilità fisica, che ha una prevalenza circa doppia tra gli individui con tre o meno anni di scolarità, rispetto al resto della popolazione. È possibile che tale associazione sia dovuta ad una maggiore gravità delle patologie prevalenti, forse per un ritardo diagnostico nella popolazione con minor livello di istruzione⁸.

Conclusioni

L'analisi delle complesse relazioni tra caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione è necessaria per la razionale pianificazione della ricerca medica e dell'assistenza sociale e sanitaria. In questo secolo, la popolazione anziana ha subito un aumento numerico e relativo mai registrato in precedenza. L'ipotizzata "compressione della morbidità"⁹, che avrebbe dovuto portare ad un aumento della speranza di vita priva di patologie e disabilità, non si è finora realizzata. La sopravvivenza superiore delle femmine rispetto ai maschi comporta un largo numero di donne spesso sole, in condizioni di salute scadenti e in situazioni economiche precarie, che ri-

chiedono interventi assistenziali socio-sanitari spesso onerosi. Le proiezioni della popolazione nei prossimi 30-40 anni indicano un continuo aumento della popolazione anziana, con tutte le pesanti implicazioni assistenziali che si possono prevedere. Particolare attenzione va dedicata alle patologie disabilitanti che, pur non essendo mortali, causano perdita dell'auto-sufficienza tale da richiedere continua cura e assistenza. Gli sforzi della ricerca geriatrica e gerontologica devono perciò essere diretti alla comprensione dei processi fisiologici e patologici legati all'invecchiamento. Solo raggiungendo le conoscenze sufficienti sui fattori di rischio di malattia e sulle condizioni favorevoli al passaggio da autonomia a dipendenza saremo in grado di prevenire o posporre le patologie e le disabilità dell'anziano e potremmo quindi considerare l'invecchiamento della popolazione come una positiva conquista della nostra società e non come un problema e un peso per le generazioni più giovani.

Dott.ssa STEFANIA MAGGI
Ricercatrice CNR,
Progetto Finalizzato Invecchiamento,
Italia

Bibliografia

¹ U.S. Bureau of the Census, International Programs Center, International Data Base, 1998.

² Quinta relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, 1996-1997. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali.

³ MAGGI S., ZUCCHETTO M., BALDERESCHI M. ET AL., *The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): Design and methods*. Aging Clin Exp Res, 6 (6) 1994, p. 464-473.

⁴ CNR, Progetto finalizzato invecchiamento. Resource Data Book, Roma, 1996.

⁵ The ILSA Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. Int. J. Epidemiol, 26 (5) 1997, p. 995-1002.

⁶ KAPLAN G.A. ET AL., *Mortality among the Elderly in the Alameda County Study: Behavioral and Demographic Risk Factors*. Am. J. Public Health, 77 (3) 1987, 307.

⁷ GRIGOLETTO F., MAGGI S., MINICUCI N. ET AL., *Il disabile anziano nel contesto familiare: risultati dello studio longitudinale del CNR sull'invecchiamento*. In "Salute e famiglia. Metodi di produzione e analisi statistica di dati". A cura di M. BOLZAN, L. FABBRIS, E. PERISSINOTTO, Cleup editrice, 1996, p. 179-185.

⁸ AMADUCCI L., MAGGI S., LANGLOIS J., *Low educational level as a risk factor for disability in the elderly*. J. Geront. (In press).

⁹ FRIES J.F., *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. New England J of Medicine, 303:130, 1980.



PETER WALTER BURVILL

La psicosociologia dell'invecchiamento

Mi è stato chiesto di trattare il tema della psicosociologia dell'invecchiamento. Data la vastità dell'argomento, nel tempo a mia disposizione non mi sarà possibile fare un esame completo dell'argomento, ma potrò soltanto selezionare alcuni concetti chiave e presentarli brevemente.

Platone ha detto: "Provo un grande piacere nel conversare con gli anziani. Essi hanno percorso la strada che tutti noi dobbiamo percorrere, e sanno dove essa è ardua e difficile e dove è in piano e facile". Ha anche detto: "La vecchiaia è una triste solitudine".

Questi punti di vista, positivi e negativi, dello stesso filosofo sono tipici della grande diversità di vedute e di conclusioni relative agli aspetti psicosociali dell'invecchiamento.

Teorie dell'invecchiamento

Ci sono state numerose teorie della psicologia dell'invecchiamento normale.

Una delle più importanti è stata la teoria del disimpegno proposta da Cumming ed Henry (1979), secondo cui invecchiare è un inevitabile reciproco ritirarsi o disimpegnarsi, che risulta in una diminuita interazione tra l'anziano e gli altri nel sistema sociale a cui appartengono. Questi autori ritengono che coloro che si sono disimpegnati con successo sembravano più contenti di coloro che non si erano così disimpegnati. Tuttavia è stato fatto notare che questa teoria ha giustificato le politiche sociali che emarginano gli anziani (Williams, 1994).

La teoria di attività contraria

proposta da Maddox (1964) suggerisce che gli anziani che rimangono il più possibile attivi, produttivi e socialmente integrati, possono avere una vita soddisfacente. Come con la teoria del disimpegno, c'è un giudizio di valore intrinseco in questa teoria, con il pericoloso corollario che coloro che non riescono o non desiderano rimanere "attivi" hanno, in un certo senso, fallito la prova dell'invecchiamento e non hanno diritto all'aiuto del resto della società (Williams, 1994).

La teoria della continuità di Atchley (1972) afferma che le persone cercano di continuare la traiettoria di disimpegno, o di attività, o di altro comportamento a seconda dello stile di vita e della personalità che hanno costruito in gioventù. Per questo motivo non esiste una singola direzione o modello di invecchiamento sociale psicologico, né un unico modello di invecchiamento ottimale.

Tanto la teoria del disimpegno

che quella dell'attività sono troppo riduzionistiche e semplicistiche per poter rendere conto della molteplicità, diversità e ricchezza dei modelli di invecchiamento (Neugarten, 1988).

Oltre alle doti genetiche, la struttura della personalità e le esperienze di vita che una persona porta nella vecchiaia, ci sono ulteriori fattori che possono contribuire a variare i modelli dell'invecchiamento e che comprendono le differenze negli ambienti socioculturali (Havinghurst et al., 1969), la crescente diversità etnica in paesi con elevati flussi di migranti, i diversi effetti di schiera dell'era in cui sono cresciuti, e la struttura sociale in rapido cambiamento della società in cui fanno il loro ingresso in vecchiaia. Definizioni di gruppi d'età, distinzioni d'età e norme d'età sono dinamiche e cambiano oltre il tempo storico, in concerto con altri tipi di cambiamento sociale (Neugarten and Neugarten 1987).

Eric Erikson ha prodotto una teoria di sviluppo dell'intera vita, postulando otto stadi. Nell'ultimo, denominato "tarda maturità", egli sottolinea l'importanza di avvicinarsi alla morte che secondo lui ha portato gli anziani a rivedere e a cercare di integrare le proprie esperienze di vita con la propria visione del mondo e con le proprie aspettative, portando o all'integrità dell'ego o alla disperazione. Per Erikson questa fase inizia di solito attorno ai 51 anni, che in termini gerontologici è del tutto giovane, e sottolinea la continuità dell'invecchiamento con la vita precedente. È del tutto possibile che, data l'attuale maggiore aspettativa di vita, nella gran parte delle persone que-



sta fase si manifesti ad un'età più avanzata.

È chiaro che la psicologia dell'anziano non è stereotipata ma può essere molto diversa, come in tutte le età più giovani, e che c'è un'enorme varietà nelle possibili risposte degli individui all'invecchiamento, che dipendono dalle loro precedenti personalità, cultura, esperienze di vita, circostanze e salute.

Tutto ciò pone l'interrogativo di quando inizia la "vecchiaia". Molte persone che godono di buona salute e vivono situazioni favorevoli, possono non considerarsi tanto "vecchie" all'età solitamente arbitraria di 60 o 65 anni, ma piuttosto a 70 o 75, quando i segni dell'infermità fisica diventano più evidenti. Il "negare" di essere anziano fino a queste più tarde età non è necessariamente anormale, ma il fatto di diventare anziano con atteggiamenti di adattamento opposti a quelli postulati dalla teoria del disimpegno può essere un segno di adattamento salutare e positivo. La maggior parte degli ultra sessantacinquenni, benché in pensione, sono persone vigorose e competenti, attive all'interno della famiglia e della comunità, e che hanno affrontato con successo le transizioni della seconda metà della vita.

Oltre ai fattori relativi ai primi anni, ce ne sono numerosi altri che possono influenzare e/o danneggiare il processo d'invecchiamento; essi includono le condizioni economiche, l'abitazione, l'ambiente culturale, il rapporto con gli altri, i rapporti sociali, varie perdite, la mobilità, la dipendenza dagli altri, la salute fisica e mentale, e il livello di cognizione.

Networks

Tutta la letteratura gerontologica sottolinea l'importanza dei networks sociali e del sostegno sociale. Questo soggetto è stato rivisto da Wenger (1996). L'autore suggerisce che la formazione di un network è la parte fondamentale della condizione umana. Con il passare dell'età, la fiducia verso la parentela aumenta, così come con il passar del tempo diminuisce il numero di parenti e amici nel network di una persona. L'adatta-

mento alla rete sociale inizia presto e l'evidenza disponibile suggerisce che il network-tipo rimane del tutto stabile lungo il corso della vita. Coloro che hanno legami familiari rilevanti e modelli residenziali stabili più verosimilmente avranno fitti networks con molteplici legami. Coloro che provengono da famiglie piccole e coloro che sono stati geograficamente mobili durante la loro vita, sono più soggetti ad avere networks più vasti con legami complessi. Tuttavia, ognuno di questi poggia su un continuum. Numerosi fattori nella vita moderna possono influenzare la disponibilità della parentela, incluse le piccole famiglie e una maggiore mobilità dei figli come parte del loro lavoro, compresa l'emigrazione in altri paesi.

Tuttavia, c'è un punto oltre il quale i bisogni dell'anziano possono andare oltre le risorse della rete informale. Wenger ha scoperto che è l'eccesso delle domande sulle aspettative culturalmente definite a creare la maggiore tensione nei networks degli anziani.

Perdite

Quando consideriamo le perdite che accompagnano la vecchiaia – la morte del coniuge, dei familiari e degli amici, la perdita dei ruoli occupazionali al momento del pensionamento, il declino finanziario a questo spesso associato, la perdita dell'attrattiva sessuale, della mobilità fisica (e di conseguenza il contatto con i parenti e gli

amici), la perdita della memoria e le numerose altre perdite che risultano dalle diminuzioni fisiche degli anni che passano – possiamo aspettarci che la vecchiaia sia un tempo irto di dolore e miseria. Eppure non è necessariamente così (Parkes, 1997). È stato mostrato come la depressione negli anziani sia strettamente associata ad eventi avversi che comportano minaccia o perdita (Murphy, 1982), come Brown e colleghi hanno consistentemente trovato in donne più giovani (Brown and Harris, 1978). Murphy ha notato che molte perdite per gli anziani hanno una specie di finalità su di loro. Comunque ricerche compiute sulla comunità hanno mostrato che gli anziani soffrono di stress meno soggettivo (Henderson et al., 1981) ed attualmente hanno meno eventi avversi, e meno eventi avversi gravi, degli adulti più giovani di loro. Murphy (1982) ha notato come "la maggioranza degli anziani che soffrono di problemi sociali, avvenimenti della vita avversi e di cattiva salute rimangono notevolmente allegri, e soltanto coloro che mancano di un rapporto fiducioso appaiono vulnerabili alla depressione di fronte a questi problemi". Nei suoi studi, la Dott.ssa Murphy ha notato che un rapporto con un confidente può agire da deterrente contro la depressione in queste circostanze ed ha proposto che la qualità protettiva essenziale è la capacità della persona all'intimità, che è un aspetto pre-patologico della personalità dell'individuo.

Si riteneva che la depressione fosse molto più comune negli anziani che negli adulti più giovani. Tuttavia, l'Epidemiologic Catchment Area (ECA) Studies in America ha mostrato una prevalenza della depressione del 2,5% negli ultrasessantacinquenni, il più basso tra tutti i gruppi d'età, in netto contrasto con la percentuale del 6,4 nelle persone di 22-24 anni. Altri studi hanno confermato le minori percentuali di depressione nella comunità negli anziani, benché alcuni autori ancora discutano a questo riguardo (Snowden, 1989).

La morte del coniuge, dei parenti e degli amici è una delle perdite più grandi in vecchiaia. Vari studi indicano che la perdita dei figli e



dei nipoti è particolarmente traumatica per gli anziani, e che questo trauma è aggravato quando la morte è improvvisa e inaspettata (Parkes, 1997). La perdita di un coniuge in tarda età spesso comporta altre perdite, ad esempio entrate, abitazione, amici, ecc, che sovente risultano drammatiche quanto lo stesso lutto, particolarmente per coloro la cui ripresa fisica o mentale è già compromessa. Gli anziani cercano in genere di cambiare il meno possibile quando il coniuge muore. Preferiscono stare nella stessa casa, seguire la stessa routine e comportarsi come se il partner fosse ancora presente (Parkes, 1997).

Mobilità

La mobilità degli anziani può avere un effetto profondo sulle loro attività sociali. Una buona mobilità può essere un fattore importante perché l'anziano mantenga una vita attiva soddisfacente. D'altro lato, una mobilità ridotta può portare a dover dipendere maggiormente da altri, a contatti sociali ridotti, ad un maggior numero di tempo trascorso a casa e ad una conseguente solitudine ed isolamento. Per molti anziani, particolarmente in zone con trasporti pubblici limitati, la perdita della patente di guida per questioni di salute fisica o mentale, può avere un profondo effetto sulla loro capacità di uscire di casa, mantenere i contatti sociali e le normali attività della vita, ed anche le attività quotidiane quali lo shopping. Generalmente la mobilità della gente tende a diminuire progressivamente dai 75 anni in poi, e sicuramente dagli 80 in poi. Tuttavia, alcune persone molto anziane guidano ancora la macchina con sicurezza per brevi tratti con conseguenti enormi benefici nel mantenere la loro indipendenza e i contatti sociali. Una vecchia amica di famiglia di 94 anni passa ogni anno gli esami di guida e ottiene il rinnovo della patente. L'ictus, piuttosto comune in tarda età, contribuisce a ridurre la mobilità e può causare questi diversi gradi di disabilità ad una età più precoce.

Abitazione

L'obiettivo verso il quale dovremmo orientarci è la capacità per l'anziano di rimanere nella propria abitazione, disponendo se necessario di adeguate forme di cure a domicilio. Lasciare la propria casa per andare a vivere con altri, e in particolare vivere in istituto, o alternativamente avere questa prospettiva come una minaccia potenziale a causa di cattiva salute o altre circostanze, può costituire per molti anziani un avvenimento molto doloroso che va evitato ad ogni costo.

Oltre alla grande maggioranza di persone che hanno condotto un modello di vita relativamente convenzionale, vivendo in casa con il coniuge, la famiglia, gli amici o altri, non dovremmo dimenticare un altro gruppo, quello cioè costituito dai senza casa; non numeroso, ma molto sfortunato nelle loro circostanze. Molti anziani nelle grandi città hanno condotto una vita disagiata per tanti anni e il vagabondaggio può diventare un modo di vita. Malattie mentali, problemi di salute fisica, abuso di alcool, comportamento criminale e scontentezza sono solo alcuni dei problemi associati ai senza tetto; la maggior parte di coloro che vivono per la strada presenta almeno uno di questi problemi (Crane, 1996). È stato riscontrato che le difficoltà di aiutare queste persone sono profonde e vanno ben al di là del fatto di fornire loro un tetto.



Ricovero in istituto cura comunitaria

La possibilità di essere ricoverati in istituto aumenta con l'avanzare dell'età, specialmente dopo i 75-80 anni. Ciò può essere influenzato da un certo numero di fattori, particolarmente dalla malattia fisica e mentale e dalla cognizione compromessa, nonché da circostanze sociali quali la mancanza del coniuge o dei familiari per occuparsi degli anziani in tempo di aumentata dipendenza. Due principali condizioni che lo influenzano sono l'ictus e la demenza, in particolare il morbo di Alzheimer. Entrambi aumentano con l'età, ad esempio la prevalenza del morbo di Alzheimer si raddoppia ogni cinque anni dai 60 ai 95 anni (Jorm et al., 1978). Con l'ictus, tanto la diminuita mobilità a causa degli arti paralizzati quanto la danneggiata cognizione possono contribuire ad una incapacità dell'anziano di provvedere a se stesso e alla possibile necessità di un ricovero di un certo tipo. Data l'aumentata longevità, il crescente numero di anziani nella popolazione, e la crescente prevalenza di queste due condizioni con l'età, è ovvio che le richieste di cure degli anziani afflitti da queste due condizioni mediche aumenteranno in modo notevole nei prossimi anni.

Con l'aumento dell'età e del numero degli anziani nella società, il numero delle persone che non sono in grado di prendersi completamente cura di se stessi aumenterà considerevolmente. Le loro famiglie sono più piccole, i figli probabilmente lavorano ed hanno più probabilità di vivere lontano dai genitori. Quindi la fonte delle cure tradizionali sarà ridotta. Per il fatto che le donne vivono di più rispetto agli uomini, questo problema aumenterà per le donne anziane. Ciò avverrà ad un tempo in cui la proporzione dell'anziano rispetto alla popolazione lavorativa aumenterà considerevolmente. Non è realistico aspettarsi che i governi destineranno una maggiore percentuale del loro bilancio alla cura degli anziani. Le autorità non avranno il denaro per costruire sempre maggiori istituti, case di cura e sistemazioni simili per gli anziani dipendenti.

Ciò avviene in un tempo in cui i costi dei servizi sanitari in genere stanno aumentando, e questo sta diventando un problema sempre più importante per tutti i paesi. Il costo dell'ospedalizzazione per una qualsiasi causa è diventato eccezionalmente alto e proibitivo. Ciò ha portato a ricoveri molto più brevi per la maggior parte delle necessità mediche, e ad un maggiore uso di servizi di day hospital. L'enfasi viene posta sempre più sulla comunità che non sugli ospedali e gli istituti e ciò si applica anche al numero sempre maggiore di anziani. Purtroppo, una buona cura comunitaria non è economica, un fattore questo che molti governi sono restii ad accettare. Il risultato è

spesso un sistema di cure comunitarie molto meno che ideale.

Inevitabilmente, le future cure degli anziani dipendenti saranno basate in maniera prevalente sulla comunità, con gli anziani che rimangono nelle proprie case, dipendendo ove necessario da adeguate forme di cure domestiche. Ciò avviene in un periodo di cambiamento sociale in cui le famiglie sono poco numerose e le donne trascorrono molto più tempo al lavoro, con una corrispondente riduzione nella disponibilità dell'aiuto familiare una volta tradizionale. La crescente proporzione di anziani rispetto alla forza lavorativa sarà una sfida rilevante per la società del futuro.

La Chiesa ha un possibile ruolo in questo campo, molto pertinente con il tema di questa conferenza. Essa ha una storia lunga ed impressionante di assistenza degli anziani. Nel passato, questa era principalmente basata sulle istituzioni. La grande sfida per la Chiesa nel futuro sarà quella di ri-orientare i propri sforzi fuori dagli ospedali e da altri istituti e sviluppare dei buoni sistemi di cure comunitarie, iniziando dalla parrocchia, e mirando in particolare a quei servizi a cui le autorità sanitarie e comunitarie non provvedono in modo adeguato.

Prof. PETER WALTER BURVILL
*Professore di Psichiatria
University of Western Australia*



PIER UGO CARBONIN

Inequità sociali e salute dell'anziano

Gli interventi nel settore sociale e sanitario a favore degli anziani sono caratterizzati da una diffusa inequità, in gran parte attribuita ad alcuni stereotipi che sinora hanno dominato nei mass media il dibattito circa l'invecchiamento della popolazione¹.

Questo ha fatto sì che i complessi e diversificati problemi legati, da una parte, al continuo aumento dell'aspettativa di vita e, dall'altra, alla progressiva diminuzione della natalità siano stati affrontati in modo parziale e in genere con una connotazione sostanzialmente negativa². Nella letteratura anglosassone una siffatta tendenza è stata etichettata con l'appellativo di "ageism", gli stereotipi che la caratterizzano hanno come discriminante comune l'età e impediscono, pur non potendo negare loro un fondo di ragione, una visione globale della condizione socio-economica, dello stato di salute e degli stili di vita della popolazione anziana¹.

Questo mio intervento sarà, pertanto, concentrato sull'analisi dei tre principali tipi di stereotipo – l'atteggiamento compassionevole, quello esageratamente ottimistico e quello conflittuale – che hanno sinora prevalso nelle tesi degli esperti e nelle analisi dei mass media¹.

Ageism Compassionevole

Una prima varietà di "ageism" è stata definita "compassionate ageism"¹, questa deriva dalla concezione esclusivamente sociale del fenomeno invecchiamento: l'anziano è povero, solo, malato ed è perciò indispensabile che la società

vada in suo aiuto. In effetti il periodo del pensionamento coincide in genere – anche se non sempre³ – con la perdita del ruolo, l'emarginazione sociale e con una cospicua riduzione del reddito⁴.

A soffrirne in modo più tangibile è sicuramente la donna per la maggiore aspettativa di vita rispetto al sesso maschile, ma non solo. È infatti stata ampiamente dimostrata anche una stretta correlazione tra la condizione socio-economica e la salute fisica, con convincenti spiegazioni anche sul piano biologico⁵.

È tuttavia, altrettanto vero che una simile visione fatalistica della realtà anziana, dove al "vecchio" viene esclusivamente attribuito un ruolo passivo porta ad atteggiamenti – già comunemente osservabili nell'attuale società – assolutamente ingiustificabili sulla base del valore immutabile – dalla nascita alla morte – dell'umanità. Di tali tendenze negative esistono numerosissimi esempi a cominciare dalla mancata volontà politica di risolvere i problemi degli anziani fino ad arrivare al cinismo o alla superficialità di molti comportamenti degli operatori sanitari. Nessuno dei paesi sviluppati ha sinora cercato di adottare le strategie che si sono dimostrate in grado di risolvere i più acuti problemi della realtà anziana. Attualmente la nota dominante è il contenimento della spesa ed un tale orientamento pare destinato ad accentuarsi con l'attuale minaccia di crisi economica mondiale. In medicina diversi studi hanno dimostrato che una consistente percentuale di anziani non viene trattata con farmaci – i trombolitici in caso di infarto acuto del miocardio⁶, i beta

bloccanti nell'ipertensione arteriosa⁷ oppure le statine nella prevenzione dell'aterosclerosi⁸ –, dimostratisi egualmente o addirittura più efficaci nell'età avanzata rispetto al giovane o all'adulto. Allo stesso modo gran parte degli anziani, specie se donne, vengono costantemente esclusi dagli studi clinici controllati, ritenuti indispensabili per stabilire correttamente il rapporto costo – efficacia degli interventi terapeutici⁹. Una recente pubblicazione, che ha suscitato molto clamore nei mass media statunitensi, ha evidenziato la discriminazione perpetrata nei riguardi degli anziani più vecchi e malati di cancro, che sono ricoverati in nursing home: in presenza di dolore o non veniva loro somministrato alcun antidolorifico – in oltre il 30% dei casi – oppure venivano prescritti solo gli antidolorifici meno efficaci¹⁰.

Ageism Ottimistico

Un secondo tipo di "ageism" è stato definito "optimistic"¹¹: questa concezione muove dalla considerazione che esistono tutte le premesse per puntare ad una "vecchiaia di successo" prima di tutto attraverso efficaci strategie di prevenzione e, in secondo luogo, attraverso il recupero del ruolo dell'anziano nella società. Si tratta, in ultima analisi, di realizzare l'ipotesi di Fries¹¹ della rettangolarizzazione della curva di sopravvivenza. Secondo questo autore, infatti, esiste la possibilità di fare arrivare in buona salute tutte le persone al limite di sopravvivenza proprio della specie. Alcune considerazioni fanno ritenere che ciò sia

possibile. È stato visto, ad esempio, che le più importanti patologie cronico-degenerative della vecchiaia si possono almeno in parte prevenire eliminando i principali fattori di rischio e/o migliorando le condizioni socio-economiche della popolazione. Inoltre, i gerontologi sono unanimi nel ritenere che l'invecchiamento non sia di per sé una condizione patologica. A proposito di questa tesi gli studi epidemiologici continuano a dimostrare che una consistente percentuale di ultraottantenni rimane autosufficiente ed in buona salute¹². Tuttavia un governo che ritenesse – come pare purtroppo molti di essi – di risolvere il problema dell'invecchiamento della popolazione sulla falsariga della vecchiaia di successo, lascerebbe senza aiuto ancora per moltissimi anni una larga percentuale di anziani – e soprattutto di molto anziani – che continuerebbe ad ammalarsi di malattie cronico-degenerative e, a divenire disabili a causa di esse. Questo per tutta una serie di motivi. Innanzi tutto perché le conoscenze su gran parte delle malattie disabilitanti dell'anziano – tumori, morbo di Alzheimer, aterosclerosi e osteoartropatie – sono ancora così frammentarie ed incomplete che è impossibile prevedere che nel giro di pochi anni si possa disporre di terapie specifiche. In secondo luogo, perché anche in campioni di popolazione, dove un'ottimizzazione degli stili di vita ha consentito consistenti spostamenti in avanti dell'aspettativa di vita, si è comunque osservato, dopo i 75 anni, un aumento della fragilità, con una crescita esponenziale della polipatologia e disabilità¹³.

Questi esempi fanno ritenere che la situazione dell'assistenza sanitaria nell'età avanzata non sia sostanzialmente cambiata rispetto a vent'anni fa, quando negli Stati Uniti venne pubblicato un libro denuncia in cui si metteva in evidenza la scarsa attenzione prestata dai medici di tutte le specialità nei riguardi delle patologie senili¹⁴.

D'altra parte un'efficace strategia di prevenzione dell'invecchiamento patologico non può limitarsi a solenni enunciazioni di principio, ma deve prevedere investimenti adeguati e tali da consentire azioni incisive a partire già dall'età

giovane. Questo è un obiettivo pronosticato nel documento diffuso dall'O.M.S. per il 1999¹⁵, anno dell'anziano. Come esempio si può citare la prevenzione della morte precoce e della disabilità tramite la promozione dell'attività fisica, la cui efficacia è stata ormai ampiamente documentata. Tuttavia, in nessuna nazione, nemmeno negli Stati Uniti, sono state promosse campagne di educazione dell'intera popolazione, a cominciare da quella scolastica¹⁶. Fino a che non succederà un qualcosa di simile, le ricerche sulle popolazioni anziane continueranno a documentare – con soddisfazione dei ricercatori, ma non certo dei diretti interessati – che solo chi ha un alto reddito, ed è quindi in grado di adottare stili di vita più salutari e di fare anche attività fisica, vive più a lungo ed ha anche minori probabilità di diventare disabile.

Ageism Conflittuale

Questo modo di pensare trova una duplice giustificazione. Da una parte per il calo della natalità e il continuo aumento dell'aspettativa di vita, un numero sempre minore di persone in attività lavorativa avrà a carico un numero crescente di pensionati. Dall'altra parte, la spesa per l'assistenza sanitaria agli anziani, pur costituendo già una percentuale molto consistente del totale, è destinata ad aumentare in base alle previsioni demografiche. Ciò fa non solo temere un conflitto tra generazioni, ma ha già generato tendenze che si vanno delineando nelle nazioni leader nella ricerca biomedica e nell'organizzazione sanitaria, quali gli Stati Uniti¹⁷ e l'Inghilterra¹⁸ e che fanno fortemente sospettare si sia effettivamente vicini ad una rinuncia dello stato sociale. Infatti queste propongono, ad esempio di stabilire un tetto alla spesa sanitaria in funzione dell'età. "A 70-80 anni, la maggior parte delle persone si è già giocata le opportunità che gli ha offerto la vita"; e "dopo quell'età la società stabilisca che la spesa sanitaria non vada oltre la copertura di semplici interventi palliativi di sollievo del dolore e della sofferenza..."¹⁷.

Si è già accennato al rapporto tra

aspettativa di vita e classi sociali. Quanto più una classe è avvantaggiata per reddito e livello di cultura, tanto maggiore è il saldo positivo in termini di sopravvivenza¹⁹. Al contrario, per le classi più svantaggiate, questo saldo si fa via via più negativo. Non solo, la spesa sanitaria per qualsiasi tipo di prestazione è nettamente più elevata nelle classi sociali più svantaggiate: evidentemente perché una condizione socio-economica precaria favorisce la comparsa delle più varie patologie. Ne deriva che se si vuole ridurre la spesa per l'assistenza agli anziani, occorre migliorare, da una parte, i servizi assistenziali e, dall'altra, garantire loro condizioni socio-economiche soddisfacenti. È solo su questi presupposti che dovrebbe basarsi la "razionalizzazione" della spesa sanitaria. Infatti il concetto di razionalizzazione non deve essere confuso con quello di "razionamento", come molti programmatori sanitari paiono inclini a fare.

Peraltro, ai fini di una equa e lungimirante razionalizzazione della spesa sanitaria occorre tenere conto delle principali cause alla base del continuo lievitare della spesa stessa, soprattutto perché questa ha un andamento molto più rapido rispetto a quello dell'aumento della popolazione anziana²⁰. Quindi, responsabili del cronico deficit dei bilanci della Sanità sembrano essere non tanto le variazioni demografiche, quanto motivi molto diversi, come ad esempio, il crescente ricorso a mezzi tecnologici sempre più sofisticati e gli sprechi.

A questo proposito, diversi studi hanno dimostrato che un'effettiva integrazione socio-sanitaria consente un miglioramento della qualità della vita e un consistente risparmio di spesa grazie soprattutto ad una riduzione dell'ospedalizzazione non necessaria. Malgrado ciò, l'ingresso unico dell'anziano malato in una rete integrata di servizi di assistenza continuativa è ancora ben lungi dall'essere attuato anche in un paese come la Gran Bretagna dove cinquant'anni fa vennero gettate la basi della cultura geriatrica²¹.

La tendenza a ragionare esclusivamente in termini di risparmio di spesa ha portato all'aziendalizzazione della Sanità. Si sono creati

centri di costo separati che hanno pesantemente ostacolato l'integrazione tra i servizi e danneggiato soprattutto i malati che richiedono, come gli anziani, cure continue.

Questo è quanto sta succedendo in Italia dopo l'applicazione per legge del pagamento a prestazione mediante il sistema DRG. La durata della degenza si è notevolmente ridotta e si sono praticamente azzerati i ricoveri non necessari²². A questo è corrisposta anche una netta diminuzione della mortalità intraospedaliera, naturalmente non riconducibile ai progressi degli ospedali italiani in soli due anni, ma piuttosto dovuta al fatto che l'ospedale sta cessando di funzionare come hospice. Questo fenomeno successivo all'introduzione del nuovo sistema di pagamento a prestazione risulta ancor più significativo quando si prenda in considerazione la mortalità intraospedaliera per tumore: nei soggetti sotto i sessantacinque anni non si hanno modificazioni significative della mortalità, mentre dopo i sessantacinque anni questa si dimezza (dati GIFA non pubblicati). Quindi, l'ospedale, dopo l'introduzione del sistema DRG, tende a selezionare i pazienti da ricoverare, preferendo coloro che sono affetti dalle patologie economicamente più vantaggiose a scapito di quelle più complesse e meno redditizie. Di fatto, questa tendenza a ridurre i ricoveri degli anziani è l'attuazione – anche se non in modo esplicito – della tesi del taglio delle prestazioni sanitarie per i soggetti in età avanzata, tesi sostenuta apertamente da alcuni economisti sanitari. Si pensi per un attimo alla condizione di un anziano malato cui venga rifiutato il ricovero in ospedale, che sia solo o abbia come unico familiare il proprio congiunto anch'esso vecchio, e che non abbia neppure più la possibilità di essere accettato in una decorosa struttura residenziale: beh, non ci si dovrebbe meravigliare se per descrivere questo scenario qualcuno usasse la definizione di "lenta, mascherata eutanasia".

Se questi sono problemi di programmazione sanitaria tipici delle nazioni sviluppate, nelle nazioni in via di sviluppo altre e ancor più gravi sono le carenze, quella tecnologica in primis.

Conclusioni

A noi pare che l'unica via percorribile per risolvere le complesse problematiche connesse con l'invecchiamento della popolazione sia quella di muovere da una visione globale, multidimensionale della problematica, ispirandosi alla "logica della solidarietà" nel senso più profondo della Dottrina Cristiana.

L'iniquità sociale è non solo negazione del valore universale dell'uomo, ma anche causa principale – a monte ed indipendentemente dalle specifiche etiologie – delle più importanti forme morbose oggi esistenti. Di conseguenza, l'eliminazione delle iniquità sociali non potrà che portare ad un miglioramento della salute della popolazione e, quindi, ad una riduzione della spesa sanitaria. Deve essere, quindi, la logica della solidarietà il principio fondamentale su cui basare i progetti di razionalizzazione della spesa sanitaria.

In questo senso anche la medicina dovrebbe avere un cambiamento radicale riappropriandosi del paradigma di Virchow, "La medicina è una scienza sociale e la politica non è niente di più che una medicina su larga scala"²³. Virchow, sulla base dei suoi studi sulle malattie infettive, fu sempre un acceso sostenitore dell'importanza delle cause socio-economiche nella genesi delle malattie. Egli anzi osteggiò per lungo tempo Koch, negando la rilevanza della scoperta del bacillo della tubercolosi. Koch fu uno dei padri della ricerca orientata verso le ragioni biologiche delle malattie: questo filone è stato di gran lunga prevalente per tutto il secolo che sta per finire. Ora la medicina del 2000 dovrà essere un insieme equilibrato ed integrato delle due tendenze: Koch e Virchow dovranno convivere; cioè la biologia molecolare dovrà sempre di più e meglio integrarsi con l'epidemiologia, la medicina sociale e la politica sanitaria. Questa deve essere anche la via maestra da percorrere per una medicina globale, capace di recuperare in pieno il principio della solidarietà.

Prof. PIER UGO CARBONIN
Direttore dell'Istituto di Medicina Interna
e Geriatria all'Università Cattolica
del Sacro Cuore, Roma

Bibliografia

- ¹ GRINN J, ARBER S: The transmission of income inequality gender and non-state pensions, in Morgau K (ed): *Gerontology, responding to an ageing society*. London, Jessica Kingsley Pub; 1992; 63-83.
- ² CARBONIN PU, BERNABEI R, MANTO A, COCCHI A, PAHOR M, GAMBASSI G: Gli insuccessi delle politiche sanitarie per l'anziano e la crisi della sanità nei paesi sviluppati. *Difesa Sociale* 1994; 2:135-162.
- ³ LEVI MONTALCINI R: *L'asso nella manica a brandelli*, Milano, Baldini & Castoldi; 1998.
- ⁴ Sindacato Pensionati Italiani: *Gli anziani in Italia, VI rapporto consumi pubblici e privati e condizioni di vita*, Roma, Ediesse; 1997.
- ⁵ BRUNNER E: Stress and the biology of inequality. *Br Med J* 1997; 314:1472-1476.
- ⁶ KRUMHOLZ HM, MURILLO JE, CHEN J, ET AL: Thrombolytic therapy for eligible elderly patients with acute myocardial infarction. *JAMA* 1997; 277:1683-1688.
- ⁷ SOUMERAI SB, McLAUGHLIN TJ, SPIEGELMAN D, HERTZMARK E, THIBAUT G, GOLDMAN L: Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. *JAMA* 1997; 277:115-121.
- ⁸ LEMAITRE RN, FURBERG CD, NEWMAN AB, ET AL: Time trends in the use of cholesterol-lowering agents in older adults. *Arch Intern Med* 1998; 158:1761-1768.
- ⁹ BLACK N: Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *Br Med J* 1996; 312:1215-1218.
- ¹⁰ BERNABEI R, GAMBASSI G, LAPANE K, ET AL: Management of pain in elderly cancer patients. *JAMA* 1998; 279:1877-1882.
- ¹¹ FRIES J: Ageing, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303:130-135.
- ¹² The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group: Prevalence of chronic disease in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *Int J Epidemiol* 1996; 26:995-999.
- ¹³ FOZARD JL, METTER EJ, BRANT LJ: Next steps in describing aging and disease in longitudinal studies. *J Gerontol* 1990; 45:P116-P127.
- ¹⁴ KANE RL, SALOMON DH, BECK JC, KELLER EB, KANE RA: *Geriatrics in the United States*, Lexington, Lexington Book; 1981.
- ¹⁵ United Nations Principles for older persons, International year of older person, 1999.
- ¹⁶ PATE RR, PRATT M, BLAIR SN, ET AL: Physical activity and public health: a recommendation from the Center for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273:402-407.
- ¹⁷ CALLAHAN D: Old age and new policy. *JAMA* 1989; 261:905-906.
- ¹⁸ WILLIAMS A: Rationing health care. *Br Med J* 1997; 314:820-822.
- ¹⁹ SMITH R: Gap between death rates of rich and poor widens. *Br Med J* 1997; 315:9-12.
- ²⁰ KEELEY D: General practice funholding and health care costs. *Br Med J* 1997; 315:139-140.
- ²¹ RICHARDS T: Ageing costs. *Br Med J* 1998; 317:896.
- ²² Ricercatori del GIFA: Caratteristiche dell'ospedalizzazione dei pazienti anziani prima e dopo l'avvio del pagamento a prestazione (sistema DRG-ROD). *Ann It Med Int* 1996; 11:220-227.
- ²³ TURNER BS: The interdisciplinary curriculum: from social medicine to postmodernism. *Sociology of Health and Illness* 1990; 12:141.

DIONIGI TETTAMANZI



La Chiesa e la persona anziana: aspetti teologico-pastorali

Introduzione

La Chiesa e la persona anziana: siamo di fronte a un rapporto che si stabilisce tra due realtà vive e concrete all'insegna della reciprocità, a un rapporto cioè che va nella duplice direzione, dalla Chiesa alla persona anziana e da questa alla Chiesa.

Questo rapporto può essere considerato secondo diversi aspetti. Qui ci fermiamo agli aspetti teologici e pastorali. In tal senso, il riferimento è, anzi tutto, al disegno di Dio, un disegno sapiente e amoroso che s'incentra in Gesù Cristo, il Verbo eterno che si fa uomo: tutto ha in lui la sua origine, la sua consistenza e la sua meta. Tutto, dunque anche la Chiesa, anche la persona anziana, anche il loro rapporto. In particolare si tratta di un disegno che Dio stesso rivela all'uomo: Dio parla all'uomo e gli chiede l'ascolto mediante la fede. Nel Concilio leggiamo: "Piacque a Dio nella sua bontà e sapienza rivelare se stesso e far conoscere il mistero della sua volontà (cfr. Ef 1, 9), mediante il quale gli uomini per mezzo di Cristo, Verbo fatto carne, nello Spirito Santo hanno accesso al Padre e sono resi partecipi della divina natura (cfr. Ef 2, 18; 2 Pt 1, 4). Con questa rivelazione infatti Dio invisibile (cfr. Col 1, 15; 1 Tm 1, 17) nel suo immenso amore parla agli uomini come ad amici (cfr. Es 33, 11; Gv 15, 14-15) e si intrattiene con essi (cfr. Bar 3, 38), per invitarli e ammetterli alla comunione con sé" (*Dei verbum*, 2).

Ora le parole della rivelazione, che si compendiano nella Parola fatta carne, cioè in Cristo Gesù, rimandano alla Chiesa, Corpo e Sposa del Signore e Tempio vivo

del suo Spirito: la Chiesa, infatti, è il segno e il luogo della presenza permanente e dell'azione incessante di Cristo tra noi e per noi, è lo spazio umano nel quale la rivelazione del disegno di Dio viene quotidianamente annunciata, accolta e vissuta.

Giungiamo così agli aspetti più propriamente pastorali, agli aspetti cioè che considerano la Chiesa nel suo continuo edificarsi nella storia in virtù dello Spirito di Cristo e con la libera collaborazione di tutti i credenti. L'azione pastorale è precisamente l'azione della Chiesa, chiamata dal suo Signore a condividere la sua stessa missione di salvezza nel mondo, e pertanto a donare agli uomini la vita nuova dello Spirito. Così nell'azione pastorale la Chiesa manifesta e vive il suo affascinante mistero di Sposa verginale e di Madre feconda. La Chiesa, infatti, colta nella sua verità profonda e nella sua singolare bellezza, è il termine vivo dell'amore di donazione di Cristo in croce, come ci ricorda l'autore della Lettera agli Efesini: "Cristo ha amato la Chiesa e ha dato se stesso per lei, per renderla santa, purificandola per mezzo del lavacro dell'acqua accompagnato dalla parola, al fine di farsi comparire davanti la sua Chiesa tutta gloriosa, senza macchia né ruga né alcunché di simile, ma santa e immacolata" (Ef 5, 25-27). In questo senso, proprio perché è il termine dell'amore di donazione di Cristo, la Chiesa riceve la salvezza diventando così "comunità salvata". Ma non si ferma qui l'efficacia dell'amore di Cristo per la Chiesa: questa, infatti, viene a tal punto penetrata e arricchita da questo amore da essere costituita, in Cristo e

con Cristo, principio attivo di salvezza e da diventare, pertanto, non solo comunità salvata ma anche "comunità salvante". Possiamo allora comprendere il significato profondo dell'agire pastorale della Chiesa quale è stato espresso in una suggestiva frase di S. Beda il Venerabile: "Ecclesia quotidie gignit Ecclesiam" (la Chiesa ogni giorno genera la Chiesa). La Chiesa è, in un certo senso, un mistero di autogenerazione: la Chiesa cioè genera se stessa, ovviamente non per la sua virtù ma sempre e solo per la forza gratuita dello Spirito, che è Signore e dà la vita.

Le due prospettive ora indicate, quella teologica e quella pastorale, sono intimamente congiunte: il disegno di Dio, infatti, ha il suo centro vivo e personale in Gesù Cristo e, proprio per questo, nel suo indissolubile Corpo che è la Chiesa. È ancora l'apostolo Paolo ad introdurre in questo orizzonte inscindibilmente cristologico ed ecclesiologico. "Egli (Cristo) è immagine del Dio invisibile, generato prima di ogni creatura... Egli è prima di tutte le cose e tutte sussistono in lui. Egli è anche il capo del corpo, cioè della Chiesa; il principio, il primogenito di coloro che risuscitano dai morti, per ottenere il primato su tutte le cose" (Col 1, 15 ss).

Possiamo allora lasciarci guidare nelle nostre riflessioni sul rapporto tra la Chiesa e la persona anziana dalla prospettiva pastorale, che per sua natura non può non essere teologicamente fondata, e dunque radicata e vivificata nel disegno di Dio. Ora la prospettiva pastorale ruota attorno al punto centrale, qualificante e unificante della *missione della Chiesa*, colta

nei suoi contenuti, nelle sue caratteristiche, nelle sue finalità. È la missione della Chiesa a decidere il senso vero e originale del rapporto che deve instaurarsi tra la Chiesa e la persona anziana.

Veniamo dunque alla missione della Chiesa, incominciando a rilevarne una caratteristica essenziale e carica di risultanze concrete. Tale missione ha la sua radice e la sua forza non nella Chiesa stessa, ma in Gesù Cristo, a immagine e partecipazione della missione di Gesù Cristo che deriva ed è sostenuta dal Padre. Così parla ai discepoli la sera della Pasqua: “Pace a voi! Come il Padre ha mandato me, anch’io mando voi” (Gv 20, 21). E prima di salire al cielo dice agli undici: “Mi è stato dato ogni potere in cielo e in terra. Andate dunque e ammaestrate tutte le nazioni...” (Mt 28, 18-19). Ne segue che nella parola e nel gesto della Chiesa verso la persona anziana si fanno misteriosamente ma realmente presenti e operanti la parola e il gesto del Signore Gesù. È questo il senso della Chiesa quale “sacramento universale di salvezza” (cfr. *Lumen gentium*, 48). Si esige allora che i membri della Chiesa in ogni impegno pastorale agiscano sempre con la coscienza limpida e gioiosa di essere segni e strumenti dell’agire di Cristo, come pure si esige che si mantengano sempre intimamente congiunti a lui come tralci inseriti nella vite per assicurare la vera fecondità al loro impegno pastorale, secondo la parola di Gesù: “Io sono la vite, voi i tralci. Chi rimane in me e io in lui, fa molto frutto, perché senza di me non potete far nulla” (Gv 15, 5).

1. Predicate il Vangelo a ogni creatura

La missione della Chiesa nasce ed è vivificata da quella di Gesù. Ma in che consiste la missione di Gesù? Consiste essenzialmente nell’annuncio del Vangelo, della lieta notizia dell’amore di Dio che libera e salva. Lui stesso, nella sinagoga del suo paese, presenta proprio in questi termini la missione che gli è stata affidata da Dio, indicando in sé il compimento dell’antica profezia: “Lo Spirito del Signore è sopra di me; per que-

sto mi ha consacrato con l’unzione e mi ha mandato per annunziare ai poveri un lieto messaggio, per proclamare ai prigionieri la liberazione e ai ciechi la vista; per rimettere in libertà gli oppressi, e predicare un anno di grazia del Signore” (Lc 4, 18-19; cfr. Is 61, 1-2).

Questa stessa missione Gesù risorto la consegna alla sua Chiesa, come testimonia l’evangelista Marco: “Gesù disse loro: ‘Andate in tutto il mondo e predicate il vangelo ad ogni creatura...’” (Mc 16, 15). E l’evangelista conclude: “Allora essi partirono e predicarono dappertutto, mentre il Signore operava insieme con loro e confermava la parola con i prodigi che l’accompagnavano” (Mc 16, 20).

Come emerge in tutta chiarezza anche solo da queste due citazioni, la missione della Chiesa, pur nella straordinaria ricchezza e varietà dei suoi contenuti, si compendia tutta nell’annuncio del Vangelo, in un certo senso coincide con l’*evangelizzazione* e si esaurisce in essa. “Evangelizzare – ha scritto Paolo VI nell’esortazione *Evangelii nuntiandi* – è la grazia e la vocazione propria della Chiesa, la sua identità più profonda. Essa esiste per evangelizzare” (n. 14).

Secondo l’esplicito mandato di Gesù, l’*evangelizzazione* della Chiesa si deve rivolgere all’intera umanità, senza escludere nessuno (“Andate in tutto il mondo”), e a ciascuna persona in particolare, nella sua unicità e irripetibilità (“Predicate il vangelo ad ogni

creatura”): universalità e individualità sono così le due dimensioni dell’annuncio del Vangelo. Un’ulteriore e immediata riflessione su queste due dimensioni ci permette facilmente di leggerle non solo in senso quantitativo o numerico, ma anche in senso qualitativo, e dunque in rapporto alla condizione di vita delle persone. In tal senso la Chiesa è chiamata sì ad annunciare il Vangelo a tutti e a ciascuno, ma ad annunciarlo considerando la molteplice e varia condizione di vita degli uomini. Ne segue allora che la Chiesa è chiamata ad evangelizzare *anche le persone anziane*: non solo tutte e ciascuna, ma anche *in quanto persone anziane*, e dunque secondo la loro specifica condizione, con le loro caratteristiche proprie, i loro problemi e le loro attese, le loro difficoltà e le loro possibilità.

Ma che significa, in concreto, che la Chiesa deve evangelizzare le persone anziane? Significa che deve loro annunciare quel Vangelo che fa luce sul volto di Dio ed insieme sul volto dell’uomo. Grazie a questa luce la persona anziana può conoscere se stessa e gli altri secondo quella verità integrale che Dio Creatore e Padre ha impresso nelle fibre più profonde dell’essere umano a fondamento della sua dignità personale. È una verità che presenta aspetti insieme tipicamente religiosi e proprio per questo profondamente umani. Richiamarli, sia pure brevemente, è assolutamente necessario in un contesto sociale e culturale nel quale è minacciato il riconoscimento della verità integrale dell’uomo ed è rifiutato il rispetto della sua dignità personale, soprattutto in riferimento ai più deboli e ai più poveri, tra i quali non poche volte è da annoverarsi la persona anziana. Di qui l’urgenza della *nuova evangelizzazione*, del ritorno al Vangelo per conoscere l’uomo nella sua verità e dignità.

1) Come è noto, il Vangelo ha, anzi tutto, un valore eminentemente teologico, perché ci parla non tanto dell’uomo quanto di Dio: esso è *rivelazione del mistero di Dio*. Dalle parole e dai gesti di Gesù, e più ancora dalla sua stessa persona, ci è dato di conoscere il vero volto di Dio: Dio è amore, il suo è



l'amore del Padre, un amore ricco di misericordia, e dunque un amore che in Cristo accoglie, perdona e dà la vita. Si può dire che ogni pagina evangelica è una luminosa presentazione del volto del Padre. In particolare la parabola lucana del padre e dei due figli è forse il canto più bello e affascinante del mistero di Dio come Padre che ama e perdona. In termini antropologici di grande semplicità e di straordinaria espressività l'evangelista descrive i tratti paterni-materni di Dio nei riguardi del figlio prodigo: "Quando era ancora lontano il padre lo vide e commosso gli corse incontro, gli si gettò al collo e lo baciò... Ma il padre disse ai servi: Presto, portate qui il vestito più bello e rivestitelo, mettetegli l'anello al dito e i calzari ai piedi. Portate il vitello grasso, ammazzatelo, mangiamolo e facciamo festa, perché questo mio figlio era morto ed è tornato in vita, era perduto ed è stato ritrovato" (Lc 15, 20 ss). È questo il vero e unico Dio che Gesù, il Figlio prediletto del Padre, ci ha rivelato e con il quale ogni uomo ha un essenziale e radicale rapporto, rapporto che è costitutivo del suo stesso essere ed esistere. Lo ricordava ai pagani l'apostolo Paolo nel suo discorso all'areòpago di Atene: "In lui infatti viviamo, ci muoviamo ed esistiamo, come anche alcuni dei vostri poeti hanno detto: Poiché di lui stirpe noi siamo" (At 17, 28).

Da costitutivo, e pertanto oggettivo, il rapporto dell'uomo con Dio deve diventare nell'uomo intelligente e libero un rapporto conosciuto e voluto. In particolare, come ogni credente, anche la persona anziana è chiamata a crescere nella conoscenza e nella comunione d'amore e di vita con il Dio vivo e vero, ossia con il Padre che perdona e salva. In tal senso è chiamata all'ascolto orante della Parola di Dio, della Parola fatta carne nel Figlio, un ascolto destinato a generare ed a sviluppare nella persona anziana credente una percezione sempre più viva e penetrante della paternità divina, come uno dei valori più importanti della spiritualità cristiana e come una delle esigenze più significative per le situazioni di fatica, di precarietà, di solitudine, di emarginazione, di sofferenza alle quali molte volte vanno sog-

gette le persone anziane. Così dicendo, non pensiamo certo che la fede e la religione abbiano uno scopo esclusivamente o prevalentemente consolatorio per le persone in difficoltà: il vero senso della fede e della religione sta nella grata e gioiosa glorificazione di Dio e nella piena disponibilità dell'uomo a compiere la volontà del Signore. Ciò non toglie però che la fede e la religione raggiungono, in un modo originale e unico, anche un significato profondamente consolatorio, che sa guarire il cuore e aprirlo alla fiducia e alla speranza, nonostante tutto. Nessuna consolazione più pacificante può esserci di quella che deriva dalla fede nella paternità divina: una paternità che è per tutti, ma in particolare per i "piccoli", ossia per tutti coloro che non possono contare né su di sé né sugli altri, ma soltanto su Dio. È in questo senso che possiamo intendere quel "e ci basta" con cui l'apostolo Filippo conclude l'invocazione rivolta a Gesù: "Signore, mostraci il Padre e ci basta" (Gv 14, 8). Sì, e ci basta! perché che cos'altro l'uomo può attendersi, per una vita pienamente significativa e dunque beatificante, al di là dell'esperienza intima della paternità di Dio?

2) In rapporto alla verità e alla dignità della persona, in particolare della persona anziana, il Vangelo ha una sua originale e affascinante novità: il suo significato è indiscindibilmente teologico e antro-

pologico, perché è proprio nella *rivelazione* del mistero di Dio che avviene quella *dell'uomo* da lui creato e redento. Più precisamente è Gesù Cristo, vero Dio e vero uomo, che dice la verità integrale e la singolare dignità personale dell'uomo, come ci ricorda un celebre testo conciliare: "In realtà solamente nel mistero del Verbo incarnato trova vera luce il mistero dell'uomo. Adamo, infatti, il primo uomo, era figura di quello futuro e cioè di Cristo Signore. Cristo, che è il nuovo Adamo, proprio rivelando il mistero del Padre e del suo amore svela anche pienamente l'uomo all'uomo e gli fa notare la sua altissima vocazione" (*Gaudium et spes*, 22).

La dignità personale propria di ogni uomo dipende dal fatto che è un essere intelligente e libero, un aperto al "tu" e dunque in relazione con gli altri, chiamato alla comunione e al dono di sé a Dio e agli altri. Per questo l'uomo in terra "è la sola creatura che Dio ha voluto per se stessa" e che "non può ritrovarsi pienamente se non attraverso un dono sincero di sé" (*Gaudium et spes*, 24). Questo aspetto umano della persona trova il suo "compimento", totalmente frutto dell'amore gratuito di Dio, nella vocazione soprannaturale, nella vocazione cioè a diventare figlio di Dio in Cristo per opera dello Spirito Santo. È quanto leggiamo nel Prologo dell'evangelista Giovanni. "A quanti l'hanno accolto, ha dato il potere di diventare figlio di Dio: a quelli che credono nel suo nome, i quali non da sangue, né da volere di carne, né da volere di uomo, ma da Dio sono stati generati" (Gv 1, 12-13). Lo stesso evangelista scriverà nella sua Prima Lettera: "Quale grande amore ci ha dato il Padre per essere chiamati figli di Dio, e lo siamo realmente!" (1 Gv 3, 1).

Siamo di fronte ad un dignità personale umana e cristiana che si configura come "ontologica", in quanto si radica nell'essere stesso della persona. Di conseguenza, tale dignità è propria di *ogni fase o periodo dell'esistenza* della persona, dal primo istante sino all'ultimo, dall'istante cioè del concepimento (quando non compaiono ancora le primissime fattezze umane) sino alla fine (quando questa si



consuma in corpi e spiriti che sembrano aver perso anche la più piccola traccia di umanità). Così pure questa stessa dignità personale si ritrova *in ogni condizione di vita* della persona, non solo nel vigore delle forze fisiche, psichiche e spirituali, ma anche nel loro più o meno grave declino. Comprendiamo allora il significativo appello del libro del Siracide: “Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia, non contristarla durante la sua vita. Anche se perdesse il senno, compatiscilo e non disprezzarlo, mentre sei nel pieno vigore” (Sir 3, 12-13).

Già da un punto di vista razionale si deve dire che la dignità personale dell'essere umano, di tutti e di ciascuno, ha la sua radice nell'inesauribile fonte dell'Essere assoluto, ossia di Dio: l'uomo, infatti, è stato creato a immagine e somiglianza di Dio (cfr. Gn 1, 26-27). Per questo l'invulnerabilità dell'essere umano nella sua dignità personale deve dirsi una misteriosa e reale partecipazione all'invulnerabilità stessa di Dio, di cui l'uomo è immagine vivente (cfr. *Donum vitae*, Introduzione, 4). Il riferimento della dignità personale dell'uomo a Dio diventa compiuto nel suo nuovo essere di “figlio di Dio”, cosicché l'invulnerabilità della sua dignità assume dimensioni nuove ed esigenze incommensurabilmente più forti.

Ne deriva che le diverse forme di offesa alla persona, come violazione della sua dignità, si risolvono in un'offesa a Dio, a colui a immagine del quale l'uomo è stato creato e salvato. In questa prospettiva sia il riconoscimento che il disconoscimento dell'invulnerabile dignità personale di ogni essere umano – e nel nostro caso dell'anziano – rivestono un *significato non solo etico ma anche tipicamente religioso*: sono un consenso o un rifiuto di glorificare il Creatore nella sua creatura. Proprio in questo senso sta la definizione dell'uomo data da sant'Ireneo di Lione, con le esigenze morali che vi sono connesse: *Gloria Dei vivens homo*, l'uomo vivente è la gloria di Dio (*Adv. haereses* IV, 20, 7).

3) In questa sede e per l'indole teologico-pastorale delle nostre riflessioni non possiamo entrare nel dettaglio concreto delle numerose

e varie forme di offesa della dignità umana e cristiana della persona anziana. Ci restringiamo a segnalare due sole prospettive: l'una sul contesto sociale e culturale poco e nulla favorevole al riconoscimento della dignità della persona anziana, e l'altra su di una forma estrema di disistima e di rifiuto di tale dignità.

Quanto alla *cultura dominante*, almeno in tanti paesi, basterà la citazione di uno studioso dei problemi della condizione anziana, di cui mette in luce il rischio comune e facile dell'emarginazione: “Il suo *status* (quello della condizione anziana), dopo la parentesi gratificante della *gerontocrazia sociale*, sta ritornando allo stadio delle *popolazioni nomadi* nelle quali l'anziano era lasciato perire ai margini della pista che la tribù stava percorrendo. In quelle epoche, la sua inutilità ai fini della sopravvivenza tribale era così evidente che una bocca in meno da sfamare ed un ritardo di tempo in meno erano considerati più funzionali e più positivi ai fini della vita di gruppo. Il suo ‘difetto’ in quanto persona di età avanzata si ripercuote, oggi, nel suo difetto in quanto ‘condizione’, perché i modelli culturali correnti debbono giustificare le decisioni sociali, che costringono l'anziano ad eclissarsi, a nascondersi nella sua privatezza, a non costituire problema per gli altri. Qui troviamo la spiegazione esauriente della ‘congiura del silenzio’ che grava sugli anziani e sui loro problemi, e

la sconcertante superficialità con cui vengono periodicamente pubblicizzati ‘presunti’ rimedi atti – si dice – ad eliminare la loro estraneità ed emarginazione” (S. Burgalassi, *La condizione anziana: un approccio globale a livello antropologico e sociologico*, in “Medicina e Morale”, 1977, pp. 263-264). In realtà, se la nostra società e cultura pongono a fondamento dell'esistere e quindi del senso del vivere *l'avere, il potere e il piacere*, o in altri termini il trionfo *produzione-consumo-profitto*, sono inevitabilmente condotte a valutare le persone non più per quello che *sono* ma per quello che *hanno* e che *fanno o producono*: in una simile società e cultura la condizione anziana non può configurarsi se non come *condizione emarginata*.

In un simile contesto si fa più comunemente e facilmente strada la tentazione dell'*eutanasia*. In tal modo l'emarginazione della persona umana conosce drammaticamente la sua forma estrema. Al riguardo, proprio sotto il profilo socio-culturale, possiamo riascoltare almeno in parte l'analisi che ci viene offerta dall'enciclica *Evangelium vitae*: “Oggi, in seguito ai progressi della medicina e in un contesto culturale spesso chiuso alla trascendenza, l'esperienza del morire si presenta con alcune caratteristiche nuove. Infatti, quando prevale la tendenza ad apprezzare la vita solo nella misura in cui porta piacere e benessere, la sofferenza appare come uno scacco insopportabile, di cui occorre liberarsi ad ogni costo. La morte, considerata ‘assurda’ se interrompe improvvisamente una vita ancora aperta a un futuro ricco di possibili esperienze interessanti, diventa invece una ‘liberazione rivendicata’ quando l'esistenza è ritenuta ormai priva di senso perché immersa nel dolore e inesorabilmente votata ad un'ulteriore più acuta sofferenza. Inoltre, rifiutando o dimenticando il suo fondamentale rapporto con Dio, l'uomo pensa di essere criterio e norma a se stesso e ritiene di avere il diritto di chiedere anche alla società di garantirgli possibilità e modi di decidere della propria vita in piena e totale autonomia. È, in particolare, l'uomo che vive nei Paesi sviluppati a



comportarsi così... In un tale contesto si fa sempre più forte la tentazione dell'*eutanasia*, cioè di *impadronirsi della morte, procurandola in anticipo* e ponendo così fine ‘dolcemente’ alla vita propria o altrui. In realtà, ciò che potrebbe sembrare logico e umano, visto in profondità si presenta *assurdo e disumano*. Siamo qui di fronte a uno dei sintomi più allarmanti della ‘cultura di morte’, che avanza soprattutto nelle società del benessere, caratterizzate da una mentalità efficientistica che fa apparire troppo numeroso e insopportabile il numero crescente delle persone anziane e debilitate. Esse vengono molto spesso isolate dalla famiglia e dalla società, organizzate quasi esclusivamente sulla base di criteri di efficienza produttiva, secondo i quali una vita irrimediabilmente inabile non ha più alcun valore” (n. 64).

I rilievi fatti sono più che sufficienti per mostrare l’urgenza di ritrovare, alla luce della ragione e della fede, la verità integrale dell’uomo e quindi di rispettare assolutamente l’inviolelabilità dignità di ogni persona, senza alcuna discriminazione. Ciò è possibile solo se l’uomo obbedisce con umile sapienza alla verità e sceglie con libertà coraggiosa l’amore, la stima, la venerazione e il servizio verso le persone più deboli e bisognose. Ancora una volta il Vangelo che rivela il mistero di Dio e dell’uomo, che annuncia l’infinita tenerezza del Padre e la meravigliosa dignità dell’uomo secondo il disegno di Dio, sprigiona luce e forza per la difesa e la promozione dei diritti sacrosanti di ogni essere umano. Il riferimento a Dio, che il Vangelo propone, è il fondamento incrollabile e la garanzia più forte del rispetto della dignità della persona. È nell’amore alla vita umana, specie se debole e sofferente, che si svela nel modo più luminoso e convivente come “al centro di ogni cultura sta l’atteggiamento che l’uomo assume davanti al mistero più grande: il mistero di Dio” (*Centesimus annus*, 24). Al contrario, “quando si nega Dio e si vive come se Egli non esistesse, o comunque non si tiene conto dei suoi comandamenti, si finisce facilmente per negare o compromettere anche la dignità della persona

umana e l’inviolelabilità della sua vita” (*Evangelium vitae*, 96).

2. Il Vangelo deve farsi vita, cultura e storia

Sinora abbiamo considerato il rapporto tra la Chiesa e la persona anziana nella prospettiva della missione della Chiesa stessa, ossia dell’evangelizzazione. In questo senso da quanto precede possiamo concludere affermando che anche nella difesa e nella promozione della verità integrale e della dignità personale dell’anziano passa, in un certo senso oggi ed in particolare, la sfida dell’evangelizzazione.

È necessario ora cogliere le esigenze storiche concrete dell’evangelizzazione della persona anziana, così da giungere a definire *alcune linee di azione pastorale*. Ci restringiamo a rapidi accenni, quasi un elenco di capitoli secondo cui articolare un *liber pastoralis* della condizione anziana.

1) *Perché è necessaria la pastorale della condizione anziana?* Rispondiamo: non solo, né primariamente, per i problemi che nelle attuali situazioni sociali e culturali la persona anziana pone alla Chiesa, anche se tali situazioni chiedono di diventare oggetto di accurato discernimento evangelico per scoprirvi i segni del disegno di Dio e le urgenze che esso rivolge alla Chiesa e al credente (cfr. *Gaudium et spes*, 11 e 44). Ma in termini ori-

ginali e nuovi per la fedeltà che la Chiesa deve al suo Signore nel vivere la missione ricevuta di evangelizzare e di donare la vita nuova dello Spirito a tutti gli uomini e a ciascuno, senza alcuna discriminazione od esclusione.

È l’obbedienza amorosa a Cristo la ragione e, nello stesso tempo, la forza che pongono la Chiesa al servizio della persona anziana. Nulla c’è per la Chiesa di più obbligate e di più affascinante di questo rivivere oggi la stessa missione di Gesù redentore dell’uomo e “medico della carne e dello spirito” (Sant’Ignazio di Antiochia, *Ad Ephesios* 7, 2).

2) La Chiesa che si pone al servizio della persona anziana è la Chiesa *nella unità e nella varietà dei suoi membri*. Soggetto pastorale è sempre tutta la comunità cristiana, la quale interviene usufruendo dei diversi doni e carismi, compiti e servizi, risorse e responsabilità di cui lo Spirito Santo continuamente l’arricchisce.

È in questo contesto che dev’essere chiaramente promossa la parte attiva e responsabile della stessa persona anziana, che non è solo termine o destinataria, ma anche principio o soggetto dell’azione pastorale. La persona anziana riceve dalla Chiesa, ma *riceve per dare*. Di qui la duplice esigenza: da un lato sensibilizzare l’intera comunità ecclesiale ai problemi e alle risorse delle persone anziane, e dall’altro lato stimolare il più possibile la partecipazione attiva e responsabile delle stesse persone anziane nel servizio pastorale della Chiesa, sia in genere sia nell’ambito specifico della condizione anziana.

3) Il servizio pastorale della Chiesa consiste, come abbiamo già detto, nell’*annuncio del Vangelo di Gesù*, dunque nella rivelazione del vero volto di Dio e della autentica dignità dell’uomo. Una simile rivelazione non può non avere un’implicazione anche per la persona anziana.

Questa, come ogni altra persona, ha bisogno di Dio, ha bisogno di conoscerlo, di amarlo, di servirlo. La pastorale della condizione anziana deve pertanto coltivare come prioritario l’obiettivo religioso, l’obiettivo cioè di aiutare e di inco-



raggiare l'anziano nella sua vita di fede, dunque nel suo rapporto con Dio. È questo un rilievo essenziale di fronte ad una pastorale che, non poche volte almeno, si configura di stampo illuministico e che si preoccupa prevalentemente se non esclusivamente degli aspetti umani: come se le esigenze e le richieste delle persone anziane riguardassero soltanto la loro salute, il loro benessere materiale, il loro inserimento nella vita sociale, ecc. Ci sono anche le istanze affettive, morali e spirituali. Ci sono anche le istanze propriamente religiose. Come l'esperienza insegna, i trascorsi della vita e le situazioni proprie della terza età e della longevità possono costituire delle difficoltà alla fede, soprattutto per quanto riguarda l'amore paterno di Dio, non poco sfidato dalle molteplici prove e sofferenze della vita; così come possono favorire una purificazione e una intensificazione della vita di fede: tutto questo esige una pastorale impegnata a coltivare una vera e propria "spiritualità" della condizione anziana. È una spiritualità che discende da un'evangelizzazione che rivela e dona la vita nuova secondo lo Spirito e che ne alimenta il dinamismo verso la santità o perfezione dell'amore. Se universale è la vocazione cristiana alla santità, anche la pastorale della condizione anziana trova qui un suo capitolo fondamentale e irrinunciabile (Sia permesso rimandare ad un mio specifico libro al riguardo: *Nella vecchiaia daranno ancora frutti. Per una spiritualità dell'anziano*. Milano, Ed. Ancora, 1988).

D'altra parte evangelizzazione significa anche rivelazione della verità integrale e della dignità personale di ogni uomo. Di qui la necessità che il servizio pastorale della persona anziana si impegni a favorire e a sostenere il rispetto, la venerazione e l'amore per l'anziano, nella convinzione che in lui brilla sempre, anche nelle condizioni di più pesante debolezza e precarietà, lo splendore del volto di Dio, a immagine del quale è stato creato e redento. In tal senso un altro obiettivo necessario e importante della pastorale è tenere desta in tutti, anche nella stessa persona anziana, la coscienza della dignità personale di ogni uomo: si tratta di

costruire con coraggio convinto e indomabile la civiltà della verità, in particolare della verità dell'uomo, di ogni uomo.

4) Riprendiamo ora il rilievo sopra fatto di una pastorale che deve vedere coinvolta attivamente la stessa persona anziana e con *caratteristiche proprie* e appliciamolo all'evangelizzazione. Riascoltiamo al riguardo quanto ha scritto il Santo Padre nell'esortazione *Christifideles laici*: "Alle persone anziane, spesso ingiustamente ritenute inutili se non addirittura d'insopportabile peso, ricordo che la Chiesa chiede e attende che esse abbiano a continuare la loro missione apostolica e missionaria, non solo possibile e doverosa anche a quest'età, ma da questa stessa età resa in qualche modo specifica e originale. La Bibbia ama presentare l'anziano come il simbolo della persona ricca di sapienza e di timore di Dio (cfr. *Sir* 25, 4-6). In questo senso il 'dono' dell'anziano potrebbe qualificarsi come quello di essere, nella Chiesa e nella società, il testimone della tradizione di fede (cfr. *Sal* 44, 2; *Es* 12, 26-27), il maestro di vita (cfr. *Sir* 6, 34; 8, 11-12), l'operatore di carità". In riferimento poi alla situazione attuale, il Papa così prosegue: "Ora l'aumentato numero di persone anziane in diversi paesi del mondo e la cessazione anticipata dell'attività professionale e lavorativa aprono uno spazio nuovo al compito apostolico degli an-

ziani: è un compito da assumersi superando con decisione la tentazione di rifugiarsi nostalgicamente in un passato che non ritorna più o di rifuggire in un mondo dalle continue novità; e prendendo sempre più chiara coscienza che il proprio ruolo nella Chiesa e nella società non conosce affatto soste dovute all'età, bensì conosce solo modi nuovi. Come dice il salmista: 'Nella vecchiaia daranno ancora frutti, saranno vegeti e rigogliosi, per annunciare quanto è retto il Signore' (*Sal* 92, 15-16)" (n. 48). Lo stesso Papa, in occasione del Giubileo degli Anziani nel 1984, diceva significativamente: "Secondo il progetto divino ogni singolo essere umano è una vita in crescita, dalla prima scintilla dell'esistenza fino all'ultimo respiro. Il programma dello sviluppo continuo si proietta in alto fino all'imitazione esaltante della perfezione stessa di Dio".

5) Il servizio pastorale all'anziano e con l'anziano, proprio perché incentrato sull'evangelizzazione, deve tendere a creare una nuova cultura, una visione cioè della vita della persona anziana secondo i criteri che vengono non dal "mondo" ma dal Vangelo. I cristiani, infatti, quali figli della luce e del giorno sono chiamati a valutare la longevità secondo la fede: di qui, proprio per comportarsi da figli della luce (cfr. *Ef* 5, 8), l'accoglienza della verità integrale e il rispetto assoluto della dignità personale dell'anziano, come abbiamo precedentemente detto.

Il Vangelo e la fede sprigionano una forza originale capace di generare e di alimentare la "cultura della verità" e quindi la "cultura della vita": è una cultura che, da un lato, denuncia e smaschera tutte le falsificazioni e le interpretazioni unilaterali e riduttive della verità e dignità della persona anziana; e che, dall'altro lato, spalanca nuovi orizzonti per la comprensione di questa verità e per la promozione di questa dignità.

La trasmissione di una simile cultura passa attraverso le diverse forme della parola e della testimonianza di vita: l'annuncio del Vangelo, la catechesi, l'insegnamento della Chiesa, l'educazione della coscienza morale, la comunicazione sociale, gli innumerevoli gesti



di rispetto, di amore e di aiuto per le persone anziane.

Anche per il “pianeta anziani” si possono applicare le forti e stimolanti parole dell’enciclica *Evangelium vitae*: “Nell’odierno contesto sociale, segnato da una drammatica lotta tra la ‘cultura della vita’ e la ‘cultura della morte’, occorre *far maturare un forte senso critico*, capace di discernere i veri valori e le autentiche esigenze... Tutti insieme dobbiamo costruire *una nuova cultura della vita*: nuova, perché in grado di affrontare e risolvere gli inediti problemi di oggi circa la vita dell’uomo; nuova, perché fatta propria con più salda e operosa convinzione da parte di tutti i cristiani; nuova, perché capace di suscitare un serio e coraggioso confronto culturale con tutti. L’urgenza di questa svolta culturale è legata alla situazione storica che stiamo attraversando, ma si radica nella stessa missione evangelizzatrice, propria della Chiesa. Il Vangelo, infatti, mira a ‘trasformare dal di dentro, rendere nuova l’umanità’ (*Evangelii nuntiandi*, 18); è come il lievito che fermenta tutta la pasta (cfr. Mt 13, 33) e, come tale, è destinato a permeare tutte le culture e ad animarle dall’interno, perché esprimano l’intera verità sull’uomo e sulla sua vita” (95).

6) Quanto siamo venuti dicendo sulla cultura della verità e della vita in rapporto alla persona anziana ci apre ad un altro aspetto della pastorale della Chiesa: questa, mentre si sviluppa all’interno e a favore delle comunità ecclesiali e dei suoi membri, *si rivolge anche alla stessa società umana e civile*. La fede cristiana, infatti, come non mortifica ma esalta l’uomo come tale, così spalanca prospettive nuove di valutazione della persona anziana che ne fanno cogliere l’intera verità e l’autentica dignità. In tal modo l’evangelizzazione assicura il massimo di umanizzazione possibile all’uomo, secondo un’analoga parola del Concilio Vaticano II: “Chiunque segue Cristo, l’uomo perfetto, si fa lui pure più uomo” (*Gaudium et spes*, 41).

In questa prospettiva possiamo di nuovo applicare alla problematica degli anziani, considerati nella loro verità e trattati secondo la loro dignità, quanto scrive il Papa

nell’enciclica *Evangelium vitae*: “Il Vangelo della vita non è esclusivamente per i credenti: *è per tutti*. La questione della vita e della sua difesa e promozione non è prerogativa dei soli cristiani. Anche se dalla fede riceve luce e forza straordinarie, essa appartiene ad ogni coscienza umana che aspira alla verità ed è attenta e pensosa per le sorti dell’umanità. Nella vita c’è sicuramente un valore sacro e religioso, ma in nessun modo esso interpella solo i credenti: si tratta, infatti, di un valore che ogni essere umano può cogliere anche alla luce della ragione e che perciò riguarda necessariamente tutti” (n. 101).

Ciò significa che i cristiani impegnati nella pastorale dell’anziano e con l’anziano non possono dimenticarsi né di essere uomini né di essere attenti a tutti gli aspetti umani di tale pastorale. Significa, inoltre, che la comunità ecclesiale è chiamata ad impegnarsi per cercare e aumentare le occasioni di incontro, di dialogo e di collaborazione con quanti, anche non credenti, si impegnano a favore della vita e della dignità di ogni persona umana, e pertanto lavorano alla costruzione di una società veramente e pienamente umana. Di nuovo una citazione dell’enciclica *Evangelium vitae*: “Il ‘popolo della vita’ gioisce di poter condividere con tanti altri il suo impegno, così che sempre più numeroso sia il ‘popolo per la vita’ e la nuova cultura dell’amore e della solidarietà possa

crescere per il vero bene della città degli uomini” (n. 101).

7) Ed ora, ben consapevoli di essere stati incompleti, concludiamo l’elenco dei capitoli di quello che ho chiamato il *liber pastoralis* della condizione umana, con un accenno all’*importanza attuale e futura della missione pastorale della Chiesa per e con gli anziani*.

È un’importanza che deriva sia dall’elevato numero delle persone anziane nella Chiesa e nella società, sia dall’entità delle difficoltà ed insieme delle risorse che tali persone pongono per l’intera comunità. In una simile prospettiva storica non manca chi ritiene che proprio la fine di questo secolo sia caratterizzata dalla pastorale della condizione anziana: “È già stato osservato – scriveva il Cardinale Giovanni Colombo, Arcivescovo di Milano nel 1973 – che il nostro secolo presenta particolari caratteristiche. Al suo inizio, con il decreto di Pio X sulla Comunione ai fanciulli, vide fiorire la pastorale per l’infanzia; nel suo mezzo, per l’impulso dato da Pio XI e Pio XII all’Azione Cattolica, fu contrassegnato da una vasta e animosa pastorale rivolta ai giovani e agli adulti. È un’illusione prevedere che alla sua fine sarà distinto da un’intensa e ben coordinata azione pastorale per la terza età? Io penso che non sarà un sogno” (*La pastorale della terza età*, Milano, 1973, p. 43).

Mi pare più interessante e suggestiva un’altra prospettiva, che si collega con l’unità e con la varietà complementare di cui è segnata la Chiesa nel suo essere ed agire. Proprio perché la Chiesa sia pienamente se stessa, e dunque in perfetta armonia con la vocazione che riceve da Gesù Cristo, essa è mandata a tutti ed è impegnata per la salvezza di tutti. Di qui l’assoluta necessità di sviluppare le diverse forme di pastorale, valorizzandole nella loro specificità e coordinandole nell’unica e unificante missione di salvezza affidata alla Chiesa. L’esortazione *Christifideles laici* ci aiuta in questa prospettiva con l’icona evangelica del “padrone di casa” che chiama gli operai alla sua vigna nelle *diverse ore della giornata*: alcuni all’alba, altri verso le nove del mattino, altri ancora verso mezzogiorno e le



tre, gli ultimi verso le cinque (cfr. Mt 20, 1 ss.). L'esortazione riprende e ripropone il commento che di questa pagina di Vangelo ha fatto San Gregorio Magno interpretando le ore diverse della Chiamata rapportandole alle *età della vita*: "È possibile applicare la diversità delle ore – egli scrive – alle diverse età dell'uomo. Il mattino può certo rappresentare, in questa nostra interpretazione, la fanciullezza. L'ora terza, poi, si può intendere come l'adolescenza: il sole si muove verso l'alto del cielo, cioè cresce l'ardore dell'età. La sesta ora è la giovinezza: il sole sta come nel mezzo del cielo, ossia in

questa età si rafforza la pienezza del vigore. L'anzianità rappresenta l'ora nona, perché come il sole declina dal suo alto asse così questa età comincia a perdere l'ardore della giovinezza. L'undicesima ora è l'età di quelli molto avanzati negli anni (...).

Gli operai sono, dunque, chiamati alla vigna in diverse ore, come per dire che alla vita santa uno è condotto durante la fanciullezza, un altro nella giovinezza, un altro nell'anzianità e un altro nell'età più avanzata" (*Hom. in Evang. I, XIX, 2*).

L'augurio è che, nell'imminenza del Giubileo e alle soglie del terzo

millennio cristiano, tutti i credenti, dai piccoli agli anziani, sappiano accogliere con piena disponibilità e vivere con intensa generosità l'appello del Signore Gesù che risuona sempre nella sua Chiesa: "Andate anche voi nella mia vigna" (Mt 20, 47). Di nuovo San Gregorio Magno ci sprona con queste parole: "Guardate al vostro modo di vivere, fratelli carissimi, e verificate se siete già operai del Signore. Ciascuno valuti quello che fa e consideri se lavora nella vigna del Signore" (*ibid.*).

S.Em. Card. DIONIGI TETTAMANZI
Arcivescovo di Genova



Tavola Rotonda



***L'Anziano nella
Comunità Ecclesiale***

FRANCISCO ALVAREZ

L'anziano nella Chiesa locale

In Thailandia esiste il seguente detto popolare: "I templi sono per gli anziani". Che l'età avanzata costituisca, di per sé, un motivo per intensificare o recuperare le pratiche religiose, non sembra molto evidente¹. Tuttavia, almeno in Occidente, salta all'occhio che gli anziani sono coloro che frequentano con maggiore assiduità le nostre chiese spesso semivuote.

È ugualmente certo che la comunità cristiana realizza un ingente lavoro assistenziale a favore della cosiddetta "terza età". Residenze geriatriche create soprattutto da congregazioni religiose o sorte nell'ambito della parrocchia, clubs per anziani, movimenti nati in seno alla chiesa (come "Vita Ascendente"), gruppi di volontariato, gruppi di pastorale sanitaria nelle parrocchie, ne sono sicuramente l'espressione più rilevante.

Questi due fenomeni contengono certamente alcuni interrogativi o, per lo meno, non sono esenti da una certa ambiguità.

Così la presenza dell'anziano nella chiesa non è sempre favorita o desiderata. Le parrocchie "non si rallegrano proprio del gran numero di anziani presenti, ma lo vivono soprattutto come un peso"². Al di là di questa constatazione esistono alcuni motivi di fondo. La comunità cristiana non è interamente immune dalla gerontofobia che caratterizza la società occidentale e che si traduce in pregiudizi, stereotipi e discriminazioni. Si tende a qualificare la vecchiaia come la stagione patologica della vita, come il tempo superfluo, inutile ed improduttivo dell'esistenza; si allontana l'anziano dalla sfera della coscienza

in quanto, si voglia o no, egli ricorda in modo permanente l'ultimo limite e l'insieme di decadenze che lo precedono.

In questo senso, l'anziano viene visto in buona misura come un consumatore passivo di atti di culto, che fa uso della religione come di una forma di socializzazione (anche di distrazione?), o che vi si rifugia come fosse l'ultima tavola di salvezza. Sono "clienti" sicuri che occupano un posto secondario nell'azione pastorale della comunità. Inoltre, spesso non esiste una vera pastorale degli anziani e per gli anziani, né vengono debitamente sfruttate le loro risorse umane e spirituali.

D'altro lato, il lavoro assistenziale nasconde, con una certa frequenza, una sorta d'istinto di istituzionalizzazione (allontanamento, segregazione) dei "diversi" e non fa sufficiente riferimento all'educazione della famiglia, prima responsabile dell'integrazione dell'anziano nella società; sopporta espressioni manifeste di paternalismo e non è attento alla necessaria trasformazione della cultura, condizione indispensabile per il recupero del posto assiologico e culturale dell'anziano nella società.

Il mio intervento, quindi, comincia dall'affermazione del *valore della vecchiaia*, come tempo e cammino di pienezza e non solo di declino e di decrescita, all'interno di una visione globale e unitaria dell'esistenza³. Di qui è possibile impostare l'azione dell'anziano nella chiesa locale e, in un secondo momento, la missione della Chiesa in rapporto all'anziano.

1. "Avete una missione da compiere" (CL 48)

È ben noto l'interesse di Giovanni Paolo II nel restituire all'anziano la sua condizione di soggetto attivo. Lo ho espresso chiaramente in documenti quali *Evangelium Vitae* e *Christifideles Laici*, e in numerosi interventi. Rivolgendosi a loro dice: "*Voi non siete né dovete sentirvi ai margini della vita della chiesa, elementi passivi di un mondo in eccesso di movimento, ma soggetti attivi di un periodo umanamente e spiritualmente fecondo dell'esistenza umana. Avete ancora una missione da compiere, un contributo da dare*"⁴.

Queste affermazioni collocano la vecchiaia su una lunghezza d'onda che va ben oltre i dati della sociologia della vecchiaia e della geriatria. È evidente che il processo di invecchiamento e la stessa vecchiaia hanno un supporto biologico e avvengono in un contesto socio-culturale; è chiaro che esiste una programmazione genetica che conduce al deterioramento fisico e ad altre decadenze, e che la nostra vita si svolge in uno spazio limitato di tempo. Tuttavia, questa tappa della vita è soprattutto un'*esperienza biografica*, nel progetto sempre incompiuto della propria esistenza. Un'attenzione eccessiva o unilaterale a ciò che succede nel corpo può portarci a dimenticare la vera indole della vecchiaia. Di fatto "non bisogna sorprendersi che 'l'invecchiamento' non si sia trasformato in mero oggetto di assistenza, bensì in oggetto di studio di numerose scienze e discipline"⁵.

Come in tutti gli avvenimenti biografici, è necessario reclamare la primazia dell'essere sull'avere,

del biografico sul biologico, della libertà sull'istinto. È questo ciò che conferisce ad ogni persona anziana il proprio carattere originale, unico ed irripetibile. La vecchiaia non è una condanna, con spazi brevi di libertà, limitata da un passato irripetibile e da un futuro temibile. Come testimonia l'esperienza, la vecchiaia non è necessariamente sinonimo di malattia, né di deterioramento e di declino integrali. Come qualunque altra tappa della vita, "ha un volto, un'atmosfera e una temperatura propri, le sue allegrie e le sue pene"⁶. È possibile crescere nel decrescere, sperimentare guadagni oltre alle perdite, coronare pienamente la propria esistenza senza nascondere l'inesorabile finitudine.

In una concezione unitaria dell'esistenza, l'imbrunire della vita è molto più di un tramonto rassegnato. Salvo impedimenti di tipo patogeno, mentre la condizione fisica cala, possono maturare e dare frutto i valori dello spirito⁷. Di fatto, "costa meno fare un corpo che costruire una persona; necessitano più anni per essere libero che per rinnovare le proprie cellule; è più laborioso crescere interiormente che alimentare il corpo, coltivare lo spirito che acquisire notizie, apprendere a vivere che a morire. Il compito, quindi, di essere persona e di esserlo pienamente non termina alla morte. C'è in più un tempo propizio per il coronamento di questo compito: la vecchiaia"⁸.

Ci sono solo due atteggiamenti fondamentali: l'accettazione o il rifiuto-negazione. In entrambi i casi ciò che è in gioco non è unicamente il passato (assunto, integrato o lamentato e negato) bensì anche il presente, con i suoi limiti e possibilità, con i suoi orizzonti aperti o la sua frontiera invalicabile. Più in là dei ruoli, del lavoro e del senso stesso dell'utilità, invecchiare è anzi tutto un *compito interiore*. La prima missione dell'anziano è l'anziano stesso.

La prima cosa che gli si impone è la necessità dell'*integrazione*, cioè risolvere il conflitto tra l'inevitabile deterioramento e l'aspirazione a crescere⁹. L'esito dipenderà in buona misura dalle esperienze che ne hanno contrassegnato la storia, poiché la speranza del futuro si alimenta anche delle "ra-

gioni" del passato. Di qui l'importanza di imparare ad invecchiare, di mantenere la propria identità nel corso degli anni, di arrivare alla vecchiaia con la convinzione di aver vissuto, di aver amato e di aver deciso; in definitiva, di aver mantenuto *intatto* (integro) il proprio io nonostante le innumerevoli vicissitudini della vita¹⁰.

Nell'esercizio dell'integrazione gioca un ruolo importante il compito di *ricordare*: una facoltà spesso poco valorizzata e perfino penalizzata da giovani e adulti. L'anziano ha bisogno di ricordare per reinterpretare la propria storia di fronte alle nuove esperienze del suo momento, per sanare ferite, per vedere in chiave positiva ciò che in un altro momento è stato vissuto come negativo, per affidare il suo passato (se è credente) alla misericordia di Dio, per ringraziare e, come direbbe Ortega y Gasset, per affannarsi verso il futuro.

Nel ricordo sanato e nell'aspettativa del futuro, matura anche la riscoperta del valore persuasivo dell'*essenziale*. L'anziano ha in questa fase della vita la grande opportunità di ridimensionare le proprie ambizioni e di assaporare il valore dell'apparentemente inutile, come la donazione del tempo, la relazione riposata, nuove amicizie, il coltivare l'intimità. Allo stesso tempo la sua mente e il suo cuore possono volgersi verso le verità fondamentali della vita, quelle che meglio sostentano la propria identità e preparano all'accettazione della morte: l'ultimo grande obiettivo.

In questi compiti si offre all'anziano anche la possibilità di esercitare una nuova *sovranità sul tempo*. Egli può sfruttare il tempo che prima gli è stato negato e scoprire nuove opportunità che a volte gli sono state rubate o da lui stesso soffocate. È il tempo della solitudine cercata (e perfino imposta), della calma e della tranquillità, della ricerca di nuove esperienze, della dedizione generosa di ore e capacità a favore degli altri; tempo per il divertimento e per il rapporto con Dio, o forse per il ritorno all'esperienza di fede caduta in letargo. Spinto dalla fretta della libertà di fronte alle verità ultime, l'anziano necessita

di tempo per fare l'ultima ricapitolazione della vita e per imparare a lasciare questo mondo riconciliato e con amore.

Malgrado tutte le limitazioni, che la scienza medica in alcuni casi attenua o supera, ma anche prolunga, la vecchiaia "può essere una fase fruttuosa della vita, e l'anziano un membro utile e valido della comunità"¹¹. In questo senso mi piace contemplarla come una sorta di *parabola del regno*, aperta alla lettura appassionata della comunità cristiana. Gli anziani, per il fatto di essere anziani e per la cultura attuale, per tanti aspetti ostile nei loro confronti, rappresentano una vera sfida per la Chiesa. Nella misura in cui questa sfida verrà accettata, vi si favorirà anche la loro partecipazione attiva.

Gli anziani sono parabola del Regno in quanto *simboli della condizione umana*, della sua indigenza radicale e della sua vocazione di pienezza; sociologicamente, in molti casi, memoria viva di coloro con cui lo stesso Cristo si identificò particolarmente: oggi la vecchiaia costituisce, insieme alla gioventù, l'*età più vulnerabile*. Per questo essa è per la famiglia, la società e la comunità cristiana, fonte di nuove esigenze morali¹². Inoltre, la comunità cristiana deve vedere nell'anziano e attraverso di lui una rivelazione attualizzata del disegno salvifico di Dio. L'offerta della salvezza continua ad avere nei poveri (e nei nuovi poveri) una specie di luogo teologico per la trasmissione della Buona Novella e per l'approfondimento dell'identità della comunità trasmettitrice.

Gli anziani *interpellano* la Chiesa locale e rappresentano per essa una ricchezza affatto disdegnabile. Essi sono anzitutto *memoria vivente* di verità salvifiche fondamentali, che la comunità cristiana, a cavallo della cultura attuale, corre il pericolo di dimenticare. Ad esempio il *valore della vita*. L'anziano, soprattutto quando sperimenta gravi deterioramenti, si rimette a Colui "in cui viviamo, ci muoviamo ed esistiamo" (At 17, 28) e del cui respiro vive (Sal 103, 29) e, allo stesso tempo, ci ricorda la fragilità della vita, sempre preziosa e insicura, irrimediabilmente prossima alla

morte¹³. D'altro lato, la sua presenza nella comunità è fonte e motivo di *umanizzazione*. Una Chiesa esperta in umanità deve guardare agli anziani come "maestri di vita" che mostrano, anche senza pretenderlo, il volto nascosto della verità, le verità più profonde della condizione umana. Essi, insieme agli ammalati, ai poveri e ai bambini, sono le migliori opportunità perché la comunità cristiana tiri fuori il meglio di se stessa, come comunità umana: la sua solidarietà, la sua sensibilità verso il debole, la sua capacità di comprensione e il suo realismo.

Questa prospettiva umanizzatrice è logicamente arricchita dalla comprensione della *missione* affidata da Cristo alla comunità. Si voglia o no, gli anziani che frequentano le nostre chiese, che chiedono servizi e, soprattutto, attenzione e ascolto, sono un *memento* permanente della vera natura della missione della Chiesa locale. Coloro che hanno cessato le loro attività e sono considerati "individui senza ruolo", sono, per la loro stessa via, nel cuore della missione e vi partecipano benché non sia riconosciuto.

In altri termini, essi ci ricordano che la missione non è solo nel *fare* ma anche nel "*lasciar fare*"; è nel silenzio e nella parola, nella solitudine e nella comunione, nella dedizione a Dio e nel servizio al prossimo, nella rinuncia e nell'adesione, nella croce e nel Tabor, nella testimonianza della propria vita e nei programmi ben pensati¹⁴. Essi ricordano, quindi, alla comunità cristiana, spesso tanto impegnata in altre attività e in altri destinatari maggiormente "gratificanti", che il meglio della missione è sempre alla fine; cioè quando scopriamo che nella nostra vita i venti sono importanti tanto quanto i remi, quando smettiamo di avere eccessiva fiducia nelle nostre macchine e nei nostri cavalli e ci apriamo, come umili strumenti, all'azione gratuita di Dio. Ciò non è possibile senza la croce o i suoi simboli.

Gli anziani non sono solo parabola che ricorda, rimette ed insegna. Essi agiscono anche. In questo senso valgano da esempio tre contributi molto concreti.

* *Edificazione della Chiesa co-*

*me comunione*¹⁵. In quelle comunità in cui partecipa attivamente, l'anziano esercita un ruolo simbolico di coesione, confronto e comunione intergenerazionale; apporta la saggezza accumulata lungo gli anni¹⁶, senso di fedeltà perseverante, una maggiore disponibilità per la donazione del proprio tempo, capacità di pazienza e sopportazione, tolleranza e comprensione. La Chiesa locale non può né deve in questo senso plagiare gli atteggiamenti di molte famiglie. Il mettere da parte e segregare gli anziani, oltre ad impoverirci, tende a costruire comunità artificiali e, ciò che è peggio, sempre meno umane e umanizzate. La comunità cristiana, in cambio, è, grazie soprattutto agli anziani, ai poveri e agli ammalati, un ambito di grazia e di salute, spazio dove accogliere il dono della comunione, probabilmente l'unico dove si può rompere la frammentazione a cui l'anziano è sottoposto nella società. Questa, di fatto, lo tratta ora come votante appetibile, ora come consumatore di beni, ora come ammalato o utente dei servizi sanitari, ora come un peso sociale e familiare.

* *Trasmittitori della fede*. La società attuale ha una visione eccessivamente digitale e puntale della storia. Si sgretolano i sistemi, tutto diventa frammentario, relativo e provvisorio, si valorizzano le esperienze e le sensazioni a detrimento dell'esperienza. Per contrasto, questa è una buona opportunità per recuperare la trasmissione della fede come *racconto di una storia di salvezza*, narrata da testimoni credibili, che hanno mantenuto la fede e la fedeltà nonostante le crisi provocate dall'ininterrotta successione di cambiamenti e che, soprattutto, al tramonto della vita, accreditano il valore appagante della loro esperienza cristiana. Come in altre esperienze fondamentali della vita (ad esempio l'amore coniugale), anche la comunicazione della fede avviene più per "contagio", cioè per il potere persuasivo della vita, che per motivi di dottrina. Gli anziani non devono essere catechisti; tuttavia risulta strana una Chiesa locale in cui, per principio, non si raccolgano le testimonianze degli anziani né le si usino come mezzi d'evangelizzazione delle altre generazioni.

* *Servitori della comunità*. "La pastorale degli anziani sembra spesso contrassegnata da una certa cautela. Si è titubanti nel chiedere, non si vuole forzare, non si ha l'ardire di proporre. Sembra effettivamente che, con il passare degli anni, le forze declinino e che sia giusto lasciare che ognuno faccia o creda ciò che facilmente può"¹⁷. Salvo casi giustificati, questo atteggiamento risponde a una visione distorta della vecchiaia e, certamente, ad una concezione poco plausibile della missione dei cristiani.

Tanto la gerontologia quanto le scienze del comportamento relative alla vecchiaia, sottolineano la necessità che gli anziani trovino *nuovi* obiettivi, che li mantengano vivi, che ne alimentino la tensione, e gli impediscano di entrare nel circolo chiuso del ripiego, della solitudine e dell'indurimento. "Affinché la vecchiaia non diventi una risibile parodia della nostra esistenza interiore, non c'è che una soluzione: continuare a perseguire fini che diano un senso alla nostra vita: dedizione agli altri, a collettivi e a cause, lavoro sociale o politico, intellettuale, creativo"¹⁸. Sono molte le comunità cristiane che beneficiano della generosità degli anziani. In esse assumono una varietà di servizi, senza disdegnare quelli più umili; in esse danno prova di fedeltà e costanza, e trovano uno dei valori da loro più apprezzati: che mantenga vivo il suo tessuto relazionale.

2. La vecchiaia: compito per la missione evangelizzatrice della Chiesa locale

"La Chiesa cattolica, così come d'altro lato la società civile, deve capire che gli anziani non necessitano solo di cure e di attenzione gratuita, ma anche che essi hanno il proprio carisma e che possono essere cittadini molto validi condividendo la ricchezza della loro vita con le giovani generazioni"¹⁹. Come ho già detto, la missione della Chiesa locale a favore degli anziani si può impostare solo a partire da questa visione positiva della vecchiaia. Limiterò questa seconda parte a cinque capitoli.

2.1. *Cambiamento di mentalità nella Chiesa locale*

Esistono dati evidenti che mostrano una valorizzazione positiva della vecchiaia da parte della Chiesa. Il ritardo dell'età di giubilazione ministeriale tra i sacerdoti e i vescovi e il fatto che molti consacrati e consacrate non abbiano stabilito un limite per la cessazione della loro attività, è certamente un segno di una concezione dinamica dell'esistenza (sicuramente più che di una visione “continuistica” della missione), di un'attenzione al dinamismo teologale della vita nello Spirito, e riflette, allo stesso tempo, la convinzione che la vita cristiana ha senso solo in una *totalità*, il cui sbocco è la pienezza a cui siamo chiamati.

Questi e altri dati non sono tuttavia sufficienti. In molte Chiese locali si impone un cambiamento di mentalità, in primo luogo alla luce della sociologia della vecchiaia. Soprattutto in Occidente, l'anziano di oggi è diverso da quello di ieri. Grazie ad una serie di fattori la speranza media di vita si è ampliata e in molti casi si è prolungata la durata di una ragionevole qualità di vita, postponendo progressivamente la cosiddetta “stagione patologica”. Si giunge al tramonto della vita in condizioni psicofisiche migliori di quelle di una volta e con un migliore livello culturale. Gli anziani possiedono oggi una maggiore coscienza dei loro diritti e del peso effettivo che rappresentano nella società; si moltiplicano le loro associazioni di ogni tipo, sono presenti in gruppi di volontariato, frequentano le “aule della terza età”, intraprendono viaggi che mai hanno fatto, sfruttano la stupenda esperienza dell'ozio²⁰. La vecchiaia non è, per principio, un tempo breve di passaggio.

Allo stesso tempo, come abbiamo già segnalato, oggi si invecchia in una società sempre più invecchiata. Numerosi fattori rendono più problematica e vulnerabile questa fase della vita. Pesano su di essa situazioni socio-economiche di precarietà, la destrutturazione della famiglia e l'abbandono, la solitudine imposta, discriminazioni assistenziali e terapeutiche a motivo dell'età. In fondo, la vecchiaia è

condizionata da una cultura che esclude la dimensione paziente della vita, che non sa pensare l'esistenza nell'orizzonte del mite, che evita per quanto possibile quel che Teilhard de Chardin chiamava “passività della vita”, che rende culto all'autonomia personale e rifiuta ogni segno di dipendenza, che propugna modelli di salute impossibili per gli anziani, che rende culto alla gioventù e alla bellezza.

Come collocarsi di fronte alla nuova realtà della vecchiaia? Affinché la valorizzazione positiva dell'anziano da parte della Chiesa locale sia reale, è necessario che questa sia vicina al suo mondo e conosca la sua situazione personale e familiare. I casi di solitudine e di abbandono estremi avvengono sempre – non possiamo dimenticarlo – là dove esiste una comunità cristiana, spesso estranea e non solidale. In gioco non c'è soltanto la solidarietà cristiana. Il cambiamento di mentalità colpisce anche altre dimensioni ugualmente profonde; ad esempio la concezione della comunità come luogo di missione o come “luogo di culto”, il senso della vita e della morte e la capacità di illuminarle a partire dalla fede, la Chiesa come comunione o come dispensatrice di servizi, ecc.

È necessario che nella comunità cristiana si insegni l'arte di invecchiare, di vivere la vecchiaia e di convivere con gli anziani. Una Chiesa più vicina alla vita sarà certamente più salutare e, allo stesso tempo, aiuterà i suoi membri a ripensare il senso della “attività e della passività, dello sforzo e dell'accettazione, del vigore e della debolezza, della dignità e dell'umiltà, dell'energia e della tranquillità e, naturalmente, del lavoro e del gioco”²¹, nozioni e valori che la vecchiaia pone in crisi e che devono essere illuminati a partire dalla fede.

2.2. *Evangelizzazione della cultura della vecchiaia*

La vecchiaia non è un fatto semplicemente biologico. È anche *costitutivamente culturale*, modulato da una serie di fattori che cadono nell'ambito di ciò che comunemente si intende per cultura. Riferendosi alla Chiesa locale, anche in rela-

zione con essa si può e si deve affermare che l'evangelizzazione della cultura è “la forma più radicale e globale di evangelizzazione di una società, perché tende a far penetrare il messaggio di Cristo nella coscienza delle persone al fine di raggiungere, attraverso di loro, la mentalità, le istituzioni e tutte le strutture”²². Di fatto, alla base di non pochi comportamenti e atteggiamenti individuali e collettivi che attentano alla dignità dell'anziano e alla sua stessa vita, non va vista unicamente la perdita di valori e, ancor meno, la perversione morale, ma anche la sua matrice culturale.

Il compito della Chiesa locale è, in questo senso, importante e complesso. Ma essa ha i mezzi per questo. Cominciando da quello più elementare, è necessario anzitutto *purificare e modificare il linguaggio*, evitando tanto gli eufemismi quanto gli stereotipi, i pregiudizi e quanto suona dispregiativo. Al di là del linguaggio (che non è mai “innocente”) si colloca il *trattamento* della vecchiaia da parte della società. Sono in gioco il “modello di salute” di cui sono beneficiari e vittime, il prolungamento del tempo della vita con i successi e i costi di ogni tipo, l'accanimento terapeutico e, d'altro lato, la mentalità dell'eutanasia, il sogno utopico del controllo definitivo dell'invecchiamento e, nel contempo, i maltrattamenti di cui sono oggetto gli anziani.

Un'evangelizzazione incisiva dovrà porre l'accento, a partire dalla catechesi infantile, sull'accettazione dell'inevitabile *finitudine umana*, pertanto sul senso della vita e della morte. Oltre a rivendicare un'adeguata assistenza per gli anziani, senza discriminazioni a motivo dell'età, la Chiesa dovrà diffondere la coscienza che gli anziani, ora e soprattutto in un prossimo futuro, più che cura (che necessariamente finisce per essere impossibile), necessitano e necessiteranno di sostegno, accompagnamento, supporto emotivo e spirituale, che saranno sempre necessari ed efficaci. Gli sforzi devono essere spesi fondamentalmente nella trasmissione di valori che facilitino il processo di invecchiamento, nella modifica di atteggiamenti riguardo agli anziani e, infine, nella modifica di quelle condi-

zioni fisiche e mentali che tendono a privare di senso umano e di significato sociale la vecchiaia²³.

Questa evangelizzazione non è possibile senza proporre *alternative*; al contrario gli sforzi si perdono sulla terra incolta dell'esortazione. È necessario che la comunità cristiana sia "*comunità di contrasto*", dove si offrono spazi di vita e di accoglienza, e si aiuti a percorrere il cammino vasto della *speranza*. Cioè la cultura è evangelizzata nella misura in cui si offre una nuova qualità di esistenza ("più vita agli anni") e dove, allo stesso tempo, si proclama senza reticenze la radicale insufficienza di tutto l'essere umano: non possiamo salvare noi stessi. Solo Dio colma le aspirazioni più profonde dell'uomo.

2.3. La famiglia dell'anziano

Nella trama sociale e dentro il tessuto di relazioni significative, il primo posto spetta alla famiglia. In non pochi casi è la famiglia che, con grande sforzo, offre all'anziano (soprattutto quando è malato) oltre alle cure elementari uno spazio di affetto e di dignità che gli evita lo sradicamento del ricovero in istituto. Su di essa pesano, a volte in modo insostenibile, la mancanza di istituzioni, l'impossibilità di un'adeguata attenzione a domicilio e l'emarginazione ambientale. In altri casi, purtroppo, la stessa famiglia non si preoccupa affettivamente ed effettivamente dell'anziano ammalato²⁴.

È questo senza dubbio uno dei campi di intervento preferenziale da parte della Chiesa locale, comunità di comunità. Un'adeguata evangelizzazione dovrà tener conto contemporaneamente delle difficoltà strutturali e lavorative che gravano oggi sulla famiglia, e delle esigenze che pone la fede. È compito, inoltre, della Chiesa educare la famiglia affinché faccia il possibile per mantenere nel suo seno gli anziani in una convivenza intergenerazionale arricchente e, d'altro lato, "stimolare il supporto e la solidarietà di base di tutta la comunità cristiana e reclamare che la società civile provveda a quei servizi (quali l'assistenza domiciliare integrata, ecc.), che servano da sostegno alla famiglia"²⁵.

In questo lavoro rivestono particolare importanza la sensibilizzazione progressiva della comunità cristiana, la costruzione di un tessuto di solidarietà, la promozione del volontariato, la creazione di gruppi parrocchiali di pastorale sanitaria nonché concessione di spazi fisici di accoglienza ed attenzione – limitate nel tempo – agli anziani.

2.4. Promuovere la spiritualità e la vita spirituale dell'anziano

Perfino le comunità cristiane maggiormente sollecite e solidali nei confronti degli anziani e delle loro famiglie, corrono il rischio di centrare la loro azione sull'aspetto *assistenziale*. È opportuno che la Chiesa sia cosciente e celebri le molteplici forme di questa attenzione, in cui sono impegnati tanti professionisti cristiani, volontari, visitatori, religiosi e religiose. Credo, tuttavia, che la materia pendente riguardo agli anziani continui ad essere la *pastorale loro e per loro*, momento specifico di evangelizzazione, tra i cui contenuti fondamentali c'è la promozione di una spiritualità per questa fase della vita e, pertanto, della sua vita spirituale. Partiamo da due constatazioni.

"Gli anziani hanno l'opportunità di pregare, meditare e crescere nella vita spirituale". Tuttavia "spesso non sono animati a sviluppare la propria spiritualità a causa di una scarsa comprensione dei loro problemi. L'ozio può facilmente trasformarsi in un succedaneo di questa necessità. Di qui l'urgenza che la comunità ecclesiale elabori un'azione pastorale sistematica e organizzata, integrata con la pastorale della famiglia e di altri settori, come la pastorale della salute, ecc."²⁶.

D'altro lato, la vecchiaia è uno dei momenti privilegiati che pone in maggiore evidenza lo stretto rapporto tra *fede e salute*, intesa questa in tutte le sue dimensioni. Senza entrare in questioni teologiche di fondo (da me stesso affrontate in altri luoghi)²⁷, è sempre più estesa la convinzione che vivere secondo il Vangelo è terapeutico; più concretamente: la preghiera, le pratiche religiose, l'adesione ad una comunità, il senso di apparte-

nenza, la speranza e la fiducia in Dio possono essere salutari, oltre che salvifici.

La pastorale specifica degli anziani non può essere, pertanto, una nuova forma di segregazione, bensì un modo concreto di esplicitare la salvezza, in una fase della vita contrassegnata da nuove esperienze e obiettivi, da possibilità e limiti prima sconosciuti e, in modo speciale, dall'opportunità di condurre l'essere umano alla sua pienezza. Parte, pertanto, dalle risorse interne dell'anziano, dall'azione dello Spirito in lui e dalla possibilità (che è sempre grazia) di maturare nel processo della propria conversione. Più che in attività nuove – che non trascura – pone l'accento sulla necessità di *lasciar fare, lasciare che Dio sia Dio*, di coronare la conformazione della propria esistenza. Si richiede una grande attività interiore benché sia percepita esternamente come passività. È, a volte, l'ultimo combattimento spirituale in cui si superano resistenze, si apprende una nuova docilità, si rinnovano adesioni, si colmano vuoti, si inizia una solitudine sconosciuta, si assapora una nuova e più autentica intimità con Dio, si moltiplicano spazi di silenzio e tempi di preghiera, si partecipa in modo differente alla vita della comunità cristiana.

Per questo si deve porre impegno anche nell'aiutare l'anziano a superare le *crisi* proprie dell'età, specialmente quelle provocate dalla perdita di *autonomia* e dal possibile sfaldamento della propria *identità*. In quanto alla prima, la Chiesa deve fare il possibile perché ogni anziano sia sempre considerato come soggetto delle sue decisioni (salvo casi estremi), evitando atteggiamenti paternalistici e infantilizzanti, prolungando fino alla fine il tempo della dignità riconosciuta e rispettata. Per quanto riguarda l'identità, la pastorale ha un ruolo di prim'ordine. La perdita di esseri cari, di ruolo e di immagine, di relazioni significative e di rilevanza sociale; le profonde trasformazioni che hanno modificato il corso della fede e delle pratiche religiose, possono provocare nell'anziano una particolare necessità di *significato*. L'azione pastorale della Chiesa de-

ve aiutarlo a rispondere a domande quali: *Chi sono qui e ora? Cosa faccio nella mia vita? Che cosa spero?* Sarebbe triste se si lamentasse con il profeta: *"Per nulla e invano ho consumato le mie forze"* (Is 49, 40).

La pastorale quindi tiene conto del fatto che l'anziano, oltre alle elementari necessità assistenziali e psicologiche, alberga nel proprio seno (e non sempre ne è consapevole) *nessessità spirituali*. Segnaliamo, tra queste, l'autorealizzazione personale, l'essere grato e il ricevere gratitudine, il lasciare questo mondo riconciliato e con amore, il confessare e condividere la fede, la continuità nel tempo e la speranza nell'aldilà²⁸. L'esperienza ci dice che è a questo livello che l'annuncio della Buona Novella, il dialogo pastorale, la celebrazione dei sacramenti e altre iniziative evangelizzatrici, ottengono i maggiori risultati nell'anziano. In definitiva, ciò che è in gioco è la salute spirituale. In altri termini, l'azione pastorale che guarda al *"benessere"*, è anche fonte di esperienze salutari (di pace e armonia interiore, di accettazione e di fiducia ...) e, allo stesso tempo, prepara all'accoglienza definitiva della salvezza.

2.5. Nel cuore della comunità cristiana

L'attenzione integrale agli anziani, agli emarginati e ai malati, è il paradigma della vitalità della Chiesa locale e della sua fedeltà a Cristo. Oggi è difficile porli al "centro" ed edificare la comunità a partire da loro e non solo con loro o per loro. È un'opzione che richiede quotidianamente la grazia della conversione e che, contrariamente a quanto si suole pensare, non significa che altre attività pastorali abbiano meno valore. Esige, anzitutto e soprattutto, un cambiamento di mentalità.

Di qui la comunità cristiana sperimenta che è evangelizzata anche da loro, che essi sono una risorsa imprescindibile per comprendere la missione e tramettere la Buona Novella; che la povertà e l'indigenza (di cui sono segni visibili) sono via inescusabile per accogliere la salvezza e la salute offerte da Cristo; che la loro stessa esi-

stenza è – agli occhi della fede – parabola del Regno, memoria di nuclei fondamentali della nostra fede.

Recuperare il centro significherà in concreto una specie di catena di atteggiamenti ed iniziative nuovi o rinnovati. Indichiamo a mo' d'esempio: fare tutto il possibile affinché si integrino nella vita della comunità, partecipino alla messa del Pane e della Parola, vengano ascoltati e vengano raccolte le loro testimonianze, la comunità preghi con loro, da loro, in luogo loro e per loro; che la loro esperienza personale di Dio sia valorizzata come un mezzo comunitario, come canale di partecipazione alla vita e alla missione della Chiesa; che venga rispettata la loro traiettoria e sensibilità spirituale, la loro religiosità e la loro forma personale di vivere il rapporto con Dio; che vengano favorite le iniziative di associazionismo, in particolare quelle promosse da loro; che si promuovano maggiori scambi tra anziani e giovani favorendo così una visione più integrata della comunità parrocchiale; che la pastorale delle persone anziane non sia un'appendice della vita parrocchiale e diocesana.

Infine, l'azione pastorale deve tener conto del fatto che la maggiore necessità di molti anziani sta nel mantenere, rinnovare o recuperare alcune *relazioni significative* che li salvano dalla solitudine imposta, trasmettono stima, calore e rispetto della loro dignità, li aiutano a mantenere la tensione fino alla fine (affinché la morte non li sorprenda già morti), e li preparano all'incontro finale con il Padre. E al risveglio definitivo, si sazieranno della sua presenza (Sal 17, 15).

P. FRANCISCO ALVAREZ
Camilliano

Direttore del Dipartimento
di Pastorale della Salute della CEE
Professore presso il "Camillianum",
Roma

Note

¹ SIROJ SORAJJAKOOL M.A., *Gerontology, Spirituality and Religion*, in "The Journal of

Pastoral Care", 52, 2, 1998, p. 151.

² BLASBERG-KUHNKE M., *Los ancianos en la Iglesia*, "Concilium", 235, maggio 1991, p. 452.

³ ALVAREZ F., *Ser anciano, una tarea saludable. La ancianidad no es una condena*, in "Vita Religiosa", 75, luglio 1993, 4, p. 312-318.

⁴ CL n. 48.

⁵ AUER A., *Envejecer bien. Un estudio ético-teológico*, Herder, Barcelona 1997, p. 244.

⁶ HESSE H., *Escritos autobiográficos*, citato da Auer A., op. cit., p. 82.

⁷ INIESTA A., *Anciano y enfermo. Caminos de plenitud*, in "Labor Hospitalaria", 243, 1, 1997, p. 41-42.

⁸ ALVAREZ F., *Salud y ancianidad en la vida religiosa. Ocaso o plenitud?*, in "Frontera-Hegian", 22, 1998, p. 55.

⁹ LAFOREST J., *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*, Herder, Barcelona 1991, p. 62.

¹⁰ Nel lato opposto si collocano coloro che, come scrive F. Mauriac, devono affermare: *non potete immaginare questo supplizio: non aver ottenuto nulla dalla vita e non sperare nulla dalla morte*. F. Mauriac, *Le noeud des vipères*, Grasset, Paris 1936, p. 85.

¹¹ OSWALD W., *Ageing, Health and Society: A position paper of the FIAMC in preparation of the International Year of the Aged people 1999*, in "Decisions" 14, 1998, p. 10.

¹² SEBADTIAN F., *Actitudes cristianas en la atención a los ancianos en la enfermedad terminal*, in "Dolentium Hominum", 29, 1995, p. 21.

¹³ Commissione Episcopale di Pastorale (Conferenza Episcopale Spagnola), *El anciano enfermo, Mensaje del "Día del Enfermo"*, 1998.

¹⁴ ALVAREZ F., *Salud y ancianidad ...*, p. 67.

¹⁵ SANDRIN L., CARETTA F., PETRINI M., *Anziani oggi. Una sfida per la medicina, la società e la Chiesa*, Ediz. Camilliane, Torino 1995, p. 149.

¹⁶ Qualcuno lo ha definito "comprensione eccezionale e capacità di giudizio (ad es. usare il senso comune, aver appreso dall'esperienza, vedere le cose da una vasta prospettiva, ecc.), e comunicazione ed empatia (ad es. fonte di buon consiglio, pensare prima di decidere, comprendere la vita, ecc.). (HOLIDAY S.G., CHANDLER M.J., *Wisdom: Explorations in adults competence*, Basile Karger 1986).

¹⁷ SANDRIN L., CARETTA F., PETRINI M., op. cit., p. 150-151.

¹⁸ DE BEAUVOIR S., *La vecchiaia*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1970.

¹⁹ OSWALD W., op. cit., p. 9-10.

²⁰ ALVAREZ F., *Salud y ancianidad ...*, p. 17.

²¹ OPPENHEIMER H., *Reflexiones sobre la experiencia de envejecer*, "Concilium" 235, mayo 1991, p. 412.

²² CARRIER H., *Nuova evangelizzazione e dottrina sociale della Chiesa*, in "Civiltà Cattolica", 3422, p. 118.

²³ CALLABAN D., *Aging and the goals of medicine*, Hastings Center Report, 24 (5), 1994, p. 41.

²⁴ Commissione Episcopale di Pastorale (Conferenza Episcopale Spagnola), *El anciano enfermo, Mensaje ...*

²⁵ Consulta CEI per la Sanità e l'Assistenza, *Anziani e malati mentali*, in "Il Regno-Documenti", 15 (1990), p. 497-500, n. 3.

²⁶ Pontificio Consiglio per la Famiglia, *La dichiarazione di Toronto sui diritti e sulle cure degli anziani*, in "Anziani oggi", 1 (1995), p. 5.

²⁷ ALVAREZ F., *Salute: approccio teologico*, in AA.VV., *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Ediz. Camilliane, Torino 1997, p. 1079-1089.

²⁸ ALVAREZ F., *Salud y ancianidad*, p. 70-73.

ALFONSO LOPEZ TRUJILLO

Gli anziani e la famiglia

La famiglia non può essere considerata, come spesso si sente, uno dei tanti luoghi in cui la vita degli anziani si svolge. Essa è il *luogo* per eccellenza in cui l'anziano vive e deve vivere. Non si tratta di un luogo fisico, bensì dell'insieme di relazioni che costituisce la famiglia, sia che l'anziano per diverse ragioni abiti o meno con coloro ai quali è legato da vincoli di sangue. È la famiglia considerata come soggetto integratore di tutti i suoi membri. In essa l'anziano deve avere il proprio posto, che non deve essere secondario. Quando la famiglia "grande" va perdendo forza, per le complessità del mondo urbano-industriale, quando ad esempio gli spazi abitativi si riducono sensibilmente e possono appena accogliere la cosiddetta famiglia nucleare, gli anziani corrono il rischio di essere allontanati non solo dalla abitazione, bensì distanziati dalla stessa rete di relazioni.

Un grande rischio per la società e per la famiglia, che costituisce senza dubbio una grande ingiustizia, è considerare l'anziano come un fardello, un peso inutile che bisogna sopportare, dimenticando ciò che è e che rappresenta, con tutta la sua ricchezza, con l'ampia possibilità degli apporti che può offrire.

In occasione dell'Anno Internazionale della Famiglia, il Pontificio Consiglio per la Famiglia ha celebrato a Toronto, in Canada, un Incontro Internazionale sui *diritti degli anziani*. Si è trattato di una riunione molto interessante, come rivelano le conclusioni, e molto istruttiva. Gli anziani hanno un valore, una dignità, dei diritti che dobbiamo riconoscere e rispetta-

re. In varie culture il ruolo dell'anziano è veramente centrale. Pensiamo all'Africa, ad esempio. In quel continente ho sentito questa bella dichiarazione: nella nostra nazione, quando muore un anziano, è come se si fosse incendiata una biblioteca. Si tratta dell'omaggio a ciò che è l'anziano, alla ricchezza della sua esperienza, alla sua qualità di essere l'anello necessario nel dialogo intergenerazionale. In cambio, in non poche nazioni in cui si accelera il fenomeno dell'invecchiamento, esiste il rischio, con una povera mentalità utilitaristica, di considerare l'anziano come qualcuno che non produce, che consuma, che richiede spese ed esige cure. In una parola, sarebbe un fardello costoso, e ancor più se la vecchiaia è avanti e il processo di deterioramento fisico si accentua.

Ritengo che, per situare bene le cose attorno al tema che mi è stato chiesto di svolgere, si debba partire da un quadro antropologico che non occulti la dignità e i diritti

dell'anziano, che è immagine di Dio, amato da Lui, che è in cammino verso la piena realizzazione e che può offrire moltissimo, anzitutto alla famiglia.

Vorrei ritornare all'Incontro Internazionale di Toronto. Devo confessare che in quell'occasione sono andato modificando non poche delle opinioni che avevo, a mano a mano che il dialogo si faceva più chiaro e le esperienze di quanti lavorano con gli anziani, di maggiore impatto. Per riferirmi soltanto ad alcuni fatti, che saranno affrontati da altri estesamente e con particolare competenza, ho dovuto modificare le mie valutazioni circa, ad esempio, il problema della salute. Eminentissimi specialisti in gerontologia ci hanno mostrato come oggi si possa arrivare ad un'età elevata – e la media d'età aumenta sensibilmente – in condizioni di salute accettabili. La stessa demenza senile, hanno detto, è concentrata in percentuali minime della popolazione. Naturalmente non dobbiamo incorrere in un ottimismo smisurato. La verità è che il prolungamento sensibile della media di speranza di vita, che ad esempio in Giappone raggiunge gli ottanta anni – qualcosa in più per le donne – e che progressivamente si estenderà con il progresso delle condizioni di vita e della medicina, farà sì che i rapporti degli anziani con la famiglia saranno più ampi e prolungati nel tempo e richiederà una conseguente maggiore responsabilità da parte della famiglia.

Desidero descrivere con un aneddoto un altro campo in cui bisogna cambiare punto di vista, e in questo caso sulla base della lucida esperienza della Madre Maria Antonia de la Trinidad, Superiora del-



le Consorelle dei Poveri, chiamata dal Signore alla casa del Padre. Stavamo visitando la Residenza per Anziani di Toronto (ne sono state costruite diverse, soprattutto grazie alla forte colonia italiana). In una specie di appartamento viveva una donna di 92 anni. Le chiesi se i suoi familiari la visitassero spesso. Mi rispose con sorpresa che era lei quella che spesso andava a casa dei propri figli "per dar loro una mano". Aveva la consapevolezza di poter servire. Cominciai a capire meglio che il problema – così come me lo spiegava l'illustre religiosa che ho menzionato, che merita un particolare tributo di riconoscimento per il suo amore verso i poveri e gli anziani – non era se gli anziani debbano vivere fisicamente con i loro familiari. Mi diceva che, quando possibile, preferivano non farlo per motivi di indipendenza e per non recare disturbo. La questione stava invece nel tipo, nel calore, nella frequenza, dei rapporti dell'anziano con la famiglia, nel riconoscere ciò che essi rappresentano.

Credo che ci sia la possibilità di un arricchimento permanente da parte degli anziani nel loro rapporto vitale con la famiglia, con il loro bagaglio di esperienze, di tenerezza, di maturità umana, che bisogna scoprire sempre più. Gli anziani possono essere una garanzia nella trasmissione dei valori umani e cristiani. Vari specialisti segnalano oggi che esiste una sorta di abdicazione della famiglia nella sua missione formativa. Temono di formare nella verità, così si aprono vuoti immensi. Questo timore proviene sia dalla mancanza di un'adeguata preparazione, sia dal dubbio di fare una pressione indebita sulla libertà altrui. Con tali forme di argomentazione, si fa spazio al permissivismo e si arriva a credere, anche da parte dei giovani, di essere già formati o di non avere bisogno di formazione. Interessanti al riguardo sono i libri del dott. Tony Anatrella, psichiatra. Oggi l'assenza dei genitori nel campo formativo viene colmata dalla presenza dei nonni. Direi che essi rappresentano la continuità dell'autorità della tradizione culturale, in questo caso con alte dosi di comprensione e tenerezza. Tutto questo è integrato in una esperienza che diventa anche

campo di incontro ed opportunità di dialogo.

Il nostro Dicastero si propone di realizzare un incontro Internazionale sulla presenza dei nonni nella famiglia; credo che sarà una ricchezza raccogliere tutti i contributi che potranno essere offerti con abbondanza. I nonni, con uno spazio di tempo molto maggiore, in un certo modo vivono di più con i nipoti, i quali, a loro volta, specialmente nei paesi ricchi si sposano sempre più tardi. Ricordiamo, ad esempio, che in Italia l'età media di coloro che si sposano si aggira attorno ai trenta anni. Inoltre gli anziani, con molto tempo libero a loro disposizione, si preparano meglio. In Italia ci sono valide esperienze di Università per la Terza Età.

Gli anziani possono svolgere nella famiglia una serie di compiti preziosi, alcuni dei più importanti nella trasmissione della fede e dei valori morali. Pastoralmente si apre non solo alla famiglia, bensì a tutta la Chiesa, un ventaglio di possibilità, giacché l'impegno pastorale degli anziani può riguardare enormi spazi nella vita della Chiesa.

La famiglia è e sarà sempre l'istituzione per eccellenza *per formare le persone*. In questa dimensione sociale essa è insostituibile. E in questa missione, che appartiene anche alla famiglia estesa, i nonni possono essere fattore di sicurezza, equilibrio e respiro. Ci sono altri compiti, per riferirmi solo ad alcuni di una certa importanza: una delle maggiori difficoltà con cui deve combattere l'istituzione

familiare è il lavoro obbligato di tante mogli e madri fuori casa. Questo fenomeno rappresenta una delle cause più importanti dell'inverno demografico – con il crollo della natalità in alcune nazioni. Le donne non hanno tempo e cominciano ad aver paura di diventare madri, a causa dei condizionamenti che ciò comporta. Gli spazi di dialogo e di convivenza si riducono. Le madri che lavorano non trovano facilmente il modo di rispondere alle cure e a ciò di cui i loro figli necessitano, soprattutto nell'età infantile. In questo campo la società deve muoversi con immaginazione creativa. Gli anziani, nella famiglia, nella parrocchia o in altre istituzioni, potrebbero offrire una compagnia e un'assistenza importante ai bambini. Meglio, naturalmente, se questo si potesse realizzare in famiglia; per la formazione integrale dei bambini la presenza degli anziani è senza dubbio una ricchezza.

Bisogna riconoscere in tutta la loro ampiezza i diritti degli anziani rispetto alla società e alla famiglia. Un equilibrio equo tra il diritto degli anziani a ricevere e l'opportunità di offrire, ha come requisito assicurare un quadro che superi il semplice gioco di interessi economici e che si basi – bisogna ripeterlo – su una visione antropologica. C'è una "qualità di vita" dell'anziano che non si riduce allo stato di salute fisica e mentale e ai costi che le cure possono richiedere, bensì deve essere focalizzata in ciò che l'anziano rappresenta. Nessuna istituzione meglio della famiglia è in grado di vegliare a che questa "qualità" venga assicurata. È come un "test" di umanità della famiglia. La Chiesa potrebbe pensare ad una serie di servizi concreti atti a far sì che il rispetto e l'accoglienza che sono dovuti non vengano meno.

Mentre tutto indica che in molte nazioni povere la forza dei valori fermamente radicati nella cultura costituisce una sorta di barriera spontanea di protezione, con un'attiva solidarietà in seno alla stessa povertà, il rischio per gli anziani in rapporto con la famiglia cresce nei paesi ricchi. Da una parte, si arriva a pensare ad altri aspetti, come la solitudine dell'anziano. Dall'altra, quando la piramide sociale e de-



mografica va sempre più invertendosi, cioè quando alla base della piramide non c'è una proporzione sufficiente di bambini e di giovani, cresce il numero degli anziani e la popolazione invecchia sensibilmente. Si tratta di culture in cui si va perdendo un certo atteggiamento umano, mentre cresce il rischio di dimenticarsi dell'anziano, fino a disprezzarlo. Possiamo dire che, come oggi le famiglie giovani si comportano nei confronti degli anziani, così domani saranno a loro volta trattate. Sarebbe ingiusto che tutto ciò che gli anziani hanno seminato, tutto ciò che hanno apportato (e non soltanto nel campo economico), soprattutto nei figli che sono il loro orgoglio e il prolungamento nell'amore di se stessi, non fosse riconosciuto con un amore che costruisce e rende degni. Bisogna trarre tutte le conseguenze del comandamento inciso da Dio creatore non solo nella pietra, ma nel cuore dell'umanità: *onora tuo padre e tua madre*.

Rispetto al quarto comandamento, il Catechismo della Chiesa Cattolica insegna: "Dio ha voluto che, dopo lui, onoriamo i nostri genitori ai quali dobbiamo la vita e che ci hanno trasmesso la conoscenza di Dio"¹. Questo comandamento non riguarda soltanto la relazione con il padre e con la madre, che è la più universale, bensì concerne parimenti i rapporti di parentela con i membri del gruppo familiare. Chiede di tributare onore, affetto e riconoscenza ai nonni e agli antenati². Comporta una ricompensa: "Onora tuo padre e tua madre, perché si prolunghino i tuoi giorni nel paese che ti dà il Signore, tuo Dio"³. Questa ricompensa guarda a coloro che esercitano la "pietà filiale", in un atteggiamento fatto di "riconoscenza verso coloro che, con il dono della vita, con il loro amore e il loro lavoro, hanno messo al mondo i loro figli e hanno loro permesso di crescere in età, in sapienza e in grazia. 'Onora tuo padre con tutto il cuore e non dimenticare i dolori di tua madre. Ricorda che essi ti hanno generato; che darai loro in cambio di quanto ti hanno dato?' (Sir 7, 27-28)"⁴.

Il catechismo ricorda inoltre che, crescendo, i figli devono continuare a rispettare i loro genitori. Devono prevenire i loro desideri,

chiederanno spesso i loro consigli e accetteranno i loro ammonimenti⁵. Ci sono preziose indicazioni per la famiglia e più precisamente nel contesto del tema di questo mio intervento: "Il quarto comandamento ricorda ai figli le loro responsabilità verso i genitori. Nella misura in cui possono, devono dare loro l'aiuto materiale e morale, negli anni della vecchiaia e in tempo di malattia, di solitudine o di indigenza. Gesù richiama questo dovere di riconoscenza (cfr. Mc 7, 10-12)... 'Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia, non contristarlo durante la sua vita. Anche se perdesse il senno, compatiscilo e non disprezzarlo mentre sei nel pieno del vigore' (Sir 3, 12-13)"⁶.

Un riconoscimento speciale è dovuto a coloro che furono fonte di trasmissione della fede. Il Catechismo cita questo testo di San Paolo: "Mi ricordo della tua fede schietta, fede che fu prima della tua nonna Loide, poi in tua madre Eunice, e ora, ne sono certo, anche in te"⁷. Se ho voluto alludere a queste considerazioni opportune offerte dal Catechismo della Chiesa Cattolica è anche per ripetere e sostenere la convinzione con cui ho iniziato queste riflessioni, appena introduttorie: la famiglia è il *luogo* normale, adeguato, amato da Dio affinché sia accolta la dignità degli anziani. Ciò dovrebbe essere considerato al momento di distribuire i compiti nel campo pastorale. Nessuna istituzione, per forte e potente che sia, per quanti mezzi abbia, potrà sostituire per gli anziani il quadro dei rapporti familiari. Ciò che la famiglia può e deve fare non deve essere dimenticato. Al contrario, la famiglia deve essere aiutata a compiere la sua missione sacra e insostituibile anche in questo campo. Bisognerebbe invocare il principio di sussidiarietà e vegliare affinché le famiglie, anche con una legislazione adeguata, assolvano quanto compete loro. Così come i genitori devono "considerare i loro figli come figli di Dio e rispettarli come persone umane"⁸, così tutti i membri della famiglia devono considerare gli anziani come *persone* che meritano gratitudine, che svolgono un ruolo fondamentale, che con il loro esempio e la loro esperienza possono, anche nella croce e nella sofferenza, apportare

molto alla famiglia. L'anziano non è un "peso" bensì una ricchezza, e più ancora, agli occhi della fede, una fede radicata a partire dai più grandi, i nonni.

Vorrei terminare con questo esempio, che ha come scenario la città dei bambini, Boys Town, ad Omaha, nel Nebraska. All'ingresso di questa famosa istituzione c'è un gruppo scultoreo che rappresenta un giovane che porta sulle spalle il fratello. Ricorda come, in una notte di tempesta, quei due bambini si presentarono al fondatore dell'istituzione. Padre Flanagan chiese se pesasse molto il fratello che l'altro portava. Il giovane rispose in un inglese dialettale: *Non pesa, è mio fratello*.

Vorrei applicare questo esempio al rapporto della famiglia con gli anziani, che non sono un peso quando c'è amore: un amore che esalta e al quale hanno diritto. L'amore rende leggero tutto ciò che pesa: come non citare questo bel testo di Sant'Agostino?: "Quando uno ama, le fatiche non sono affatto pesanti, ma producono soddisfazione... importante è l'oggetto che si ama. Quando si ama, non si sente fatica, o se si sperimenta la fatica, la stessa fatica è amata"⁹. "Animato dalla carità, ti sarà facile tutto ciò che prima era faticoso, mosso da essa ti sarà leggero tutto ciò che ritenevi pesante"¹⁰. In definitiva, tutto nella famiglia è questione d'amore. È l'amore che rivela la dignità dell'anziano, amato da Dio. Se Dio ama l'anziano, chi potrà resistere ad amarlo come è dovuto?

S. Em. Card. ALFONSO LOPEZ
TRUJILLO
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Famiglia,
Santa Sede

Note

¹ N. 2197.

² Cfr. N. 2199.

³ Es. 20, 12.

⁴ CEC, N. 2215.

⁵ Cfr. n. 2217.

⁶ CEC, n. 2218.

⁷ 2 Tm 1,5 in CEC, n. 2220.

⁸ CEC, n. 222.

⁹ SANT'AGOSTINO, *In epistula Iohannis ad Parthos*, VI, 21-26.

¹⁰ SANT'AGOSTINO, *Sermoni*, 68, 13.

MARIE-SYLVIE RICHARD XAVIERE

L'anziano in istituto

Mi è stato chiesto di parlarvi della mia esperienza di medico in un istituto per anziani. Religiosa, esercito medicina a Parigi in un grande istituto cattolico di cure palliative, fondato nel 1874 dalle Dame del Calvario, al seguito di Jeanne Garnier. Svolgo anche il compito di referente medico di una residenza per l'accoglienza temporanea degli anziani. Partecipo inoltre alla formazione dei medici e delle infermiere in cure palliative e in etica biomedica.

Nell'introdurre il mio intervento, tendo a sottolineare il notevole impegno della Chiesa cattolica e dei credenti delle altre grandi religioni nei confronti degli anziani e dei malati. La lunga tradizione della nostra Chiesa in materia di ospitalità e di cure, non ci consente di nominare tutti i fondatori e le fondatrici degli ordini religiosi votati a questo servizio. Nel 1991, in occasione di un dibattito sull'eutanasia presso il parlamento europeo, la Superiora Generale delle Piccole Sorelle dei Poveri ricordava in un articolo la loro esperienza di oltre 150 anni di accompagnamento degli anziani e le intuizioni della loro fondatrice Jeanne Jugan. "Rendere i vecchi felici, sta tutto qui – diceva – incitando le Piccole Sorelle a raggiungere questo scopo attraverso i mezzi adatti ad ognuno, alle sue possibilità, ai suoi gusti, al suo passato, alla sua salute ... Rendere i vecchi felici, vuol dire credere nel valore della vita, e noi siamo testimoni delle risorse straordinarie degli anziani"¹.

In queste poche righe si dice tutto. Cosa avviene oggi? In occidente, a causa dell'aumento della longevità, della crescita del numero degli anziani, della disgregazione

delle famiglie, e a causa dei problemi economici (il costo del mantenimento a domicilio è superiore al costo dell'alloggio negli ospizi), sono state create numerose strutture d'accoglienza e di cura per gli anziani. Possono essere pubbliche o private, a scopo di lucro o no, e quelle cristiane rappresentano solo una bassa percentuale. Tali strutture sono di qualità variabile e non assicurano sempre agli anziani la sicurezza di essere curati fino alla fine. Tuttavia, dopo aver incontrato un certo numero di operatori sanitari, amministratori, anziani e famiglie, in Europa e nel Québec, posso fare la seguente constatazione: grazie ad équipes molto motivate, da lodare in quanto lavorano spesso nell'ombra, in questi ultimi anni sono stati realizzati molti progressi nelle strutture geriatriche, anche se restano ancora dei problemi, per la maggior parte d'ordine etico. Essi riguardano tutti noi e la comunità ecclesiale deve riflettervi.

1. Una situazione in piena evoluzione

Da circa venticinque anni, gerontologi e geriatri cercano, con le loro équipes, come meglio occuparsi degli anziani in istituto e migliorare le loro condizioni di vita. Sono state realizzate azioni innovative, i cui risultati hanno arricchito la riflessione che resta sempre attuale.

a. Elaborazione di carte o di testi di riferimento

Le società o le fondazioni nazionali di gerontologia hanno proposto dei testi di riferimento in diversi paesi. Il loro obiettivo è quello di

riconoscere la dignità della persona anziana, di preservarne i diritti e di proteggerla da un certo maltrattamento denunciato. In Francia la "Carta dei diritti e delle libertà dell'anziano dipendente"² è stata resa ufficiale nel 1987, e poi rivista nel 1996. Vi si afferma l'importanza dell'informazione e della libertà d'espressione, del rispetto dell'intimità, della dignità, della responsabilità e della partecipazione delle persone.

b. Preparazione dell'ingresso e dell'accoglienza in istituto

Una preparazione psicologica degli anziani è indispensabile prima di entrare in istituto, in quanto sono loro imposte rotture importanti a livello sociale, geografico, e soprattutto affettivo. Secondo la carta francese: "il luogo di vita dell'anziano dipendente, domicilio personale o istituto, deve essere da lui scelto e adattato ai suoi bisogni" (articolo 1) e "ogni cambiamento di luogo di residenza o anche di camera deve essere oggetto di concertazione con l'interessato" (articolo 13).

In alcune strutture, è stato stabilito un protocollo d'ammissione. La decisione della persona è stata aiutata da un'informazione il più obiettiva possibile affinché essa scelga tra varie soluzioni. Viene proposta la visita di uno o più istituti per sentirne l'atmosfera. Viene lasciato un periodo di riflessione. La preparazione all'ammissione consiste anche nel valutare la natura del consenso della persona in quanto questa può "dare il suo accordo per dimissione, sottomissione o stanchezza, o per non voler disturbare o essere un peso per i familiari ..."³.

Anche quando è giudicato incapace, l'anziano deve essere associato alla decisione. È opportuno prepararlo al trasferimento parlandogli a più riprese della struttura e portandocelo più volte. Egli è così riconosciuto come "soggetto" qualunque siano le sue deficienze mentali o fisiche.

La preparazione è seguita dall'accoglienza.

Il giorno dell'ammissione la persona viene accolta da un membro del personale che l'aiuta ad installarsi, le presenta gli altri residenti, e le spiega i punti principali della vita quotidiana della casa. Le spiegazioni verranno ripetute ogni qualvolta sarà necessario, il libretto d'accoglienza potrà essere prezioso.

I giorni successivi, sarà opportuno controllare l'adattamento e raccogliere tutto ciò che può aiutare a comprendere meglio la persona. Il personale continua ad informarsi delle sue abitudini, gusti, capacità e attese, per elaborare con lei, in un rapporto caloroso, le grandi linee di un progetto a lei adatto.

Lo scopo di questo processo è di vegliare al rispetto della sua identità in questa tappa della vita, a volte così traumatizzante da non potervi sopravvivere o da rifugiarsi nella demenza.

c. Un'altra concezione della demenza

Con il dott. J. Maisondieu, i cui lavori sono noti a livello internazionale, penso che sia importante non considerare le demenze soltanto su un piano organico; i sintomi ci danno anche un messaggio sulla sofferenza psicologica della persona. "Le persone dementi non hanno perduto la ragione, ma non hanno più ragione di vivere, e non vogliono morire: ecco la loro malattia. Il loro comportamento folle è un comportamento di sopravvivenza logica dettata dalla morte". Al termine di demenza, Maisondieu preferisce quello di *tanatosi* che indica "l'insieme delle condotte psicopatologiche legate all'angoscia della morte e centrate sull'insorgere di un decadimento mentale". Se la medicina cerca soltanto un supporto anatomo-clinico alla malattia, e rifiuta di dare significato ai sintomi, rischia di aggravarla e i pazienti allora ingi-

gantiscono i loro disturbi in tutta incoscienza per farsi capire.

"Il paziente demente vuole distruggersi ma non uccidersi ... sparire ma non morire".

Questo concetto di *tanatosi* permette di avvicinarsi diversamente a colui che soffre e di tenerlo meno chiuso nella sua malattia irreversibile. La demenza deriva da più fattori. Per questo è necessario preoccuparsi dello stato fisico del paziente, proporre dei mezzi psicoterapici adattati alle sue capacità, osare parlare della morte, tener conto delle difficoltà relazionali e della sofferenza dei familiari. Con l'aiuto di diversi mezzi, il paziente arriva a volte a riconoscersi e a riprendere coscienza della sua somiglianza con gli altri; brevi istanti in cui ridiventa possibile comunicare attraverso le parole. "Il malato, così come il personale sanitario, è segnato da questa esperienza, egli non è soltanto oggetto di cure ma qualcuno con una vita dietro di lui e la morte di fronte".

Se spesso sembra preferibile creare piccole unità per le persone psichicamente sofferenti, bisogna controllare che questi siano veri luoghi di vita con tutte le condizioni per una vita affettiva. Claudine Badey-Rodriguez¹ sottolinea l'importanza della qualità della vita quotidiana, delle relazioni, dell'animazione e la necessità di cure sanitarie personalizzate.

d. Promozione delle cure palliative e dell'accompagnamento in fine di vita

In Europa da trenta anni le cure palliative si sono sviluppate in cancerologia e, in alcuni paesi, anche in geriatria. Secondo la carta francese, "la persona anziana deve poter terminare la propria vita in

modo naturale e confortevole, circondata dai suoi familiari, nel rispetto delle sue convinzioni e tenendo conto del suo parere ...".

Sempre più le strutture di lunga degenza o le case di riposo propongono una formazione ai membri del personale. Sono stati creati dei reparti "integrati" di cure palliative e l'insieme di questi istituti beneficia dello spirito di queste cure, e dà importanza alla valutazione del dolore dell'anziano⁵.

Le cure palliative raccomandano una medicina ragionevole che tende ad alleviare i sintomi, senza prolungare indebitamente la vita né provocare la morte, e ad attenuare la sofferenza psicologica mediante l'accompagnamento degli anziani e il sostegno dei loro familiari.

Questi si sentono spesso in colpa quando affidano l'anziano ad un istituto, e hanno bisogno di parlarne. Apprezzano la disponibilità dei volontari e del personale curante ad ascoltarli, e possono anche essere aiutati da uno psicologo.

Un sostegno spirituale e religioso viene offerto a coloro che lo desiderano; è opportuno quindi informare la persona ricoverata o i suoi familiari. Le équipes di geriatria condividono la filosofia delle équipes di cure palliative, ma spesso mancano dei mezzi necessari per metterla in atto.

e. Tener conto della sofferenza del personale

Il confronto quotidiano con la vecchiaia, con la decadenza fisica e psichica e con la morte, è difficile. Il personale soffre per la sua impotenza in numerose situazioni, prova emozioni, sentimenti forti e a volte contraddittori; se le condizioni di lavoro sono insoddisfacenti, può sfinirsi e sviluppare la cosiddetta sindrome di "burn out". Alcune strutture vogliono evitare questo rischio e offrono al personale una formazione specifica e un sostegno psicologico creando dei legami di parola e di ascolto detti "gruppi di parola".

La vita di gruppo è indispensabile alla qualità del lavoro, alla coerenza delle decisioni prese, al sostegno reciproco. Il gruppo si riunisce attorno ad un progetto; ogni membro lo fa suo e cerca di



far sì che riesca. Il gruppo ha bisogno di riconoscimento e di gratificazione per svolgere il suo duro compito.

2. Restano tuttavia dei problemi

Malgrado queste evoluzioni, restano diversi problemi e alcune situazioni sono da deplorare.

a. Una falsa immagine di invecchiamento

L'opinione pubblica non si rende ancora conto che le condizioni dell'invecchiamento sono considerevolmente migliorate. In effetti, la maggior parte della popolazione di oltre sessant'anni invecchia in buone condizioni. Meno del 5% delle persone di oltre 65 anni, in Francia, sono in istituto e soltanto il 12% degli ultraottantenni sono obbligati a soggiornare in strutture medicalizzate. Se l'immagine dell'invecchiamento resta ancora negativa nell'opinione pubblica, è per il fatto che essa assimila gli anziani agli anziani malati⁵.

Di conseguenza, esiste un'immagine disastrosa e falsa dell'invecchiamento che conduce all'esclusione sociale di tutta una parte della popolazione.

b. La violenza nei confronti degli anziani

Nei confronti degli anziani viene sempre più denunciata una violenza che si manifesta sotto diverse forme.

Una percentuale molto bassa di persone ha realmente acconsentito ad entrare in istituto, soprattutto per lunga degenza o nella sezione di cure mediche. Le conseguenze sono note: somatizzazione diversificata, turbe di comportamento, decessi prematuri... Ciò attesta la violenza subita da queste persone e l'importanza delle rotture imposte: viene colpita l'identità stessa delle persone!

Possiamo immaginare l'angoscia di queste persone che arrivano in un ambiente sconosciuto senza alcuna preparazione?

In Francia, come nella maggior parte dei paesi europei o nordamericani, il medico curante, prima di ogni cura, trattamento o ricerca, deve ottenere il *consenso* del malato anche quando questi è anziano.

Ma ciò non viene fatto in maniera sufficiente. Perché? Ci vuole tempo per informarlo, assicurarsi che abbia ben capito, ascoltare la sua risposta, tener conto delle sue riserve o delle sue paure, negoziare con lui. Ci vuole anche molta pazienza quando la persona è sorda, o lenta ad assimilare le informazioni. Come richiedere tutto questo a un personale così esiguo e sovraccarico? Esiste purtroppo un'altra ragione: per alcuni, personale curante o familiari, l'anziano è incapace di dare un consiglio, la sua età sembra togliergli lo status d'adulto, spesso è meno ascoltato di un bambino. Gli altri decidono per lui! Alcuni anziani sono effettivamente incapaci di prendere decisioni a causa del deteriorarsi delle loro facoltà intellettuali, ma di questo parleremo più avanti. Tuttavia, l'incapacità risponde a criteri ben precisi, non deriva da una valutazione sommaria, rapida e a volte estremistica. È facile far tacere gli anziani con il pretesto che non capiscono bene o che non ricordano più nulla. Non bisogna stupirsi allora che alcuni di loro si rifugino nella demenza!

Esistono altre forme di violenza nei confronti di queste persone, tanto a casa che in istituto, che consistono in una *superprotezione* legata alla paura di incorrere in eventuali rischi: caduta, incidente, dimenticanza, fuga, comportamenti aggressivi, e una *contenzione* fisica.

Attaccare l'anziano per proteggerlo è il motivo il più delle volte evocato. Come diminuire i rischi senza impedire alle persone di vivere moltiplicando i divieti, limitandone la mobilità con la contenzione o confinandole nella totale dipendenza e nell'inattività? Come

rispettare la libertà dell'altro senza mancare all'"assistenza a chiunque sia in pericolo"? A volte queste persone sembrano opporsi alle cure proposte; "non è sempre facile sapere se si tratta di un rifiuto delle cure, di un desiderio di morire, di una cattiva conoscenza dello loro stato o di gesti anarchici. Spesso le équipes propongono di attaccare la persona per curarla meglio o come lei intende"⁸.

Altre persone disorientate o colpite da demenza possono sperimentare angosce terribili che si manifestano mediante un'agitazione intensa che le sfinisce. In questo caso viene a volte utilizzata una cintura di contenzione. L'uso della contenzione fisica ma anche chimica (medica) è spesso dovuta alla notevole mancanza di personale nei servizi di geriatria o nelle sezioni di cura; si tratta di un problema importante e di cui non si tiene sufficientemente conto.

c. L'eutanasia

Bisogna anzitutto precisarne la definizione: noi chiamiamo eutanasia l'atto deliberato di provocare la morte di un paziente in fin di vita o colpito da una malattia irreversibile. Questo gesto può essere richiesto dal paziente stesso o dai suoi familiari che il più delle volte sono logorati dalla situazione. Abbiamo già ricordato le difficoltà del personale curante. In alcuni casi, non bisogna stupirsi che l'eutanasia sia praticata su richiesta o meno del paziente, e a volte su pressione dei familiari. Situazioni così spiacevoli hanno occupato la prima pagina dei giornali in Francia e in molti paesi occidentali. La disponibilità nei confronti degli anziani, l'ascolto e la qualità delle cure dipende dalla competenza e dalla motivazione del personale, ma anche dal loro numero!

Alcune richieste d'eutanasia vengono da anziani che non hanno una situazione patologica penosa, per paura di un decadimento mentale o di una grande dipendenza. È opportuno ascoltare con attenzione queste richieste e parlarne, in quanto esse testimoniano spesso una grande disperazione morale, e a volte derivano da una concezione del mondo personale.

A volte l'anziano reclama l'eutanasia come alternativa all'ecces-



so terapeutico di cui teme di essere oggetto senza poter dare il proprio parere. L'anziano deve avere accesso, come ogni altro, alle cure a lui utili e per un tempo ragionevole. "La rinuncia all'accanimento terapeutico non significa un abbandono delle cure ma deve, al contrario, tradursi in un accompagnamento che tenda a combattere efficacemente ogni dolore fisico e a farsi carico del dolore morale". È ciò che viene fatto nelle cure palliative e in queste condizioni la maggior parte delle richieste d'eutanasia terminano. È opportuno pertanto generalizzare queste cure, raccogliere sempre più il consenso degli anziani e tener conto del loro diritto a rifiutare dei trattamenti.

d. Il diniego della morte

Il diniego della morte nelle case di riposo o nei servizi di lunga degenza riflette il rifiuto della vecchiaia e della morte da parte della società. L'anziano si incammina verso la morte, l'incarna e ciò fa paura.

L'anziano parla della morte a chi vuole ascoltarlo, esprimendo dolorosamente la lunghezza dei giorni e la sua difficoltà a vivere il proprio invecchiamento, condividendo la sua pena o il suo smarrimento dopo la morte dei suoi familiari o evocando la paura di morire o l'inquietudine per l'al di là. In un certo numero di istituti, non si parla della morte di un residente o di un malato; coloro che si stupiscono della sua assenza ricevono risposte vaghe come "è partito". Non viene svolto nessun rito, la persona "cade nell'oblio" e il lutto dei familiari è poco considerato. In un tale non-detto, la paura della morte non può che accentuarsi in alcuni.

e. La cattiva conoscenza della ricerca spirituale degli anziani

Tutti gli anziani che ho interrogato, tra i quali diversi credenti, hanno espresso il dispiacere di non essere sostenuti sul piano spirituale; alcuni desiderano poter beneficiare di un luogo di preghiera nel loro istituto, di visite più frequenti da parte di un membro di una cappellania e soprattutto della celebrazione regolare della messa o di un culto. È raro trovare un luogo di raccoglimento in una casa di riposo

e all'ospedale è spesso inaccessibile. Troppo pochi sacerdoti dedicano tempo ai residenti di questi istituti, le équipes delle cappellanie sono esigue nel numero. Lo stesso personale è smarrito, a volte sensibile ai bisogni spirituali degli anziani o dei malati ma si sente troppo solo per farvi fronte. Questa richiesta vale anche per il personale. Confrontarsi quotidianamente con la vecchiaia e la morte pone domande esistenziali. La fine della vita è l'occasione per un bilancio, la riconciliazione, la ricerca di significato, a volte un ritorno alla fede o un approfondimento di questa. La preghiera è spesso scarna ma reale. Con chi possono gli anziani condividere questi momenti importanti? Non vivono troppo spesso in un grande isolamento?

In conclusione

Queste domande rinviano ognuno di noi alla propria responsabilità umana e alla sua missione di cristiani a fianco di molte altre persone di "buona volontà".

Il mio intervento può essere riassunto in quattro punti:

1) L'anziano resta una "persona", qualunque sia il suo decadimento fisico o mentale, degna di rispetto, di competenza e sollecitudine da parte di coloro che si prendono cura di lui. Occupa un posto particolare nelle nostre società multigenerazionali. Il suo consenso è indispensabile se lo si considera soggetto e non oggetto di cure; in caso di incapacità dovrebbe essere nominato un rappresentante da consultare in caso di bisogno. A queste condizioni, l'anziano temerà forse meno il trasferimento in istituto quando se ne presenterà il momento¹¹.

2) È urgente che nei paesi occidentali si tenga conto di questa "rivoluzione della longevità" e che la vecchiaia venga considerata come una tappa ricca della vita anche se comporta perdite e una certa privazione^{3, 10}.

3) È indispensabile accettare la finitezza umana. La medicina e la tecnica possono prolungare la vita ma non sopprimere la morte. La paura della morte che alberga in tutti noi, a livelli diversi, non rinvia a questioni essenziali?^{1, 7}

4) La qualità delle cure e dell'accompagnamento degli anziani risulta dalla consapevolezza dell'unicità della persona e della sua complessità. Le istituzioni dovrebbero beneficiare dei mezzi necessari per accordare una fine della vita decente ai loro residenti e un sostegno sufficiente da parte del personale e dei familiari².

Una maggiore attenzione particolare dovrebbe essere rivolta alla ricerca spirituale e alle attese religiose della persona.

La condizione degli anziani dovrebbe essere una preoccupazione dell'intera società e non soltanto delle istanze medico-sociali. La Chiesa ne è ben consapevole ed è questa la ragione per cui ci troviamo qui riuniti. Auspicio che noi cristiani possiamo essere inventivi, con molti altri, per manifestare un maggiore rispetto della persona umana, in particolare quando essa giunge al tramonto della vita e che possiamo testimoniare con le nostre parole e il nostro operato l'amore incondizionato di Dio in Gesù Cristo per ogni persona.

Dott.ssa MARIE-SYLVIE

RICHARD XAVIERE

Presidente della Commissione Médica
Casa di Cura Jeanne Garnier, Parigi

Bibliografia

¹ BADEY-RODRIGUEZ CLAUDINE, *Les personnes âgées en institution: vie ou survie*, Se-
li Arslan, 1997.

² "CHARTRE des droits et libertés de la per-
sonne âgée dépendante", Fondation Nationa-
le de Gériatrie, Secrétariat d'Etat chargé de la
Sécurité Sociale, 1987. Revue et corrigée en
1996.

³ FORETTE FRANÇOISE, *La révolution de la
longévité*, Editions Saint Paul, 1997.

⁴ DE GALZAIN CH., RICHARD M-S., VENETZ
A-M, *Quand les jours sont comptés*, Editions
Saint Paul, 1997.

⁵ GEORGE M-Y., BLIQUE S., PERIN F., *Dé-
mence et fin de vie...en quête de sens*, Infoka-
ra n°51, 3/1998.

⁶ LAMAU MARIE-LOUISE (sous la direction
de), *Manuel de Soins Palliatifs*, Privat, 1994.

⁷ MAISONDIEU JEAN, *Le crépuscule de la
raison*, Bayard, 1989 – réédition en 1992.

⁸ POIRIER M-F., *La contention des person-
nes âgées*, Revue Laenne, Mars 1998.

⁹ SEBAG LANOE RENÉE, *Soigner le grand
âge*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. épi
1992.

¹⁰ SEBAG LANOE RENÉE, *Vieillir en bonne
santé*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997.

¹¹ SOEUR MARIE-ANTOINETTE DE LA TRI-
NITÉ, *La dignité dans le regard des autres*, Pa-
ris, Notre-Dame, 1991, N°369.

DARIO CASTRILLON HOYOS

Sacerdoti e religiosi nell'età avanzata

1. La santità del ministero sacerdotale e della missione religiosa è “per sempre”

Nel ricollegarmi a quanto sapientemente esposto da Sua Eminenza il Cardinale Dionigi Tettamanzi, mi avvio a concludere la attenta analisi svolta nei tre precedenti interventi sulla vita della persona anziana nell'ambito della comunità ecclesiale.

I giusti “nella vecchiaia daranno ancora frutti!”. Così recita il versetto quindicesimo del Salmo 92 posto nell'epigrafe del tema di questa Tredicesima Conferenza Internazionale: esso può davvero applicarsi – e pienamente – ai sacerdoti e religiosi anziani: essi, chiamati a vocazioni specifiche di santità, configurati a Cristo Capo e Pastore, sono propriamente “uomini di Dio” (1 Tm 6, 11), sono annoverati tra i giusti della Nuova Alleanza. Mediante l'Ordinazione sacerdotale e la consacrazione religiosa sono scelti nel seno del Popolo di Dio per essere consacrati “totalmente” e “per sempre” all'opera per cui Dio stesso li ha assunti.

Il carattere sacerdotale è indelebile, così come la professione dei consigli evangelici non è riferibile o limitata ad una determinata epoca della vita. Per questo possiamo proseguire nella lettura del versetto summenzionato, riferendoci propriamente ai sacerdoti e religiosi anziani, “saranno vegeti e rigogliosi” (Sal 92, 15b), cioè colmi di giovinezza e forza divina, scaturiti dalla loro identificazione con Cristo, a cui sono chiamati per vocazione divina.

Ecco perché il sacerdote e il religioso nell'età avanzata sono il giu-

sto che “fiorirà come palma, crescerà come cedro del Libano; piantati nella casa del Signore, fioriranno negli altari del nostro Dio”. Nella Chiesa di Cristo, docili alla volontà divina, prosperano e crescono continuamente, radicati nella fedeltà a Dio. È la donazione totale di sé alla Chiesa, operata da ogni presbitero e religioso, ad immagine e in condivisione con il dono di Cristo a rendere sempre spiritualmente vigorosa e feconda la loro missione, in qualsiasi circostanza, tempo e luogo essa si realizzi.

2. Carità pastorale: validi amministratori dei misteri di Dio

Lo comprendiamo pienamente ricordandoci che la carità pastorale, il cui contenuto essenziale è il dono di sé, il totale dono di sé alla Chiesa, trova nel periodo dell'anzianità la sua espressione piena e

la realizzazione suprema: l'offerta della propria vita in Cristo per la Sua Chiesa.

Così è stato di Cristo, che “ha amato la Chiesa e ha dato se stesso per lei” (Ef 5, 25), così avviene, senza limiti temporali, in questo cammino di ritorno alla Casa del Padre, nella vita di tutti i sacerdoti e religiosi, chiamati ad una identificazione sempre maggiore con Cristo. Essi possono e debbono dire, con San Paolo: “Per me il vivere è Cristo” (Fil 1, 21), “Non sono più io che vivo, ma Cristo vive in me” (Gal 2, 20).

Nella carità pastorale i presbiteri e religiosi anziani vivono l'anelito paolino “Charitas Christi urget nos!” (2 Cor 5, 14): un amore soprannaturale è il loro, che scaturisce dalla sofferenza e morte in Croce del Verbo incarnato. Soltanto la carità che sa mostrarsi paziente e benigna, che tutto copre, tutto crede e tutto sopporta (cfr. 1 Cor 13, 4-7) può rendere ragione non tanto del compimento più o meno esatto e formale di determinate attività pastorali, ma di una dedizione totale di servizio nella carità di Cristo: “La carità pastorale – affermiamo con parole del Santo Padre – è quella virtù con la quale noi imitiamo Cristo nella sua donazione di sé e nel suo servizio. Non è soltanto quello che facciamo, ma il dono di noi stessi, che mostra l'amore di Cristo per il suo gregge. La carità pastorale determina il nostro modo di pensare e di agire, il nostro modo di rapportarci alla gente. E risulta particolarmente esigente per noi” (Esort. ap. *Pastores dabo vobis*, n. 23).

Sant'Ireneo, il grande Vescovo di Lione, lo aveva mirabilmente sintetizzato nelle note affermazio-



ni: “Vivens homo, gloria Dei”, la vita dell’uomo divinizzato è la gloria di Dio, perché la sua vita è comunione con Dio, “Vita hominis visio Dei” (*Contro le eresie*, 4, 14).

I sacramenti della Penitenza e dell’Eucaristia, in quanto momenti privilegiati della comunicazione della vita divina all’uomo, stanno al centro del loro ministero e missione; benché anziani e a volte non in perfetta condizione fisica, spesso affaticati, essi permangono strumenti vivi di Cristo Sacerdote e Pastore: la loro preparazione teologica e morale, l’esperienza di vita, la maturata capacità di accoglienza e di ascolto li rende più che mai validi amministratori dei misteri di Dio (cfr. *1 Cor* 4, 1).

Pertanto, riferendoci nuovamente ai versetti del Salmista sopra menzionati, la Chiesa che vogliamo vedere rifiorire e dare nuovi frutti, la Chiesa del nuovo Avvento, la Chiesa che si prepara alla nuova venuta del Signore in questo imminente Anno Giubilare, deve essere la Chiesa che sa impiegare con profitto il ricco tesoro che è in Lei: i sacerdoti e religiosi anziani. Essi sono i generosi dispensatori della parola di Dio e dei sacramenti – con fame di santità propria e altrui –, uomini formati da tempo dalla Chiesa, sempre in sintonia con Essa, per essere contemplativi nel mondo e del mondo “con gli occhi di Cristo stesso” per usare una espressione cara al Santo Padre e che appare già nella sua prima Enciclica (*Enc. Redemptor hominis*, 18).

3. Vita di preghiera e di penitenza: superamento del funzionalismo

Contro l’influsso di una mentalità che tende erroneamente a ridurre il sacerdozio ministeriale e la consacrazione religiosa ai soli aspetti funzionali, si erge la verità sulla natura dello stesso presbiterato e stato religioso (cfr. *Direttorio per il ministero e la vita dei presbiteri*, n. 44). Tutti i sacerdoti e i religiosi, lo ricordiamo ancora, giovani o anziani, sono sempre strumenti vivi di Cristo Eterno Sacerdote, Capo e Pastore della Chiesa per proseguire nel tempo la Sua mirabile opera. La loro identificazione

con Cristo li guida e nello stesso tempo li spinge a una vita di preghiera e di penitenza sempre più intensa; e questo non come una questione “privatista” di devozione particolare, ma come condizione di efficacia pastorale, proprio perché essi, di per sé, da soli “non possono”, ma proprio nella misura in cui sono Cristo, “sì, possono”.

Il funzionalismo, che significa svuotamento del senso del ministero sacerdotale e della missione religiosa, prediligendo il fare sull’essere, con il pericolo della caduta in uno sterile attivismo, viene superato da questa profonda ragione teologica: la necessità della santità personale per ogni singola opera apostolica e per la ri-cristianizzazione del mondo nella sua interezza.

E ciò non si realizza senza la preghiera. “Penso che risulti evidente a tutti che è semplicemente impossibile vivere virtuosamente senza l’ausilio dell’orazione” scriveva il Crisostomo (*De praecatione*, orat. I). Affidiamoci dunque all’orazione dei sacerdoti e religiosi anziani, ricordandoci delle braccia di Mosé elevate sulla cima del colle mentre nella pianura il Popolo di Israele conduceva vittoriosamente la battaglia contro Amalek: “Quando Mosé alzava le mani, Israele era il più forte, ma quando le lasciava cadere, era più forte Amalek” (*Es* 17, 11).

Rivolgiamoci, infine, alla loro vita penitente, così carica di frutti per l’azione apostolica di tutta la Chiesa: la eventuale debilitazione fisica o stanchezza morale, a causa

di malattie o spossatezza, sarà davvero offerta preziosa e grata a Dio a vantaggio della santità di tutti. Essi vivranno l’esperienza di San Paolo, che in forza della sua unione con Cristo sofferente, affermava: “Sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo Corpo che è la Chiesa” (*Col* 1, 24).

4. Riflessi del miglioramento della qualità di vita

Non possiamo tralasciare di riferirci alle nuove condizioni di vita che influenzano la longevità degli uomini, data la sviluppata assistenza sanitaria e la prevenzione di malattie ed infezioni. Non solamente ciò ha rilevanza perché nella Chiesa è presente un numero sempre più elevato di presbiteri e religiosi anziani, ma anche perché l’età avanzata non significa più difficoltà di salute, ridotta capacità di lavoro pastorale, incapacità di mantenere i ritmi impressi dalla propria missione sacerdotale o religiosa.

Auspicio pertanto che gli Ordinari ed i confratelli, benché non trascureranno mai di manifestare la loro solidarietà agli ammalati mediante visite periodiche, possano offrire all’anziano presbitero e religioso responsabilità e comunque attività consone con il suo stato: l’esperienza pastorale, la ricchezza di conoscenza delle diverse situazioni sociali, i mezzi moderni di apprendimento e di trasmissione dell’informazione, sono tutti elementi che concorrono ad una nuova dimensione della vita nell’età avanzata.

Possiamo concludere con il Salmista: “Quanto è bello il buon giudizio con i capelli bianchi e per gli anziani, il conoscere il consiglio! Quanta è bella la saggezza presso i vecchi, presso i grandi del mondo, un pensiero riflettuto! La corona dei vecchi è una ricca esperienza, la loro dignità, il timore del Signore” (*Sir* 25, 3-6).

S. Em. Card. DARIO
CASTRILLON HOYOS

Prefetto della Congregazione per il Clero,
Santa Sede



SESSIONE POMERIDIANA

BONIFACIO HONINGS

Risposta della Chiesa alla sfida etico-culturale della emarginazione della persona anziana

Introducendo la sessione di questa sera voglio rilevare come essa si colloca nell'insieme della nostra Conferenza su “*La Chiesa e la persona anziana*”.

Ieri abbiamo potuto cogliere, alla luce divina, quanto era grande nella convivenza del popolo di Dio la dignità, piena di rispetto, della persona anziana e come la sua presenza era del tutto “integrata”; passando alla realtà siamo stati informati sulla situazione demografica a livello mondiale caratterizzata da una continua “crescita” delle persone anziane, da una parte, e da una continua “decrescita” delle nascite dall'altra. Questa situazione ha evidenziato che, e come, un numero sempre maggiore di persone della “terza età” si trova “emarginato”. Da questo contrasto tra la situazione *ideale* e la situazione *reale* siamo giunti alla conclusione che si tratta di una crisi dovuta prevalentemente, per non dire unicamente, al primato dei criteri dell'avere, del sapere e del potere.

Dal fatto che questi criteri stanno causando sempre più la *emarginazione* non solo delle persone anziane malate, ma anche delle persone ancora sane, abbiamo capito che ci

troviamo di fronte ad una sfida etico-culturale alla quale la Chiesa non può sottrarsi, anzi.

Perciò tutti gli interventi di oggi si cimentano, appunto, con questa sfida.

Stamattina, il primo intervento ha approfondito gli aspetti teologico-pastorali della Chiesa nei riguardi della persona anziana, ripresi poi, in una tavola rotonda, collocando la persona anziana nella comunità ecclesiale locale, nella famiglia, negli istituti; una speciale attenzione hanno avuto i sacerdoti e i religiosi anziani.

La risposta di questa sessione ha anche due momenti: il primo è dedicato ai valori della persona anziana nella Chiesa; il secondo è interessato a conoscere i valori della persona umana nelle grandi religioni. In questo modo la risposta della Chiesa alla sfida etico-culturale della situazione di *emarginazione* della persona anziana si concreta non solo in una conferenza che dimostra, alla luce della *Gaudium et Spes* e della *Evangelium vitae*, il valore che rappresenta l'anziano per la Chiesa negli ospedali, ma anche in una conferenza che rileva l'atteggiamento dell'anziano di fronte alla morte co-

me valore supremo della vita.

Dopo questa risposta, diciamo di indole più “etica”, passiamo alla risposta di indole più “culturale”. Se la cultura è, fondamentalmente, uno stile di vita, un modo abituale di valutare e di vivere conforme ad una gerarchia di valori e, di conseguenza, di essere, è evidente che l'*essenziale* di una cultura è costituito dall'atteggiamento con cui un popolo afferma o nega un vincolo religioso con Dio. Infatti, i valori religiosi o i disvalori religiosi sono connessi con il senso ultimo dell'esistenza e si radicano in quella zona più profonda in cui l'uomo si dà, secondo un orientamento positivamente religioso o, al contrario, ateo, le risposte alle domande fondamentali ma definitive che lo assillano. Perciò la religione o l'irreligione ispira tutti gli altri ordini della cultura – familiare, economico, politico – in quanto li libera verso un senso ultimo trascendente o li chiude nel loro senso immanente (cfr. CELAM, *Puebla*, 1979, n. 389).

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*



MARY HEALEY-SEDUTTO

Gli anziani e il loro valore nella Chiesa

Introduzione

Quanti di noi hanno la fortuna di servire nel ministero sanitario della Chiesa, hanno a disposizione un messaggio molto chiaro di guida ed incoraggiamento nell'enciclica del Santo Padre *Evangelium Vitae* del 1995. Questo messaggio di speranza ha visto la luce esattamente trenta anni dopo la Costituzione pastorale *Gaudium et Spes*, altro significativo messaggio pontificio emanato dal Vaticano II. Il rapporto tra questi due messaggi è significativo; le due encicliche ci insegnano che la famiglia è sacra, e che tutti i suoi membri contribuiscono in modo significativo non solo alla famiglia in quanto tale, ma anche alla società, tanto spiritualmente quanto materialmente, senza distinzione di età o di condizione economica. Mentre la *Gaudium et Spes* ci aveva messi in guardia contro i pericoli potenziali del progresso della tecnologia sulla struttura familiare, e contro le minacce che questo stesso progresso poteva causare alla dignità essenziale di ogni suo membro, l'*Evangelium Vitae* ci ricorda la dura realtà che quello che ci era stato preavvisato è successo e, allo stesso tempo, ci incoraggia a rivolgere il nostro sguardo verso la bellezza del Vangelo dell'Amore e del Vangelo della Vita. I due messaggi, inoltre, ci ricordano che i nostri anziani e i nostri malati devono essere protetti e nutriti, e che i loro contributi devono essere accettati con gratitudine, assaporati con gioia e protetti profondamente da tutti.

Durante la visita compiuta nel 1987 negli Stati Uniti, il Santo Padre ha detto: "Il vostro ministero

sanitario... è uno degli apostolati più vitali della comunità ecclesiale e uno dei servizi più significativi offerti dalla Chiesa cattolica alla società in nome di Gesù Cristo"¹. Rivolgendosi più di recente ai Vescovi degli Stati Uniti (gennaio 1996), il Santo Padre rifletteva ancora sull'interrelazione sempre più complessa tra medicina e cura sanitaria e sul patrimonio di insegnamento morale della Chiesa:

"Ogni aspetto delle cure sanitarie cattoliche deve essere permeato dal messaggio evangelico del significato di redenzione della sofferenza e della morte, in unione con la croce del Signore. Gli ospedali, le cliniche e i convalescenziari dovrebbero irradiare il calore, la speranza, la compassione e la solidarietà che sono i migliori antidoti ad atti travestiti di 'pietà'. Le istituzioni cattoliche [devono essere chiamate] ad un assoluto rispetto per la vita; il 'provocare la morte' non può mai essere considerata una forma di trattamento medico, anche quando l'intento è quello di soddisfare la richiesta del paziente per la vita"².

Mentre la Chiesa cattolica negli Stati Uniti è stata generosamente benedetta con risorse considerevoli che le hanno permesso di occuparsi degli anziani deboli e ammalati, all'approssimarsi del terzo millennio noi, in quanto Chiesa, dobbiamo essere costantemente vigili di fronte alle molte sfide che il nostro ministero sanitario si trova a dover affrontare: una società che è diventata un luogo di mercato e che è retta dall'economia, una società con politiche sociali superate e strategie di cure a lungo termine, una società che riflette la crescente convinzione che la sa-

nità sia un business e non un'opera caritatevole, e un chiaro modello di discriminazione sociale e individuale contro gli anziani, secondo cui soltanto i giovani sono belli mentre gli anziani e i malati imbarazzano per le loro malattie e infermità, e vanno evitati e dimenticati.

Questo intervento intende attirare l'attenzione sui messaggi chiari e costanti della *Gaudium et Spes* e dell'*Evangelium Vitae*, e presentare come la Chiesa negli Stati Uniti ha cercato di testimoniare la verità di questi messaggi nei suoi principi guida e direttive, come pure in alcuni dei suoi lavori apostolici specificatamente sanitari. Descriveremo quanto sia bello applicare queste verità al servizio degli anziani, e alcuni dei doni ricevuti dai "servitori" come ricompensa al loro operato.

"Le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce..."

La Prefazione della *Gaudium et Spes* è particolarmente bella. Essa ci ricorda che:

"Le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini d'oggi, dei poveri soprattutto e di tutti coloro che soffrono, sono pure le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce dei discepoli di Cristo"³.

La *Gaudium et Spes* ci ha messi in guardia contro il destino potenziale della famiglia – e dell'anziano – nelle mani di una società che sta rapidamente avanzando a livello tecnologico. Allo stesso tempo ci ha dato un messaggio chiaro – forse un'ammonizione – di cosa è la dottrina fondamentale del messaggio sociale della Chiesa, vale a dire:

"La famiglia, nella quale le diverse generazioni si incontrano e si aiutano vicendevolmente a raggiungere una saggezza umana più completa e a comporre convenientemente i diritti della persona con le altre esigenze della vita sociale, è veramente il fondamento della società. Perciò tutti coloro che hanno influenza sulla società e le sue diverse categorie, devono collaborare efficacemente al bene del matrimonio e della famiglia"⁴.

Noi che serviamo la Chiesa attraverso le cure sanitarie agli anziani, dobbiamo dare testimonianza di questa verità e mettere in atto diversi programmi ed iniziative. Programmi diretti a sviluppare comunità più sane, sforzi della parrocchia per andare incontro a queste persone, centri per servizi medici ambulatoriali e sociali per adulti, programmi di sostegno sociale intergenerazionale, e iniziative di volontariato, sono meravigliose opportunità per diventare parte delle gioie e speranze, delle tristezze e angosce di coloro che abbiamo la fortuna di servire.

Detto ciò, bisogna subito aggiungere che, in quanto leaders nel nostro ministero, dobbiamo sempre vigilare affinché l'imperativo del business non prenda il sopravvento sulla nostra missione. La frase che viene troppo spesso usata nelle istituzioni sanitarie no-profit degli Stati Uniti è "nessun margine, nessuna missione". Questa frase non è appropriata per le cure sanitarie cattoliche, poiché le pone sullo stesso livello dei beni e dei servizi commerciali che si vendono e si acquistano in un mercato. Sarebbe naturalmente più appropriata per noi una pianificazione strategica per definire la nostra missione e quindi intraprendere quei passi appropriati e disponibili che assicurino le entrate pubbliche, private e caritatevoli necessarie per realizzare la missione. Non possiamo fare ciò che è al di là delle nostre risorse. Non dovremmo scegliere semplicemente quelle iniziative che ci offrono il più alto rendimento finanziario sui nostri investimenti. Sfortunatamente, la cura degli anziani e dei malati il più delle volte ci offre il guadagno più basso sugli investimenti. Poiché diventa sempre più difficile trovare risorse finanziarie, la rea-

lizzazione di cure sanitarie di ispirazione cattolica diventa una sfida sempre maggiore.

Quando delineiamo e realizziamo i nostri programmi dobbiamo ricordare che l'obiettivo da perseguire è il benessere del paziente e della sua famiglia. Il singolo paziente deve essere visto nel contesto più ampio del matrimonio e della famiglia. I particolari bisogni di ogni persona che viene curata nei nostri istituti vanno ben al di là di quelli fisici o medici; noi dobbiamo rispondere alle urgenze sociali, psicologiche, interpersonali ed olistiche della persona, corpo e anima. Qualora il paziente non avesse famiglia, dobbiamo far sì che vengano sviluppate strutture sociali di sostegno e di collegamento in modo tale da creare una "famiglia". La Chiesa è la famiglia vivente per tutti noi, e questa buona novella di "famiglia" deve far parte del messaggio diretto a tutti coloro che ricevono le nostre cure.

Molto viene fatto in questo campo.

Nel 1997, la Catholic Health Association – associazione nazionale a sostegno degli operatori sanitari cattolici e fonte decisiva per lo sviluppo della leadership e per i programmi di formazione didattica negli Stati Uniti – ha pubblicato una serie di libri e di materiale per la formazione centrati sul bisogno di formare nel giusto modo i nostri leaders sanitari nella cura degli anziani e degli ammalati⁵. Il Presidente di questa associazione, P. Michael Place, già dell'Arcidiocesi di Chicago, sta portando avanti in modo energico una battaglia per preservare l'identità cattolica del nostro ministero sanitario in una società pluralistica, sottolineando la nostra preoccupazione per gli anziani.

L'interesse dell'Associazione per gli anziani e gli ammalati non ha avuto uno sviluppo immediato. La cura degli anziani è diventato il suo obiettivo primario due anni fa. A seguito di una vasta analisi dei problemi relativi alle cure per gli anziani negli Stati Uniti, l'Associazione ha visto il forte bisogno di una struttura spiritualmente fondata allo scopo di favorire le competenze necessarie per sviluppare politiche e programmi rivolti alla cura degli anziani. Ma una buona per-

spicacia negli affari non è stata sufficiente. James E. Hug, S.J., editore del libro della Catholic Health Association dal titolo *Dimensions of the Healing Ministry*⁶, ha spiegato che una di queste competenze essenziali è quella di sviluppare competenze associate agli atteggiamenti sociali ed individuali in mutamento. Egli ci ha spinto a lavorare all'interno del sistema economico americano con una integrità sociale che sia veramente cristiana. Durante l'assemblea nazionale del 1998 dell'Associazione, di cui è stato l'oratore principale, P. Hug ci ha invitati ad adoperarci per trasformare atteggiamenti, strutture e sistemi istituzionali, così che possiamo uscire ed incarnare la nostra paura culturale della morte e della vecchiaia, trasformandoli in amore per la vita. Egli ci ha ricordato che le società hanno la tendenza ad identificare il lavoro umano con la produttività, emarginando in questo modo gli anziani e i poveri⁷.

Malgrado questi sforzi, troppi anziani negli Stati Uniti non ricevono le cure di cui hanno così disperatamente bisogno e che spettano loro. Gli ultra ottantacinquenni costituiscono il segmento della nostra popolazione che cresce più velocemente degli altri. Mentre i nostri ospedali e case di cura forniscono servizi essenziali agli anziani, soltanto il 10-12% di loro risiede in istituzioni sanitarie. La maggior parte delle cure e del sostegno nei loro confronti viene fornita dai cosiddetti "dispensatori di cure informali" – cioè coniugi, figli, parenti o amici – che si prendono cura dell'anziano per amore e gentilezza, nelle proprie case e comunità. Raramente questi servitori amorosi ricevono un'assistenza finanziaria e compiono notevoli sacrifici per occuparsi di queste persone. Spesso non dispongono delle attrezzature mediche essenziali, dei mobili e dell'alloggio adatti, di supplementi nutritivi o di mezzi di trasporto adeguati. Oltre a sacrificarsi in modo così coraggioso, spesso essi stessi sono anziani e hanno bisogno a loro volta di sostegno ed assistenza. Questi eroi sono spesso dimenticati o non considerati quando decidiamo le nostre politiche pubbliche, rifiniamo i nostri programmi di assicurazio-

ne sanitaria o strutturiamo i nostri programmi istituzionali di dispensazione di servizi.

Come gli anziani di cui ci si prende cura in casa, anche gli anziani che vengono curati nelle nostre istituzioni sanitarie si trovano spesso di fronte a minacce. Sebbene diversi, i problemi sono pur sempre significativi. Una delle tristi realtà dei nostri tempi è che, purtroppo, la scienza e la tecnologia medica hanno fatto dei passi in avanti molto più velocemente della bioetica. Mentre negli ultimi dieci o quindici anni abbiamo assistito a grandi progressi, in particolare negli ospedali e case di cura cattoliche, la media degli ospedali e case di cura tristemente mancano di un riconoscimento degli obblighi morali ed etici che incombono su coloro che dispensano servizi sanitari – obblighi a preservare la vita e a non nuocere; a rispettare i diritti all'autodeterminazione, alla privacy e della dignità della persona umana. Con i rapidi progressi della tecnologia e della conoscenza scientifica, tutti noi troppo spesso ci rendiamo conto che la comunità medica preferisce rivolgere la propria attenzione a quei pazienti che possono "avere la migliore possibilità di guarire o sopravvivere" o "essere maggiormente utili per la formazione medica" di giovani residenti e interni. L'importante ruolo che i Comitati d'Etica svolgono nelle nostre organizzazioni sanitarie non può essere affermato esageratamente. I pazienti, la famiglia, i dispensatori di cure ed altri professionisti compiono sforzi comuni per affrontare i problemi sanitari, emotivi e spirituali che colpiscono i pazienti e i loro familiari.

Molti direbbero che la definizione dello stato di salute è politica, piuttosto che tecnica. Come si può determinare se l'anziano è sano? Io risponderei che gli aspetti emotivi e sociali della salute sono importanti quanto le componenti fisiologiche e mediche. La definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce la molteplice natura della salute descrivendola come "una questione di benessere fisico, psichico e sociale, e non soltanto l'assenza di malattie"⁸. Il nostro ministero sanitario deve riconoscere l'interrelazio-

ne tra mente, corpo e spirito. Nello sforzo di sanare non possiamo guardare solo ad uno o due di questi aspetti; storicamente la Chiesa si è sempre presa cura dell'aspetto spirituale, lasciando agli ospedali la cura del corpo. Il ministero sanitario di oggi riconosce che questi tre aspetti devono essere uniti insieme, e che la Chiesa, gli ospedali, la comunità e la società sono tutti responsabili della totalità di quello che alcuni chiamano "il ministero sanitario olistico"⁹.

"Ridestare la speranza per un nuovo principio di vita..."

Riconoscendo le dure realtà del progresso tecnologico in una società altamente contrassegnata dall'economia, il Santo Padre ci ricorda in modo chiaro la verità della nostra fede, usando quelle che egli chiama "le parole più forti" nella sua Enciclica *Evangelium Vitae*:

"Il Vangelo della vita sta al cuore del messaggio di Gesù. Accolto dalla Chiesa ogni giorno con amore, esso va annunciato con coraggiosa fedeltà come buona novella agli uomini di ogni epoca e cultura"¹⁰. "Il Vangelo dell'amore di Dio per l'uomo, il Vangelo della dignità della persona e il Vangelo della vita sono un unico e indivisibile Vangelo"¹¹.

Nella sua lettera, il Santo Padre guarda ai secoli trascorsi e tristemente, ma acutamente, riflette sui

cosiddetti progressi della nostra società, che ci hanno sfortunatamente condotti ad una vera "cultura di morte". Giovanni Paolo II usa parole forti per parlare della santità della vita umana e del peccato intrinseco e morale di uccidere la vita innocente, attraverso l'aborto o l'eutanasia¹². Il nostro ministero sanitario è sempre sfidato da forze a favore del suicidio medicalmente assistito e in alcune parti degli Stati Uniti sono state approvate delle leggi che legalizzano tali pratiche.

Nella sua enciclica, il Santo Padre parla della "guerra dei potenti contro i deboli", descrivendo la situazione in cui coloro che richiederebbero maggiore amore e cura sono ritenuti inutili, o considerati come un peso intollerabile e quindi rifiutati. Le persone più avvantaggiate potrebbero vedere messi in discussione il proprio benessere o le proprie abitudini di vita da chi è malato o handicappato e che, pertanto, va eliminato. Si scatena così quella che il Santo Padre chiama la "congiura contro la vita"¹³. Per dare testimonianza del ministero sanante della Chiesa dobbiamo assicurare che noi combattiamo questa congiura contro la vita, lavorando per la realizzazione del Vangelo della Vita e del Vangelo dell'Amore. Parlando dell'*Evangelium Vitae*, Mons. James J. Mulligan ha detto: "è triste rendersi conto che le specie peggiori del disprezzo e del rifiuto sono camuffate da altruismo. L'aborto e l'eutanasia sono presentati come soluzioni ai problemi umani invece delle tragedie che realmente sono"¹⁴. La distinzione tra ciò che è morale e giusto e ciò che è immorale e sbagliato è diventata confusa, particolarmente all'interno dei parametri della medicina e delle cure sanitarie. Gli anziani e gli ammalati – che sono tra le persone più deboli tra coloro che serviamo – spesso si ritrovano vittime di questa visione confusa dell'anima.

"The Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services"

Le *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*¹⁵ sono state adottate dalla Conferenza Nazionale dei Vescovi



Cattolici degli Stati Uniti nel novembre 1994, e pubblicate nel marzo 1995. La prima edizione è stata pubblicata nel 1971 e le revisioni che hanno portato alla versione attuale sono iniziate nel 1987. Queste Direttive rappresentano un insieme di principi teologici e pastorali e hanno come fondamento gli insegnamenti della scrittura, la tradizione ecclesiale e l'interpretazione della legge naturale da parte della Chiesa. Non sorprende il fatto che uno dei documenti più significativi usati dai vescovi americani nella redazione di tale documento sia proprio la *Gaudium et Spes*.

I Vescovi degli Stati Uniti ricordano a quanti prestano la loro opera nei ministeri sanitari della Chiesa cattolica che non bisogna far prendere il sopravvento all'aspetto economico quando prestano i loro servizi. In quella che è stata chiamata una “pastorale economica”, essi ci ricordano che siamo chiamati ad un patto – il Nuovo patto – attraverso il quale dobbiamo far sì che si sviluppi una comunità che deve essere caratterizzata dal rispetto reciproco, dalla collaborazione e da una cura particolare per gli anziani e i poveri¹⁶. Il nostro compito non è semplicemente quello di provvedere agli altri, ma di impegnare gli altri in un approccio di collaborazione alle cure sanitarie. Questo è particolarmente vero nel servizio agli anziani, dove la tentazione è spesso quella di disumanizzare il debole e il malato, di imporre loro un comportamento passivo come fossero dei bambini, che spesso e inconsapevolmente li umilia e li rende infantili. Quanti di noi non sono passati nelle sale dei nostri istituti e hanno sentito gli operatori sanitari rivolgersi ai loro pazienti con dei nomignoli, invece di chiamarli con rispetto con i loro nomi?

Un tema ben articolato di queste Direttive è quello della verità della convinzione cattolica sulla sacralità e la dignità di ogni essere umano e che sia il corpo sia l'anima sono degni di tutto il nostro rispetto e sostegno. Il documento è strutturato in sei sezioni o parti; la quinta riguarda le cure per i morenti. In essa ci viene ricordato che il dono della redenzione di Cristo sostiene ogni persona, in ogni momento

della vita, anche durante la sofferenza, la malattia e la morte. Questo messaggio, che tanto meravigliosamente ci viene offerto dalla *Gaudium et Spes* e dall'*Evangelium Vitae*, è stato preso dai Vescovi americani e modellato in linee guida specifiche affinché il ministero sanitario cattolico in tutti gli Stati Uniti sia coerente nel testimoniare questa verità.

Prendendo di nuovo spunto dalle encicliche pontificie, il documento parla del bisogno di sostenere tanto il paziente quanto la famiglia. Il compito di prendersi cura del paziente e della famiglia va oltre le cure mediche per comprendere una gamma più vasta di cure e il sostegno generale del corpo e dell'anima.

Due delle direttive più significative della quinta parte sono le seguenti:

Direttiva 60. L'eutanasia e il suicidio medicalmente assistito sono intrinsecamente sbagliati e non possono essere tollerati.

Direttiva 61. Il paziente dovrebbe essere liberato il più possibile dalle sofferenze. Le terapie in grado di alleviare o di eliminare il dolore devono essere fornite ad una persona morente anche se indirettamente possono abbreviarne la vita, purché l'intenzione non sia quella di affrettarne la morte.

Ancora una volta, è impossibile leggere ed applicare queste direttive senza riflettere sulla bellezza e la vivacità dell'*Evangelium Vitae*. Non c'è spazio per la confusione o

l'incomprensione in questo messaggio.

“La morte, considerata ‘assurda’ se interrompe improvvisamente una vita ancora aperta a un futuro ricco di possibili esperienze interessanti, diventa invece una ‘liberazione rivendicata’ quando l'esistenza è ritenuta ormai priva di senso perché immersa nel dolore e inesorabilmente votata ad un'ulteriore più acuta sofferenza”¹⁷.

In tutti gli Stati Uniti ci si sta muovendo verso la fusione delle cure sanitarie. Molti ospedali non cattolici stanno cercando una partnership con gli ospedali cattolici. A sorpresa – e con disappunto di molti gruppi a favore dell'aborto – molti ospedali non cattolici sono pronti ad applicare le Direttive cattoliche, e con orgoglio proclamano che esse rappresentano quei principi morali ed etici che sono il fondamento dei servizi che anch'essi prestano. Sempre più vescovi diocesani degli Stati Uniti chiedono di aderire a queste Direttive affinché costituiscano il *sine qua non* per ogni fusione tra operatori sanitari cattolici e non.

“Il buon dottore ha prescritto una terapia alternativa – l'amore”

Il Calvary Hospital, sponsorizzato e gestito dall'Arcidiocesi di New York, è un posto unico, per così dire una Casa dell'Amore. È l'unico ospedale di tutti gli Stati Uniti in cui vengono prestate cure palliative contro il cancro. Ha 200 posti letto e ogni mese muore il 90% dei pazienti. Nonostante ciò esso è purtroppo sempre pieno e spesso ci sono liste d'attesa. Il dott. Michael Brescia, Direttore Medico, e tutto il personale dell'ospedale conoscono appieno il messaggio d'amore della *Gaudium et Spes* e dell'*Evangelium Vitae*; essi testimoniano quotidianamente queste verità incorporandole nelle loro attività; lavorano duramente affinché i principi enunciati nelle *Ethical and Religious Directives* si riflettano nei loro programmi; ogni giorno vivono il Vangelo della Vita e il Vangelo dell'Amore.

Diversi mesi fa il dott. Brescia mi ha raccontato la storia di Bill che vorrei condividere con voi.



Bill era un uomo di 42 anni sposato con tre figlie piccole. Era venuto al Calvary Hospital per morire. Ogni giorno alle 15 cominciava la sua agonia che nessuna medicina poteva lenire. Dopo la seconda settimana di degenza, il dott. Brescia entrò nella camera di Bill, si sedette, gli prese le mani e ascoltò la sua storia. Bill lavorava a casa e ogni giorno alle 15 le figlie tornavano da scuola e lo abbracciavano. Bill sapeva che non avrebbe più vissuto tutto ciò, e il dolore e la disperazione di sapere che stava perdendo la sua amata famiglia, erano troppo grandi da sopportare. Da quella volta ogni giorno alle 15 il dott. Brescia entrava nella stanza di Bill e lo abbracciava forte. Nessuno dello staff lo avrebbe più lasciato solo in quell'ora fino alla sua morte, avvenuta tre settimane dopo in pace. "Fu una cosa straziante – ha detto il dott. Brescia – non potevamo controllare i dolori con i medicinali, ma è molto più difficile curare il dolore emotivo non solo del paziente ma anche della famiglia".

In un tempo in cui la morte viene spesso affrettata, il Calvary Hospital si erge come un luogo in cui le molte facce della sofferenza – spirituale, emotiva, mentale e fisica – vengono alleviate. È un luogo in cui il morente e la sua famiglia si trovano insieme di fronte alle seguenti difficili domande: dove sto andando? Perché sto male? Come andrà avanti la mia famiglia dopo la mia morte? Il Calvary Hospital non è un luogo di disperazione ma un luogo di grazia e dignità, un luogo in cui la vita inizia e non finisce, e ad ogni paziente viene assicurato che non morirà da solo. Basta passare nelle sale dell'ospedale per vedere la gioia che irradia dai volti del personale, dei pazienti e delle famiglie. Tutti compiono insieme lo stesso viaggio, condividendo il Vangelo della Vita e il Vangelo dell'Amore.

Oltre quattordici anni fa, il Cardinale John O'Connor divenne Arcivescovo di New York. Uno dei problemi immediati cui si trovò di fronte fu l'epidemia di AIDS nella città, in cui c'erano pochi, se non nessun medico o ospedale che si volessero occupare di questi esclusi della società. Essi stavano morendo, erano considerati sgradevoli e pericolosi; molti di loro erano

poveri e sbandati; altri drogati o dediti alla prostituzione. Il Cardinale prese immediatamente una decisione: l'Arcidiocesi di New York avrebbe aperto le braccia e le sue istituzioni sanitarie a questi disperati. Ben presto il St. Clare's Hospital di New York, di proprietà e gestito dall'Arcidiocesi, divenne il primo ospedale per pazienti di AIDS nello stato di New York.

Ma la bellezza di questa storia viene da qualcosa ancor più degno di nota della coraggiosa risposta alle sofferenze dei malati terminali. Viene dalla convinzione dello stesso Cardinale che, nella stessa morte e sofferenza, possiamo trovare e apprezzare la bellezza. Due o tre volte la settimana, per un anno intero il Cardinale O'Connor, in silenzio e in segreto, si recava al St. Clare's Hospital. Visitava i pazienti durante le ore della notte, quando la maggior parte delle persone dormono. Ogni volta si sedeva accanto al letto dei pazienti, lavava loro le ferite, cambiava le bende e ascoltava le loro storie. Solo dopo aver visitato oltre un migliaio di questi disperati, il Cardinale O'Connor sentì di aver compreso i loro dolori e le loro angosce. Di tanto in tanto ha condiviso con la gente la gioia e la bellezza della sua esperienza – una storia del Vangelo dell'Amore e del Vangelo della Vita.

"Il dono che mi ha fatto era veramente splendido"

Oso dire che tutti noi che abbiamo avuto la fortuna di avere avuto i nonni nelle nostre famiglie, possiamo ricordare con calore e gioia i doni di questo rapporto intergenerazionale; essi ci hanno dato il senso del ciclo della vita, di come il futuro potrebbe essere per noi alla loro età. Io pensavo che mia nonna fosse eterna ed ero convinta che non sarebbe mai morta. Quando, all'età di 28 anni, ricevetti una telefonata che me ne annunciava la morte – aveva 96 anni – mi sedetti sul pavimento e piansi come non avevo mai fatto prima. Lei rappresentava per me la vita eterna, tutte le cose che in qualche modo trascendevano il tempo e lo spazio. La sua saggezza e la sua grazia avevano riempito tutta la

mia vita. Il dono che mi aveva fatto era veramente splendido, era il dono dell'ironia, del canto, del ballo, dell'amore per la natura, dell'importanza dei legami familiari, della gioia di donare, della bellezza della vita – i messaggi del Vangelo della Vita e del Vangelo dell'Amore.

Queste lezioni possono essere trasmesse soltanto dagli anziani e, grazie alla bontà di Dio, possiamo apprenderle. Nell'autunno della nostra vita, speriamo che anche noi saremo in grado di impartire questi doni ai nostri giovani, e loro a loro volta. Il valore degli anziani nella Chiesa e di ognuno di noi come personificazione della Chiesa, è veramente una storia gioiosa.

Quando era un ragazzo, Gesù sedeva nel tempio con gli anziani, insegnando ed imparando, condividendo e testimoniando la saggezza dei loro anni. Oggi nella nostra società sembra che siamo giunti ad un patto implicito con gli anziani; in cambio di cure mediche e di assistenza migliori, ci aspettiamo che essi vivano per conto loro, giochino a bridge o a golf, e che ci lascino liberi da obblighi verso di loro e dei loro bisogni¹⁸. Il messaggio implicito è che mentre raggiungiamo certi livelli, fondamentalmente consideriamo gli anziani inutili e pertanto non più parti attive della nostra vita. In questo modo, abbiamo relegato in case di riposo vaste fonti di saggezza e di esperienza – amore, bellezza e vita – a tremendo discapito del resto della società. Nella Chiesa di oggi dobbiamo trovare il coraggio di affrontare le nostre ombre e lavorare per una migliore comprensione, apprezzamento ed accettazione della bellezza e degli importanti contributi che ci vengono offerti dagli anziani.

Conclusione

Il Vangelo della Vita e il Vangelo dell'Amore ci esortano a testimoniare le meraviglie della vita in tutti i suoi momenti. Gli operatori sanitari della Chiesa si occupano in maniera significativa degli ammalati e degli anziani, i quali ci offrono meravigliose opportunità per dare quella testimonianza che ci viene richiesta. Ci allontanano da

queste opportunità le complessità e le sfide della nostra società che costantemente ci spinge a prestare le cure nel modo più rapido ed economico, spesso suggerendo di assumere misure contrarie ai nostri principi morali, medici ed etici. Abbiamo tuttavia la fortuna di avere a nostra disposizione, nell'enciclica *Evangelium Vitae*, un chiaro e conciso messaggio di incoraggiamento da parte del Santo Padre, un messaggio che non ci permette confusioni o equivoci ma che ci incoraggia a ricercare il dono che ci spetta semplicemente chiedendolo – il dono di ciò che gli anziani ci danno in cambio dei nostri servizi. La saggezza e la bellezza degli anziani ci ricompensa continuamente, come una fontana che non smette mai di dare acqua. Diversi anni fa, la Catholic Health Association ha pubblicato un rapporto sulla necessità di rivedere la politica relativa alle cure a lungo termine. Il rapporto, dal titolo *A Time To Be Old; A Time To Flourish*¹⁹, cercava di rispondere all'interrogativo del Santo Padre: "con quali risorse ed in quali forme sarà possibile promuovere ed assicurare un contributo efficace per una vera assistenza all'anziano, al fine di assicurargli una dignitosa e conveniente forma di vita...?"²⁰. Ci augu-

riamo che, con la grazia e la benevolenza di Dio, non ci si dimentichi mai che ogni paziente può diventare, per colui che lo cura, ciò che mia nonna fu per me, la personificazione della vita eterna, il Cristo vivente fattosi carne tra gli uomini, il Vangelo della Vita e il Vangelo dell'Amore.

Dott.ssa MARY HEALEY-SEDUTTO
Direttore Health & Hospitals
Arcidiocesi di New York, (U.S.A.)

Note

¹ *Origins*, Vol. 17, 1987, p. 292.

² PAPA GIOVANNI PAOLO II, *Greetings to the Fifteenth Workshop for Bishops of the United States*, organizzato dal Pope John XXIII Medical-Moral Research and Educational Center, Dallas, gennaio 1996.

³ CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et Spes*, n. 1, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana, 1995.

⁴ *Ibidem*, n. 52.

⁵ *Developing Leaders for the Catholic Long Term Care Ministry*, Catholic Health Association, St. Louis, no. 216, 1997 and *Mission and Ministry: Catholic Long Term Care*

Services, Catholic Health Association, St. Louis, n. 417, 1997.

⁶ *Dimensions of the Healing Ministry*, James E. Hug, SJ, Catholic Health Association, St. Louis, 1989.

⁷ *Generating a Truly Catholic Response in Difficult Times*, James F. Hug, intervento al 71st National Catholic Health Assembly, Catholic Health Association, 1987.

⁸ *The Doctor and the New Evangelization: The Nature of the Human Body*, Juan Vinas Salas, Journal of the Federation Internationale des Associations Medicales Catholiques, Sept. 1994, p. 15.

⁹ *For Churches, a New Kind of Ministry to the Poor*, Iver Peterson, N.Y. Times, July 12, 1998.

¹⁰ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, n. 1, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana, 1995.

¹¹ *Ibidem* n. 2.

¹² *Ibidem* n. 57, 62, 65.

¹³ *Ibidem* n. 12.

¹⁴ *Pastoral Strategies for Overcoming the Culture of Death*, Monsignor James J. Mulligan, intervento al Fifteenth Workshop for Bishops of the United States, Dallas, 1996.

¹⁵ *The Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, National Conference of Catholic Bishops, U.S. Catholic Conference, Washington, DC, 1995.

¹⁶ *Economic Justice for All: Pastoral Letter on Catholic Social Teaching and the U.S. Economy*, National Conference of Catholic Bishops, U.S. Catholic Conference, Washington, DC, 1986, n.115, n.267-70, pp. 31-40.

¹⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, n. 64.

¹⁸ *Leading With Soul; An Uncommon Journey of Spirit*, Lee G. Bolman and Terrence E. Deal, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1995.

¹⁹ *A Time To Be Old; A Time To Flourish, The Special Needs Of The Elderly At-Risk*, Catholic Health Association, St. Louis 1987.

²⁰ GIOVANNI PAOLO II, Messaggio alla Confederazione Italiana Consultori Familiari di Ispirazione Cristiana, 1987.



MASSIMO PETRINI

La persona anziana di fronte alla morte

Introduzione

Il lavoro vuol prendere in considerazione la persona anziana di fronte alla morte in una duplice prospettiva: che cosa rappresenta la morte per lei e gli aspetti etici di questa in ambito assistenziale. Pertanto esaminiamo ora la prima prospettiva.

La morte è una realtà di vita, una condizione del vivere. Nella nostra epoca, particolarmente nelle nazioni che hanno elevati standard di vita, si è assistito ad una virtuale diminuzione della mortalità infantile e ad un miglior controllo di alcune malattie nelle generazioni giovani e adulte. Di conseguenza, la maggioranza delle persone che muoiono oggi, sono anziane e la morte avviene più frequentemente in ospedale o in casa di riposo. La medicina ha avuto la capacità di migliorare la qualità di vita nelle età più avanzate, ma non la capacità di allungare la vita oltre i limiti indicati nell'Antico Testamento, dove in Genesi si legge: "Il mio spirito non resterà sempre nell'uomo, perché egli è carne, e la sua vita sarà di 120 anni" (Gn 6,3).

La nascita e la morte sono due esperienze che accomunano tutti gli esseri umani, ma storicamente sono state loro attribuite due visioni opposte. Mentre la nascita è stata considerata come un avvenimento positivo, la morte invece è stata velata dal mistero della tristezza (Miller, 1989). La consapevolezza della morte, anche se teoricamente dovrebbe cominciare dal momento della nascita, in realtà si accentua soprattutto nel periodo della vecchiaia e in modo particolare, quando muore il coniuge, muoiono gli amici, e la soli-

tudine sembra essere la caratteristica peculiare della persona anziana che sopravvive ai suoi coetanei (Kastenbaum, 1978).

Una prima puntualizzazione: la morte non è la primaria paura della persona anziana, preoccupazioni primarie sono la sofferenza e la possibile perdita dell'autosufficienza, cioè il dover dipendere da altri nella vita quotidiana, nonché, molte volte, lo stesso processo di invecchiamento e la possibile solitudine. La speranza più significativa per la persona anziana è quella di rimanere in buona salute; la paura più significativa è quella di ammalarsi. La persona anziana vede la malattia come il suo principale nemico, avverte dolorosamente di essere più esposta alla malattia che in altri periodi della vita e con il passare del tempo finisce per considerarla come parte integrante di se stessa. Infatti, se in una persona in età più giovane, la malattia è vista e sperimentata come un'aggressione, cioè come un nemico che si installa nel corpo, che si deve combattere ed eliminare, al contrario, in età anziana, la malattia è sperimentata come un qualcosa di intrinsecamente connesso con il corpo, come un qualcosa di inevitabile.

Una seconda puntualizzazione è che quanto si dirà si riferisce a quel contesto culturale che si definisce occidentale, molto diversa è la problematica in un contesto culturale africano e asiatico, ove l'evento morte della persona anziana assume connotazioni personali, familiari, sociali ancora oggi ancorate a modelli tradizionali con proprie caratteristiche.

Una terza puntualizzazione: per accostarsi al vissuto degli anziani,

occorre tenere conto anche della prospettiva spirituale. Una considerazione peraltro che oggi è di attualità anche nel mondo della medicina, se un recente articolo su *Lancet* (una delle più importanti riviste mediche del mondo) si è affermato che la spiritualità è il "fattore dimenticato" in medicina e si auspica quindi che la spiritualità sia inserita nel curriculum degli studi di medicina.

Vi sono molti modi per vivere la terza età: l'accettazione passiva, la rassegnazione, l'incapacità di vivere di chi si impone "la maschera dell'eterna giovinezza". Ma accanto a queste modalità, in effetti esiste anche un'accettazione serena e consapevole del cambiamento fisico, spirituale, psicologico che interviene nel processo di invecchiamento.

In ogni caso tuttavia, la situazione di sofferenza, di malattia, di disabilità fa cadere ogni difesa e la persona si ritrova sola di fronte all'incertezza del futuro.

Oggi è un'acquisizione comune che l'età anziana e la disabilità sollecitano la persona a trovare un significato valoriale nella propria vita, che superi quel concetto di produttività che oggi sembra connotare socialmente il ruolo della persona.

Il mondo religioso della persona anziana in situazione di malattia acuta, è stato oggetto di un progetto di ricerca condotto con i pazienti del reparto di Gerontologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (Petrini, Caretta, Carbonin, 1996).

Il numero di persone del campione considerato è di 105 uomini e 105 donne, di età uguale o supe-

riore a 65 anni, di religione cattolica.

I dati evidenziano un'elevata percentuale di persone che si dichiarano credenti (97%). Considerando la differenza per sesso, il 51% sono donne, il 46% sono uomini.

Un'ulteriore domanda del questionario si riferiva alla frequenza della preghiera. Dichiaravano di pregare spesso il 22% degli uomini ed il 45% delle donne, occasionalmente il 15% degli uomini ed il 7% delle donne.

Ciò confermava alcune ricerche che avevano già evidenziato come nell'anziano l'immagine di Dio sia collegata in vario modo allo stato di salute: infatti si è rilevato che le persone anziane costituiscono un gruppo con caratteristiche di elevata religiosità (Koenig, Moberg, Kvale, 1988); molti anziani considerano la fede un fattore di confronto con eventi stressanti della vita, come la salute, la malattia e la morte (Koenig, George, Siegler, 1988) e la preghiera un ricorso a partire da cui affrontare una sintomatologia dolorosa (Bearon, Koenig, 1990). Anche in ambito culturale italiano e nel quadro di un più ampio studio teso a rilevare gli atteggiamenti della persona anziana di fronte alla morte ($n=3.000$), si è evidenziato come il 97% si dichiarasse credente e come fosse trascurabile la percentuale delle persone anziane che dichiarava di pregare "mai o quasi mai" (Petrini, Sgreccia, 1991; Petrini, Caretta, 1997).

Ci si è chiesti se l'attuale generazione di anziani sia più religiosa o se la persona lo diventi man mano che invecchia. In altre parole, la fede rimane costante con l'età o aumenta con l'età che avanza? Si ritiene di poter rispondere che vi è una crescente consapevolezza che l'invecchiamento stesso può aumentare l'interesse religioso della persona. Sarebbero infatti le problematiche esistenziali di questo tempo di vita a far sì che la persona riesamini la sua posizione nei confronti di Dio o forse adotti una visione più religiosa per affrontare lo stress dei cambiamenti di vita che la investono (Koenig, 1997). D'altra parte quando ci si chiede a quale età si preghi di più si evidenzia che la preghiera è frequente-

mente praticata in tutte le età della vita, ma più spesso nelle età più anziane (60 anni e più) e con una accentuazione femminile (Levin, Taylor, 1997).

D'altra parte le convinzioni religiose si sono dimostrate, almeno in alcune etnie e in alcune confessioni religiose, capaci addirittura di influenzare l'accadimento dell'evento morte, posponendolo a festività religiose "attese e sentite" (Phillips, Smith, 1990).

Si può così affermare che la fede è un fattore importante per la persona anziana e la comprensione di queste prospettive può quindi essere importante nella pratica geriatrica (Koenig, 1988; Reyes-Ortiz, 1998; Reyes-Ortiz, Ayele, Mulligan, 1996; Petrini, 1997).

Ma veniamo ora, anche alla luce di queste acquisizioni, alla questione fondamentale su che cosa l'anziano crede o pensa dell'evento morte personale. È questa una domanda alla quale si tenterà di dare una risposta, ma prima di tentare di delinearla, è necessaria ancora una puntualizzazione: esiste una stretta connessione tra il concetto di morte e quello di perdita. E, particolarmente nella persona anziana, molteplici fattori intervengono nel determinare questa "perdita" che può interessare molte dimensioni. Con l'avanzare dell'età, infatti, la persona va incontro ad una serie di perdite, sul piano fisico (ad es. a carico dell'udito, della vista, della stessa potenzialità fisica), sul piano psicosociale (lavoro, ruolo sino ad allora rivestito in famiglia o in altri ambiti), sul piano affettivo (la morte di persone care).

Così si può dire che la persona anziana ha vissuto e continuamente vive una serie di piccole e grandi morti: ad esempio, la morte dei propri cari e un'immagine di sé che continuamente "muore" e continuamente si rinnova. D'altra parte la vecchiaia ancor oggi è per molte persone segno di emarginazione e di morte sociale: i legami familiari possono affievolirsi, i ruoli perdono consistenza, la propria identità entra in crisi (Sandrin, 1994).

Il contatto con la morte degli altri o dei propri parenti, con le perdite sul piano fisico o sociale, di cui si è già parlato, preparano la

persona anziana ad accettare l'idea della morte. Ricerche sugli atteggiamenti degli anziani nei confronti della morte tendono a dimostrare che l'angoscia di morte diminuisce con l'età: in genere la morte viene accettata, tanto che spesso gli anziani pianificano questo evento. Il sentimento di accettazione della morte dipende, tra l'altro, da una accettazione della vita nel suo insieme (Gori, 1993).

Inoltre spesso non è tanto il momento della morte che crea timori o ansie, ma piuttosto il pensiero della sofferenza legata al processo del morire, o la solitudine, o l'abbandono da parte dei familiari.

È da considerare inoltre che l'approssimarsi della morte altera le modalità di uso del tempo, concentrando l'attenzione sul presente, anche se questo può non comportare necessariamente una diminuzione della preoccupazione della morte nella persona anziana. Il vivere giorno per giorno può divenire più importante del pensare la propria vita vincolata a progetti futuri (Kalish, Reynolds, 1976).

Sembra così accertato che l'anziano presenti un sentimento di paura della morte apparentemente meno evidente che nel giovane (Hayslip et al., 1981; Pinder, Hayslip, 1981).

Sembra quindi di poter concludere che molteplici fattori possono interagire nel determinare l'atteggiamento degli anziani di fronte alla morte, così che generalizzazioni sono difficili. Si può però dire a titolo esemplificativo che le concezioni sulla morte vanno dal vedere la morte come nemica, straniera, come un fallimento, al sentirla come un fatto intimo, come una riunione, come una naturale conseguenza dell'aver vissuto (Kastenbaum, Aisenberg, 1976). In tale ambito si può sottolineare che la concettualizzazione della morte come un reincontro con i propri cari defunti è molto diffusa e, in particolare nelle persone molto anziane, anche attesa.

In conclusione, le necessità peculiari della persona morente nascono da un triplice ordine di fattori:

- le persone anziane sono più soggette a cause di morte derivanti da malattie croniche, specialmente cardiovascolari, e tumorali;

– particolare è lo stesso supporto familiare affettivo che l'anziano può ricevere: per gli uomini è affidato prevalentemente alle mogli, per le donne, spesso già vedove, è affidato ai figli già adulti, ma soprattutto alle figlie, quando possibile;

– gli anziani tendono a vedere la morte imminente come un qualcosa che è stato anticipato, in molte separazioni, lungo tutto l'arco della vita.

Queste tre circostanze: “causa di morte, supporti familiari, percezioni del futuro” possono essere emblematiche delle circostanze proprie della persona anziana moriente.

L'atteggiamento verso la morte

I dati che si presentano sono il risultato di una ricerca condotta su un vastissimo campione ($n=3.000$) di popolazione anziana di età 65 anni ed oltre, sia in ambito rurale che urbano, e in varie condizioni di salute fisica. I dati originariamente rilevati singolarmente nei due ambiti sono presentati indifferentemente poiché non hanno presentato differenze significative: di questi si accenna ad alcuni aspetti più rilevanti.

Un primo risultato della ricerca ha evidenziato che le persone anziane hanno accettato di discutere della morte senza particolari problemi (Figura 1).

Si evidenzia che il pensiero della morte è più frequente nelle donne, dato del resto confermato da altre ricerche.

Correlando il pensiero della morte con il livello di religiosità, risulta che la persona anziana che si ritiene “molto religiosa” pensa “spesso” alla propria morte, con una differenza significativa rispetto a chi si ritiene “solo credente” (Figura 2).

La solitudine è un fattore importante da valutare nell'ambito degli atteggiamenti verso la morte. Si nota infatti che il pensiero della morte è più frequente negli anziani che vivono in una situazione di isolamento totale. Al contrario, gli anziani che hanno qualche contatto sociale, pensano alla morte meno frequentemente (Figura 3).

Non è possibile evidenziare una

correlazione significativa tra pensiero della morte e frequenza della preghiera, anche se si nota che le

persone che affermano di pregare spesso, pensano frequentemente alla morte (Figura 4).

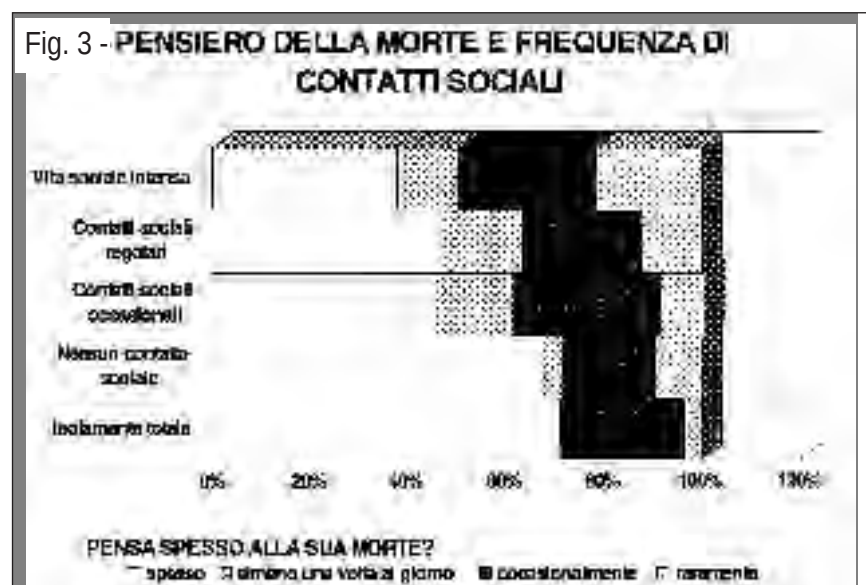
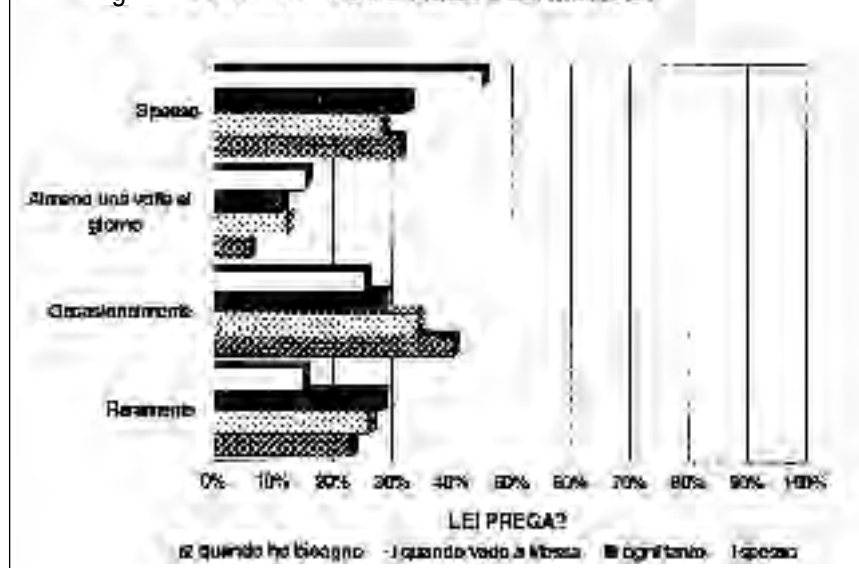
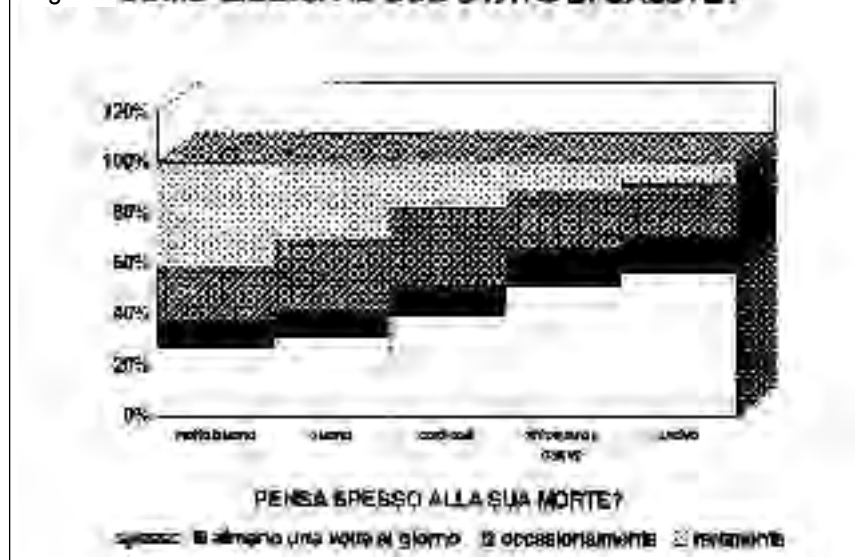
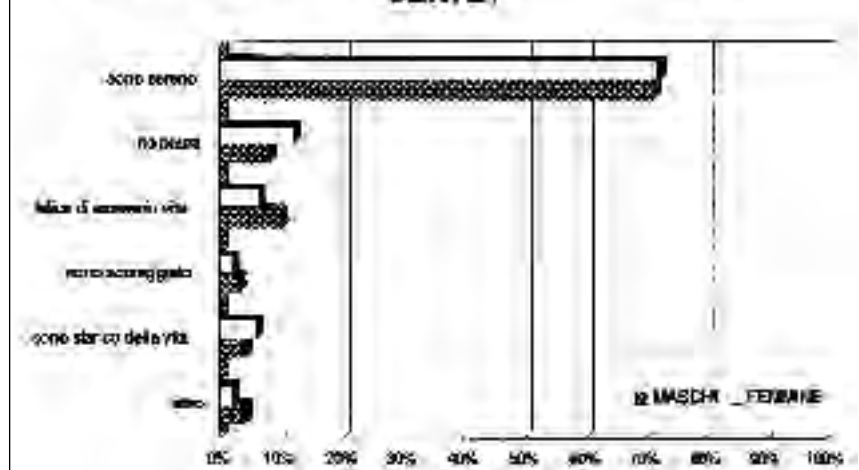


Fig. 4 - **PENSA SPESSE ALLA SUA MORTE?**Fig. 5 - **COME GIUDICA IL SUO STATO DI SALUTE?**Fig. 6 - **QUANDO PENSA ALLA SUA MORTE COME SI SENTE?**

Considerando il giudizio soggettivo sullo stato di salute, abbiamo osservato che gli anziani non sembrano mostrare un'ansietà o un'angoscia diffusa nei riguardi della morte, questo però se le loro condizioni di vita sono stabili. Se interviene una crisi, come ad esempio il ricovero in un'istituzione di cura o l'ingresso in una casa di riposo, questo li porta a mettere nuovamente in discussione gli interrogativi connessi alla morte (Figura 5 e 6).

È evidente il sentimento di serenità con il quale si pensa alla propria morte, senza differenze tra uomini e donne.

L'atteggiamento di serenità o di paura collegato al pensiero della morte, sembra non essere influenzato dalla preghiera. Infatti non sono emerse differenze significative da questa correlazione (Figura 7 e 8).

Vi è una differenza significativa nei due sessi riguardo al crederci "fermamente". La popolazione femminile crede in una percentuale più ampia all'esistenza di una vita dopo la morte, convinzione che non varia con l'aumento dell'età (Figura 9).

Una percentuale molto alta degli intervistati dichiara di sentirsi "sereno", senza differenze fra i due sessi.

Alla successiva domanda riguardante il luogo dove si sarebbe preferito morire, un'altissima percentuale, analoga per la popolazione maschile e femminile, dichiarava che avrebbe scelto di poter morire nella propria casa. Un dato di notevole importanza, anche ai fini della programmazione assistenziale. Purtroppo, è un dato che viene smentito dalla realtà socio-assistenziale attuale, almeno in Italia, dove ancora l'ospedale rimane lo scenario di riferimento predominante. È una situazione in evoluzione, per cui questi dati potranno evolvere in seguito alla diffusione dell'assistenza domiciliare integrata, ma realisticamente si dovrà anche tenere conto che la famiglia nel futuro sarà sempre meno in grado di far fronte alle richieste assistenziali di un suo membro più debole, per i motivi demografici ben conosciuti e per i limiti stessi dell'assistenza domiciliare, per la quale è indispensabile un pur minimo supporto familiare (Figura 10).

Il desiderio di poter morire nella propria casa richiama certamente l'esigenza personale di poter trascorrere l'ultimo periodo della vita accanto ai propri familiari (Figura 11).

Emerge quel forte legame familiare, che pur con differenze tra le varie regioni, sussiste ancora in Italia, come evidenziato anche da altre ricerche in ambito geriatrico. Mentre fino ad alcuni anni or sono, un dato socialmente rilevante vedeva gli anziani isolati dalla loro famiglia, in seguito questo giudizio è stato rivisto in base all'evidenza che in tarda età spesso si rafforza l'intensità di alcuni legami (soprattutto tra fratelli o sorelle) o addirittura vengono riattivati rapporti che fino a quel momento erano passati in secondo piano (Scabini, Donati, 1989). Tutto questo non può far dimenticare però lo stress al quale può essere sottoposta la famiglia, anche nel caso che l'anziano sia ospite di una istituzione di cure continuative. Alcune ricerche evidenziano infatti che nei componenti della famiglia impegnata nell'assistenza ad un congiunto malato cronico o ad un anziano disabile, lo stress può causare un deterioramento della salute (George, Gwyther, 1986).

Il concetto di morte nelle Case di Riposo

Una persona su quattro di età superiore ai 65 anni ha la probabilità di passare una parte della sua vita in una istituzione di assistenza continuativa che, se per il mondo anglosassone è la Nursing Home, in Italia è la Casa di Riposo o la Residenza Sanitaria Assistenziale. Ancora oggi l'immagine "popolare" di queste istituzioni è ancorata a sentimenti quali l'abbandono, la trascuratezza, se non addirittura, a luogo ove si entra per morire. Questo, in una società che esalta l'indipendenza e l'autonomia personale, è facilmente spiegabile: la casa di riposo appare chiaramente come un luogo di dipendenze e di perdite. Ancor più, in una cultura che apprezza le conquiste avanzate della ricerca biomedica, troppo spesso enfatizzate dai mass media facendo intravedere possibili sbocchi avveniristici – in realtà ben

lunghi dal verificarsi – e in una cultura che insegue il sogno di un invecchiamento "giovane", la casa di riposo evoca immagini di intol-

erabile debolezza. In effetti la casa di riposo può presentare anche degli aspetti distruttivi della persona, tali che il concetto di morte as-

Fig. 7 - QUANDO PENSA ALLA SUA MORTE COME SI SENTE?

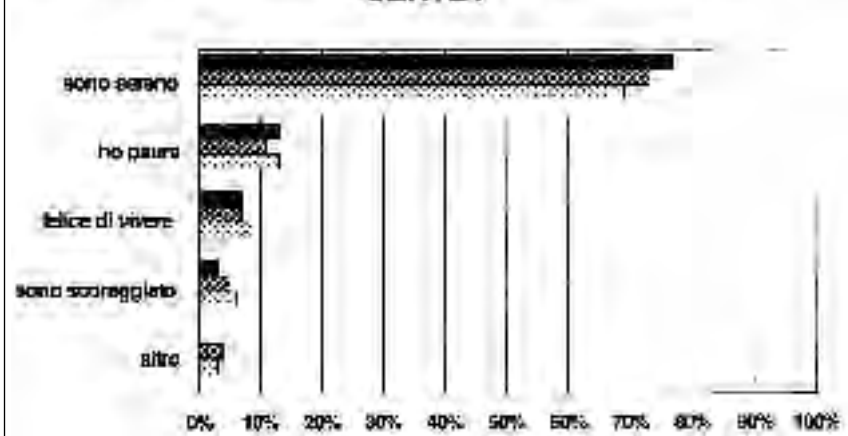


Fig. 8 - CREDE IN UNA VITA DOPO LA MORTE?

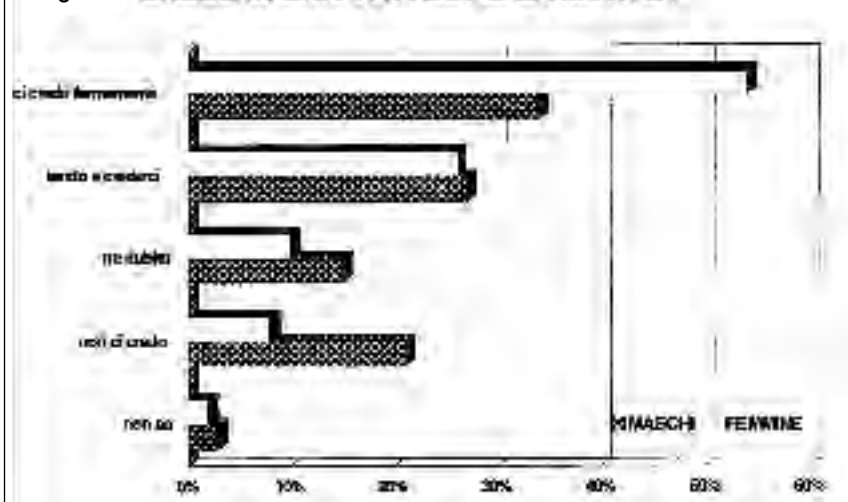
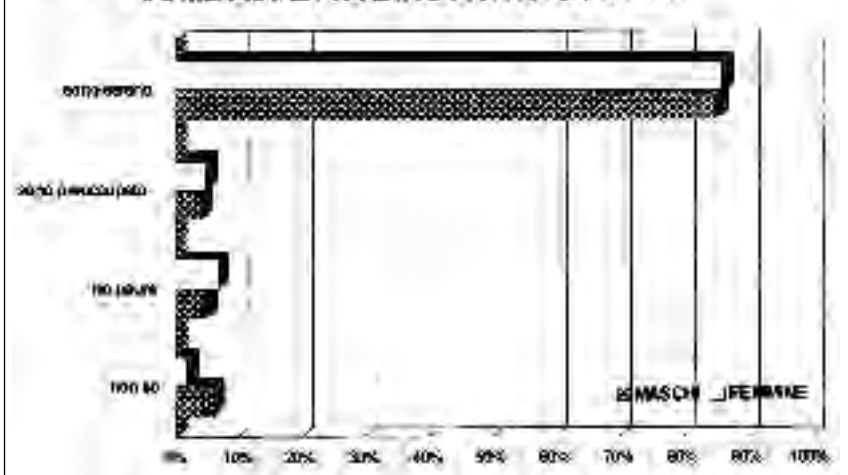


Fig. 9 - SE CREDE IN UNA VITA DOPO LA MORTE, COME ASPETTA L'INCONTRO CON DIO?



sume connotazioni più ampie rispetto alla morte fisica, tanto che si può arrivare a parlare di "morte civile". Infatti la persona anziana già al momento del ricovero, spesso non voluto, può dover affrontare uno dei più drammatici cambiamenti del suo stile di vita, cioè la separazione dalla casa, dalle cose familiari, dalla comunità e la perdita in modo traumatico delle tradizioni e delle abitudini: l'istituzionalizzazione per taluni ha connotazioni di morte (Caretta, 1997).

Una ricerca particolarmente attenta al clima di vita degli istituti geriatrici (Collopy, Boyle, Jennings, 1991), ha affermato che "nell'istituzione geriatrica la gente vive in comunità con pochissima privacy; le relazioni interpersonali sono deboli, molti anziani vivono in isolamento, in una spe-

cie di guscio difensivo. La loro mobilità è minima e quasi nulla è la possibilità di accesso alla società. Le esperienze sociali sono assai ridotte e lo staff assistenziale sembra condurre un'esistenza separata. La vita degli ospiti è sottilmente orientata verso un sistema di sottomissione alla routine giornaliera, ad occupazioni per niente creative, ad attività in cui l'autodeterminazione è negata. Gli ospiti sono necessariamente privati delle relazioni familiari e difficilmente riescono ad incontrare sostituti che rappresentino, almeno pallidamente, l'imitazione di quelle amicizie di cui godono coloro che vivono nel loro ambiente domiciliare.

Il risultato che si ottiene è purtroppo un graduale processo di depersonalizzazione. L'ospite ha

assai poche opportunità di sviluppare i talenti che possiede, che pertanto vanno incontro ad una atrofia da disuso; diventa rassegnato e depresso e non dimostra alcun interesse per il futuro o per le cose che non siano immediatamente personali (l'egoismo dei vecchi!). Talvolta diventa apatico, muto, privo della più piccola iniziativa. Il comportamento e l'igiene personale si deteriorano. Talvolta sembra rifugiarsi in un mondo privato, di fantasia".

È allora naturale che molti anziani parlino della morte come se la desiderassero e l'attendessero. È quella domanda di morte che è stata definita "eutanasia da abbandono". Un clima disumanizzato, quindi, quello della casa di riposo, almeno di quelle oggetto della ricerca, che poi contagia anche gli operatori professionali nei loro atteggiamenti verso gli ospiti.

Anche se la persona anziana vive ancora, le sue perdite possono essere state molte. Fra queste la stessa istituzionalizzazione. La persona è sempre più sola e ricorda costantemente che morirà anche lei. Questa situazione poi nella casa di riposo si accompagna alla perdita dei "colleghi". Questo essere costantemente circondato da perdite è una realtà dalla quale non si può sfuggire.

Non si parla della morte, ma certo, nella casa di riposo questa è un evento direttamente incombente, diventando così aspetto della "struttura portante" significativa di ogni esistenza (Caretta, 1997).

Questo ambito è stato oggetto di un'ulteriore nostra ricerca in alcune case di riposo del Sud-Italia, nella zona di Napoli (n=300, età media=77 anni). In questa ricerca, di cui riportiamo alcuni dati, è emerso che il 66% era soddisfatto della vita passata e che leggeva così la vecchiaia: il 40% come parte del ciclo della vita, il 30% come un'età con maggiori sofferenze, il 20% come un'età con maggiore saggezza, il 10% come una vita inutile. La preghiera, la fede e i ricordi risultavano, in ordine progressivo, le modalità più importanti per affrontare questo tempo di vita. Non mancavano comunque le persone (il 3%)

Fig. 10 - SE POTESSE SCEGLIERE, DOVE PREFERIREBBE MORIRE?

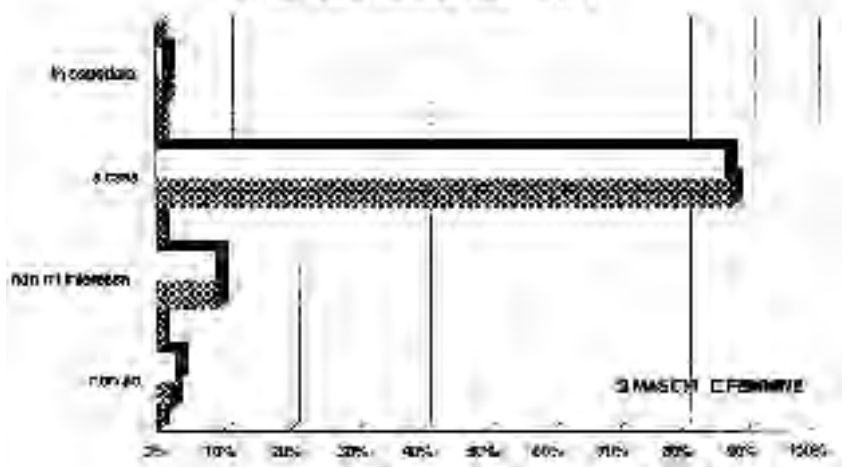
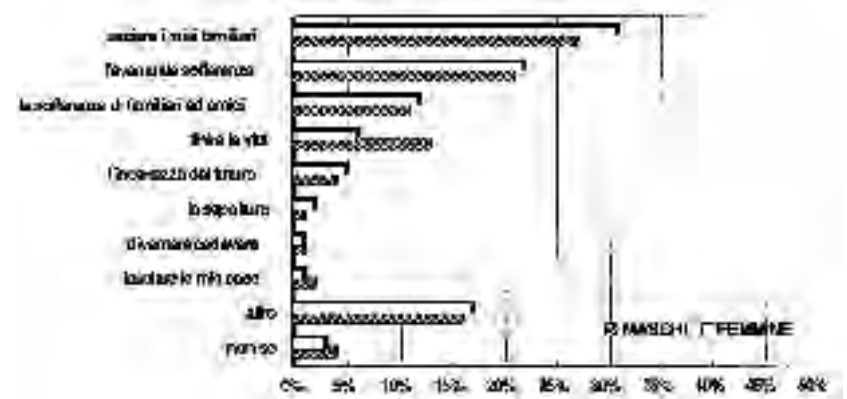


Fig. 11 -

QUALE ASPETTO O CONSEGUENZA DELLA MORTE LE È PIÙ INTOLLERABILE?



nelle quali questi fattori non erano di aiuto ed erano dominate dalla tristezza e dalla rassegnazione. Un'ulteriore dato sulla sofferenza e sulla morte rilevava che il 37% le vedeva strettamente connesse all'età anziana, il 29% le definiva esperienze di vita e il 25% le considerava come prove da superare nella fede.

Da questi dati, si possono derivare tre conclusioni:

1. le modalità con cui l'anziano affronta la sua situazione di vita differisce da quella del giovane;

2. la fede e la preghiera sono la migliore risorsa personale, insieme ai ricordi, anche nella casa di riposo, poiché la morte è spesso concettualizzata come il reincontro con i propri cari già defunti;

3. anche in casa di riposo, le persone non evidenziano una chiara paura della morte.

Problemi etici attuali

Vediamo ora come il mondo assistenziale guarda alla morte della persona anziana. Già a partire dalla malattia acuta, è necessario sottolineare che attualmente esiste un rischio di discriminazione: quello di limitare l'accesso all'assistenza sanitaria sulla base dell'età cronologica. Questa situazione è ancora più delicata se consideriamo che già le cure mediche somministrate agli anziani hanno sostanziali limitazioni: i medici impiegano minor tempo con il paziente anziano e vari accertamenti diagnostici sono spesso omessi. Ancora, alcune terapie possono essere addirittura omesse come, ad esempio antibiotici, dialisi, rianimazione, alimentazione artificiale, protesi.

Perché viene ritenuto accettabile proporre limiti all'assistenza sanitaria degli anziani, quando ciò è normalmente inaccettabile per gli altri gruppi di età? La disponibilità a limitare l'erogazione di cure intensive o anche semplicemente le cure costose per la persona anziana può derivare sia dagli atteggiamenti sociali di disvalore verso l'anziano (ageism) sia dal costante aumento dei costi dell'assistenza sanitaria. Molti ricercatori hanno sottolineato la tendenza della società attuale ad

esaltare la gioventù e svalutare il tempo dell'anzianità (Levinsky, 1990).

Vi sono certamente ragioni valide per discutere e rivedere criticamente i benefici delle cure mediche, e particolarmente quelle delle cure intensive, ma questo deve essere fatto per ogni paziente, di qualunque età.

Le cure mediche che "procurebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita" (Dichiarazione della Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, sull'eutanasia) non dovrebbero essere erogate, ma questo criterio etico dovrebbe scaturire esclusivamente da un giudizio clinico.

Ulteriori problematiche etiche connotano poi l'atto eutanasi. L'eutanasia può essere letta come l'espressione intrinseca del fallimento di un processo terapeutico. Se eutanasia, nel suo significato etimologico significa una "morte dolce senza dolori", oggi tale vocabolo connota piuttosto l'atto o l'omissione che per sua natura o per l'intenzione che lo muove causa la morte di un paziente, allo scopo dichiarato di porre fine alla sua sofferenza. L'eutanasia, a prescindere da tutte le considerazioni morali e religiose che la rendono assolutamente impraticabile, an-

che in una visione prettamente pragmatica ha un equivoco di base. La ricerca ci dice che è scarsamente richiesta dal malato stesso, e almeno nel caso della persona anziana gli atteggiamenti descritti sembrano avvalorare questa affermazione, ma più comunemente richiesta dai famigliari e dagli operatori professionali, come recentemente la cronaca giornalistica ne ha evidenziato alcuni episodi. È indubbio che essa trovi una sua genesi nel peso emotivo che la sofferenza impone anche a coloro che lavorano a confronto con essa con una preparazione primariamente tecnica ma anche nel disvalore che può rappresentare la vita umana nella disabilità grave, in una cultura che vuol essere connotata dalla bellezza e dalla gioventù (Petrini, Caretta, 1996).

L'eutanasia, l'allontanamento dai malati più gravi, sono forse molteplici aspetti di quella incapacità di dare un "senso" a questa sofferenza che quotidianamente si incontra e che si fa più onerosa in certi ambiti assistenziali. Certo, anche l'anziano malato può chiedere un atto eutanasi. In questo caso è ancora più evidente il fallimento terapeutico. Lo chiede infatti una persona disperata, così come è disperato anche il ricorso al suicidio. Ha affermato Cicely Saunders, la fondatrice del St. Christopher's Hospice, che la richiesta di eutanasia scaturisce sempre dal fatto che "qualcosa o qualcuno è venuto a mancare".

Quando parliamo della persona anziana dobbiamo però notare che c'è una eutanasia molto più sottile che si concretizza nell'abbandono alla solitudine, nella mancanza di una assistenza adeguata, nella lontananza affettiva e psicologica dai propri congiunti così da determinare una "morte civile", anticamera della morte reale.

Comprendere che viene il momento nel quale una persona non può più essere salvata dalla scienza medica, significa rispettare i limiti della sua realtà fisica, ma, allo stesso tempo, permettere alla persona di esprimere i suoi valori spirituali sulla vita e la morte; significa perseguire pienamente la realizzazione di questa stessa persona.



E così che la cura del morente da intervento utilitaristico e meccanicistico può diventare preoccupazione e attenzione globale della persona.

Si può affermare quindi che la dignità della morte nasce da tre elementi:

- una relazione significativa, non solo con il paziente, ma anche con i familiari;

- un contesto nel quale la persona anziana morente e le persone a lei care possono comunicare apertamente;

- una scala di valori che aiuti il malato a dare un significato autentico alla situazione.

L'abbandono nella solitudine e nella mancanza di una assistenza adeguata si può esprimere anche con il suicidio della persona anziana.

Ancora recentemente si è notato come il suicidio degli anziani non richiami l'attenzione riservata al suicidio dei giovani e solo raramente i ricercatori usano metodi di "autopsia psicologica" (Younger et al., 1990). Eppure l'entità del problema è notevole: nei paesi occidentali la percentuale dei suicidi cresce significativamente, in ambedue i sessi, dopo i 60 anni di età e raggiunge il valore più alto intorno ai 75 anni (Caretta, 1996).

In questa sede, riferendosi al rapporto suicidio e istituzioni di assistenza continuativa, si può notare che gli studi specifici hanno identificato quattro fattori associati al comportamento suicidario: il turnover dello staff, le dimensioni della residenza, la configurazione giuridica (privata, pubblica, religiosa o altro), il costo giornaliero. Le residenze più grandi avevano un numero più alto di suicidi, e quelle con un alto costo giornaliero avevano il numero più basso. L'importanza della configurazione giuridica non era sufficientemente spiegata, poiché non si riusciva a classificare esattamente le varie categorie (Osgood, 1992).

Un altro studio, volto ad identificare i fattori di rischio correlati con gli anziani ospiti di nursing home, hanno evidenziato la perdita di beni, di abilità fisica, di rapporti amicali, di indipendenza e di controllo sulla propria vita come i

maggiori fattori predisponenti l'atto suicidario (Brant, Osgood, 1990). Oltre a ciò, anche i ripetuti spostamenti all'interno della stessa istituzione, hanno dimostrato che una rilocalizzazione intraistituzionale era almeno altrettanto stressante della prima ammissione.

Infatti la stessa previsione di istituzionalizzazione è un fattore predisponente al suicidio nelle persone anziane, così come quel "comportamento distruttivo indiretto" presente negli ospiti di nursing home che si esprime nel rifiuto del cibo, nel rifiuto dell'assunzione dei farmaci, nella trascuratezza conseguente per la propria salute, che è assimilabile ad un suicidio passivo.

In conclusione, la letteratura sul suicidio nelle nursing home sembra ritenere la stessa istituzione quale causa di comportamento suicidario (Caretta, 1996).

Conclusioni

Nella nostra società sono presenti due atteggiamenti apparentemente contraddittori, ma che esprimono invece lo stesso fondamento di aggressività verso la vecchiaia e la morte: la tendenza verso la rimozione e l'eliminazione degli anziani dalla sfera della

coscienza e la tendenza verso la commiserazione e l'assistenza. Anche la seconda modalità, che a volte si maschera dietro motivazioni caritatevoli, mantiene spesso l'anziano in una posizione di passività e di dipendenza: un anticipo della morte personale.

Un motivo di tutto questo sta nel fatto che c'è uno speciale collegamento emotivo tra l'idea della vecchiaia e l'idea della morte e il tentativo di rendere "non-visibile" la morte rende "invisibile" anche l'anziano. L'ansia che proviamo nel parlare della morte e del morire contagia i nostri atteggiamenti verso la vecchiaia e verso coloro che la stanno vivendo.

Morte ed invecchiamento sono, inconsciamente, strettamente associati.

La conoscenza di questi fattori riveste un ruolo determinante anche ai fini di una programmazione sanitaria: in particolare modo nell'assistenza dei malati nella fase terminale della malattia, quanto maggiore sarà la conoscenza delle persone in cura, tanto più si riuscirà ad assisterle in modo adeguato e cioè rispondente alle loro reali esigenze fisiche, psicologiche, spirituali. Si deve considerare che verso l'anno 2000 si stima che oltre il 50% dei pazienti avrà oltre 65 anni.

Prof. MASSIMO PETRINI
Direttore del Centro di Promozione
e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica
Università Cattolica del Sacro Cuore,
Roma



Bibliografia

AVENI CASUCCI M.A., *La morte e l'anziano* in AA.VV., *Psicologia e Gerontologia*, Edizioni Claire, Milano, 1984.

BEARON L.B., KOENIG H.G., *Religious cognitions and use of prayer in health and illness* in "The Gerontologist" 30 (1990), pp. 249-253.

BRANT B.A., OSGOOD N.J., *The suicidal patient in long-term care institutions* in "Journal of Gerontological Nursing" 16 (1990), pp. 15-18.

CARETTA F., *Il suicidio nell'anziano Introduzione alla conoscenza di un problema assistenziale* in "Anziani Oggi" 4 (1996), pp. 3-18.

CARETTA F., *Il concetto di morte nelle Case di Riposo* in SACCHETTI G.L., *Residenze*

Sanitario-Assistenziali. *Quale futuro?*, F. Angeli, Milano, 1997, pp. 63-69.

COLLOPY B., BOYLE P., JENNINGS B., *New Directions in Nursing Homes Ethics* in "Hastings Center Report" 3/4 (1991), pp. 1-15.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'Eutanasia*, 5 maggio 1980 in "Enchiridion Vaticanum" 7 (1980-1981), EDB, Bologna 1985, pp. 332-351.

GEORGE L., GWYTHYR L., *Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adult* in "Gerontologist" 26 (1986) pp. 253-259.

GORI G., *Conservare la felicità. I disturbi affettivi della terza età*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.

HAYSLIP B., PINDER M., LUMSDEN B., *The measurement of death anxiety in adulthood: Implications for counseling* in PACHOLSKI R. (ed), *Proceedings of the forum for death education and counseling*, Forum Death Education and Counseling, Arlington, VA, 1981.

JARVICK L.F., *Thoughts on the psychobiology of aging* in "American Psychologist" 30 (1965), pp. 576-583.

KASTENBAUM R.J., *Facts about older americans*, DHWE, Publication n° 79-20006, New York, 1978.

KASTENBAUM R., AISENBERG R., *The psychology of death*, Springer, New York, 1976.

KOENIG H.G., *Is religion good for your health? The effects on religion on physical and mental health*, The Haworth Pastoral Press, New York, 1997.

KOENIG H.G., *Religious behaviors and death anxiety in later life* in "Hospice Journal" 4 (1998), pp. 3-24.

KOENIG H.G., GEORGE I., SIEGLER C., *The use of religion and other emotion-regu-*

lating coping strategies among older adults in "Gerontologist" 28 (1988), pp. 303-310.

KOENIG H.G., MOBERG D.O., KVALE J.N., *Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic* in "Journal American Geriatric Society" 36 (1988), pp. 362-374.

LEVIN J.S., TAYLOR R.J., *Age differences in patterns and correlates of the frequency of prayer* in "Gerontologist" 37 (1997), pp. 75-88.

LEVINSKY N.G., *Sounding board: Age is criterion for rationing health care* in "New England Journal of Medicine" 322 (1990), pp. 1813-1815.

LIEBERMAN M.A., *Observations on death and dying* in "Gerontologist" 6 (1986), pp. 70-73.

MILLER B., *Caring for the dying elderly and their families in nursing the elderly a care plan approach*, Lippincott, Philadelphia, 1989.

OSGOOD N.J., *Environmental factors in suicide in long-term care facilities* in "Suicide Life Threat Behaviour" 22 (1992), pp. 98-106.

PETRINI M., CARETTA F., *Abbandono, accanimento terapeutico, eutanasia: le cure palliative sono l'alternativa? Etica di fine vita* in "Anziani Oggi" 3 (1996), pp. 15-22.

PHILLIPS D.P., SMITH D.G., *Postponement of death until symbolically meaningful occasions* in "Journal American Medical Association" 14 (1990), pp. 1947-1951.

PINDER M., HAYSLIP B., *Cognitive, attitudinal, and effective aspects of death and dying in adulthood: Implications for care providers* in "Educational Gerontology" 6 (1981), pp. 107-124.

PETRINI M., *Spiritualità e Medicina geria-*

trica in "Anziani Oggi" 4 (1997), pp. 37-44.

PETRINI M., CARETTA F., *Pregheiera cristiana e salute. Spiritualità e Medicina in una visione olistica della persona* in "Camillianum" 16 (1997), pp. 203-247.

PETRINI M., CARETTA F., CARBONIN P.U., *Elderly's Attitude Toward Death: Report of an Italian Research* (Paper presented at the Conference on Death and Bereavement, King's College, University of Western Ontario, Canada (May 5, 1996).

PETRINI M., SGRECCIA E., *La persona anziana di fronte alla morte* in SGRECCIA E., BURGALASSI E., FASANELLA G., (eds), *Anzianità e Valori*, Vita e Pensiero, Milano, 1991, pp. 67-88.

REYES-ORTIZ C., *Religion Its role in the care of older people* in "Geriatric Medicine" 7 (1998), p. 13.

REYES-ORTIZ C., AYELE H., MULLIGAN T., *Religious activity improves quality of life for ill elderly* in "Clin Geriatr" 4 (1996), pp. 102-10.

SANDRIN L., *L'anziano e la morte: aspetti psicologici* in PETRINI M. ET AL., (eds), *L'accompagnamento della persona anziana moriente*, CEPSAG/Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, 1994, pp. 47-67.

SCABINI E., DONATI P., (eds), *Vivere da adulti con i genitori anziani*, Vita e Pensiero, Milano, 1989.

THORSON J.A., POWELL F.C., *Death anxiety and religion in an older male sample* in "Psychological Reports" 64 (1989), pp. 985-986.

YOUNGER S.C., CLARK D.C., OCHMIG-LINDROTH R., STEIN R.J., *Availability of knowledgeable informants for a psychological autopsy study of suicides committed by elderly people* in "Journal of American Geriatric Society" 38 (1990), pp. 1169-1175.



Tavola Rotonda



***L'Anziano nelle
diverse religioni***

CLEMENTE RIVA

L'anziano nell'ebraismo

1. Scrive un Autore ebreo, recentemente, "Nell'Ebraismo elementi di negatività o di positività non costituiscono altro che la risultante di una società, come quella ebraica, che si organizza come struttura protettiva dei membri più deboli in nome di un'ideologia schierata in difesa della dignità dell'uomo, indipendentemente dalla condizione contingente, e situata comunque in uno spazio sacro". Sembra allora logico "che anche la condizione umana del vecchio nella società ebraica dovesse esser regolata dalla norma che reinseriva a pieno titolo la sua posizione esistenziale nello spazio sacrale della vita".

Nel *Levitico* vi è una posizione fondamentale di principi etici che impegnano nella difesa dei deboli, del povero, dell'orfano, della vedova, dello straniero, dell'individuo colpito da menomazione fisica. "L'uomo è posto quale oggetto e soggetto di attenzione etica", secondo un precetto: "*Desidera per il tuo prossimo ciò che desideri per te stesso*". Dalla solidarietà fra i membri della Comunità ebraica umana dipende la capacità della sua aggregazione. E i doveri verso la vecchiaia nell'ebraismo, oltre un'eticità emotiva, costituiscono anche "l'enunciazione di un rapporto collettivo in cui la società ebraica progredisce come espressione positiva del proprio essere".

2. Alcuni giorni dopo aver ricevuto l'invito a tenere il presente Intervento, ho incontrato il Rabbino capo di Roma prof. Elio Toaff. Avendogli confidato che avevo ricevuto tale incarico, immediatamente mi diede un suggerimento: "Veda il testo del *Siracide* 25, 4-6, in cui troverà indicato chi è l'an-

ziano". Sono andato a prendere il testo. Ecco come presenta effettivamente la natura dell'anziano: "*Chi ha i capelli bianchi mostri buon senso, chi è avanti negli anni dia sempre buoni consigli. Come è bella la sapienza degli anziani, la capacità di riflettere e di decidere tra gli uomini importanti. La corona dell'anziano è la sua esperienza e la fedeltà al Signore è il suo vero motivo di gloria*" (v. 4-6), Pensando alla figura del Rabbino Toaff, venerando anziano di circa 83 anni, e alla sua statura morale e spirituale, trovo in lui la realizzazione di quanto dice la S. Scrittura nel testo del *Siracide*.

Ma il testo riferito ora è anticipato da un'affermazione di grande sapienza: "*Se da giovane non hai acquistato la sapienza, come farai ad averla da vecchio?*" (v. 3). La sapienza e l'esperienza dell'anziano saranno frutto di un'impegno di fedeltà e di vita coerente lungo il corso della vita, dalla giovinezza alla maturità. Non è un frutto im-

provviso. La S. Scrittura, sempre nello stesso capitolo afferma che "*la corruzione dell'anziano è una cosa orrenda*" (v. 2). Il Signore invita il vecchio ad aver coraggio: "*Prendi la parola, tu che sei anziano, perché spetta a te, di dire esattamente quel che pensi*" (32, 3). Naturalmente occorre modestia ed equilibrio, poiché "*come il lampo precede il tuono, così la stima fa strada all'uomo modesto*" (32,10).

3. Nello stesso giorno dell'incontro col Rabbino Toaff ho incontrato anche il Rabbino prof. Piattelli, sempre alla Sinagoga di Roma. Comunico anche a lui il mio impegno e mi suggerisce un articolo recente del prof. Sergio Serra di Gerusalemme dal titolo: "*L'ebraismo di fronte alla vecchiezza*", era stato scritto sulla "*Rassegna mensile di Israele*", in memoria di un suo amico, recentemente scomparso, Baruch Sermoneta. È uno studio prezioso, di cui terrò conto in questo mio intervento.

Trattando della vecchiaia occorre tener presente che essa fa parte della vita; è un periodo della vita che deve esser vissuta nella pienezza propria, con le caratteristiche proprie della situazione in cui l'individuo si trova, con tutta la ricchezza accumulata negli anni precedenti.

Talvolta la vecchiaia viene presentata come una malattia. Questo è errato. In ogni età vi possono essere malattie. È vero che la vecchiaia si avvicina alla morte, ma la stessa morte è un evento della vita. E la vita in ogni momento del suo corso è sempre un dono di Dio, e come tale deve esser accolto e vissuto, con gratitudine verso il Crea-



tore. E come i vari periodi della vita devono esser preparati, così pure la vecchiaia deve esser preparata, così da saper invecchiare serenamente, anche se le difficoltà aumenteranno.

La vita umana e la stessa vecchiaia devono esser viste sotto diversi aspetti: spirituale, culturale, sociale e fisico. Tutti aspetti che contengono riflessioni e ci spingono a considerazione importanti.

4. Cominciamo dall'aspetto spirituale ed etico, tenendo conto tuttavia del fatto che tra i vari aspetti vi è un reciproco influsso; così trattando di uno occorre aver presenti anche gli altri. Non solo, ma occorre tener presente l'importanza della convivenza sociale. La compresenza degli altri esseri stabilisce una comunione benefica per ciascun essere. È importante l'affermazione di A. J. Heshel, secondo cui "essere significa, essere insieme con gli altri esseri umani. La sua esistenza è coesistenza". In Israele vi è una tradizione etica che ritiene "essenziale il principio della sacralità della vita", da cui deriva il diritto alla vita, alla dignità della vita, e alla sua inviolabilità. Ciò richiama la partecipazione alla Volontà divina che ha creato l'uomo a Sua immagine. E questo per tutti gli uomini. Così che ogni atto di comunione con Dio non può essere isolato e riservato, ma deve essere compiuto insieme al nostro simile, senza del quale siamo come delle foglie staccate dal ramo¹¹.

Nell'Ebraismo l'idea di longevità, scrive il prof. Serra, "costituisce una benedizione ed è quindi un aspetto positivo dell'azione creatrice di Dio. La longevità non è soltanto un bene, ma è anche il segno di un giusto rapporto con la Divinità, che si fonda non su un relativismo soggettivo, bensì su un'esigenza determinata dall'universalità di certi valori morali logici e rispondenti a fondamentali dati comuni nel genere umano.

Di qui il dovere di una responsabilità per sviluppare l'impegno di garantire e migliorare la propria esistenza e quella del prossimo. Tale dovere impegna eticamente ognuno ad evitare, a superare ed eventualmente, a curare le sofferenze e le turbative della vita umana. Occorre una chiara concezione

che esalta l'idea della vita. Di qui ancora il grande valore spirituale della vecchiaia, che entra nell'orizzonte etico-morale dell'esistenza della vita. Se la vita è un dono e un rapporto stretto di comunione con Dio creatore, come si può approvare seriamente il desiderio della morte, e meno ancora l'eutanasia?

5. La vita è dono di Dio ed è comunione con Dio che ha creato l'essere umano a sua Immagine. Allora la vita è in mano di Dio. Dio è Signore della vita. Viene escluso l'aborto e l'eutanasia. Nel *Qohélet*, nonostante la sottolineatura della decadenza del fisico e dello psichico, si ricorda il rapporto con l'origine e il termine della vita così (XIII, 7): *"Il tuo corpo ritornerà alla polvere della terra dalla quale fu tratto; il tuo spirito vitale ritornerà a Dio che te l'ha dato"*. E il versetto precedente affermava: *"Godi la vita. La vita finirà, come si rompe un filo ecc..."*. Il che significa: non devi esser tu a romperla. Perché è dono di Dio.

La vita nell'ebraismo è vista in se stessa e in un prolungamento ulteriore. Si dice che abbiamo un passato, un presente e un futuro, ma il più importante è il presente. Il passato è l'eredità e la memoria; il futuro è la risurrezione e la vita nuova. Mi piace ricordare un pensiero della prof.ssa Rita Levi Montalcini: "Come esseri umani abbiamo la fortuna di poter mandare un messaggio, che supera la lunghezza della nostra vita. In quello io conto. A me non importa affatto la morte". E osserva che la mente

umana è grandemente superiore a tutti gli strumenti materiali, perché abbiamo la coscienza di cui fino ad oggi conosciamo ben poco il funzionamento, "pur essendo perfettamente consapevoli di averla". Ed è "questa formidabile capacità umana che ci differenzia dalle altre specie".

È interessante il rapporto tra coscienza e vecchiaia. È vero che quando si diviene vecchi vi sono diversi limiti. Ma la coscienza continua a vivere. E non per nulla nella Bibbia il Signore conferisce agli anziani, non solo una venerabilità, ma anche virtù importanti come la prudenza, la saggezza, l'equilibrio, così da indicarli come guide del proprio popolo. Il testo del *Siracide*, che è stato ricordato sopra, indica anche i doveri dell'anziano, di colui che ha i *"capelli bianchi"*, la cui principale condizione è quella di *"mostrare buon senso, dare buoni consigli, ecc..."*, perché è riflessivo e soprattutto è fedele al Signore.

6. Dopo una buona vita vissuta, troviamo nella Bibbia alcune indicazioni di comportamenti suggeriti da Dio creatore. Il primo viene indicato nel *settimo giorno*, dopo la creazione del mondo e dell'uomo. E si tratta del riposo. Nel libro della Genesi si dice esplicitamente: *"Così Dio completò il cielo e la terra e ciò che vi si trova: tutto era in ordine. Il settimo giorno, terminata la sua opera Dio si riposò... Dio benedisse il settimo giorno e disse: è mio" (Gen. 2, 1-3)*. Considerando l'epoca storica della creazione e paragonandola alla vita umana, verrebbe da dire che anche l'uomo dovrebbe riposare, ma in parte è vero e in parte no. Il far nulla non è il santificare il settimo giorno del Signore. Si tratta viceversa di sospendere alcune attività e dedicarsi al culto di Dio e all'amore del prossimo. È importante che gli anziani diano buon esempio ai giovani nel santificare il sabato, illuminandoli nella fede, nella lode del Signore e nell'amore verso il prossimo.

Il riposo festivo significa anche per l'anziano una ripresa di energie, soprattutto fisiche e psichiche. Di fronte alla decadenza dell'uomo anziano, il riposo è considerato una medicina.

Naturalmente è opportuno an-



che *prepararsi* alla vecchiaia, riempiendo il proprio organismo nella giovane età di un bagaglio spirituale con il quale affrontare “*l’inverno della vita*”. Senza tale bagaglio l’uomo soffrirà una vecchiaia che apparirà senza senso; di fronte agli anni e ai giorni cattivi dirà: “*non mi piacciono affatto*”. (Qo, 12, 1).

7. Di fronte alla vecchiaia tutti i figli hanno doveri di rispetto e di considerazione verso i genitori. Tenuto conto del progresso della medicina al nostro tempo e del miglioramento ambientale, vi è un primario dovere sociale di educazione dei cittadini con nuovi indirizzi e metodi “per acquisire un rapporto pratico più adeguato all’idealizzazione data al fenomeno sensibile dalla tradizione ebraica”.

Sorgono allora vari problemi nei confronti della vecchiaia. Il primo problema è quello della solitudine e dell’isolamento. Vi sono difficoltà economiche e di altro genere. I Maestri raccomandano di avere

un’autonomia più possibile propria per l’assistenza. Quando invece non è possibile far fronte alle necessità dei vecchi, i membri della famiglia se ne occupano così da stabilire un clima di armonia nella famiglia e di rispetto etico con una mutua collaborazione. Di fronte a situazioni di povertà, i ricchi hanno il dovere d’intervenire per risolvere problemi. Se la donna è vedova, gli eredi non hanno alcun diritto di estrometterla dalla residenza. E in caso di affitto gli ebrei devono pagarle il canone. Il marito vedovo è invitato a risposarsi e avere figli.

Lo studioso Maimonide ricorda il dovere dello studio per tutta la vita: “Fino a quando si deve studiare la Torà? Sino al giorno della morte”. Verso i sessant’anni occorre procedere al distacco dalla vita lavorativa, dal servizio militare, dall’attività amministrativa e da attività pubbliche.

Un secondo problema è quello dell’assegnamento di una pensione per coloro che non sono più in gra-

do di sostentarsi e di prolungare la propria attività. Compito dei giovani è quello di offrire l’aiuto morale ai vecchi. È inoltre la preoccupazione di conservare, attraverso i vecchi, principi tradizionali. La tradizione nel popolo ebraico conta moltissimo. Dove i valori tradizionali non significano la ripetitività, quanto un adeguamento ai tempi nuovi.

L’ebraismo stabilisce con gli anziani un vincolo di solidarietà.

S.E. Mons. CLEMENTE RIVA
Vescovo aus. di Roma

Note

¹ S. ISRAEL, *Civiltà ebraica*, in *Ricerche religiose*, XIX, 3-4 (1948), p. 312.



MAURICE BORRMANS

La dignità della persona anziana nel mondo musulmano

In numerosi paesi dell'Islam, cristiani e musulmani collaborano, molto spesso, nel servizio alle persone anziane, siano esse ancora in buona salute o sofferenti di malattie che rendono la loro vecchiaia più difficile. In effetti, sono numerose le religiose cattoliche che dispensano in questi paesi la loro competenza tecnica e la loro attenzione affettuosa a musulmani ed anche a musulmani di età molto avanzata. In Algeria, le Piccole Sorelle dei Poveri curano, nelle proprie case di accoglienza di Oran e di Annaba, un gran numero di anziani e di anziane che vengono dagli ambienti musulmani più poveri. E ancora, nello Yemen le Missionarie della Carità di Madre Teresa sono al servizio delle persone anziane abbandonate e dei giovani handicappati a San'a, Modaidah e Ta'iz. Sono solo due esempi tra i tanti, che ci fanno pensare perché, come tutti i musulmani sanno, le "persone anziane" devono essere rispettate, curate e aiutate al termine del loro pellegrinaggio terrestre.

In effetti, tutti i fedeli dell'Islam hanno bene in mente questo passaggio della *Surata del Viaggio notturno (sûrat al-Isrâ)*: "Il tuo Signore ha decretato che voi non adoriate che lui. Egli ha prescritto la bontà nei confronti di vostro padre e di vostra madre. Se uno di loro o entrambi hanno raggiunto la vecchiaia stando con te, non dire loro 'Vattene!', non respingerli, ma abbi per loro parole di rispetto. Volgi verso di loro l'ala della tenerezza e di: 'Mio Signore! Sii misericordioso nei loro confronti, così come loro lo sono stati verso di me, quando ero un bambino ed essi mi hanno cresciuto'" (17, 23-

24). Non si tratta forse di un atto di riconoscenza verso coloro ai quali si è debitori del dono della vita ed ai quali la vecchiaia si impone con i propri limiti e le sue passività? Lo stesso Corano lo ricorda in questi termini: "Dio è colui che vi ha creato deboli; dopo la debolezza, egli dà una certa forza, poi, dopo avervi dato la forza, vi riduce alla debolezza ed alla vecchiaia. Egli crea ciò che vuole. È lui che sa tutto, l'Onnipotente" (30, 54).

Ogni essere umano si vede così fissare delle tappe biologiche che sono altrettante prove in cui Dio interviene come vuole: "È lui che vi ha creati dalla terra, poi da una goccia di sperma, poi da un grumo di sangue. Vi ha fatti nascere piccoli affinché raggiungete più tardi la maturità, e diventiate dei vecchi – alcuni di voi muoiono più tardi – e giungete ad un termine fissato" perché "è lui che dà la vita e che fa morire" (40, 67-68). Come si vede, il Corano insegna ai musulmani ciò che l'Antico Testamento trasmette agli Ebrei e ai Cristiani con molta saggezza: si tratta sempre della stessa sottomissione (islâm) alla volontà di Dio di vedere il padre e la madre onorati ed i figli a loro obbedienti fino alla loro vecchiaia. La *Surata di Luqmân* (31, 13-34) non riassume forse alla sua maniera tutto l'insegnamento che un padre può trasmettere al proprio figlio nel quadro di una saggezza biblica, che diventa allora coranica?

Le società musulmane si iscrivono dunque in questa tradizione ed hanno sempre esaltato il rispetto per gli "anziani". La parola *shaykh* significa sia la persona anziana che l'esperto nelle scienze, soprattutto religiose, e *al-Salaf al-*

şâlih sono i *Pii Anziani* che bisogna imitare diffidando delle innovazioni irrispettose delle tradizioni che rappresentano e trasmettono. Molto spesso, il bambino è chiamato *al-jâhil*, l'ignorante, e l'anziano "colui che sa". Tutti sanno che i legami di parentela sono privilegiati sia nel Corano che nella Sunna, la Tradizione che risale al Profeta dell'Islam, nell'ambito delle solidarietà innegabili della "grande famiglia" (*al-â'ilâ*) dove gli anziani hanno un posto privilegiato. Non ha forse detto Maometto che "non entrerà mai in Paradiso colui che ha mancato ai propri doveri nei confronti dei genitori"? Cosa dice la Sunna rispetto alla vecchiaia? Si sa che raccomanda la pietà filiale dopo "la preghiera fatta nell'ora canonica" e prima della "guerra santa secondo il disegno di Dio", e che essa si esercita in modo particolare verso la madre: "Un uomo venne a trovare l'Inviato di Dio e gli disse: 'Inviato di Dio, qual'è la persona che merita il meglio tra quelle con le quali ho dei buoni rapporti?' – Tua madre – gli rispose – E poi chi? – Tua madre. – E poi? Tuo padre". Ne consegue che "Uno dei peccati più gravi che un uomo possa commettere, è quello di maledire suo padre e sua madre".

Ibn 'Umar racconta di Maometto una storia edificante: "Un giorno tre uomini camminavano insieme, e la pioggia li soprese; si rifugiarono in una grotta della montagna, ma una roccia staccandosi venne a porsi davanti l'apertura della caverna, impedendo loro di uscire. Essi si domandarono quali erano stati gli atti migliori che avevano fatto per amore di Dio, al fine di invocare Dio proprio in nome di

questi atti per i quali egli li avrebbe liberati. Uno disse: 'O mio Dio! mio padre e mia madre erano anziani ed io avevo dei figli. Sono stato io a custodire il gregge, e a nutrirli. Quando rientravo la sera mungevo le pecore e iniziavo a dare da bere a mio padre e a mia madre prima di servire i miei figli. Un giorno che mi ero recato in un pascolo lontano, tornai soltanto quando la notte era già calata e trovai mio padre e mia madre addormentati. Mi misi a mungere le pecore come al solito, portai la mungitura al capezzale dei miei genitori cercando di destarli dal loro sonno, volendoli servire prima dei miei figlioli. I bambini non smettevano di piangere ai miei piedi, ma malgrado ciò rimasi così fino a quando non spuntò l'aurora. Poiché tu sai che l'ho fatto per amor tuo, fai spostare la roccia in modo che possiamo vedere il cielo!' Dio subito fece scaturire un'apertura dalla quale essi videro il cielo".

Sappiamo anche quanto grandi sono le cure che si devono all'anziano: egli ha sempre la precedenza e dev'essere preferito alla persona più giovane in ogni contesa o testimonianza. Ma la vecchiaia non è necessariamente saggezza e devozione! Le tentazioni si fanno più numerose. Infatti, come dicono ancora i *ḥadīth*-s, "Dio si annuncia a un uomo che ha ritardato la sua fine fatale quando gli ha fatto raggiungere l'età di sessant'anni" e "il cuore dell'uomo anziano non smette di essere giovane per due cose: l'amore per i beni di questo mondo e le lunghe speranze": in effetti, "il figlio di Adamo diventa più grande e due cose diventano grandi con lui: l'amore per le ricchezze ed il desiderio di vivere a lungo". È per questo che ogni anziano dovrebbe ascoltare, più di ogni altra, questa ammirevole sentenza di Maometto: "Sii in questo mondo come uno straniero o un passante", e come Ibn 'Umar diceva poi: "Quando sei alla sera non sperare di vedere la mattina e quando sei alla mattina non sperare di vedere la sera. Prendi dalla tua salute per la tua malattia e dalla tua vita per la tua morte".

La saggezza popolare dei paesi arabo-musulmani non fa che amplificare, attraverso i suoi proverbi, ciò che il Corano e la Sunna hanno

canonizzato delle virtù e i costumi precedenti. Il vecchio non è forse *al-kabīr*, aggettivo che vuol dire "grande"? *Al-kabīr* 'aqlu kabīr, allitterazione che si può tradurre così: "Chi è grande in età lo è anche in intelligenza", perché *akbar min-nak bi-shahr akhbar min-nak bi-sana*, "chi è più vecchio di te di un mese ha più esperienza di te di un anno", poiché *al-kibar* 'ibar, "l'età avanzata è una vita esemplare"! Ma la psicologia dei popoli sa distinguere qui le virtù e i vizi, ed anche il rispetto che è dovuto ai "vecchi" ed il "peso" che essi rappresentano talvolta per i parenti più prossimi. In effetti, se "non c'è niente di male a essere vecchi", *al-shayb mā hū 'ayb*, nulla impedisce che l'inutilità sociale apparente o il cattivo carattere derivato da una vita inasprita facciano scaturire dei proverbi dispregiativi, così che talvolta si dice che *ibn as-sittīn li-sikkīn*, "chi ha 60 anni merita di essere sgozzato"! È vero che la società tradizionale talvolta è dura con i propri anziani e affida loro compiti da bambino o da giovane pastore, come dice, ad esempio, un proverbio algerino *ash-shībānī li-s-sarḥa wa-l-'ajūz li-r-rahā*, "il vecchio a guardia del gregge e la vecchia al mulino", e il proverbio libanese *'Antar lammā khatyār* "ūh al-būsh", "Quando Antar (un eroe leggendario) divenne vecchio, portava le bestie al pascolo".

La vita delle persone anziane è dunque sempre minacciata (*li-yobrod al-hajar*) ed il momento di lasciare questo mondo si appresta per tutti e, come affermava il *ḥadīth*, non è detto che tutti siano pronti per "il grande viaggio". Un proverbio dice: *shibnā wa-mā tubnā* "eccoci diventati vecchi, e non ancora convertiti"! Diventa dunque sempre più impellente che cristiani e musulmani, credenti sinceri e persone di buona volontà, uniscano le proprie capacità per assicurare alle persone anziane una vecchiaia serena e rispettata. Questo compito è ancora più urgente perché i tempi sono cambiati e le società tradizionali, che attraverso la solidarietà, davano agli "anziani" garanzie e sicurezza e le cui culture attribuivano loro saggezza e prestigio, hanno fatto posto oggi alle società moderne in cui un individualismo esacerbato

rischia di perdere di vista l'importanza dei legami di parentela ed il ruolo degli anziani nelle rispettive famiglie, e in cui le conoscenze tecnologiche fanno sì che le giovani generazioni ne sappiano più degli anziani.

Ospedali, cliniche, ospizi, residenze ed altri luoghi d'accoglienza dovranno essere perciò testimoni di uno sforzo concertato e rinnovato in favore degli anziani, ancor più perché si tratta per tutti di prepararsi ad accogliere e a vivere il mistero della morte con fede e speranza, qualunque sia la loro tradizione religiosa. Mi hanno detto che ci sono state delle religiose infermiere che hanno aiutato dei musulmani agonizzanti, in ospedali libici, ad alzare il braccio destro affinché, l'indice levato verso il cielo, il credente potesse morire proclamando che non c'è altro dio all'infuori di Dio. Ho conosciuto anche un medico musulmano algerino, che stava praticando uno stage presso il Policlinico Gemelli, a Roma, che prese il crocifisso dal muro e lo offrì ad una vecchia cattolica romana che si trovava in punto di morte. In circostanze simili, non ci sono più frontiere ed i credenti sono chiamati ad aiutarsi tra di loro per accedere al di là della fede.

P. MAURICE BORRMANS
Professore all'Istituto di Studi Islamici
di Roma

Bibliografia

Le *Sahih* (Les traditions islamiques) d'El-Bokhari (trad. O. Moudas), Paris, Librairie d'Amérique et d'Orient, 1977, Tome IV, pp. 138-143 e 272-273.

"The attitude towards the elderly as reflected in Egyptian and Lebanese proverbs", by Issa Peters, in *The Muslim World*, vol. LXX-VI, 1986, pp. 80-85.

Proverbes et dictons populaires algériens, raccolti, classificati, tradotti e commentati da Kadda Boutarene, Alger, Office des Publications Universitaires, s.d., 332 p., vd. p. 185.

Proverbes populaires du Liban Sud, di Ferdinand Joseph Abela, Paris, G.P. Maisonneuve et Larose, 1981, 2 voll., 481 p. e 304 p., più 70 p. in arabo, vd. qui i proverbi 331, 886, 979, 1730, 2000, 2015.

USHA MEHTA

L'induismo e l'anziano

L'Induismo è essenzialmente un modo di vita con una visione ampia ed universale; esso quindi non ha né chiesa né dogmi fissi. È tuttavia conscio del fatto che la religione permea la vita di un individuo in ogni sua tappa e che c'è sempre un "Grande Aldilà" che fa appello a tutte le anime che lo cercano. Lo scopo supremo ricercato nell'Induismo è "Moksha" o autorealizzazione, compatibile con la concezione esauriente ed integrata da esso adottato. Gli altri tre fini (Rpursharthas) ad esso subordinati sono "Dharma" (dovere), "Artha" (ricchezza) e "Kama" (piacere). L'Induismo pertanto accetta il fatto che l'uomo non può vivere senza pane ma esso inoltre ingiunge, come il Cristianesimo, che l'uomo non vive di solo pane, né del suo lavoro, capitale o potere.

Ashramas

La base dell'aspetto sociale della vita di un individuo è formata dal "Varnas Brama Dharma", cioè la quadrupla organizzazione sociale basata sul "Varna", cioè la casta e "Ashrama", cioè la fase della vita di un individuo. Manu, il legislatore, ingiunge una divisione quadrupla basata sulla natura psicologica, vale a dire "Brahmins", cioè uomini di pensiero, "Kshatrya", uomini d'azione o guerrieri, "Vaishyas", uomini d'affari, e Shudras, quest'ultimi non inclusi nelle tre classi precedenti. A livello individuale, la vita è divisa in quattro fasi chiamate "Ashramas", cioè "Brahmacharyashram" (la fase dell'educazione), "Orihashthashrama" (la fa-

se della vita familiare), "Vanprasthashrama" (la fase del semi-ritiro), e "Sannyasashrama" (la fase della rinuncia), che tendono a fondersi nel divino, vale a dire a raggiungere la liberazione finale o Moksha. Ognuna di queste fasi, eccetto l'ultima, dura 25 anni. Questa classificazione cerca di modellare la società e dare un limite all'esistenza umana. Manu delinea anche lo scopo e la preparazione di ogni stadio. Dopo aver passato la fase dell'educazione scolastica, e aver realizzato il proprio compito nei riguardi della famiglia come capofamiglia, all'individuo viene raccomandato di staccarsi gradualmente dall'attaccamento emotivo alla famiglia, a fare posto ai giovani membri, a cercare di sviluppare l'autoconsapevolezza, a praticare lo "Yoga" e a prepararsi alla verità e all'ultima fase di distacco dal finito in quanto finito e all'attaccamento al finito come incarnazione dell'Infinito, sottolineando così che la vita umana è un pellegrinaggio verso la vita eterna.

Il sistema familiare seguito in India fin dall'antichità è stato il sistema di famiglia unita e i capifamiglia dovevano preoccuparsi non solo dei propri genitori ma anche degli altri membri anziani della famiglia, compresi i nonni e gli zii.

Triste situazione degli anziani

Con il passare del tempo, l'intera società è cambiata a causa di diversi fattori, quali il numero crescente di anziani, l'industrializzazione e la conseguente urbanizza-

zione, il lavoro fuori casa delle donne, l'aumentata competizione in quasi tutti i campi della vita che ha portato ad inseguire la prosperità materiale, il deterioramento della morale e dei valori umanitari. Il numero di anziani sta gradualmente crescendo in India come in altri paesi del mondo. È passato dal 5,6% nel 1950 al 6,9% e si ritiene debba raggiungere l'8,6%, cioè circa 76 milioni nel 2010. Al contrario si assiste ad una diminuzione della popolazione giovane che è scesa al 63,7 % nel 1990 e si ritiene che presto arriverà al 47,4%. Ne risulta un consistente declino nella percentuale relativa ai giovani e un aumento nella percentuale relativa agli anziani.

L'urbanizzazione, l'aumento dei prezzi e altri fattori hanno allargato il solco generazionale. I bambini, invece di ascoltare le storie dei nonni e mangiare piatti deliziosi preparati dalle nonne, preferiscono guardare la televisione o chiudersi nelle proprie stanze e mangiare cibi pre-confezionati. Per sfuggire alle offese da parte non soltanto dei propri figli e nuore, ma anche dei nipoti, alcune coppie di vecchi coniugi preferiscono tornare nei villaggi nati, ma non tutti possono mantenersi con le loro magre entrate né i figli sono in grado di inviare loro vaglia regolari. Per questa e altre ragioni, molti anziani si sentono soli e perduti, non voluti e abbandonati. Molti muoiono quasi di crepacuore e per alcuni di loro la vecchiaia diventa l'attesa della morte. Un vecchio vedovo amico della mia famiglia viveva a Mumbai con il figlio. Una volta, furono invitati a casa loro alcuni alti funzionari stranieri di una grande

multinazionale. Tutti i membri della famiglia, compreso il padre, furono presentati agli ospiti; solo che il padre fu presentato come cuoco e non come padre. Ciò ferì talmente il vecchio che egli lasciò la casa del figlio per tornare alla casa natia, dove morì poco tempo dopo. Sono stati registrati anche alcuni casi di omicidio, particolarmente in grandi città quali Mumbai e Chennai, sia a causa di dispute su una proprietà o per mancanza di spazio, inadeguatezza in nata o totale disumanità. La situazione delle donne, e specialmente delle vedove, è peggiore di quella degli uomini. Esse sono trascurate, messe da parte ed insultate. Non solo sono trattate come elementi di disturbo ma vengono anche ritenute responsabili di tutte le sventure che possono affliggere la famiglia. Ad esse non viene permesso di partecipare a feste e a cerimonie liete.

Misure governative

La Costituzione dell'India assicura la previdenza sociale ai cittadini. L'articolo 41 afferma che il Governo, nei limiti delle sue possibilità economiche, deve fornire un'assistenza pubblica effettiva ai disabili, agli anziani, ecc. Dopo la Conferenza Internazionale sulla Popolazione svoltasi al Cairo nel 1994, l'India ha intrapreso alcuni passi allo scopo di fornire aiuto finanziario, sviluppare sistemi sanitari, accrescere la fiducia in se stessi degli anziani e metterli in grado di fare un lavoro indipendente. Recentemente, i cittadini della terza età sono stati esonerati dal pagare l'imposta sul reddito. Inoltre, gli ufficiali governativi lavorano anche come funzionari in molte grandi compagnie private e dai trust ricevono la pensione.

La spinta principale della maggior parte dei programmi intrapresi dal Governo è diretta verso servizi non istituzionalizzati, quali la famiglia e i servizi basati sulla comunità. Inoltre, al fine di tenere le famiglie unite, si sta facendo un tentativo di fornire incentivi alle famiglie affinché si prendano cura dei loro membri anziani. È stato suggerito che, in ragione delle molte invalidità sofferte dalle

donne, una particolare attenzione venga rivolta ai loro problemi e programmi speciali siano promossi per aiutarle a superare le loro difficoltà.

In quasi tutto il paese sono state aperte case di ritiro per anziani, ove lavorano medici part-time e assistenti sociali adeguatamente formati. Nelle zone rurali vengono forniti servizi medici mobili. Alcuni hanno il permesso di attuare differenti sistemi di medicina, quali omeopatia, Unani e altri.

Negli ospedali governativi vengono riservati letti gratuiti o semi-gratuiti per anziani, in particolare i meno abbienti. In altri, i pazienti ricevono dentiere, occhiali, pillole vitaminiche gratis o ad un prezzo simbolico.

Oltre all'assistenza medica, viene fornita anche assistenza legale, aiuto nei servizi assicurativi e bancari. Negli ultimi 5 anni sono state spese 22.981 rupie per questi programmi. Si tratta di una somma insignificante se paragonata all'enorme numero di anziani del paese. Tuttavia, l'argomentazione a difesa del governo è che, secondo la Costituzione, il governo deve aiutare gli anziani solo nei limiti delle sue possibilità economiche e tenendo presenti le priorità più urgenti, quali la difesa, la sicurezza globale, la crescita economica, ecc.

Organizzazioni di volontariato

Per fortuna, molte organizzazioni di volontariato e fondazioni benefiche hanno iniziato la loro opera per aiutare gli anziani anche prima del governo. Sebbene queste organizzazioni funzionassero anche nei giorni precedenti l'indipendenza, dal 1980 il loro numero e le loro attività hanno subito un aumento. Naturalmente, ciò è dovuto all'importanza data alla beneficenza da quasi tutte le religioni presenti in India – Induismo, Islam, Jain, Cristianesimo, Buddismo, Sikh, Ebraismo, ecc. – come anche alla Conferenza Internazionale sugli Anziani e al costante contatto con le organizzazioni leaders e i lavoratori anziani di altri paesi del mondo.

La principale organizzazione a favore del benessere degli anziani

– l'Indian Federation for the Aged – è stata creata nel 1988 allo scopo di coordinare diversi organismi in tutte le parti del paese e le agenzie governative e semi-governative operanti in questo campo.

Dal 1983-84, il Governo ha iniziato a realizzare un programma centrale di assistenza finanziaria alle organizzazioni di volontariato al fine di costruire e gestire case di riposo e centri di cure ambulatoriali, mentre alcune delle innumerevoli organizzazioni regionali, nazionali ed internazionali e fondazioni pubbliche e private in tutto il paese forniscono assistenza in molti campi, medico, finanziario, residenziale, legale e psicologico; alcune sono concentrate su uno o due gruppi specifici quali donne e handicappati, o cause specifiche quali lebbra, problemi cardiaci, tubercolosi, nevrosi, ecc. Come esempio possiamo citare l'“Help-Age Foundation”, il cui scopo è quello di creare consapevolezza e comprensione del nuovo scenario della società causato dall'aumento degli anziani e dei loro bisogni sociali, economici, psicologici e medici, al fine di raccogliere fondi perché le organizzazioni di servizio sociale creino infrastrutture ove fornire benefici agli anziani e sottolineare il loro contributo all'arricchimento della società. Le attività di questa Fondazione includono consulenza, formazione degli assistenti sociali, sostegno finanziario alle organizzazioni membri. Essa aiuta oltre 500 agenzie di volontariato e gestisce circa 1000 progetti.

Fondazioni religiose

Molte fondazioni religiose appartenenti alle maggiori religioni presenti in India – Hindu, Mussulmani, Cristiani, Zoroastri, Jain, Sikh, ecc. – forniscono un aiuto sostanziale nell'educazione, nella cura delle persone meno favorite, comprese le donne e le sezioni povere della società, nella protezione degli animali e dell'ambiente, e nella conservazione dei monumenti storici, compresi templi, moschee, chiese e Gurudwaras, nella protezione e promozione della loro cultura e modo di vivere. Tuttavia, i loro fondi principali

sono diretti alla costruzione di ospedali, nonché all'assistenza e all'educazione della gente. Alcuni ospedali costruiti da queste fondazioni sono stati iniziati allo scopo di fornire assistenza medica solo ai membri della loro religione o comunità. Tuttavia, poiché l'India è uno stato secolare, questa pratica è stata interrotta ed ora tutti gli ospedali pubblici e governativi devono ammettere pazienti di tutte le comunità.

La maggior parte delle fondazioni gestite dai templi Indu hanno costruito numerosi ospedali ed aiutato innumerevoli pazienti fornendo sostegno finanziario per la ricerca e i medicinali. Negli ospedali gestiti dagli Indu, gli assistenti sociali leggono passaggi dal Bhagvad Gita e altre scritture Indu ai pazienti, alcuni dei quali hanno raccontato che questa pratica li ha aiutati a curare le loro ferite fisiche e a ridurre le loro preoccupazioni mentali. Queste fondazioni esistono quasi ovunque nel paese e in particolare nei luoghi di pellegrinaggio.

La Ramkrishna Mission gestisce ospedali in quasi tutte le regioni del paese. Oltre alle attività generalmente intraprese dalle organizzazioni che operano per il benessere degli anziani, quali fornire abitazioni, biblioteche, giardini, centri ricreativi, centri culturali, centri per hobbies, tours nei luoghi storici, conferenze, seminari, aiuto finanziario e legale, ecc., le organizzazioni ideate in particolare per l'assistenza medica e per fornire medicinali a basso costo svolgono anche corsi di formazione e consulenza e campi per i membri, le infermiere e gli assistenti sociali. Provvedono anche ai riti funebri e ai rituali seguenti. Gli ospedali non assumono ufficialmente i sacerdoti ma si mantengono in contatto con quelli che sono facilmente disponibili e in grado di celebrare cerimonie secondo le regole dei loro rispettivi testi religiosi. Inoltre, esiste una lista di assistenti sociali desiderosi di prestare aiuto ai pazienti tanto durante quanto dopo il loro soggiorno in ospedale. Essi ricevono indicazioni sulla selezione di libri da leggere, sui canti devozionali da cantare, sugli argomenti da discutere, e sugli hobbies da coltivare.

Una delle principali caratteristiche della pratica medica in India è che in alcuni centri vengono praticati simultaneamente più sistemi di medicina, cioè allopatia, omeopatia, ayurveda, magnetoterapia, digitopressione, cure naturali, ecc. Il paziente può scegliere quella che più gli piace. Benché nella maggior parte dei centri l'allopatria venga praticata come regola generale, l'ayurveda e l'omeopatia stanno diventando molto popolari, la prima perché si tratta di un sistema indigeno che impiega erbe medicinali dell'Himalaya e di altri terreni montuosi, la seconda perché è più economica dell'allopatria.

Pertanto, benché dobbiamo percorrere ancora molta strada prima di fornire un'assistenza adeguata agli anziani, non c'è dubbio che tanto il governo quanto le organizzazioni di volontariato compiono sforzi per assistere gli anziani nella società e rendere la loro vita più sana e felice.

Rinuncia

In definitiva è l'individuo da solo che deve sforzarsi di affrontare le difficoltà dell'età e diventare amico di se stesso. Come afferma il Bhagvadgita: "Un essere umano è amico e allo stesso tempo nemico di se stesso". È lui che può costruire o danneggiare il proprio futuro. Egli deve combattere la propria battaglia e per questo deve adottare un codice di condotta, formare il proprio corpo e la propria mente osservando una stretta disciplina durante la propria vita. Alcune regole raccomandate da medici di lunga esperienza sono: mangiate meno, parlate di meno, praticate un hobby, fate un moderato esercizio fisico, siate lenti nel colpire e lenti nel perdonare, cercate di conformarvi ai nuovi tempi e alle nuove generazioni, cercate di fare un lavoro sociale secondo le vostre possibilità, imparate a ridere di voi stessi e, ultimo ma non meno importante, abbiate fede in voi stessi e nell'Onnipotente poiché, come dice Bhagvad Gita, "chi agisce bene non muore mai". La pratica dello Yoga – concentrazione e meditazione – un vecchio metodo

per ottenere l'autocontrollo raccomandato in molte antiche scritture Indu ed insegnato in alcuni ospedali e centri di cura, si è rivelata estremamente utile per sviluppare una disciplina autoimposta. Essa è stata sperimentata da alcuni individui scettici con notevole successo.

Un dirigente d'azienda ottantenne non solo ha sviluppato interesse nel Sanscrito ma lo ha imparato e ha tradotto con vigore alcuni detti in Inglese che sono diventati molto popolari. La cura più miracolosa è stata quella di un vecchio che soffriva di paralisi e che ha scalato alcune vette impervie dell'Himalaya dopo che ogni altro trattamento era fallito, grazie alla fede in Dio e in se stesso. È chiaro pertanto che, in ultima istanza, è la fede in se stessi e l'atteggiamento di distacco prescritto in particolare per coloro che hanno raggiunto lo stadio finale della vita o "Sannyashgram" o rinuncia, come predicato da Dio, che mentre salva dà il messaggio rassicurante:

"Malgrado il buio,
la luce continua
malgrado la morte,
la vita continua".

Prof.ssa USHA MEHTA
Professore presso l'Università di Mumbai,
India

Bibliografia

- Manusmriti.
- Bhagvad Gita.
- Encyclopaedia of Religion and Ethics.
- Radhakrishnan s. *Hindu view of Life*, London, George Allan Zunkin Ltd., 1954.
- India a reference 1988. India Publication Division Minister of Broadcasting, & Information, 1997.
- Research and Development Journal Vol. 3, no. 2, Help Age India.
- Ageing India, Indian Federation on Ageing, Vol. 1, No. 1.
- Family and Elder women, Report of the Seminar held in November 20, 1994 by the Association of Senior Citizens.

BHIKKU HUI-MIN

Come il buddismo vede gli anziani e quanto si fa nei loro confronti nella Repubblica Cinese

1. Come il Buddismo vede gli anziani e il loro benessere: autoconsapevolezza, pietà filiale, altruismo

Nel 1995, gli anziani a Taiwan ammontavano a 1.545.000, rappresentavano cioè il 7,28% dell'intera popolazione. L'assistenza agli anziani comprende salute e cure mediche, questioni economiche, educazione e divertimento, residenza e cure, e adattamento psicologico e sociale (Hsieh Kao-chiao, 1994).

L'insegnamento fondamentale del Buddismo è la "Genesi Condizionata", secondo cui la vita non è eterna, ma semplicemente una continuazione di circostanze simili. La società non è unica, ma piuttosto un insieme di condizioni collegate. Il riconoscimento di ciò produce la saggezza dell'autoconsapevolezza e la grazia dell'altruismo.

Per questa ragione, secondo il Buddismo è importante trovare i modi affinché la società sia consapevole dei problemi degli anziani e metta in atto misure appropriate di altruismo.

Anzitutto, la dottrina buddista della Genesi Condizionata insegna che attraverso la nascita sono condizionate l'età e la morte; ognuno quindi dovrebbe essere consapevole del fatto che essere anziani è uno stadio naturale della vita umana. Ciò non vuol dire che gli anziani siano obsoleti e che aspettino soltanto di morire. La vecchiaia dovrebbe essere un tempo di abbondante raccolto, realizzazione e rispetto.

La definizione di "anziano" cambia con i tempi e le condizioni di sviluppo di una nazione, quindi

non è del tutto appropriato usare l'età di 65 anni per indicare se una persona è giovane o anziana.

Nel 1994, il Venerabile Sheng-yen ha promosso a Taiwan le Celebrazioni Buddiste di Longevità. Un famoso poema cinese esprime così il sapore agrodolce della vecchiaia:

*Il sole che tramonta è infinitamente bello,
ma vuol dire che il crepuscolo è vicino.*

Il Maestro Sheng-yen ha riscritto il poema affinché si legga:

*il sole che tramonta è infinitamente bello,
ma non vuol dire che il crepuscolo è vicino;
il futuro è bello come il broccato,
il sole glorioso sorgerà di nuovo ad est.*



Ciò che è implicito in questo poema è che la vecchiaia è bella come il tramonto, ma questo non va preso come una condizione senza speranza che si avvicina al crepuscolo e al buio della notte. La vecchiaia è una seconda giovinezza. Dopo il pensionamento, si può riscoprire il potere della propria vita, il valore della vita umana, e contribuire alla luce della saggezza e al calore dell'entusiasmo per aiutare la società.

"Il sole glorioso sorgerà di nuovo ad est". Il punto di vista del Buddismo è che nulla è permanente, ma il desiderio di contribuire in modo altruistico alla società può essere sconfinato. Se ci sono desideri che non possono essere completati in questa vita, lo possono essere nella vita successiva; gli sforzi possono continuare per l'eternità, finché il diventare Budda non viene finalmente realizzato.

Ciò che non ho realizzato in questa vita lo posso lasciare per la successiva generazione. Ciò che non posso fare questa volta, e che la prossima generazione non è capace di completare, lo farò nella mia prossima vita! Se avrete sempre in mente questo concetto, non vi sentirete infelici nella vecchiaia e non vi sentirete soli anche se sarete soli (Shih Sheng-yen, 1994).

Inoltre il Buddismo, che è nato e si è sviluppato nelle culture tradizionali orientali, annette grande importanza alle dottrine sociali orientali per cui i figli hanno obblighi filiali verso i loro genitori e verso gli anziani. Tali concetti sono esposti in sutre quali "la Gentilezza dei Genitori non può essere mai ripagata". Pertanto i gruppi buddisti o la società cinese fonda-

mentalmente usano l'asse Genitori-Famiglia come il fondamento per risolvere problemi che riguardano gli anziani. Quindi la struttura familiare viene vista come principale fonte di sostegno per i problemi che riguardano benefici personali quali l'abitazione dei cittadini anziani e i requisiti di vita.

Mentre nelle nazioni occidentali le cure mediche per gli anziani sono già diventate spazio per lo sviluppo di nuovi servizi prestati da gruppi religiosi, i gruppi buddisti di Taiwan incoraggiano tre generazioni della stessa famiglia ed esitano a confinare gli anziani in case di ritiro. Un ritorno all'etica filiale tradizionale viene visto come la politica migliore per risolvere problemi riguardanti la cura degli anziani (Wang Shun-min, 1997). A questo proposito, il Venerabile Zheng-yen, fondatore della "Buddhist Compassion Relief Tsu-Chi Foundation", ha spiegato:

"Attualmente nella società cinese ciò di cui gli anziani hanno maggiormente bisogno è l'affetto dei familiari, quindi la società dovrebbe essere incoraggiata a ristabilire le virtù filiali tradizionali. La speranza che i giovani saranno grati ai loro genitori e filiali nei loro confronti è il metodo fondamentale per risolvere questi problemi. Tuttavia, la struttura sociale è cambiata, e la famiglia nucleare ha sostituito la famiglia estesa ... Molti anziani vivono soli e devono provvedere a se stessi. È una condizione molto triste. Auspichiamo che le comunità diventino come dei clans, con l'idea che la comunità è una grande famiglia. Ognuno può, a turno e nel tempo libero, esprimere la sua preoccupazione per gli anziani della comunità" (Tzu-chi Monthly, 377:97).

"I tempi stanno cambiando. La Cina continentale si sta modernizzando e Taiwan si sta occidentalizzando. I concetti di famiglia si stanno dissolvendo. Ai vecchi tempi, quattro generazioni che vivevano sotto lo stesso tetto erano invidiate dagli altri, ma oggi i vecchi sono considerati un fardello e non sono accettati dai giovani sposi. Tuttavia, i membri Tsu-chi sono l'esatto opposto. Noi non soltanto seguiamo le vecchie tradizioni, tenendo con

noi i nostri genitori così che possiamo prenderci cura di loro, ma spesso ci si presenta il problema che ognuno dei vari figli vuole avere gli anziani nella loro propria casa" (Yun-ching, 1995; 138).

Per riassumere, il punto di vista buddista per quanto riguarda la questione degli anziani è che questi dovrebbero diventare autoconsapevoli secondo la dottrina della Genesi Condizionata, rendendosi conto che la vecchiaia non significa essere un "baccello" inutile in attesa della morte. La vecchiaia dovrebbe essere un tempo di abbondante raccolto, realizzazione e rispetto. L'enfasi deve essere posta sugli obblighi filiali nei confronti dei genitori e degli anziani. Tutti noi dovremmo promettere solennemente di contribuire vita dopo vita con attività altruistiche.

2. Il punto di vista buddista sugli anziani e il loro benessere: il Buddismo Terreno e il Buddismo della Pura Terra

Tradizionalmente, il Buddismo insegna alla gente a "sbarazzarsi dell'attaccamento secolare, a concentrarsi sull'Amitabha Buddha, a giurare di rinascere nel Mondo del Loto, cioè la Pura Terra Occidentale della Massima Benedizione". Ciò è servito come credo e obiettivo spirituale per gli anziani. Per

questo i membri di organizzazioni buddiste quali i gruppi di recitazione Amitabha Buddha e le "associazioni del loto" sono generalmente anziani.

La vita umana è piena di dolori e tribolazioni, e la sofferenza della vecchiaia, le malattie e la morte spingono la gente a guardare verso la Pura Terra. Secondo la dottrina buddista dei due livelli di significato della Pura Terra, gli ordinari mortali devono giurare di rinascere in altri mondi, che sono già divenuti terre pure, quali la Pura Terra Occidentale della Massima Benedizione creata dall'Amitabha Buddha. Ad imitazione dei bodhisattva, essi possono anche purificare e creare mondi che in futuro diventeranno pure terre. Quindi, la Pura Terra non è qui ed ora, ma nel futuro ed altrove.

Tali tendenze possono portare ad una eccessiva importanza dei mondi futuri a spese delle presenti realtà, e perfino ad avere come obiettivo quello di guidare gli spiriti dei morti alla Pura Terra di Amitabha Buddha. Per questo motivo, il Maestro Tai-hsu (1890-1949) è favorevole ad "un Buddismo umanistico". Seguendo i suoi passi, il Maestro Yin-shun (1906-) ha fatto appello ad un ritorno al significato originale di Buddismo, che non fu mai separato dai concetti terreni, piuttosto che dare una importanza eccessiva alle divinità e ai fenomeni divini oltre il regno degli affari umani. Appurato che il mondo umano in cui viviamo, pieno di dispiaceri e di cataclismi, non è una pura terra, dovremmo giurare di creare una pura terra terrena (Bhikku Hui-min, 1997).

Questi concetti e relative attività sulla pura terra terrena qui ed ora sono diventati la corrente principale del Buddismo a Taiwan. Associazioni quali Tzu-chi Foundation, Go-kuang Mountain, e Dharma Drum Mountain e le loro congregazioni si basano teoricamente su queste idee. Tuttavia, insegnare agli anziani ad "abbandonare l'attaccamento a questo mondo, recitare Amitabha Buddha con tutto il cuore, e giurare di rinascere nella Pura Terra del Loto di Amitabha" complementa, piuttosto che contraddire, le attività sociali perseguite dagli aderenti della pura terra terrena.



3. L'azione sociale del Buddismo terreno: aree di assistenza per gli anziani nei templi

a. I templi possono agire come strutture di mediazione per la famiglia e la società (servizi buddisti basati sulla comunità)

Secondo i dati di distribuzione delle associazioni buddiste e di tutte le associazioni religiose presenti a Taiwan (fonte originale: Dipartimento di Statistica, Ministero degli Interni, Governo della Repubblica di Cina, 1995), a Taiwan la distribuzione delle organizzazioni buddiste non è relativamente molto più alta di quella di altri gruppi religiosi (Taoismo, Cristianesimo, ecc.), cioè 1,3%, 12,9%, 12,5% e 12,8%. Tuttavia, il rapporto di spazio medio di edifici, terra e uso è molto alto, cioè 212%, 280% e 167%. Questa distribuzione geografica e il cambiamento della struttura delle aree urbane indicano che i templi buddisti possono agire come strutture di mediazione tra la famiglia e la comunità o la società. Punto (famiglia), linea (tempio) e piano (società) possono essere completamente integrati (Wang Shun-min, 1998), a seconda della politica governativa di dare importanza al ruolo comunitario nell'assistenza sociale.

La struttura e il ruolo delle famiglie stanno cambiando, in modo tale che le famiglie possono rivelarsi incapaci di prendersi cura degli anziani, che sono lasciati a se stessi. La legislazione relativa all'assistenza degli anziani si sta ancora sviluppando. Forse di mercato relative agli anziani devono ancora raggiungere il livello stabile. Poiché la famiglia, la legislazione e il mercato raggiungono i loro limiti strutturali, la politica governativa dell'assistenza basata sulla comunità si collega all'ideale buddista di lavorare tra la gente: i servizi buddisti basati sulla comunità.

b. Possibili scelte per la cura comunitaria degli anziani da parte dei servizi buddisti basati sulla comunità

Secondo il livello di specializzazione, possiamo dividere la cura comunitaria degli anziani in tre livelli: alto, medio e basso. A se-

conda dei contenuti dei servizi resi, possiamo individuare due tipi di cure: la natura di sostegno e la natura informativa. Ci sono pertanto sei possibili scelte per la cura comunitaria degli anziani da parte dei servizi buddisti basati sulla comunità.

1. Alto, di supporto: case per gli anziani, assistenza di sicurezza della casa, cure terminali.

2. Medio, di sostegno: servizi alimentari, cure domiciliari, servizi a domicilio, assistenza di emergenza, cura giornaliera.

3. Basso, di sostegno: servizi di manutenzione della casa, visite di amicizia, telefonate, servizi di trasporto, servizi di vicinato.

4. Alto, informativo: servizi legali, di assicurazione.

5. Medio, informativo: studi per anziani, educazione familiare, igiene mentale.

6. Basso, informativo: attività culturali, ricreazione, servizi di informazione.

Questo quadro delinea un tipo ideale di aree di assistenza per anziani nei templi buddisti. Quando considereremo le caratteristiche degli anziani (sesso, età, educazione, reddito, salute), la loro capacità di muoversi, le loro condizioni di vita e le risorse disponibili nei loro confronti (Lin Shungling, 1993; Hsieh Mei'o, 1993) potremo chiaramente vedere il bisogno di una pianificazione più

precisa per servire i loro bisogni. Inoltre, al momento di tracciare il percorso e i limiti dei futuri servizi buddisti basati sulla comunità, dovrebbero essere presi in considerazione due punti di riferimento: il livello di specializzazione e i tipi di servizi offerti.

c. Aree di assistenza per gli anziani nei templi buddisti

I templi buddisti sono idealmente adattati per fornire servizi agli anziani per numerose ragioni. C'è un vasto numero di templi di tutte le dimensioni. Disponendo di forti congregazioni, essi hanno il potenziale per far nascere grandi risorse sociali. Mostrano una piccola varietà nel carattere del clero e dei volontari laici. Essendo per la maggior parte cresciuti insieme, essi sono fermamente radicati nelle loro comunità. Con queste qualificazioni, i templi buddisti mostrano i seguenti vantaggi nel servire gli anziani.

1. Efficienza

Il governo dispone soltanto di risorse limitate per sostenere gli anziani. Questi servizi devono essere forniti sulla base dei regolamenti, e non possono essere disponibili in posti adeguati per ogni comunità. I templi buddisti sul posto hanno il vantaggio della mobilità e della tempestività. Quindi, possono agire da centri di emergenza per fornire assistenza rapida agli anziani della comunità, migliorando così l'efficienza dell'assistenza nei confronti di questi.

2. Maggiore accettazione

L'assistenza governativa spesso porta con sé un effetto di stigmatizzazione. Le organizzazioni di assistenza buddiste, con l'accento sulla intersoggettività, sono più umane. Allo stesso tempo, poiché i templi comprendono meglio le origini e le abitudini degli abitanti locali, nonché le caratteristiche della stessa comunità, i servizi resi sono più facilmente accettati.

3. Miglior uso del potenziale comunitario

La maggior parte di quanti frequentano il tempio sono donne, ma la partecipazione attiva tra le donne sposate non è alta. In altri termi-



ni, c'è ancora molto spazio per sviluppare la partecipazione delle donne nelle attività comunitarie (Chan Huo-sheng, 1994; Dipartimento di Statistica, Ministero degli Interni, 1993; Dipartimento di contabilità, Executive Yuan, 1992, 1991). Ad esempio, i templi comunitari possono organizzare le donne per fare i lavori domestici per gli anziani.

4. Assistenza economica

Paragonate ai servizi forniti agli anziani dal mercato e dalle organizzazioni sociali governative, i servizi sociali forniti dai templi offrono una maggiore efficienza.

5. Integrazione

I templi non solo offrono agli anziani facilitazioni per attività religiose, ma possono aiutare ad integrare le risorse sociali governative

e caritative così che agli anziani possono essere assicurate cure complete, diventando in questo modo modelli di "cure comunitarie".

Dott. BHIKKU HUI-MIN
Dottore in Lettere (Università di Tokyo)
Vice-Direttore, Chung-Hwa Institute
of Buddhist Studies
Taipei, Taiwan, (Repubblica di Cina)

Bibliografia

Dipartimento di Contabilità, Ministero degli Interni, Repubblica di Cina, 1995, *Report on Religious Organizations in the Republic of Cina*. Taipei, Dipartimento di Contabilità, Ministero degli Interni.

WANG SHUN-MIN, 1997, *Changes in Religious Welfare Services in Taiwan, with histo-*

rical consideration of several cases. Tesi di laurea, Istituto di Assistenza Sociale, Chung-Cheng University.

1998, *The Vision and the Image of the Humanistic Buddhism: the Dialogue between the Buddhism and Social Welfare*. *Chung-Hwa Buddhist Journal*. N. 11, Chung-Hwa Institute of Buddhist Studies.

LIN SUNG-LING, 1993, *Social Needs and Sources for Social Support for the Elderly: Four Social Support Models in Wang Kuoyu*, ed, *Inquiry on issues in Social Security*, 265-290. Chia-yi, Institute of Social Welfare, National Chung Cheng University

YUN-CHING, 1995, *The Heart of Buddha of One Thousand Hands*. Tai-nan, Chi'o Publishing Company Hsieh Kao-chiaoh et al.

1994, *Striding Towards Planning and Integration in 21st Century Social Welfare: A Preliminary Estimate of Welfare Needs of the Elderly*. Ricerca sponsorizzata dal Ministero degli Interni.

HSIEH MEI'O, 1993, *Issues Concerning the Long-term Care of the Elderly*. Taipei, Laureate Book.

SHIH SHENG-YEN, 1994, *Dharma Drum Mountain, Etiquette and Environmental Protection*. Taipei, Dharma Drum Mountain Cultural Foundation

BHIKKU HUI-MIN, 1997, *The Earthly Pure Land and Modern Society, Chinese Studies*. N. 63. Taipei, National Central Library.



JAMES FRANCIS STAFFORD



L'anziano nella Dottrina sociale della Chiesa

La Dottrina sociale della Chiesa, che affonda le sue radici nel Vangelo e nella Tradizione, ci dà un "corpus" di pensiero nel quale sono presenti elementi di valore permanente. Essa costituisce inoltre una preziosa chiave di lettura per capire la società e i rapporti sociali, in cui gli aspetti economici, sociali e anche culturali devono essere al servizio della persona, e non il contrario. In una tale impostazione, l'anziano trova naturalmente il suo posto, dapprima come persona da aiutare, e poi mano a mano, come persona che, con le proprie capacità, carismi e problemi di vita, arricchisce la Chiesa e porta nuovi elementi alla stessa Dottrina sociale.

Possiamo studiare questi elementi della Dottrina sociale sotto tre aspetti: la collocazione sociale dell'anziano, la sua integrazione nella società, e infine il suo posto nella Chiesa.

1. L'analisi sociale

Innanzitutto si può e si deve affermare la necessità della Dottrina sociale in una società che crea emarginazione. Gli anziani rientrano di fatto tra gli emarginati, non solo perché nella grande maggioranza sono poveri, ma anche perché fanno parte delle persone di cui nessuno tiene conto, in una società come quella attuale dove l'economico prevale sul sociale.

La necessità della dottrina sociale...

Se si può ben dire che la Dottrina sociale della Chiesa, nella sua forma attuale, ha preso corpo a partire da Leone XIII, si può anche

affermare che essa trova le sue radici nel tesoro dottrinale ereditato dall'insegnamento della Bibbia. Nel Concilio Vaticano II poi, ne troviamo chiaramente ribadite le motivazioni profonde. La Costituzione *Gaudium et Spes*, al n. 76, afferma infatti il dovere e il diritto della Chiesa di "predicare la fede e insegnare la sua dottrina sociale, esercitare senza ostacoli la sua missione tra gli uomini e dare il suo giudizio morale, anche su cose che riguardano l'ordine politico, quando ciò sia richiesto dai diritti fondamentali della persona e dalla salvezza delle anime." Perché la Chiesa è "insieme il segno e la salvaguardia del carattere trascendente della persona umana" (*ibidem*).

"La Chiesa, lungo lo svolgersi della storia, ha formulato nella luce del Vangelo e, soprattutto in questi ultimi tempi, ha largamente insegnato i principi di giustizia ed equità richiesti dalla retta ragione umana e validi sia per la vita individuale o sociale che per la vita internazionale" (GS, n. 63).

in una società che crea emarginati...

La comparsa, con l'avvento della società industriale moderna, di gruppi umani che risultano sempre più emarginati ed esclusi da una convivenza sociale caratterizzata dalla competizione e dal profitto ha spinto la Chiesa a prendere posizione al riguardo, sia nel promuovere azioni mirate nell'ambito della carità, che nel denunciare le ingiustizie e nel proporre principi morali in vista del rispetto della persona umana.

Ai giorni nostri, nella "post-modernità" in cui viviamo, l'emarginazione di interi gruppi di popola-

zione si è andata aggravando e ciò per due motivi: da un lato l'aspetto economico ha ormai preso il sopravvento su quello politico e sociale; mentre dall'altro, con la globalizzazione in campo economico, è sempre più difficile individuare i centri finanziari e commerciali, che difatto guidano le sorti dell'umanità. Questo predominio dell'economia è una sfida alla Dottrina sociale, per la quale i tre campi: economico, politico e sociale, sono e saranno sempre inscindibili, mentre nella sua applicazione a livello locale o regionale si dovrà tenere conto del fenomeno della globalizzazione.

tra cui gli anziani...

All'epoca della *Rerum novarum* il gruppo sociale emarginato e sfruttato è il proletariato. Tuttavia Leone XIII non manca di includere altre categorie, tra cui l'anziano, in una visione globale della necessaria carità della Chiesa, con un esplicito riferimento alla prima comunità cristiana. Citando Tertulliano, il Papa considera le offerte fatte spontaneamente dai fedeli come "designate a soccorrere ed a dare sepoltura agli indigenti, sovvenire i poveri e gli orfani d'ambo i sessi, e i vecchi e i naufraghi" (RN, n.16). Il Pontefice cita come possibilità di aiuto "le società di mutuo soccorso, le molteplici assicurazioni private... i patronati per i fanciulli d'ambo i sessi, per la gioventù e per gli adulti" (RN, n. 29).

Nell'indice analitico della *Quarta edizione* della raccolta delle Encicliche sociali dei papi, da Pio IX a Pio XII (1864-1956), la parola "anziani" non compare. È solo con la Lettera Apostolica *Octogesima adveniens*, di Paolo VI (14 maggio

1971), che gli anziani sono considerati tra i gruppi sempre più emarginati della società in trasformazione. Parlando delle vittime dei mutamenti sociali, dei nuovi poveri, il testo menziona esplicitamente gli anziani, chiedendo che l'attenzione della Chiesa si diriga a loro "per riconoscerli, aiutarli, difendere il loro posto e la loro dignità in una società indurita dalle competizioni e dall'attrattiva del successo" (OA, n. 15).

Da parte sua, il Terzo Sinodo dei Vescovi, nel suo documento *De justitia in mundo*, anch'esso del 1971, propone una lista delle persone "che spesso vengono trascurate dalla famiglia e dalla comunità: i vecchi, gli orfani, gli ammalati e ogni altro genere di derelitti". Con il pontificato di Giovanni Paolo II, gli anziani saranno sempre menzionati tra le persone che hanno bisogno di attenzione e di amore. Numerose sono le volte in cui il Papa si rivolge direttamente a loro, per ricordare la missione loro propria in seno alla società e alla Chiesa.

i quali non hanno voce.

Non va inoltre trascurato il fatto che l'emarginazione per la persona anziana avviene oggi a due livelli, primo dei quali quello economico. Fra gli anziani infatti, molte volte si riscontra una povertà economico-materiale. Ma la stessa Dottrina sociale parla di un'altra povertà, più dura ancora di quella economica, cioè l'esclusione sociale di quelli che non hanno "una voce" per difendere i loro diritti. L'Esortazione Apostolica *Familiaris consortio* parla chiaramente del "diritto degli anziani ad una vita degna e ad una morte dignitosa" (FC n. 46). Nella società moderna hanno "una voce", prima di tutto, coloro che fanno parte della società produttiva. Gli altri rappresentano un peso e sono quindi emarginati ed esclusi economicamente e socialmente.

Collegando l'attenzione che si deve portare agli anziani all'esigenza di rispettare la vita umana, Giovanni Paolo II, nel suo applaudito Messaggio all'Assemblea mondiale sull'invecchiamento (26 Luglio 1982), sottolineava: "La vita è un dono di Dio all'uomo creato per amore a sua immagine e so-

miglianza. Questa comprensione della sacra dignità della persona umana porta alla valorizzazione di tutte le fasi della vita per un'esigenza di giustizia e di coerenza. Infatti non è possibile apprezzare veramente la vita di un vecchio se non si apprezza la vita al momento della sua concezione. Nessuno sa fino a che punto si può arrivare se la vita non è più rispettata come un bene inalienabile e sacro" (*L'Osservatore Romano*, 26-27 luglio 1982).

Arrivati a questo punto della nostra riflessione, possiamo affermare che la Dottrina sociale della Chiesa va sempre più integrando la realtà degli anziani nella sua visione dell'umanità alla quale essa stessa è destinata. Proseguendo il nostro cammino, vedremo anche che, facendo propria la voce degli anziani e approfondendo il senso della vecchiaia, la Dottrina sociale può fornire una luce quanto mai necessaria al nostro mondo attuale se questo vuole dare un senso a quei momenti della vita che sembrano inutili, anzi che portano con sé sofferenza, dipendenza, limitazioni di vari tipi.

2. Integrazione dell'anziano

La Dottrina sociale della Chiesa insiste più volte sul fatto che la situazione in cui "gruppi di persone vivono ai margini della società deve essere superata" (*De justitia in mundo*) e conseguentemente propone di operare con interventi precisi a tre livelli: quello della famiglia, quello dello Stato, e infine quello che possiamo considerare intermedio, ossia dei gruppi sociali ed associativi. Consideriamo ora questi tre livelli:

a) livello della famiglia

La Costituzione *Gaudium et spes* (n. 52) precisa che la famiglia, in cui diverse generazioni vivono insieme, è il fondamento della società, l'ambiente naturale di vita degli uomini e delle donne. La persona anziana, molte volte, è l'elemento fondante, le radici e la memoria della sua famiglia ed è perciò in essa che deve trovare la sua prima integrazione. Da parte loro i figli, in quanto membra vive della famiglia, dovranno essere vi-

cini ai loro genitori nella solitudine della vecchiaia (GS n. 48), mentre lo Stato è obbligato ad assistere le famiglie affinché possano offrire questa integrazione agli anziani. "È urgente promuovere non solo politiche per la famiglia, ma anche politiche sociali, che abbiano come principale obiettivo la famiglia stessa, aiutandola, mediante l'assegnazione di adeguate risorse e di efficienti strumenti di sostegno, sia nell'educazione dei figli sia nella cura degli anziani, evitando il loro allontanamento dal nucleo familiare e rinsaldando i rapporti tra le generazioni" (CA, n. 49).

Tale prospettiva ritorna più volte nell'Esortazione Apostolica *Familiaris consortio*, dove sono precisati i doveri di partecipazione di ogni singolo membro della famiglia. "Tutti i membri della famiglia, ognuno secondo il proprio dono, hanno la grazia e la responsabilità di costruire, giorno per giorno, la comunione delle persone, facendo della famiglia una scuola di umanità più completa e più ricca" (n. 21).

Il n. 27 della medesima Esortazione è consacrato agli anziani nella famiglia. Ribadisce quanto lo sviluppo urbanistico conduca all'emarginazione degli anziani e alla perdita del ruolo loro proprio nella famiglia. Di fronte a tante sfide, "la famiglia cristiana... progredendo nella sequela del Signore mediante una speciale dilezione verso tutti i poveri, deve avere a cuore specialmente gli affamati, gli indigenti, gli anziani, gli ammalati, i drogati, i senza famiglia" (FC n.47).

Un ruolo particolare che la famiglia è chiamata a svolgere è quello di essere il luogo principale dell'aiuto reciproco tra le generazioni, come afferma con forza e precisione l'Enciclica *Evangelium vitae* al n.94: "Un posto particolare va riconosciuto agli anziani... La loro presenza in famiglia, o almeno la vicinanza a essi della famiglia quando per la ristrettezza degli spazi abitativi o per altri motivi tale presenza non fosse possibile, sono di fondamentale importanza nel creare un clima di reciproco scambio e di ricca comunicazione fra le varie età della vita. È importante, perciò, che si conservi, o si ristabilisca dove è andato smarrito, una

sorta di “patto” tra le generazioni così che i genitori anziani, giunti al termine del loro cammino, possano trovare nei figli l'accoglienza e la solidarietà che essi hanno avuto nei loro confronti quando s'affacciavano alla vita. Lo esige l'obbedienza al comando divino di onorare il padre e la madre (cfr. *Es* 20, 12; *Lv* 19, 3). Ma c'è di più. L'anziano non è da considerare solo oggetto di attenzione, vicinanza e servizio. Anch'egli ha un prezioso contributo da portare al *Vangelo della vita*. Grazie al ricco patrimonio di esperienza acquisito lungo gli anni, può e deve essere “dispensatore di sapienza, testimone di speranza e di carità”.

b) livello dello Stato

La Dottrina sociale della Chiesa ritiene che il progresso sociale, quando sia attuato nell'ambito dell'ordine morale, contribuisce ad affermare ed a sviluppare le qualità proprie della persona (cfr. *Mater e magistra*, n. 73). Aiutando alla ricomposizione organica della convivenza sociale, come Pio XI proponeva nell'Enciclica *Quadragesimo Anno*, tale socializzazione deve soddisfare le esigenze della giustizia, facendo sì che tutti possano partecipare in modo adeguato al bene comune, e in particolare i gruppi che sono “senza voce”. Tra questi ultimi la Dottrina sociale cita esplicitamente l'anziano insieme a tutti coloro che, come persone umane, sono principio, soggetto e fine di tutte le istituzioni (*OA*, n. 14). In quanto tale, l'anziano deve ricevere assistenza in caso di necessità, ma deve anche essere messo in grado di partecipare alla costruzione del bene comune.

L'obbligo fatto allo Stato di assicurare l'inserimento di tutti i cittadini nella società, nonché in modo particolare quello di prendersi cura degli anziani, pone oggi diverse questioni difficili da risolvere. L'allungamento della vita e il rapido aumento del numero degli anziani in tutte le società provocano infatti un afflusso di risorse verso quel settore, considerato non produttivo. Il primo passo che la Dottrina sociale chiede allo Stato di compiere è, dunque, quello di considerare inalienabile il diritto della persona anche in quella fase della vita non direttamente produttiva.

La persona non va infatti considerata solo per la sua capacità di produzione. L'anzianità è una tappa della vita. Vecchiaia non è sinonimo di dipendenza. Gli aspetti più negativi dell'invecchiamento, in particolare la dipendenza e la solitudine, possono essere affrontati soltanto se sono ritenuti motivo di crescita in umanità, ed assunti nella visione di un significato globale della vita e del destino di ciascuno, nonché in una concezione della società che integri le ricchezze di tutte le generazioni. In tal senso, e anche per evitare un peso quasi insopportabile per lo Stato, si deve pensare a una flessibilità nella definizione dell'età del pensionamento, permettendo alle persone in buona salute di lavorare più a lungo. Si deve anche limitare il ricovero in istituti e l'ospedalizzazione, incoraggiando servizi appropriati che garantiscano la permanenza degli anziani nel loro ambiente di vita. Sono inoltre da incentivare tutte le iniziative e i programmi di formazione permanente, come le università della terza età, ecc...

È necessario ricordare a questo punto che la Dottrina sociale della Chiesa, nel ribadire i diritti della persona, considera la vita inviolabile dal concepimento fino alla morte naturale. Occorre quindi che lo Stato condanni ogni ricorso all'eutanasia, sia attiva che passiva. Eliminare una vita perché considerata ormai inutile, o dare la morte per abbreviare le sofferenze devono essere pratiche condannate dagli Stati in nome del rispetto della vita di ogni persona.

D'altra parte, si deve anche tener conto di una mentalità oggi assai diffusa, per cui lo Stato deve assicurare il “benessere” di ciascuno, come un diritto essenziale della persona. L'Enciclica *Centesimus annus* mette in guardia contro gli abusi che possono derivare da un Stato trasformatosi in “Stato del benessere”. Questo ampliamento della sfera di intervento dello Stato vuole “rispondere in modo più adeguato a molte necessità e bisogni, ponendo rimedio a forme di povertà e di privazione indegne della persona umana. Non sono, però, mancati eccessi ed abusi che hanno provocato, specialmente negli anni più recenti, dure critiche

allo Stato del benessere, qualificato come «Stato assistenziale»” (*CA*, n. 48).

Riferendosi poi esplicitamente agli anziani, l'Enciclica *Centesimus annus* insiste sul fatto che “intervenendo direttamente e deresponsabilizzando la società, lo Stato assistenziale provoca la perdita di energie umane e l'aumento esagerato degli apparati pubblici... Sembra infatti, che conosca meglio il bisogno e riesca meglio a soddisfarlo chi è ad esso più vicino e si fa prossimo al bisognoso. Si aggiunga che spesso un certo tipo di bisogni richiede una risposta che non sia solo materiale, ma che ne sappia cogliere la domanda umana più profonda” (*ibidem*).

Quando si pensa a chi è più vicino all'anziano, si pensa naturalmente alla famiglia. “Convinte che il bene della famiglia costituisca un valore indispensabile e irrinunciabile della comunità civile, le autorità pubbliche devono fare il possibile per assicurare alle famiglie tutti quegli aiuti – economici, sociali, educativi, politici, culturali – di cui hanno bisogno per fare fronte in modo umano a tutte le loro responsabilità” (*FC*, n. 45). È tuttavia innegabile che vi sono grandi contrasti, sempre più evidenti, tra la visione cristiana della famiglia e quella di una società permissiva, che non poche volte finisce per godere pure dell'appoggio dello Stato. Lo Stato invece deve aiutare la famiglia a prendersi cura dell'anziano in seno allo stesso nucleo familiare, rispettando così il principio di sussidiarietà.

c) livello intermedio

Sin dal suo sorgere, la Dottrina sociale della Chiesa ha difeso il principio di sussidiarietà, per cui una società di ordine superiore non deve interferire nella vita interna di una società di ordine inferiore, privandola delle sue competenze, ma deve piuttosto sostenerla in caso di necessità ed aiutarla a coordinare la sua azione con quella delle altre componenti sociali, in vista del bene comune (cfr. Giovanni XXIII, *Mater et Magistra*, n. 23 e Giovanni Paolo II, *Centesimus annus*, n. 48). Nel campo che ci interessa, ciò vuol dire che gli anziani stessi devono prendere l'iniziativa di partecipare attivamente

mente alla vita della società.

Come abbiamo già segnalato, il primo documento della Dottrina sociale della Chiesa, l'Enciclica *Rerum novarum* (n. 43), enumerando le possibilità di aiuto per i bisognosi, parla tra l'altro delle società di mutuo soccorso. Numerose, attive e fiorenti sono oggi le associazioni che vengono in aiuto agli anziani. Come abbiamo sottolineato, l'anziano ha certamente bisogno di aiuto materiale, ma ancor più, ha bisogno di essere riconosciuto come soggetto responsabile della propria vita. Si applica bene agli anziani la precisazione che fa la *Centesimus annus*, mettendo in risalto la necessità di associazioni e comunità che impediscono all'individuo di cadere nell'anonimato, di essere soltanto un consumatore di merci, soffocato tra i due poli dello Stato e del mercato (n. 49).

Trattandosi degli anziani, il principio di sussidiarietà va specialmente applicato ai bisogni specifici di quanti tra loro si trovano ad essere non autosufficienti, privi di familiari e con scarsi mezzi economici. Alcune scelte socio-assistenziali e le relative istituzioni che ne sono scaturite, comprensibili in passato per la diversità del contesto sociale e culturale, sono oggi sorpassate e contrastano con l'attuale sensibilità umana. Una società veramente cosciente dei suoi doveri verso le generazioni più anziane, che hanno contribuito ad edificare il presente, deve saper realizzare istituzioni e servizi appropriati che garantiscano la permanenza degli anziani nel loro ambiente di vita attraverso interventi di sostegno domiciliare (assistenza domiciliare, day hospital, centri diurni, case protette, ecc.). Le strutture residenziali poi devono garantire dimensioni di tipo familiare, autonomia e rispetto della personalità di ciascuno, attività e interessi e tutte le cure richieste dall'età che avanza.

È certo una dimensione nuova dell'applicazione della Dottrina sociale quella di evidenziare le capacità degli anziani di portare alla società le loro competenze. Quando ne hanno l'occasione, essi infatti partecipano attivamente alla vita sociale, sul piano civile, culturale, associativo. Basti pensare a

quanti posti di responsabilità, specie nel volontariato, sono occupati da pensionati. Nel campo politico poi, il peso delle persone anziane non è affatto trascurabile, perché mediante la vita associativa, le organizzazioni di categoria, le rappresentanze sindacali, le formazioni politiche, sono in grado di influenzare le politiche che riguardano la loro vita, ma anche quelle della società in generale.

È inoltre importante segnalare iniziative private cattoliche particolarmente attive in questo campo: così *Vie Montante Internazionale*, un movimento di anziani per gli anziani, riconosciuto dalla Santa Sede, aiuta in vari modi i propri aderenti a vivere e anche organizzare questa dimensione intermedia di integrazione sociale; come non mancano numerose iniziative e associazioni che contribuiscono, da parte loro, a rendere gli anziani soggetti attivi della vita sociale. Ricordiamo poi che varie diocesi e parrocchie hanno istituito una pastorale degli anziani, affidando anche a questi ultimi diversi ministeri in seno alla comunità cristiana.

3. L'anziano e la Chiesa

L'affermazione della dignità della persona continua ad essere la luce che illumina tutti i punti nodali esaminati nel quadro della Dottrina sociale della Chiesa. Si può parlare di dignità della persona solo nella misura in cui i suoi diritti sono rispettati. Ma la Chiesa, "esperta in umanità" va al di là di una fredda concezione dei diritti, proponendo che siano vissuti sulla base del reciproco rispetto, della solidarietà, dell'amicizia e dell'affetto fraterno. Tale prospettiva è particolarmente adatta agli anziani, chiamati a vivere e a sviluppare uno stile di vita che ha come meta l'eternità.

a) Rispettare il diritto umano nella solidarietà e l'amore reciproco

La nostra epoca, pur festeggiando il cinquantesimo anniversario della dichiarazione dei Diritti dell'uomo, col suo solenne proclama: "Tutti gli uomini nascono liberi ed eguali nella dignità e nei diritti", continua a generare con-

traddizioni profonde e "nuove forme di schiavitù sociale e psichica" (GS, n. 4). La Dottrina sociale della Chiesa sollecita invece tutti a tener conto del fatto che "ogni uomo è mio fratello" (Paolo VI, *Messaggio per la quarta Giornata della pace*, 1971) e incita ad una solidarietà "genuinamente umana e cristianamente fraterna" (Pio XII, *Radiomessaggio natalizio al mondo*, 24 dicembre 1942). "I figli di Dio [hanno l'obbligo di trattarsi] vicendevolmente da fratelli,... [di prestarsi] servizi reciproci, secondo i doni diversi loro concessi... Questa solidarietà dovrà sempre essere accresciuta, fino a quel giorno in cui sarà consumata, e in cui gli uomini, salvati dalla grazia, renderanno gloria perfetta a Dio, come famiglia da Dio e da Cristo Fratello amato" (GS, n. 32).

Affermare tale dimensione fraterna della solidarietà suppone una lunga educazione senza la quale "un'affermazione eccessiva di uguaglianza può dar luogo a un individualismo dove ciascuno rivendica i propri diritti, sottraendosi alla responsabilità del bene comune" (OA, n. 23). Di fatto, è facile riscontrare che alcune persone anziane, pensando di aver fatto abbastanza per il prossimo e per la società durante la loro vita professionale, spesso si limitano a ricercare il loro benessere individuale, alimentando il numero dei consumatori passivi della fiorente industria del tempo libero.

Altre, invece, mettono al servizio del bene comune le loro, seppur deboli, forze e i loro carismi. Possono così far crescere il senso della solidarietà nella comunità, fino al dono totalmente gratuito di sé (cfr. *Sollicitudo rei socialis*, n. 40) e partecipano come soggetti attivi alla solidarietà necessaria tra le generazioni, aiutando ad edificare la comunità familiare, luogo privilegiato per vivere rapporti ispirati alla gratuità, alla disponibilità disinteressata, al servizio generoso, alla solidarietà profonda (cfr. FC, n. 43). Gli anziani sono chiamati a partecipare all'edificazione della famiglia, fondamento della società, "nella quale le diverse generazioni si incontrano e si aiutano vicendevolmente a raggiungere una saggezza umana più completa ed a comporre conve-

nientemente i diritti della persona con le altre esigenze della vita sociale" (GS, n. 52).

b) Difendere il diritto alla vita e condannare l'eutanasia

Nel creare l'uomo a sua immagine, Dio gli ha fatto il più grande dono possibile, il dono della vita. Questa è dunque il bene più prezioso che ogni persona possiede. La Dichiarazione della Congregazione della Dottrina della Fede sull'aborto esplicita il rispetto assoluto dovuto a questo immenso dono: "Il primo diritto di una persona umana è la sua vita... Esso deve essere protetto... Non spetta alla società, non spetta alla pubblica autorità, qualunque ne sia la forma, riconoscere questo diritto ad alcuni e non ad altri: ogni discriminazione è iniqua... Una discriminazione fondata sui diversi periodi della vita non è giustificata più di qualsiasi altra. Il diritto alla vita resta intatto in un vegliardo, anche molto debilitato; un malato incurabile non l'ha perduto" (Congregazione della Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'aborto*, 18 Novembre 1974). Purtroppo, gli anziani dipendenti hanno ragione di aver paura dell'eutanasia, presentata spesso come possibilità di eli-

minare le loro sofferenze, quando si vede che certi Stati chiudono gli occhi su questo modo di sopprimere delle vite umane.

c) Considerare la vita nella prospettiva dell'immortalità

"Le cose del tempo non è possibile intenderle e valutarle a dovere, se l'anima non si erge ad un'altra vita, ossia all'eternità: senza la quale la vera nozione del bene morale necessariamente dileguasi, anzi l'intera creazione diventa un mistero inesplicabile". È la prospettiva che Leone XIII, nell'Enciclica *Rerum novarum*, n.18, dà all'uso delle ricchezze. Giovanni Paolo II da parte sua mette in guardia contro il pericolo, per gli anziani, di una visione troppo materialista: "infatti, i moderni schemi culturali, che spesso esaltano unilateralmente la produttività economica, l'efficienza, la bellezza e la forza fisica, il benessere personale, possono indurre a considerare le persone anziane scomode, superflue, inutili e quindi ad emarginarle dalla vita familiare e sociale" (*Messaggio per la Giornata mondiale delle Comunicazioni sociali 1982*, 10 maggio 1982). L'esaurimento progressivo delle forze e l'avvicinarsi della morte spesso non fanno

che rendere più evidente l'inutilità della vita. "La Chiesa, invece, istruita dalla Rivelazione divina, afferma che l'uomo è stato creato da Dio per un fine di felicità oltre i confini della miseria terrena" (GS, n.18). Con la sua morte, Cristo ha vinto la morte. "Pertanto, la fede, offrendosi con solidi argomenti a chiunque voglia riflettere, dà una risposta alle sue ansietà circa la sorte futura" (GS, n. 18). Ecco un'ulteriore prova, e che prova!, del fatto che ogni momento, anche quello del passaggio da questa vita all'altra, deve essere considerato con rispetto e attenzione, facendone un'offerta a Dio amore.

Possa questo Congresso, inaugurando l'Anno internazionale dell'anziano, e preparando il Grande Giubileo al quale gli anziani, in diversi modi, porteranno la loro speranza e la loro fede, essere l'occasione di una sempre più grande comprensione della ricchezza della Dottrina sociale della Chiesa, al servizio di tutti, quale che ne sia l'età.

S.Em. Card. JAMES FRANCIS STAFFORD

Presidente del Pontificio Consiglio per i Laici, Santa Sede



Tavola Rotonda



***Strategie
per un Cambiamento
Socio-Culturale***

ANGELO SCOLA

La famiglia

1. «... e la sua vita consiste nella visione di Dio»

«La gloria di Dio è l'uomo vivente». Questa affermazione di Ireneo¹ è assai nota. Porla in apertura di questo intervento teso ad accennare – in dodici minuti si può solo spiegare un poco un titolo, non certo svolgere il tema – al cambiamento di mentalità (cultura in senso forte) che i componenti della famiglia – e in corrispondenza la realtà ecclesiale e le istituzioni civili – debbono attuare per far adeguato posto agli anziani, significa accedere, con realismo, alla definizione che Guardini (ma anche Rahner) dava della vecchiaia: «la vecchiaia è la morte prolungata nel corso degli anni»². Solo a prima vista questa definizione sembra opporsi al tentativo lodevole di valorizzare la fase finale della vita cui, da parte di tutti gli agenti sociali, ci si sta dedicando con impegno sistematico a causa del peso qualitativo e quantitativo proprio della popolazione anziana, soprattutto nel Nord del pianeta. In che senso la definizione guardiniana sia in positivo lo si può evincere ricorrendo alla seconda parte – quasi sempre, invece, lasciata in ombra – della celebre affermazione di Ireneo. Essa suona: «La gloria di Dio è l'uomo vivente e la sua vita consiste nella visione di Dio». Ecco il punto: se la consistenza dell'uomo è la visione di Dio, allora la morte non rappresenta più un finire nel nulla e, qualunque sia la sua origine, essa perde il sapore di una condanna³. Nell'esperienza di Gesù Cristo morto e risorto *propter nos homines*, la vita trionfa: «mors ero mors tua» e la visione di Dio di-

venta possibile fin da ora nella fede, «*per speculum in aenigmate*»⁴. L'esperienza della morte e dell'essere-per-la morte propria di ogni uomo, pur restando inalterata nella sua laidezza, non è più quella di una cesura, di uno iato invalicabile; al contrario l'*esistere in Cristo* inaugura la concreta possibilità di vivere di Dio lungo tutto l'arco dell'esistenza terrena, affrontando la vecchiaia come il tempo in cui l'avvicinarsi dell'incontro personale e definitivo con il Padre consente all'uomo la massima valorizzazione possibile delle risorse personali e comunitarie. In quest'ottica radicale rivelata da Gesù Cristo il morire acquista tutto il suo senso: tornare nella casa del Padre, «una casa piena di porte aperte, attraverso le quali noi siamo invitati ad entrare»⁵ (Paradiso). Allora è possibile affrontare le diverse fasi di vita dell'anziano –

compresa quella in cui si prende congedo dalla vita, che può essere connotata da gravi menomazioni fisiche – con criteri ottimali, individuati da Auer in un importante studio nei tre seguenti: «*sfruttare le opportunità, accettare quanto viene richiesto, gustare la soddisfazione*»⁶.

2. Famiglia, cura ed eredità

Il cambiamento di mentalità (cultura) oggi chiesto alla famiglia per fare adeguato spazio all'anziano è solo apparentemente ovvio. Infatti non si tratta di stabilire convenzioni tra anziano/i e famiglia ma di leggere, dal punto di vista relazionale, la situazione dell'anziano in rapporto alla famiglia, e questo naturalmente vale anche quando l'anziano vive in solitudine. In quest'ottica la famiglia appare come qualcosa di più e di ben diverso dall'insieme delle persone che vivono sotto lo stesso tetto. Non può – cioè – essere ridotta alla pura coabitazione.

Come intenderla, allora? Conviene in proposito guardare la famiglia recependo l'invito di una prospettiva sociologica che mi sento di condividere, che la definisce come un ambito *primordiale di relazioni sociali*. La sua natura *primordiale* è dovuta alla sua imprescindibilità. Con la famiglia nasce la storia umana, essa è la matrice di ogni processo di civilizzazione (che consiste proprio nel rendere familiare il non-familiare) e di umanizzazione⁷. Parlare di *relazioni sociali* significa poi indicare la famiglia come ambito di legami significativi, dotati di senso proprio. Cosa dà senso a tali lega-



mi? Cosa, cioè, li rende specifici rispetto a quelli propri di altre relazioni sociali stabili? Il fatto che la famiglia è l'intreccio dinamico di due generi di relazioni: quella tra i sessi (relazione coniugale) e quella tra le generazioni (relazione parentale tra genitori e figli). In questo senso è famiglia non solo la coppia, che in un certo momento storico è fisicamente coabitante, ma tutte le persone che sono legate a ciascun membro della coppia da un vincolo generazionale. Questo aspetto *intergenerazionale* della famiglia è stato sottolineato con forza da Giovanni Paolo II. Nella *Lettera alle famiglie* si parla della famiglia come «comunione di generazioni»⁸, la cui importanza per la civiltà dell'amore è riferita alla «particolare vicinanza ed intensità dei legami che in essa si instaurano tra le persone e le generazioni»⁹.

Ciascuna delle due relazioni che individuano l'ambito relazionale della famiglia nella sua essenza, presenta un modo specifico di declinare il codice dell'amore (della gratuità e del dono) che è costitutivo degli scambi familiari.

Tipica della relazione coniugale è una precisa forma di *reciprocità*, che poggia sulla differenza sessuale, cui si connette inscindibilmente l'amore e la procreazione (fecondità). Mediante questa reciprocità nel matrimonio si esprime l'essere-per-l'altro come *proprium* dell'umana libertà. Proprio perché mette in campo questi tre fattori (differenza sessuale, amore, procreazione) la reciprocità coniugale si caratterizza per la sua asimmetria. La reciprocità della relazione coniugale non è pura complementarità, perché l'una caro non è la composizione di due metà in un uno indifferenziato, ma come dice la *Mulieris dignitatem*¹⁰ è l'espressione dell'unità dei due che apre ad un terzo (mistero nuziale)¹¹.

Il rapporto tra le generazioni si caratterizza, invece, per una *transmissione* in vista di una *transizione*. L'Amore, nelle relazioni intergenerazionali proprie della famiglia, senza prescindere dalla differenza sessuale e dalla fecondità (che ovviamente hanno un peso diverso rispetto a quello che possiedono nella relazione coniuga-

le), si manifesta nell'energia pedagogica mediante la quale una visione della vita passa (*traditio*) da una generazione all'altra, assicurando così al rapporto parentes/figlio il suo carattere originario¹².

Questa sintetica descrizione delle relazioni familiari essenziali serve a sottolineare che, nonostante si affaccino sulla scena sociale forme sempre «nuove» di famiglia e anche le forme tradizionali subiscano profonde trasmutazioni interne, la famiglia trova sempre il modo di far fronte alle «nuove» sfide sociali, rinnovandosi, ma continuando ad essere una realtà *primordiale*, contraddistinta dalla presenza di queste due relazioni fondamentali (quella tra i sessi e quella tra le generazioni). In questo senso la famiglia è fondante rispetto alla società¹³.

In altri termini, una concezione della famiglia che tenga conto della sua primordialità e del suo carattere relazionale (in cui, cioè, il rapporto tra i sessi e quello tra le generazioni è simultaneamente preso in considerazione) si rivela potenzialmente capace di dare all'anziano tutto il suo peso. Analogamente, una società che rispetta l'essenza della famiglia nei termini appena individuati è in grado di non perdere il senso e la ricchezza della famiglia con anziani e di anziani (anche di quelli che vivono soli). Non è possibile, in questa sede, mettere a tema l'insegnamento che la Chiesa, sia

nel suo Magistero, sia nella testimonianza di forme concrete di vita, non ha mai mancato di offrire a tutta l'umanità circa il rapporto anziani-famiglia. Può essere utile, invece, enucleare due casi limite di questo rapporto (anziani-famiglia), che hanno un carattere paradigmatico in vista della verifica della bontà dei criteri suggeriti da Auer per le differenti fasce di età e le differenti circostanze di vita in cui versano gli anziani (*sfruttare le opportunità, accettare quanto viene richiesto, gustare le soddisfazioni*). Ci riferiamo alle sfide portate alla famiglia dagli anziani che versano in situazione di grave malattia e dalla morte degli anziani.

Come raggiungere un soddisfacente equilibrio familiare rispondendo a queste due sfide?

Le generazioni adulte contemporanee si trovano di fronte ad un duplice compito (sfida): da un lato favorire la conservazione della famiglia e, in questa prospettiva, diventa cruciale il tema della *cura*; dall'altro elaborare gli aspetti di continuità delle relazioni familiari all'interno delle generazioni: qui diventa centrale il tema dell'*eredità*¹⁴.

Ha osservato acutamente Erikson che, nella famiglia, l'adulto è colui che si pone come mediatore tra altri due (la generazione dei nonni con quella dei nipoti). Egli è chiamato per questo a sviluppare la «nuova virtù della cura», che ha come obiettivo la salvaguardia del legame familiare e della storia di cui questo è portatore¹⁵. Nella vita familiare l'importanza della cura si vede in modo del tutto particolare quando si dà una nascita: «Ogni nascita si iscrive infatti entro un ordine familiare che è limite e risorsa, ordine che non è lo stesso per ogni membro che si aggiunge»¹⁶. Ogni nascita dice nello stesso tempo un positivo ed un negativo. Infatti la generazione sessuale implica la morte per il nesso individuo-specie. Già lo ricordava Socrate e lo riprende Agostino, mettendo in bocca ai figli che nascono queste parole riferite ai loro genitori:

«Suvvia! è ora che pensiate ad andarvene, dobbiamo anche noi rappresentare la nostra parte...»¹⁷. La cura verso l'anziano trova il



suo realistico criterio nel ciclo vitale legato al susseguirsi delle generazioni che impone nascita e morte.

D'altro canto la morte, nella vita familiare, non è pura rottura o negatività, perché lascia un'*eredità* che chiede di essere elaborata in una sintesi vitale. In essa, di fatto, si decide ciò che deve essere lasciato cadere e ciò che domanda di essere trattenuto. È questo un compito che nella famiglia tocca soprattutto l'adulto. Cura ed eredità individuano in tal modo due atteggiamenti essenziali all'interno dell'ambito primordiale di relazione che è la famiglia. Senza di esse non è solo la famiglia ma la singola persona che ne è membro a risultare gravemente menomata.

Attaccamento e cura, lealtà ed eredità: ognuna di queste dimensioni acquista una cruciale importanza nel rapporto tra figli adulti e genitori anziani. Occuparsi dell'anziano consente di saldare i debiti che i diversi membri della famiglia hanno contratto, a vario titolo, con la persona anziana. Già l'Antico Testamento è colmo di preziose indicazioni in questo senso¹⁸. Con un'espressione felice è stato detto che la forma che il legame assume nella relazione figlio-genitore, così come si evolve nel tempo, è quello della *cura della riconoscenza*.

Le forme (risorse) della cura familiare possono assumere contenuti diversi a seconda dei bisogni dei soggetti e della fase del ciclo di vita della famiglia, ma si connotano per un'elevata personalizzazione, per un investimento globale che va al di là del tempo dedicato alle singole azioni e per un livello minimo di organizzazione dei bisogni. Per inciso, i sociologi ci informano che la figura del *care-giver* – cioè del soggetto che in prima istanza si fa carico della responsabilità concreta della cura svolgendo anche una funzione di regia delle altre risorse – è, nei contesti occidentali, femminile.

È importante notare che, a queste condizioni, il triplice criterio di Auer si realizza anche nel caso di anziani gravemente dipendenti e non viene meno neppure di fronte alla esperienza della morte come possibilità incombente. Infatti nell'ottica della *cura* e dell'*eredità*

l'esperienza del compiersi della vita terrena può stare tutta all'interno della prospettiva della vita eterna non più intesa come alienazione in un mondo futuro non verificabile, ma come un'esperienza della vita in Dio che cambia già il presente. Cura ed eredità, assunti nell'integrale prospettiva cristiana (che ne lascia intatto tutto il valore anche per chi non crede), si rivelano una forma del *centuplo quaggiù*, cioè un vero e proprio anticipo, pur nell'esperienza del dolore che ci immedesima al Crocifisso risorto, della vita eterna stessa: «*Se siete risorti con Cristo*», dice Paolo, non «*se risorgerete*»¹⁹. Si realizza così l'affermazione di Ireneo da cui siamo partiti.

3. Criteri per adeguate politiche di sostegno

Qui si apre il campo dell'intervento sociale attraverso politiche appropriate. Innanzitutto occorre osservare che la relazione famiglia-politiche sociali deve essere letta alla luce del principio di *sussidiarietà*²⁰.

L'applicazione alle politiche sociali del principio di sussidiarietà consente di superare la logica di *colonizzazione/assistenzialismo* che ha contraddistinto finora l'azione dello Stato e del mercato, per arrivare ad una *partnership* tra i diversi attori, improntata ad un modello pluralista, capace di con-

nettere le prospettive generali con i bisogni particolari.

Il principio di sussidiarietà – nella sua formulazione autentica – ha una duplice funzione nei confronti delle istituzioni che, nell'ambito dell'organizzazione sociale, occupano i livelli di ordine superiore: le obbliga da una parte all'azione, dall'altra all'autolimitazione, da una parte alla protezione, dall'altra alla promozione, in modo tale da sostenere le articolazioni sottostanti – fino al singolo cittadino – senza invadere il loro campo d'azione e senza deresponsabilizzarle, nel caso in cui siano in grado di assolvere autonomamente i compiti di loro competenza. Solo quando queste non riescono a far fronte agli impegni che si sono assunti, il livello superiore deve intervenire (in ossequio al principio di solidarietà con il quale quello di sussidiarietà va congiunto), ma il principio di sussidiarietà gli impone di cercare prima di rafforzare le energie e le capacità autonome.

Perché si possa instaurare una politica sociale sussidiaria (e solidale), è necessario mettere al centro della vita societaria la «*sogettività sociale*», ovvero la capacità delle persone di rispondere ai propri bisogni (di tipo economico, educativo, sanitario, ecc.), associandosi liberamente. Allo Stato resta il compito di promuovere, sostenere, inquadrare legislativamente e ordinare tali forme di azione, in modo tale che ogni autonomia (anche quella dei soggetti più deboli) sia tutelata e sia garantita l'attività libera dei soggetti competenti.

Coniugare solidarietà e sussidiarietà nello sviluppo delle politiche sociali significa, così, rifiutare ogni tipo di assistenzialismo, *portare aiuto*, promuovendo l'autonomia dei soggetti, la loro capacità di autogoverno, di autoregolazione, di autosviluppo fino a raggiungere l'autentico obiettivo della sussidiarietà e cioè l'annullamento del rapporto di dipendenza.

I rapporti di sussidiarietà/solidarietà tra le parti sociali configurano anche un preciso assetto della società assai più efficace ed incisivo, improntato a una dinamica relazionale: mentre, infatti, la società moderna si dispiegava tutta



nella dicotomia pubblico/privato, Stato/mercato, la società attuale chiede di essere compresa con l'uso di *categorie relazionali* e non dicotomiche, che facciano emergere dall'ombra la presenza attiva di altre due sfere sociali autonome: oltre quella delle istituzioni statali, le organizzazioni di terzo settore e la *famiglia* con le reti informali che la caratterizza-

no. Attuare questa prospettiva verso le famiglie di anziani e/o con anziani implica per le istituzioni statali un impegno che va dal *supporto* alle famiglie che sono disponibili a curare l'anziano all'*attuazione di servizi vicini* alla persona anziana che la mantengano nel suo contesto relazionale. Significa, inoltre, una specifica attenzione alla valorizzazione delle *reti informali di cura*.

In prospettiva cristiana, quanto detto consente di valorizzare un patrimonio immenso di Ordini religiosi, congregazioni e associazioni di volontariato, aiutando tutte queste realtà a coniugare carità

ed intelligenza nel genuino rispetto della grande tradizione cristiana di condivisione del bisogno.

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

Note

¹ IRENEO, *Adversus haereses* IV, 20, 7.

² R. GUARDINI, *Die Lebensalter*, Würzburg 1967, 79.

³ Cfr. H. U. VON BALTHASAR, *Lineamenti di escatologia*, in ID., *Verbum caro*, Brescia, 1968, 277-301; *Teodrammatica* t. 5, Milano, 1985, 17-46; J. RATZINGER, «Perché Dio sia tutto in tutti». *La fede cristiana nella vita eterna*, in *Palestra del Clero* 71 (1992) nn. 1-2, 7-20; ID., *Escatologia - morte e vita eterna*, Assisi, 1979.

⁴ Cfr. 1Cor 13, 12.

⁵ H. U. VON BALTHASAR, *Tu coroni l'anno con la tua grazia*, Milano, 1990, 111-112.

⁶ A. AUER, *Geglücktes Altern*, Freiburg 1995, 277. Sul tema vecchiaia è utile la riflessione di R. BLEISTEIN, *Il tempo libero e la terza età*, in *La Civiltà Cattolica* 149 (1998) n. 3, 239-253.

⁷ P. DONATI, *Manuale di sociologia della famiglia*, Bari, 1998, 7-8.

⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera alle famiglie*, 10.

⁹ Ibid., 13.

¹⁰ MD 6-8.

¹¹ Cfr. A. SCOLA, *Il mistero nuziale*, 1. *Uomo-Donna*, Roma, 1998.

¹² Cfr. A. SCOLA, *Paternità e libertà*, in *Anthropotes* 12 (1996) 337-343.

¹³ Gli ultimi decenni sono stati contrassegnati da profondi cambiamenti che hanno interessato la relazione tra i sessi e le generazioni e hanno cambiato i connotati della famiglia. Uno dei fenomeni su cui attualmente converge l'attenzione degli osservatori sociali è lo spostamento del baricentro verso le generazioni adulte e anziane, che pesano sempre di più nella vita sociale, mentre il calo delle nascite fa diminuire l'incidenza delle generazioni giovani.

¹⁴ Cfr. E. SCABINI - P. DONATI (a cura), *Identità adulta e relazioni familiari*, *Studi interdisciplinari sulla famiglia* n. 10, Milano 1991.

¹⁵ Cfr. E. ERIKSON, *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Roma, 1984.

¹⁶ E. SCABINI, *Affrontare l'ultima transizione: relazioni familiari alla prova*, in E. SCABINI - P. DONATI (a cura), *Tempo e transizioni familiari*, *Studi interdisciplinari sulla famiglia* n. 13, Milano, 1994, 89.

¹⁷ SANT'AGOSTINO, *Enarrationes in psalmis* 127,15.

¹⁸ Di notevole interesse è il volume di M. LORENZANI (a cura), *Gli anziani nella Bibbia*, L'Aquila, 1995, con contributi di M. Cimosa, V. D'Alario, A. Fanuli, M. Gilbert, G. Marconi, A. Mattioli, S. Pisano, J.L. Ska, U. Vanni, H. Simian Yofre.

¹⁹ Cfr. Col 3, 1.

²⁰ Cfr. A. SCOLA, *Familia, modernidad y nueva evangelización* in *Anthropotes* 14 (1998), 19-30.



LUCAS MOREIRA NEVES

Il ruolo della Chiesa

Non è un errore che il programma di questa XIII Conferenza mi indichi come Arcivescovo di San Salvador de Bahia. Lo ero al momento dell'invito a questa tavola rotonda. Lo ero ancora quattro mesi fa. È dunque con gli occhi di un pastore e di un pastore dell'America Latina, e più in particolare del Brasile che affronto la questione.

Come pastore e come latino-americano (ma credo che ciò valga per tutte le regioni del Terzo Mondo), sono assolutamente convinto che, per quanto riguarda le persone della terza età, sia assolutamente necessario ed urgente un cambiamento socio-culturale, che riguardi anche il politico-culturale e l'economico-culturale; direi perfino che un tale cambiamento è in ritardo.

Esso non può restare astratto, ma deve operarsi sul piano concreto delle leggi, delle istituzioni, dei quadri e delle strutture che una società deve essere in grado di creare e di mettere in atto affinché *tutti* gli anziani possano vivere con dignità e serenità questa stagione che alcuni chiamano la *terza età* ma che altri designano, in modo più stimolante, come la *vita in ascesa*. Dicendo *tutti* gli anziani, voglio dire di qualunque sesso, colore, livello intellettuale o economico, stato di salute, ecc. Si impone quindi un cambiamento molto pratico e strutturale.

Tuttavia, sono ugualmente convinto che il cambiamento debba essere, già in partenza, un cambiamento di mentalità e, più profondamente, di coscienza; non esiterei a dire: una conversione. È necessario che l'anziano venga guardato in maniera nuova. Nei

paesi con un alto livello di sviluppo questo sguardo nuovo deve portare a vedere l'anziano non più dal punto di vista della sua produzione tecnica, quasi nulla e, di conseguenza, come un peso. Nei paesi dell'abbondanza e del benessere, gli anziani godono di belle strutture confortevoli, ma a che serve se essi vi sono abbandonati, quasi esiliati dai figli e dai nipoti?

Per quanto riguarda i paesi poveri, considerato che si tratta di paesi giovani, il dramma degli anziani sta nel fatto che la società non è organizzata per loro e a loro favore, ma per e a favore dei giovani. In un mondo costituito per la maggior parte da giovani, costruito sui giovani e per i giovani, i vecchi sono come spaesati, emarginati. Verso di loro si può avere un certo rispetto, forse affetto, spesso compassione ma poca solidarietà concreta. Per questo naturalmente si pensa molto più ad

istituzioni e strutture per l'infanzia e per i giovani che per gli anziani. È necessario un cambiamento di spirito – una conversione – affinché i giovani e i giovani adulti si aprano alle aspirazioni, ai desideri, ai bisogni dei vecchi. Senza tutto ciò, i vecchi non troveranno mai una condizione di vita degna.

Queste riflessioni mi portano a parlare, per concludere, del ruolo della Chiesa nel cambiamento nei riguardi degli anziani.

La Chiesa ha il compito – condiviso da pochissime istanze sociali – di operare affinché intervenga un cambiamento di mentalità, di sguardo, di coscienza verso gli anziani. Questo cambiamento si radica in alcuni valori fondamentali. Il primo è la dignità eminente della persona umana. Se consideriamo un vecchio come una persona umana, egli non diventerà mai una persona inutile, un parassita, un emarginato o un escluso. Il secondo valore è l'accumulo di esperienza, di saggezza che troviamo negli anziani e che li rende preziosi per la famiglia e la società. Il terzo valore è che, avendo sofferto nel corso della sua vita, il vecchio ha diritto alla felicità. Mediante la sua teologia, la sua etica, la sua spiritualità, la sua pastorale, i suoi costumi, la Chiesa può operare un cambiamento profondo e di lunga durata nei rapporti con gli anziani: i tre valori di cui ho parlato possono essere un criterio per il cambiamento. La Chiesa deve assumere coraggiosamente questo compito, di cui una delle dimensioni è quella di promuovere un "acting elderly", una vecchiaia attiva. Un'iniziativa come l'*Università della Terza Età*



può fare molto in questo senso.

Nei paesi poveri, la Chiesa può essere spinta ad un secondo compito: quello di creare e di mantenere delle opere e delle strutture per gli anziani che, per di più, sono poveri e perfino molto poveri. È lo stato che deve farsi carico di queste persone e costruire per loro delle strutture degne. Ma spesso non lo fa. La Chiesa deve pertanto assumere un compito di supplen-

za: con lo spirito e lo slancio del Buon Samaritano della parabola, essa deve chinarsi su migliaia e migliaia di anziani abbandonati. Altri penseranno a delle leggi più giuste per i vecchi o ad una medicina a loro favorevole. La Chiesa pensa soprattutto all'inalienabile dignità di ogni persona anziana ed agisce di conseguenza.

Dipenderà in gran parte dalla Chiesa e dal suo insegnamento,

dipenderà dalla sua pratica pastorale, e dalla sua capacità di parlare alle persone e di segnare il loro comportamento, se ogni anziano potrà veder realizzate al tramonto della sua esistenza, le promesse, le attese e le speranze dell'aurora.

S.Em. Card. LUCAS
MOREIRA NEVES

*Prefetto della Congregazione per i Vescovi,
Santa Sede*



JOSÉ SARAIVA MARTINS

Educazione, scuola, cultura: il posto dell'anziano

“È proprio della persona umana il non poter raggiungere un livello di vita veramente e pienamente umano se non mediante la cultura, vale a dire coltivando i beni e i valori della natura. Perciò, ogniqualvolta si tratta della vita umana, natura e cultura sono quanto mai strettamente connesse” (GS, 53).

Questo nesso intrinseco tra cultura e natura, quale mezzo o strumento per giungere ad un livello di vita veramente e pienamente umano, costituisce un principio che puntella molto bene il tema che mi è stato affidato: *“educazione, scuola e cultura”*.

In effetti, dal concetto di cultura non è difficile rilevare perché l'anziano, un tempo occupava un posto primaziale nella convivenza umana, tanto nel tessuto della famiglia quanto in quello della comunità civile. Inoltre, è anche facile dimostrare perché la scuola gioca il suo ruolo pedagogico nel progresso della cultura e nel recupero del posto dell'anziano nella cultura contemporanea.

Il concetto di cultura e l'anziano

Il termine cultura indica, in genere: *“tutti quei mezzi con i quali l'uomo affina ed esplica le molteplici sue doti di anima e di corpo; procura di ridurre in suo potere il cosmo stesso con la conoscenza e il lavoro; rende più umana la vita sociale sia nella famiglia che in tutta la società civile, mediante il progresso del costume e delle istituzioni; infine, con l'andar del tempo, esprime, comunica e conserva nelle sue opere le grandi esperienze e aspirazioni spirituali, affinché possano servire al pro-*

gresso di molti, anzi di tutto il genere umano” (ibidem).

Da questo concetto di cultura risultano, con grande evidenza, due cose: la prima, che l'uomo stesso è l'artefice della cultura e, la seconda, che la cultura è una realtà dinamica che va continuamente promossa e rinnovata. Tuttavia, e ciò è decisivo per il posto dell'anziano nel tessuto familiare e civile, lo sforzo innovativo della cultura, mediante il progresso promozionale ed espansivo dei mezzi sempre più appropriati, non deve perdere la viva fedeltà verso il patrimonio delle tradizioni. L'anziano, in questa promozione ed espansione della cultura è un ponte indispensabile e insostituibile. È saputo che questo era il suo posto nella cultura del popolo di Dio. L'anziano era, già per la sua esperienza, l'uomo saggio a cui Jahwe affidava la guida del suo popolo (cfr. *Numeri* 11, 16-17; 24-25).

Ma i tempi sono cambiati ed anche la cultura ne denota palesemente le conseguenze.

La cultura contemporanea e l'anziano

C'è stato un tempo nel quale ci si orientava sempre più da una cultura dell'essere ad una cultura dell'avere. Un passaggio dovuto alla concezione di tipo illuministico del *“processo rettilineo, quasi automatico e di per sé illimitato, come se, a certe condizioni, il genere umano debba camminare spedito verso una specie di perfezione indefinita”* (Giovanni Paolo II, *Sollicitudo rei socialis*, n. 27; citerò SRS,...). Tuttavia, e per il mio intervento è molto importante notarlo, questa conce-

zione è ormai entrata in crisi. *“Effettivamente oggi si comprende meglio che la pura accumulazione di beni e di servizi, anche a favore della maggioranza, non basta a realizzare la felicità umana... Al contrario, l'esperienza degli anni più recenti dimostra che, se tutta la massa delle risorse e delle potenzialità messe a disposizione dell'uomo non è retta da un intendimento morale e da un orientamento verso il vero bene del genere umano, si ritorce facilmente contro di lui per opprimerlo”* (SRS n. 28).

Insomma, una civiltà dei consumi, per non dire del consumismo, è contraria al vero bene comune e alla vera e piena felicità dell'uomo. Papa Montini segnalò inequivocabilmente la differenza tra l'avere e l'essere. L'avere oggetti e beni non perfeziona di per sé il soggetto umano se non contribuisce alla maturazione e all'arricchimento del suo essere, cioè alla realizzazione della vocazione umana in quanto tale (cfr. *Populorum Progressio*, n. 19). Anzi, la cultura dell'avere, soprattutto in seguito ad un disordinato sviluppo industriale ed urbanistico, ha condotto e continua a condurre gli anziani a forme inaccettabili di emarginazione, che sono fonte ad un tempo di acute sofferenze per loro stessi e di impoverimento spirituale per tante famiglie (cfr. Giovanni Paolo II, *Familiaris consortio*, n. 27).

Ma cosa c'entra la scuola?

Una scuola dell'anziano e per l'anziano

La scuola c'entra, e come! *“Nelle culture più avanzate l'educazione non si suole limitare al solo pro-*

cesso di trasmissione di valori acquisiti (endoinculturazione), ma assume anche la funzione rinnovatrice della cultura. Tale rinnovamento deve farsi coerentemente al nucleo dei valori etico-religiosi che dinamizzano il processo culturale globale" (dal documento per la consultazione di Puebla, n. 1044). La Congregazione per l'educazione cattolica considera, perciò, la scuola: "un mezzo privilegiato per la formazione integrale dell'uomo, in quanto costituisce un centro dove si elabora e si trasmette una concezione specifica del mondo, dell'uomo e della storia" (CEC, *La scuola cattolica*, 1977, n. 8).

"La Chiesa è pienamente convinta che la scuola cattolica, offrendo il suo progetto educativo agli uomini del nostro tempo, assolve un compito ecclesiale insostituibile e urgente" (*Ibidem*, n. 15).

Infatti, siccome l'uomo deve passare da una cultura dell'avere ad una cultura dell'essere, è sempre più compito della scuola d'insegnargli questo passaggio assiologico.

È molto significativo che Jacques Delors abbia intitolato l'ultimo rapporto dell'UNESCO (1996): "*L'éducation. Il y a un trésor dans*". Bisogna imparare ad essere.

Del resto, già nel 1972, Edgar Faure aveva intitolato il rapporto dell'UNESCO sulle strategie dell'educazione: "*Apprendre à être*" (cfr. *Generazioni. Cultura. Socializzazione. Servizi*, Quaderno dell'UINISPEP, 1998, 5, p. 21). La scuola deve insegnare una cultura dei diritti umani allo sviluppo integrale di ogni uomo e di tutti gli uomini, alla salute, al rispetto dell'ambiente, e soprattutto al rispetto dell'anziano. Non solo, la scuola deve ri-valorizzare la presenza dell'anziano nel tessuto familiare, nella comunità civile ed ecclesiale.

In particolare, la scuola deve insegnare a considerare l'anziano, non per quello che non ha più (la giovinezza, il vigore fisico), ma per quello che ha (saggezza, equilibrio, esperienza, visione essenziale delle cose...). Deve insegnare agli uomini di domani che, in una società ben organizzata, ogni cittadino deve trovare lo spazio per esprimersi, sia egli giovane, adulto o anziano. La società ha bisogno di tutti, indipendentemente dalla loro età. Deve formare ad un sereno e fiducioso dialogo, senza preconcetti, tra le varie generazioni. Dialogo che: "deve condurre ad una nuova sintesi la comunità che voglia camminare verso un autentico

progresso a misura d'uomo" (Teresa Venturoli, *Anziano*, in "Diz. di spiritualità dei laici", I vol., ed. O.R., Milano, 1981, p. 317).

È tempo di concludere. Il tema della scuola e dell'anziano, considerato dal punto di vista della Chiesa, rimanda anzitutto e soprattutto al quarto comandamento, che costituisce uno dei fondamenti della dottrina sociale della Chiesa, e quindi della evangelizzazione del sociale e della cultura.

Il quarto comandamento si rivolge espressamente ai figli in ordine alle loro relazioni con il padre e con la madre, essendo questa relazione la più universale.

Concerne parimenti i rapporti di parentela con i membri del gruppo familiare: chiede di tributare onore, affetto e riconoscenza ai nonni e agli antenati, in una parola all'anziano, alla persona che fa da ponte tra fedeltà al passato culturale e dovere di rinnovamento del presente e di progresso futuro della cultura, mezzo per eccellenza della promozione integrale dell'uomo di ogni tempo.

S.E. Mons. JOSÉ
SARAIVA MARTINS
Prefetto della Congregazione
delle Cause dei Santi,
Santa Sede



GIAN LUIGI GIGLI, ADRIANA RINALDI

Il ruolo della sanità

1. Quale è oggi la realtà della assistenza sanitaria all'anziano

La realtà della assistenza sanitaria all'anziano è oggi segnata da una notevole discrepanza tra l'entità dei problemi e le risposte che ad essi vengono offerte. I bisogni che le età più avanzate della vita esprimono sono molteplici e complessi, mentre i servizi proposti sono scarsi e poco differenziati. Ciò è in parte dovuto alla enorme distanza culturale che si è venuta a creare tra i problemi sanitari emergenti nell'anziano (connotati dalla cronicità) ed una pratica della medicina che resta ancorata anacronisticamente al modello del paziente ricoverato nell'ospedale per malati acuti. Tale impostazione culturale si riflette anche sui modelli dei servizi. L'assistenza al malato cronico si caratterizza infatti per la sua rigidità e per la scarsa offerta di alternative, oltre che per la mancanza di integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari. Ne deriva spesso che, al momento della dimissione dall'ospedale per malati acuti, non vengano proposte altre soluzioni che non siano quella di scaricare il problema sulla famiglia o quella della struttura residenziale.

Tuttavia tale impostazione, oltre che essere superata culturalmente, prova sempre più fatica a realizzarsi. Infatti la *famiglia* tradizionale è andata incontro a profondi cambiamenti che non le consentono spesso di supplire come in passato alle carenze dei servizi di assistenza. La famiglia di oggi, almeno nei paesi industrializzati, ha subito un profondo mutamento della sua composizione, diventando spesso composta solo dai coniugi o da es-

si ed un solo figlio. A sostegno di ciò stanno ad esempio i dati relativi al numero di componenti per famiglia rilevati durante il censimento di Udine del 1991 dove si osservava che ben il 60% dei nuclei familiari è composto solo da una o due persone (Tab.1). Anche quando l'anziano viva all'interno della famiglia di uno dei figli, l'organizzazione del lavoro attuale, che impegna entrambi i coniugi, rende impossibile l'assistenza all'anziano non autosufficiente.

**Tab. 1 - UDINE
(Censimento 1991): famiglie
residenti per N° dei componenti**

N° COMPON.	%
1	30,9 %
2	28,1 %
3	22,1 %
4	15,1 %
5	3,0 %
6	0,6 %
7	0,2 %
N° MEDIO COMPON.	2,3

A tali cambiamenti si è aggiunto anche un mutamento dei ruoli all'interno della famiglia. Mutamento del ruolo della donna e mutamento anche del ruolo dell'anziano stesso. I cambiamenti nella struttura della famiglia tradizionale hanno minato lo status dell'anziano, privandolo di potere ed influenza e relegandolo nella dipendenza dai figli o dalle istituzioni o dallo stato. L'evoluzione sociale ha ridotto la loro importanza ed il loro prestigio e li ha costretti ad un allontanamento dal lavoro ad età sempre più giovani, costrette a vivere di una pensione spesso elargita come un'elemosina.

La composizione dei nuclei familiari ci porta ad un'altra osservazione. Si calcola che in Europa circa un terzo delle persone anziane, specie donne, vive sola. La solitudine non è priva di conseguenze anche sul versante della salute, potendo portare ad una ridotta igiene, a minore attenzione per la propria persona, a inadeguata alimentazione, oltre che a depressione ed a riduzione degli stimoli provenienti dalle relazioni interpersonali. Essa rappresenta in tal senso un importante fattore di deterioramento mentale.

L'ospedale per malati acuti, un tempo gravato anche di compiti impropri, si sta organizzando per espellere la patologia non acuta, spesso prima ancora che venga organizzata la rete sanitaria territoriale. Tra le cause di tale processo vi sono le spinte alla riduzione della spesa sanitaria proposte sia dalla organizzazione del management ospedaliero in senso aziendale, sia dalle compagnie di assicurazione.

Infine, per quanto riguarda l'ultimo vertice del triangolo, le *istituzioni residenziali*, esse possono essere distinte in residenze sanitarie assistite e case di riposo. Le prime, ancora poco numerose, operano offrendo un'accoglienza limitata nel tempo, mentre risulta molto difficoltoso il ricovero nelle case di riposo. Ciò sia per i costi, che per la durata delle liste di attesa, che infine per gli ostacoli posti ai pazienti non autosufficienti. Essi necessitano infatti di una assistenza continuativa che tali strutture non sono in grado di offrire, limitandosi sovente la loro offerta alla ospitalità alberghiera e ad interventi sanitari rivolti esclusivamente al controllo di comportamenti

che possono mettere in crisi l’organizzazione della struttura (concezione custodialistica).

La crisi della famiglia e la mancanza di modelli alternativi di assistenza è evidenziata dai recenti dati del CNR (1996), secondo cui il 40% dei soggetti anziani istituzionalizzati risulta totalmente autosufficiente. Il fenomeno è ovviamente conseguente alla mancanza di adeguati servizi territoriali e domiciliari

Tutto ciò si verifica in un *contesto generale della sanità* nel quale non sono previsti aumenti della % del PIL dedicata alla sanità, anche se la spesa sanitaria tende a crescere per l’invecchiamento della popolazione, per la comparsa di nuove patologie, per la richiesta di nuove tecnologie, oltre che per l’aumento della richiesta quantitativa e qualitativa da parte dell’utenza

In conseguenza di quanto sopra vi è il *rischio di una regressione dei livelli di attenzione ed assistenza*. Le prestazioni sanitarie ed assistenziali soffrono ancora oggi della mancanza di un diffuso ed efficace modello organizzativo che tenga conto della molteplicità dei bisogni dell’anziano. Ancor più grave è il rischio che il malato cronico resti senza riferimenti sanitari, mentre si incomincia a parlare di una limitazione per l’anziano della possibilità di accesso ai servizi sanitari.

Sono urgenti una ridefinizione del ruolo degli ospedali e la ricerca di soluzioni alternative in grado di limitare o sostituire l’ospedalizzazione classica, facendo appello all’assistenza territoriale, residenziale e semi-residenziale, ed alla rete di solidarietà, per creare servizi più efficaci e flessibili e, nel contempo, più umani.

2. Perché gli anziani rendono necessario un cambiamento socio-culturale nella sanità

a)il loro numero è in aumento assoluto e relativo

Nello scenario complessivo sui problemi dell’assistenza all’ammalato cronico pesa in maniera particolare il cambiamento del quadro epidemiologico. Il fenomeno demografico più rilevante è sta-

to in questi anni il progressivo, rapido e massivo invecchiamento della popolazione. La struttura demografica dei vari paesi nel mondo è caratterizzata da bassa natalità e bassa mortalità. La bassa natalità è testimoniata dalla riduzione dei tassi di fecondità; in particolare in Italia vi è il più basso quoziente di fecondità di tutta la Comunità Europea: 1,2 figli per donna. La diminuita mortalità invece ha portato ad un aumento delle fasce di età avanzata ed anche estrema. Già oggi in Italia gli ultracentenari sono 5000, mentre in Giappone essi sono già 7000.

Più in generale, la popolazione ultrasessantenne, calcolata a livello mondiale in 376 milioni nel 1980, viene stimata dalla OMS a 590 milioni nel 2000 e a 976 milioni nel 2020. Secondo uno studio del CNR, nei paesi industrializzati è stata rilevata una progressiva diminuzione delle fasce di età al di sotto dei 19 anni, con stime al 2025 del 23,4 % rispetto al 34,6 % del 1970, ed un progressivo aumento delle fasce di età al di sopra dei 60 anni con stime al 2025 del 24,7 % rispetto al 14,5 % del 1970. I dati riguardanti gli ultraottantenni e quelli limitati alla popolazione italiana sono decisamente più allarmanti. Già nel 1995 in Italia gli

ultrasessantenni avevano superato gli under 19 e nel 2025 ci si attende che essi saranno poco meno del doppio. (Tab. 2). Pur con percentuali inferiori per le fasce di età anziana rispetto ai paesi industrializzati, a causa della ancora elevata mortalità, il trend descritto interessa, con numeri assoluti molto rilevanti, anche paesi come la Cina e l’India.

Il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia) risulterà sempre più squilibrato, in Italia, nei prossimi anni con aumento del carico degli anziani sulla popolazione lavorativa attiva di 20-64 anni (indice di dipendenza). Si prevede che nel 2024 l’indice di vecchiaia in Italia arriverà al 231 %, mentre l’indice di dipendenza raggiungerà il 44 %. Già oggi tuttavia esistono situazioni decisamente più allarmanti. Nella regione in cui vivo, il Friuli Venezia Giulia, nel 1996, l’indice di vecchiaia aveva già toccato il 214,4 %, mentre l’indice di dipendenza aveva già superato il dato previsto per l’Italia nel 2024, collocandosi al 46,8 %. (Tab. 3)

In Italia dal 1900 al 1995 l’attesa di vita è passata per le donne da 43 ad 81 anni e per gli uomini da 42 a 75 anni. Le proiezioni stimano che nel 2020 la vita media sarà

Tab. 2 - Popolazione totale, giovane, anziana e vecchia nei Paesi Industrializzati ed in Italia

	Popolazione (milioni)		% 0-19 anni		% 60 anni e più		% 80 anni e più	
	Paesi indus.	Italia	Paesi indus.	Italia	Paesi indus.	Italia	Paesi indus.	Italia
1970	1002,6	53,8	34,6	31,7	14,5	16,1	1,6	1,8
1995	1166,6	57,2	26,5	21,5	18,3	21,8	3,0	3,6
2025	1232,0	53,6	23,4	16,8	24,7	30,3	4,3	6,7

Tab. 3 - Indici demografici in Italia e Friuli Venezia Giulia

ITALIA		
anni	indice di vecchiaia*	indice di dipendenza°
1999	120 %	28 %
2004	132 %	31 %
2024	231 %	44 %
FRIULI VENEZIA GIULIA		
1996	214 %	46 %

* L'indice di vecchiaia esprime il rapporto intercorrente tra la popolazione ≥65 e quella ≤14 anni

° L'indice di dipendenza esprime il rapporto tra la somma della popolazione ≥65 anni e quella ≤14 anni con quella compresa tra i 15 e i 64 anni di età

di 85 anni nelle donne e 78 anni negli uomini (Tab. 4).

In Friuli Venezia Giulia gli an-

ziani costituiscono il 21% della popolazione. Nel Comune di Udine, su 95.000 abitanti vi sono

zio agli adattamenti naturali di lungo periodo. Tutto ciò è però anche il frutto di un notevole progresso complessivo delle condizioni di vita (inclusi i servizi sanitari). Gli studi epidemiologici sono importanti perché essi ci offrono gli strumenti per prevedere e progettare il futuro, in modo da trovare possibili risposte al problema demografico. I sistemi sanitari saranno uno degli ambiti privilegiati di questa progettazione.

Tab. 4 - Attesa di vita in Italia

ANNI	Età media di sopravvivenza	
	MASCHI	FEMMINE
1900	42	43
1995	75	81
2020	78	85

Tab. 5 - Prevalenza demenze in 12 regioni d'Europa

Classi di età	Prevalenza
60-64 anni	1,0 %
65-69 anni	1,4 %
70-74 anni	4,1 %
75-79 anni	5,7 %
80-84 anni	13,0 %
85-89 anni	21,6 %
90-94 anni	32,2 %

(Eurodem Prevalence Research Group, 1991)

**Tab. 6 - Stime di prevalenza di patologie croniche
Campione di oltre 5.000 soggetti > 65 anni**

Patologie	Prevalenza
osteoartrosi	60%
broncopneumopatia cr.	21%
cardiopatía aritmica	25%
cardiopatía ischemica	12%
diabete	13%
ictus cerebrale	7%
demenza	6%

Progetto Finalizzato Invecchiamento. CNR, 1996

Tab. 7 - Numero patologie in popolazione ultrasessantacinquenne: distribuzione per sesso e classi di età

ETÀ	N. PATOL.	UOMINI	DONNE
65-69	0	20,6	20,4
	1-2	63,3	69,7
	>2	16,1	9,9
70-74	0	13,8	13,5
	1-2	64,4	68,9
	>2	21,8	17,6
75-79	0	9,5	9,9
	1-2	57,2	64,7
	>2	33,2	25,4
80-84	0	12,9	5,9
	1-2	55,6	55,9
	>2	31,5	38,2

(Studio Ilsa-Cnr, 1997)

21.000 persone con età superiore a 65 anni.

A queste modificazioni della composizione della popolazione generale, fa riscontro una modificazione della epidemiologia di alcune importanti patologie dell'anziano. Ciò vale per i tumori, per le malattie dell'apparato osteo-articolare, per quelle cardiovascolari, etc. Valga come esempio quello delle demenze.

I dati di prevalenza della demenza ottenuti da uno studio riguardante 12 regioni europee, dimostrano come la prevalenza della malattia sia molto bassa al di sotto dei 64 anni ed aumenti progressivamente al crescere dell'età, arrivando ad interessare un terzo degli ultranovantenni (Tab. 5).

Per quanto riguarda l'Alzheimer in particolare, si è notato come l'aumento percentuale della prevalenza della malattia, sia legato all'aumento percentuale delle classi di età più avanzata.

L'insieme di questi dati offre uno scenario preoccupante, soprattutto per la velocità del cambiamento che non ha lasciato spa-

b) nell'anziano si assommano spesso più patologie, molte delle quali croniche

L'invecchiamento della popolazione, il prolungamento della durata media di vita e la preminenza dell'elemento femminile, comporteranno sempre più in avvenire una prevalenza delle patologie tipiche dell'età anziana e soprattutto di quelle con frequenza più elevata nelle donne.

Lo Studio longitudinale compiuto dal CNR nel corso del "Progetto Finalizzato Invecchiamento", condotto su un campione di oltre 5000 ultrasessantacinquenni, fornisce stime di prevalenza delle patologie croniche più spesso osservate (Tab. 6). Altri dati del CNR evidenziano il fatto che nell'anziano, con il progredire dell'età, tendono ad assommarsi più patologie. Ciò si verifica soprattutto nella popolazione femminile, nella quale nella fascia di età tra 80 ed 84 anni, la percentuale di soggetti con 2 o più patologie è circa quattro volte superiore a quella riscontrata nella fascia di età tra 65 e 69 anni (Tab. 7).

c) l'anziano è un forte consumatore di farmaci

Un terzo della spesa farmaceutica è consumato da 1/7 della popolazione (anziani). Nonostante ciò molti trials clinici non comprendono soggetti anziani, malgrado le peculiarità cliniche e fisiopatologiche del soggetto anziano.

Le spinte al controllo della spesa farmaceutica, che pur riducono il rischio di un rapporto medico-paziente fondato solo sulla prescrizione farmacoterapeutica, dal canto loro rischiano, senza precise linee guida cliniche, di andare a colpire principalmente il grande consumatore di farmaci (l'amma-

lato cronico), vittima della pressione al risparmio.

d) l'anziano malato spesso non è autosufficiente

Nell'anziano il sommarsi di molte malattie croniche è aggravato da una frequente riduzione dei livelli di autosufficienza e da una limitata capacità di adattamento.

Gli anziani disabili rappresentano circa il 30% della popolazione (Studio CNR); le donne in generale soffrono di un più alto tasso di disabilità (maggiore speranza di vita, ma accompagnata da maggiore disabilità) nelle età più avanzate e si rileva che dai 65-69 anni agli 80-84 la percentuale di soggetti che presentano la perdita di due o più attività della vita quotidiana aumenta di 6-7 volte (Tab. 8). La mancanza di riserve funzionali porta facilmente alla perdita della autosufficienza anche per il sopraggiungere di banali complicazioni.

e) l'anziano pone problemi di ordine socio-assistenziale

Abbiamo già detto precedentemente delle difficoltà della famiglia nel farsi carico dell'anziano, specie se non autosufficiente, e della insufficienza dei fondi pubblici destinati all'intervento socio-sanitario in favore dell'anziano. A tali considerazioni bisogna aggiungere che anche le risorse finanziarie personali del soggetto anziano vengono ad essere ridotte, a causa del pensionamento e delle necessità di ordine medico ed assistenziale. È necessaria pertanto

una maggiore consapevolezza del fatto che i problemi sanitari dell'anziano sono in realtà il più delle volte problemi socio-sanitari. Oltre che delle cure mediche l'anziano solo ha bisogno sovente di aiuto domestico (acquisti, ménage della casa, preparazione dei pasti), mentre l'anziano non autosufficiente necessita di sostegno anche per la cura della propria persona e per poter comunicare con il mondo esterno.

3. Prospettive di cambiamento

Criteri generali di riorganizzazione dei servizi sanitari

Per uscire dalla contraddizione tra le esigenze di aumento della spesa sanitaria e le spinte economiche volte a contenerla, poiché non è più possibile pensare di dare tutto a tutti e sarebbe tuttavia immorale ridurre la sanità a pura logica di mercato, è opportuno favorire alcune ipotesi di cambiamento intese a realizzare, nello spirito del solidarismo sociale, una scelta di campo in favore delle fragilità (patologie catastrofiche, handicap fisici e mentali, malattie croniche, malattie terminali). In tale scelta di campo, l'attenzione per i problemi dell'anziano costituirà certo una delle priorità.

Al riguardo possono essere proposte anzitutto alcune considerazioni di carattere generale. L'aumento delle malattie croniche dovrebbe portare ad una maggiore attenzione per gli interventi dure-

voli, anche a scapito delle prestazioni più costose per singoli casi acuti.

Poiché il paziente anziano, spesso non è autosufficiente, l'intervento sanitario dovrebbe coniugarsi all'intervento sociale ponendo l'enfasi più sulle interrelazioni sociosanitarie e meno sulle iperspecializzazioni. A titolo di esemplificazione occorre sottolineare l'importanza degli interventi di tipo riabilitativo e di quelli volti a preservare valide relazioni sociali.

Invece di pensare, per ragioni di spesa, a limitare l'accesso dell'anziano alle prestazioni sanitarie, occorrerà pensare a servizi sanitari accoglienti anche per le malattie croniche, evitando code ed attese snervanti, valutando i servizi prestatati in base ai loro oggettivi risultati, razionalizzando strutture sanitarie e percorsi, favorendo la ricerca scientifica sulla fisiopatologia e sulle malattie dell'anziano, nella convinzione che il nuovo modello di assistenza può anche essere fonte di risparmio economico.

Più in dettaglio possono essere suggerite le seguenti considerazioni:

a) prevenire prima di curare

Molto può essere operato nel campo della prevenzione. Sono noti, ad esempio, il ruolo della alimentazione nella prevenzione dei tumori, dell'ipertensione, delle malattie cardio e cerebrovascolari, del diabete; il ruolo dell'esercizio fisico, delle vaccinazioni (p. es. antinfluenzale), delle terapie ormonali sostitutive (p. es. terapia estrogenica per osteoporosi e in prospettiva per cardiopatie e demenza). Molto importanti si sono dimostrate le campagne di prevenzione attraverso screening di massa (p. es. progetto Martignacco in cardiologia). Infine non può essere sottovalutato il ruolo della prevenzione ambientale

b) favorire l'integrazione e l'utilità sociale dell'anziano

Le persone anziane sono in grado di offrire alla società esperienza, conoscenza, capacità di tolleranza e di sopportazione. Esse possono essere utili alla società collaborando come volontari anche in ambito sanitario o partecipando a microimprese produttive.

Tab. 8 - Perdita di autonomia nella vita quotidiana (Adl): distribuzione percentuale per sesso e classi di età

ETA'	DIFFICOLTA' ADL	UOMINI	DONNE
65-69	0	87,0	88,1
	1	9,6	7,6
	>2	3,4	4,3
70-74	0	84,4	79,4
	1	9,5	12,5
	>2	6,1	8,1
75-79	0	68,9	70,2
	1	16,5	13,8
	>2	14,7	16,0
80-84	0	56,2	54,2
	1	19,8	19,4
	>2	24,0	26,3

(Studio Ilsa-Cnr, 1997)

c) sostenere l'ambiente familiare come luogo normale per l'assistenza alle persone anziane (compresa la possibilità di accedere all'Assistenza Domiciliare Integrata e di godere della possibilità di un compenso materiale o di una facilitazione fiscale per il lavoro che la famiglia evita alla assistenza pubblica) *e surrogare l'ambiente familiare quando inesistente od ormai disgregato o incapaci-tato* (particolarmente nel caso dei non autosufficienti).

d) operare un cambiamento a livello delle professionalità sanitarie

Occorre una modificazione dei modelli di insegnamento nelle facoltà di medicina e nelle scuole infermieristiche, con particolare riferimento all'insegnamento della geriatria.

Soprattutto, sono necessarie iniziative di educazione permanente (CME) volte a modificare l'attitudine medica da un'attenzione diagnostico-terapeutica ad una attenzione verso persone che richiedono un'assistenza continua, anche se non sono sempre ammalate o sono affette da malattie croniche degenerative compatibili con una accettabile qualità di vita. L'intervento medico deve essere indirizzato non solo a trattare i sintomi della patologia sottostante, ma a prevenire la cronicità e la disabilità e favorire la riabilitazione.

e) ridurre l'ospedalocentrismo a favore dei servizi sanitari territoriali

Abbiamo già detto che l'ospedale per malati acuti non può rispondere in modo flessibile alla complessità dei bisogni di salute presentati dal paziente anziano. Esso inoltre presenta oneri di gestione decisamente elevati, in un'epoca che chiede invece di ridurre la spesa sanitaria. Esso andrebbe pertanto limitato ai casi di effettivo bisogno.

L'ospedalizzazione stessa può infine essere causa di malattia nel paziente anziano. Al riguardo basti citare i problemi di disorientamento spaziale e temporale che possono presentarsi a causa del ricovero in ospedale nel paziente con iniziale deterioramento intellettuale ed i ri-

schì di contrarre infezioni da agenti microbici particolarmente resistenti in cui il paziente anziano può incorrere durante una ospedalizzazione avvenuta per altri motivi.

La nuova modalità di assistenza al paziente anziano, che incomincia a nascere, dovrebbe prevedere una rete di servizi costituita da:

- Residenze sanitarie assistite e strutture riabilitative (per i pazienti dimessi dall'ospedale per malati acuti, ma non ancora in grado di tornare al loro domicilio).

- Ospedalizzazione a domicilio (per i casi di cronicità richiedenti regolare assistenza medica ed infermieristica).

- Day Hospital, Day Surgery e facilità di accesso all'ospedale per malati acuti, ogni volta che se ne presenta la necessità.

- Assistenza Domiciliare Integrata (compreso aiuto domestico, prestazioni infermieristiche, chinesi-terapia, consulenze specialistiche a domicilio, etc.). Portando le cure a domicilio si riuscirà ad operare una riduzione dei costi, sia direttamente che attraverso la prevenzione delle malattie prima del loro nascere od aggravarsi. Si potrà evitare lo sradicamento sociale del paziente, che rende poi sempre difficile il reinserimento nell'ambiente di vita precedente. L'assistenza domiciliare consente infine di far ricorso più facilmente all'intervento del volontariato.

- Facilità di accesso a visite ambulatoriali (superando i rischi legati alle lunghe liste di attesa ed alla necessità di spostamenti ripetuti per prenotazioni).

- Centri ospedalieri specializzati (ad es. Centri Alzheimer).

- Case famiglia e residenze protette (per i soggetti relativamente autosufficienti, ma privi di adeguato sostegno a domicilio).

- Centri diurni per favorire la socializzazione e garantire, se necessario, un'alimentazione equilibrata.

- Teleassistenza e telemedicina.

Per associare efficacemente l'intervento sociale a quello sanitario è necessario potenziare il ruolo delle organizzazioni no profit e del volontariato, organizzazioni che sono relativamente indipendenti non solo dal mondo politico, ma anche da quello economico e possono pertanto contribuire a che

l'intervento sociale assuma i contorni della solidarietà, evitando di trasformarsi in assistenzialismo o in pura logica di mercato.

f) potenziare il ruolo partecipativo dei pazienti, dei loro familiari e delle associazioni

Occorrerà educare i cittadini ad una responsabile fruizione dei servizi: solo un'organizzazione sanitaria in grado di fornire servizi qualitativamente di buon livello potrà chiedere una autolimitazione responsabile nella fruizione degli stessi. Per troppo tempo infatti siamo stati abituati a servizi scadenti, sfruttati anche per bisogni marginali o addirittura inesistenti.

La nuova rete di assistenza dovrà, più che nel passato, tener conto del giudizio degli utenti. Questo può essere considerato un risultato primario da raggiungere per poter migliorare il servizio.

g) operare scelte nella allocazione delle risorse

Gli interventi andrebbero programmati destinando loro un impegno di spesa che tenga conto di rigorose analisi in termini di rapporto costi/benefici. La descrizione degli strumenti per tale analisi esula dagli scopi di questo intervento. Come esempio, basterà qui citare il criterio della morte evitabile, che valuta la spesa in termini di capacità di ridurre il numero dei decessi attesi in una certa situazione.

Una ottica cosiffatta potrà portare a considerare la possibilità di rinunciare a qualche sviluppo tecnologico, in cambio del miglioramento dei servizi comunitari o di interventi a carattere preventivo.

4. Conclusioni

L'anziano è un membro a pieno titolo della comunità alla quale può essere di aiuto. La vecchiaia può essere uno stadio fruttuoso e felice della vita. Essa forse non è più l'età della speranza ma è certo l'età del ricordo e il ricordo è spesso solo bello perché il male viene cancellato dal tempo. Ciò sarà possibile se il personale sanitario sarà preparato e desideroso di impegnarsi nella lotta contro il deterioramento sociale e la perdita

della salute, prendendosi cura di pazienti disabili o terminali, aiutando gli anziani a vivere con lo scopo di aiutarli a trovare dignità e pace nella fase finale della loro vita.

Prof. GIAN LUIGI GIGLI

Presidente della Federazione
Internazionale delle Associazioni dei
Medici Cattolici (FIAMC)

Primario Neurologo Azienda Ospedaliera
S. Maria della Misericordia, Udine, Italia

Dott.ssa ADRIANA RINALDI

Neurologo Azienda Ospedaliera
S. Maria della Misericordia, Udine, Italia

Bibliografia

ARDIGÒ A. *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, Ed. Franco Angeli srl, 1997.

Annuario Statistico Comune di Udine, 1996, Volume I, Terza Serie, giugno 1997.

BIANCHETTI A., GEROLDI C., TRABUCCHI M., *La Malattia di Alzheimer in Italia: qualità e costi dell'assistenza*, Science Adv srl, 1998.

CNR, *Progetto Finalizzato Invecchiamento*, Resource Data Book, Grafica Tiburtina, Roma, 1996.

CNR-IRP, *Atlante dell'invecchiamento della popolazione*. Lori A., Golini A., Cantalini B. Roma, 1995.

HOFMAN A., ROCCA WA., BRAYNE C., BRETELER MM., CLARKE M., COOPER B., COPELAND JR., DARTIGUES JR., DA SILVA BRUOX A., HAGNELL O. ET AL., *The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of*

1980-1990 findings, Eurodem Prevalence Research Group. International Journal of Epidemiology, 20 (3), 736-748, 1991.

NORTH DOUGLASS C., *Istituzioni, cambiamento istituzionale, evoluzione dell'economia*, Ed. Il Mulino, 1994.

TRABUCCHI M., VANARA F., *Rapporto Sanità '98. Priorità e finanziamento del Servizio sanitario nazionale: le fragilità*, Ed. Il Mulino, 1998.

PETRINI M., CARETTA F., ANTICO L., BERNABEI R., *Etica e Geriatria*, CEPsAG. Università Cattolica del Sacro Cuore. Acta medica Romana Supplementa Bibliographica n. 4 Ottobre 1993.

PETRINI M., CARETTA F., ANTICO L., BERNABEI R., *L'assistenza alla persona anziana. Aspetti teologici, etici, clinici, assistenziali, pastorali*, Vol. 1 e 2, CEPsAG. Università Cattolica del Sacro Cuore. Acta Medica Romana Supplementa Bibliographica n. 4 Maggio 1994.



JOSEPH JOBLIN

Il punto di vista economico

Introduzione

I problemi che non ricevono sufficiente attenzione da parte della società, sono spesso considerati delle “bombe a scoppio ritardato”. La questione degli anziani è uno di questi. Se non vi si fa attenzione, tutte le società sono minacciate d’essere soggette a gravi squilibri poiché rischia di introdursi nel tessuto sociale una duplice rottura di solidarietà a motivo dell’aumento del numero degli anziani: da una parte, le generazioni più giovani in età di lavorare non potranno o non vorranno più sostenere il peso finanziario delle pensioni degli anziani, d’altra parte le “risorse umane” che gli anziani rappresentano nella società, sia la loro esperienza umana che tecnica, non saranno utilizzate e messe al servizio di tutti. Un tale spreco può essere alla base di un grave risentimento nella società da parte di coloro che ne sono vittime.

Questo è il problema a cui intendere fare riferimento questo intervento e che può essere enunciato in due domande: come reagire di fronte ad una logica economica che porta ad infrangere i legami naturali che sono sempre esistiti tra le generazioni e sono stati fonte di stabilità nelle società? come rafforzare questa solidarietà naturale facendo degli anziani non più un peso morto nella società ma una risorsa per il suo sviluppo umano?

1. Rapporto su alcuni dati demografici ed economici

L’evoluzione demografica delle popolazioni, tanto nei paesi industrializzati quanto in quelli in via di

sviluppo, è all’origine delle rotture di solidarietà tra le generazioni, da un triplice punto di vista: quantitativo, qualitativo e finanziario.

a. Lo squilibrio quantitativo

Nel 1982 le Nazioni Unite hanno organizzato a Vienna una sessione speciale sugli anziani. Le statistiche fornite in quell’occasione riguardavano un raffronto delle fasce d’età tra il 1950 e il 2025, periodo di tempo che ricopre circa tre generazioni¹. Ne è risultato che, durante questo lasso di tempo, gli ultrasessantenni della popolazione mondiale aumenteranno 5 volte e gli ultraottantenni 7 volte; ciò significa che, mentre nel 1950 una persona su 12 aveva oltre 60 anni, nel 2025 questa proporzione sarà di 1 persona su 7. Mentre nel 1950 214 milioni di persone avevano più di 60 anni, 75 anni dopo il loro numero sarà di 1.121 milioni, di cui il 72% (invece del 56%) nei paesi cosiddetti in via di sviluppo. Sembra che alcuni di questi paesi debbano essere particolarmente colpiti in quanto si stima che gli ultrasessantenni del Brasile, Bangladesh, Nigeria e Messico non smetteranno di aumentare, in particolare a partire dal 2000 fino al punto di arrivare ad essere moltiplicati per 15, venticinque anni più tardi.

L’origine di questo squilibrio demografico è dovuto essenzialmente al miglioramento delle condizioni di vita in materia di alimentazione, habitat e soprattutto di salute. La politica seguita dall’OMS, e assunta dai governi, di mettere a disposizione di tutti gli strati della popolazione le cure sanitarie primarie, ha largamente contribuito alla diminuzione della mortalità in tutte le classi d’età e di

conseguenza all’aumento della popolazione. Si potrebbe certamente intravedere una certa inflessione nel comportamento delle coppie, ma bisogna arrendersi di fronte all’evidenza che il gruppo costituito dagli anziani è destinato ad allargarsi. In effetti, la tendenza attuale è di abbassare l’età del pensionamento mentre i progressi della ricerca medica permettono di prolungare l’esistenza. Si stima quindi che, se nel 1950 100 adulti attivi dovevano sostenere 19 anziani, nel 2025 essi dovranno assumerne il fardello di 40; di questi il 23% degli uomini e il 6% delle donne avranno una pensione.

Lo squilibrio che nasce dall’allungamento della durata della vita è aggravato, in alcuni paesi, da una denatalità che colpisce la piramide delle età. Molti paesi occidentali non raggiungono più il tasso di natalità che assicurerebbe il rinnovamento della loro popolazione e ciò, malgrado l’immigrazione di famiglie che hanno mantenuto abitudini di forte natalità. Una recente statistica dell’Istituto Italiano di Statistica (Istat) rivela che per il quarto anno consecutivo (1997) il saldo naturale della popolazione è stato negativo (-0,4 per mille) e che la scarsa crescita della popolazione totale del paese (127.008) è dovuta alle migrazioni². Altri paesi, come la Cina, hanno addirittura intrapreso una politica cosiddetta del figlio unico; questa, che è stata seguita piuttosto strettamente nelle città³, non mancherà di contribuire all’aggravamento degli squilibri demografici.

b. Lo squilibrio qualitativo

Con l’espressione “squilibrio qualitativo” intendiamo il cambia-

mento di mentalità nei confronti degli anziani che accompagna il rovesciamento della piramide delle età. La modifica della ripartizione delle popolazioni per fasce d'età nonché l'adozione di nuove abitudini di vita, incidono sul modello multimillenario di solidarietà tra le generazioni:

** Le nuove condizioni materiali dell'esistenza allentano i legami tradizionali di solidarietà.* Nelle economie tradizionali, i bambini, molto spesso numerosi, provvedevano ai bisogni dei loro genitori. Questa forma di mutua assistenza viene esercitata con sempre più difficoltà nelle famiglie che hanno fatto il loro ingresso nella modernità. In effetti, la riduzione del numero dei figli per famiglia rende più grave il peso che i genitori rappresentano per loro; l'alloggio urbano permette raramente di ospitare una coppia anziana; il fatto che l'uomo e la donna lavorino fuori casi non consente loro di assistere i genitori. Il costo materiale e finanziario che può rappresentare la presenza dei genitori non è la sola spiegazione della reticenza dei figli a farsi carico dei loro genitori; la psicologia di una coppia è cambiata e i figli desiderano avere un'indipendenza che una volta non c'era.

** La scomparsa dei legami tradizionali di solidarietà libera le aspirazioni degli individui ad una completa autonomia.* Lo stile di qualità della vita che si è sviluppata tende a chiudere le famiglie su se stesse; non senza motivo si parla di famiglie nucleari; queste, ridotte alla cellula parentale e agli adolescenti, non fanno più posto agli anziani; il più delle volte i mezzi e l'alloggio, nonché la moderna psicologia non lo permettono.

3. Lo squilibrio finanziario

Benché la situazione degli anziani sia differente a seconda dei paesi, constatiamo che le istituzioni pubbliche tendono a supplire ovunque alla deficienza delle solidarietà tradizionali. Si tratta di un'applicazione all'inverso del principio di sussidiarietà. Prendendo coscienza del fatto che gli anziani – così come può essere dei giovani o di ogni categoria svan-

taggiata – rischiano di essere privati del minimo vitale o/e della possibilità di raggiungere il loro "progresso materiale e sviluppo spirituale", la società interviene per supplire alla mancanza di solidarietà dovuta ad un allentamento del tessuto sociale; questo intervento si produce in circostanze sfavorevoli; in effetti la categoria "anziani" si evolve in modo tale che i bilanci degli Stati dovranno assumere nuovi oneri a cui i sistemi tradizionali di assistenza non sono stati preparati.

2. Le esigenze finanziarie di una politica solidale a favore degli anziani

L'aumento regolare del numero degli anziani pone un problema di equilibrio finanziario ai governi. La soluzione dipende prima di tutto da due fattori, l'uno culturale che riguarda la tradizione dei paesi in materia di intervento del potere pubblico nel campo sociale; l'altro economico in vista di individuare i mezzi finanziari per tradurre questa solidarietà in fatti. Le soluzioni messe in atto oscillano tra due atteggiamenti: il primo, che possiamo chiamare liberale, si rimette alla previdenza privata dei lavoratori durante i loro anni di attività; l'altro, intervenzionista, insiste sull'obbligo dei governi di assicurare a tutti un minimo di benessere.

La messa in atto di una politica attiva a favore degli anziani è dunque condizionata dagli obblighi economici. In termini di entrate reali, si può distribuire soltanto ciò di cui si dispone e modulando l'intervento in modo da raggiungere prioritariamente i gruppi di anziani più sfavoriti.

Responsabilità della società.

Lo Stato non può disinteressarsi della situazione dei pensionati le cui entrate possono essere viste come uno stipendio differito anche se vi vengono aggiunti alcuni sussidi, come quello di invalidità, di vecchi combattenti, ecc. In effetti, il salario è la fonte principale di entrata nella società moderna; è il prezzo di un lavoro; la potenza pubblica deve dunque essere organizzata in modo tale che colui che non ha più attività remunerata con-

tinui a percepire un'entrata in virtù delle sue trascorse attività; da ciò dipende anche il mantenimento dell'ordine pubblico in quanto la miseria è fonte di disordine. Questa semplice concezione è sconvolta (messa sotto sopra) da due trasformazioni che colpiscono le società contemporanee: l'estendersi della categoria "anziani" è all'origine di nuovi oneri finanziari per la società; questi oneri sono il più delle volte a carico dello Stato invece di essere considerati come la contropartita di un salario differito.

Estensione della categoria "anziani".

Se per lungo tempo pensionati e anziani corrispondevano, oggi non è più così. Questi ultimi non sono più i soli a non vivere del loro lavoro attuale; ad essi bisogna aggiungere i disoccupati, i salariati in pre-pensionamento e i pensionati precoci. Sappiamo che in alcune professioni l'apertura del diritto alla pensione può arrivare a 55 anni. Così la categoria "anziani" assume oggi un nuovo significato; i problemi finanziari che le sono propri non possono essere trattati senza che si consideri allo stesso tempo la situazione dei lavoratori che, il più delle volte in piena salute, escono dal mercato del lavoro. Tra questi, coloro che si chiudono rapidamente su stessi, adottano un ritmo di vita da "pensionato" e prendono parte soltanto in piccola misura alle attività sociali; altri, che sembrano essere sempre più numerosi soprattutto nei paesi sviluppati, desiderano avere nuove attività per mettere la loro esperienza e le loro capacità al servizio della comunità.

Messa a carico della collettività delle numerose nuove spese a favore degli anziani.

La pubblica collettività (Stato, regioni, città) si trova di fronte ad obblighi nuovi che non possono essere direttamente imputati al mondo della produzione. Essa non deve più soltanto assicurare un minimo vitale ad una popolazione che eccede la fascia d'età tradizionalmente considerata vecchia e bisognosa, ma deve in più favorire la messa in atto di servizi da offrire agli inattivi (università della terza

età, possibilità di viaggi, conferenze, clubs di lettura, ecc.) nonché una copertura per i loro diversi bisogni, in particolare in materia di salute.

Le opzioni finanziarie.

Le spese a favore degli anziani aumenteranno, come è stato detto, in seguito allo squilibrio demografico e per il fatto che i programmi culturali o di altro tipo a favore degli anziani in grado di svolgere una vita attiva, graveranno sulla collettività; questa si trova già di fronte ad un vero rompicapo. In effetti, l'alternativa è la seguente:

* assicurare il finanziamento delle spese ricorrendo all'imposta il cui prodotto sarà distribuito in forma diversa: assicurazione vecchiaia, sussidio di disoccupazione, di reinserimento, concessione di un'entrata minima garantita, ecc. ma arriverà il momento in cui questi finanziamenti rappresenteranno un peso intollerabile per la popolazione attiva;

* oppure, nell'impossibilità di finanziare mediante l'imposta la quasi totalità delle rendite versate agli anziani, si partirà dal principio che i lavoratori in attività devono partecipare, durante la loro vita attiva, a fondi pensionistici al fine di assicurarsi i giorni della vecchiaia; questa soluzione dovrebbe permettere di limitare lo sforzo finanziario pubblico al finanziamento delle infrastrutture del tempo libero, della cultura e delle cure.

La soluzione del problema posto dal finanziamento delle entrate delle persone della terza età mediante fondi pensionistici può sembrare a prima vista soddisfacente, ma molti dubitano che sia di possibile realizzazione. I fondi pensionistici investono in effetti una parte notevole delle loro risorse in titoli di Stato emessi per coprire i deficits correnti del bilancio; c'è qui pertanto un ricorso simulato all'imposta per versare le pensioni in quanto gli interessi che li costituiscono sono prelevati da diverse tasse sulle entrate delle persone attive. In una economia sana, le rendite versate agli anziani devono corrispondere al prodotto dell'investimento produttivo delle somme prelevate sui loro salari quando erano nella vita attiva.

Infine, il sistema che consiste

nell'assicurare le pensioni attraverso fondi pensionistici non è accessibile ai più poveri e bisognosi, cioè a coloro ai quali la modicità dei loro stipendi o ogni altra circostanza non hanno permesso di pagare la relativa quota; essi sono lasciati troppo spesso alle cure di organismi di assistenza pubblica o privata come la Caritas; ciò dovrebbe risvegliare in noi una buona coscienza in quanto questo tipo di popolazione molto povera, spesso denominata "emarginata", è incapace di scoprire queste fonti d'aiuto e quindi di rivolgersi.

3. Per una economia solidale

Necessità di una cultura della solidarietà.

Il problema degli anziani è nato dal fatto che la società industriale ha fatto scoppiare le strutture di solidarietà che tradizionalmente assicuravano loro un sostegno e un ruolo nella società. La vita moderna obbedisce ad una logica che non favorisce l'assistenza e la solidarietà nei confronti di quanti sono al margine del settore produttivo. Bisogna invertire questa logica se vogliamo umanizzare le società contemporanee; questo risultato non potrà essere raggiunto senza che venga creata una nuova cultura della solidarietà; non soltanto una cultura dell'assistenza sociale che si sente in dovere di dare ad ognuno i mezzi per non morire di

fame, per vestirsi e per avere un alloggio, ma una cultura di solidarietà effettiva, che consideri cioè coloro che non sono ancora o non sono più dei lavoratori stipendiati non come un peso morto ma come partecipanti alla vita sociale su una base di uguaglianza. È necessario che nella società si faccia strada una nuova mentalità. La povertà e l'emarginazione non devono più essere considerate soltanto come malattie di cui conviene frenare la progressione perché ogni situazione di indigenza costituisce una minaccia per la sicurezza del resto della società; esse devono essere avvertite da ciascuno di noi come un male intollerabile allo stesso titolo dei disordini sociali più gravi, come le guerre, il terrorismo, la tortura. Il fatto che degli esseri umani non possano soddisfare i loro bisogni essenziali in mezzo all'abbondanza, costituisce una rottura della comunicazione sociale che un vero senso della solidarietà dovrebbe far ritenere insopportabile. Questa è la sede opportuna per ricordare le osservazioni dei Vescovi degli Stati Uniti nella loro lettera pastorale *Dieci anni dopo* (1996) in cui rilevavano che, nello spazio di un decennio, il reddito della parte (20%) più ricca della popolazione nordamericana era aumentato annualmente di US\$ 10.000, mentre le famiglie con il reddito più basso avevano visto diminuire il loro di US\$ 1.200⁴. Essi constatavano che c'era ancora molto da fare dopo il grido d'allarme del Concilio Vaticano II: "Si eviti questo scandalo. Mentre alcune nazioni i cui abitanti troppo spesso per la maggior parte si dicono cristiani, godono di una grande abbondanza di beni, altre nazioni sono prive del necessario per vivere e sono afflitte dalla fame, dalla malattia e da ogni sorta di miserie"⁵. La questione degli anziani rientra in un problema globale delle nostre società contemporanee, quello della solidarietà nello sviluppo materiale e spirituale di tutti gli uomini e di tutto l'uomo; è in funzione di questa esigenza che devono essere esaminati i programmi in materia d'educazione, di partecipazione alla vita pubblica, economica, sociale e culturale delle popolazioni, comprese quelle più povere. L'avvento di una tale



economia umana reclama, come chiedono le grandi encicliche sociali da *Populorum Progressio* a *Sollicitudo Rei Socialis* e *Centesimus Annus*, un rimaneggiamento totale della filosofia con cui le generazioni presenti affrontano le questioni economiche e finanziarie.

Non spetta alla Chiesa proporre delle ricette per una società solidale. Le applicazioni concrete della dottrina sociale della Chiesa dipendono dalla responsabilità degli attori della vita economica e politica. Le situazioni sono diverse ed è a questo livello che deve essere compresa la famosa asserzione di Paolo VI in *Octogesima Adveniens*: "Di fronte a situazioni tanto diverse, ci è difficile pronunciare una parola unica e proporre una soluzione di valore universale ... Spetta alle comunità cristiane individuare – con l'assistenza dello Spirito santo, in comunione con i vescovi responsabili, e in dialogo con gli altri fratelli cristiani e con tutti gli uomini di buona volontà – le scelte e gli impegni che conviene prendere per operare le trasformazioni sociali, politiche ed economiche che si palesano urgenti e necessarie"⁹⁶.

Nascita di una economia solidale.

Una cultura della solidarietà nascerà da azioni puntuali intraprese su terreni di crisi; la situazione degli anziani è di coloro che sono all'estremità della catena dell'esistenza così come i giovani, che si tratti dei paesi cosiddetti industrializzati o di quelli considerati in via di sviluppo. Gli sforzi dovranno essere diretti in due direzioni, una tecnica e l'altra psicologica.

Direzione tecnica. I governi passano; essi quindi sono tentati di trovare delle risposte *ad hoc* alle difficoltà che si presentano; così accade per quanto riguarda la loro politica nei confronti degli anziani. Essi non sembrano preoccuparsi di mettere in atto una politica realistica; nei discorsi si invoca la solidarietà ma solo per fare accettare alle popolazioni attive delle misure d'urgenza che spesso compromettono l'esercizio della solidarietà tra le generazioni. La ridistribuzione di una parte delle entrate del lavoro delle persone attive agli anziani ha i suoi limiti, a motivo dello squilibrio crescente tra questi

due gruppi di popolazione, che si tratti dei paesi industrializzati o di quelli in via di sviluppo; mentre nel 1950 il 56% degli anziani di oltre 60 anni si trovava nei paesi in via di sviluppo, nel 2025 si stima che il loro numero sarà del 72%.

Per un certo tempo si è ritenuto che l'aumento della produttività compensasse l'aumento degli oneri e permettesse perfino di rivalutare periodicamente le pensioni; ma i lavoratori chiederanno di essere i primi beneficiari di questi guadagni di produttività che saranno loro dovuti. Bisogna dunque che le popolazioni abbiano il coraggio di esigere dai loro governi di usare fondi pensionistici non per coprire i deficits correnti – il che ha come conseguenza di gravare le generazioni future con nuovi oneri – ma per promuovere delle attività che generino nuove ricchezze allo scopo di assicurare il finanziamento delle pensioni⁹⁷.

Direzione psicologica. La solidarietà nei confronti degli anziani deve essere considerata un imperativo, poiché è nell'ordine delle cose come può esserlo la solidarietà familiare. Fino a che non si sarà arrivati ad una tale trasformazione psicologica, si andrà verso una rottura del tessuto sociale in quanto i lavoratori produttivi il cui numero andrà diminuendo, un giorno o l'altro riterranno insopportabile pagare le rendite dei non produttivi; la ripartizione della solidarietà attualmente esistente non

potrà essere mantenuta. Tutte le società che entrano nell'era moderna devono assolutamente promuovere una cultura della solidarietà tra le generazioni allo scopo di arrivare all'adozione di misure giudicate sostenibili e durevoli a favore di coloro che non sono direttamente impegnati nel ciclo della produzione.

Una economia solidale nascerà da un cambiamento di mentalità da parte delle popolazioni che entrano nell'era della mondializzazione. "Da ognuno secondo le sue capacità, ad ognuno secondo i suoi bisogni" è lo slogan che deve essere ripreso. Il sistema brutale di fine attività che è stato concepito due secoli fa, ha avuto alla fine la conseguenza di far apparire come un onere per la comunità colui che aveva dato il suo lavoro per farla prosperare; doveva permettere agli anziani in senso stretto di ricevere i mezzi che permettessero loro di condurre una vita degna negli ultimi anni della loro esistenza; ma questo sistema diventa contrario alla solidarietà quando priva la società delle capacità di coloro che essa mette fuori delle attività produttive. Erano state intraprese delle ricerche al fine di: 1) come umanizzare il pensionamento per togliergli il suo carattere brutale; sono stati proposti dei regimi elastici come quello di una flessibilità nel tempo del lavoro; 2) nuovi tipi d'impiego, remunerati o no, devono essere messi a disposizione degli anziani, che devono essere invitati a mettere la loro competenza a disposizione della rete associativa; 3) deve essere proposta loro una funzione sociale nell'ambiente in cui vivono, che si tratti dell'animazione di clubs o dell'assunzione di servizi sociali per gli handicappati, i bambini in età scolare, ecc.

Questa trasformazione è possibile.

La costruzione di un'economia solidale dipende dalla trasformazione delle mentalità dei diversi settori della società, della politica, della famiglia, dei media, dell'educazione. Tutti devono concorrere alla formazione di un consenso per promuovere la crescita umana di tutti e di ognuno.

Lo sviluppo di un'economia solidale non chiede di rinunciare al prodigioso sviluppo economico e



tecnico al quale assistiamo. Noi viviamo in un mondo di regolamentazioni e sono gli uomini a far sì che queste favoriscano l'avvento di un mondo più o meno umano. Così avviene nel mondo della concorrenza in cui, ad esempio, i poteri pubblici coordinano i diversi mezzi di trasporto (mare, aria, strade, ferrovie) per un migliore servizio pubblico; nel campo sociale in cui la società attuale rifiuta che l'integrazione mondiale sia accelerata dal lavoro dei bambini, dalla discriminazione nei confronti delle minoranze o dal lavoro forzato; in materia d'educazione in cui le autorità pubbliche impongono degli obblighi (età scolare, programmi, livelli di studio, orientamento professionale...) affinché i giovani possano partecipare meglio al mondo degli adulti. Si potrebbero stipulare degli accordi a livello nazionale, regionale ed internazionale affinché lo sviluppo permetta l'integrazione degli anziani nella vita partecipativa⁸.

Una mentalità solidale conduce all'adozione di atteggiamenti pratici. Colui che vuole mostrarsi solidale nei confronti degli anziani deve esaminare la politica seguita nei loro confronti in funzione di alcuni criteri semplici che permettono di verificare se il posto che è stato fatto loro nella società sia giusto.

Da un punto di vista negativo

* La politica seguita non deve alla fine aggravare la situazione sociale, il che può essere una conseguenza di alcuni modi di finanziamento.

Da un punto di vista positivo

Una tale politica implica che siano adottate:

* misure d'ordine finanziario di modo che le pensioni e i sussidi versati siano, per quanto possibile, il frutto dei redditi dovuti ad investimenti produttivi e non il risultato di prelievi sui guadagni attuali del lavoro;

* misure d'ordine sociale che siano segno della volontà consensuale della società di trattare gli anziani su una base d'uguaglianza con il resto della popolazione in materia di livello di vita: bisognerà favorire le cure a domicilio, i visitatori sociali, ecc.; bisognerà altresì trovare come inserire gli anziani

nelle attività sociali, cioè economiche, che sono in effetti un'esperienza da cui la società può trarre profitto.

* misure d'incoraggiamento alle associazioni private e alle istituzioni pubbliche per permettere loro di utilizzare l'esperienza e la disponibilità degli anziani; deve essere sviluppata una civilizzazione del volontariato per combattere la sete di guadagno che accompagna lo sviluppo della vita industriale; essa reintrodurrà nella società un valore spirituale di servizio disinteressato che è fonte di realizzazione e di equilibrio.

* misure d'ordine generale allo scopo di offrire un insieme di servizi agli anziani intesi in senso lato. La loro partecipazione alla vita economica come consumatori rappresenta una vasta parte del mercato e può essere un sostegno notevole alla domanda.

Conclusione

Il problema degli anziani fa parte di un problema più vasto, quello dello sviluppo umano in un contesto di globalizzazione. Non si può rimettere alle sole forze economiche il potere di decidere le condizioni di lavoro e le condizioni sociali di una parte crescente di popolazione. Gli obiettivi sociali dello sviluppo devono vincere le esigenze del mercato, come ricordava Paolo VI nell'allocuzione alla Conferenza Internazionale del Lavoro⁹, che comporta il rischio di veder crescere il numero degli esclusi, invece di riassorbirli.

L'umanizzazione dell'economia sarà il risultato della coniugazione di due sforzi, l'uno economico, l'altro culturale. Lo sforzo economico-sociale richiede uno sguardo diverso sulla società e sulla vita economica. Questa non è una macchina che produce beni di cui i più fortunati e i più furbi si appropriano individualmente, ma una comunità che cerca di tradurre, mediante l'economia e con l'economia, sentimenti di solidarietà e di benevolenza che permettono a tutti di progredire materialmente e di svilupparsi spiritualmente.

Lo sforzo culturale che farà rifiutare perché inaccettabile la lotta selvaggia per la potenza economi-

ca, interessa tutti in quanto tutti devono, nel loro ambito, creare le condizioni per una crescita umana delle popolazioni emarginate dallo sviluppo selvaggio della mondializzazione. Questo cambiamento di rotta non deve restare al livello delle buone intenzioni individuali trovando delle scuse per non passare all'azione per il fatto che l'impresa è troppo grande per essere assunta da un solo uomo. Come ricordava Giovanni Paolo II a Spira¹⁰, ciò che un unico individuo non può ottenere, lo può ottenere unendosi agli altri. È dunque con associazioni, di professionisti o altri, animati dallo spirito cristiano ed inserendosi nelle strutture della società, che questa potrà progredire verso una maggiore solidarietà. Spetta a queste associazioni far percepire l'esigenza del bene comune per dare una *finalità che non sia economica* allo sviluppo della mondializzazione.

P. JOSEPH JOBLIN, SJ

Consigliere ecclesiastico del Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere ed Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS)

Note

¹ U.N. CHRONICLE, october 1984/9 p. 22.

² *La Repubblica*, 19 giugno 1998; sullo squilibrio demografico nell'Unione Europea cfr. G. LOPEZ Y CASANOVAS, *Economía de la salud* in AA.VV. *La formación de los profesionales de la salud*, Fundación BBV Bilbao 1997 che rileva, tra l'altro, che circa il 50% dell'elettorato europeo avrà più di 50 anni nel 2000, pp. 623-627.

³ Y. BLAYO, *Des politiques démographiques en Chine*, PUF, Paris, 1997, p. 412.

⁴ *Lettre pastorale des évêques américains: Dix ans après* in *Documentation catholique* (Paris) 1996 p.131.

⁵ *Gaudium et Spes*, §§ 88.1, 9.2, 63.2, 81.2.

⁶ *Octogesima Adveniens*, §4.

⁷ AA.VV. *Quelle solidarité pour l'Europe de demain?* in *Informations et commentaires. Revue internationale de Sciences sociales appliquées* (Lyon) 1997/101.

⁸ La Conferenza Internazionale del lavoro è entrata in questa via adottando, ad esempio, nel 1967 la Raccomandazione 131 circa le prestazioni d'invalidità, di vecchiaia e di superstiti o nel 1980 la Raccomandazione 162 sui lavoratori anziani.

⁹ PAOLO VI, *All. À la Conférence internationale du Travail*, 10 giugno 1969.

¹⁰ GIOVANNI PAOLO II, *All. Di fronte alla cattedrale di Spira*, 1987.

JEAN-LOUIS TAURAN

L'invecchiamento della popolazione mondiale e le politiche per lo sviluppo

Introduzione

Parlare della vecchiaia è parlare della vita. Dunque, è normale che su tale argomento la Chiesa abbia qualcosa da dire. I vostri lavori in questi giorni, con la loro varia ricchezza, ne sono la prova. Assai sovente si valuta l'uomo in funzione del suo lavoro e del servizio che rende alla società: le statistiche suddividono spesso la popolazione in attiva e non attiva. Questo criterio, tuttavia, può finire per discriminare le persone anziane, come altre categorie quali le donne, i fanciulli, i disoccupati, i fanciulli non nati etc.

La Santa Sede da molto tempo ha testimoniato le convinzioni della Chiesa a livello dei dibattiti internazionali. Il suo compito è stato reso più facile dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, che – dal 1982 – ha lanciato un Piano d'azione per le persone anziane.

Vorrei presentarvi alcune riflessioni, che stanno alla base dell'azione della Santa Sede nell'ambito della diplomazia multilaterale.

1. La preparazione dell'Anno internazionale delle Persone anziane

Il 16 ottobre 1992 l'Assemblea generale dell'ONU decise che il 1999 sarebbe stato l'Anno internazionale delle persone anziane (Ris. 47/5), per mettere in evidenza la crescita demografica dell'età, le opportunità che essa comporta nell'ambito socio-economico, culturale e spirituale e i suoi risvolti in favore della pace e dello sviluppo globale nel prossimo secolo.

Fin dal 1994, il Segretario Ge-

nerale dell'ONU preparò uno "schema concettuale di riferimento" per l'Anno internazionale (con quattro tematiche: la situazione delle persone più anziane, lo sviluppo individuale durante la vita, le relazioni tra le generazioni e lo sviluppo e le popolazioni anziane, Doc. A/50/114).

Successive riunioni dell'ONU precizarono lo scopo dell'Anno internazionale delle Persone anziane: sensibilizzare l'opinione pubblica mondiale, permettendo un interscambio di conoscenze e di esperienze, sulla base delle iniziative già in corso o di quelle in progetto.

Alla fine dell'Anno internazionale delle Persone anziane si dovrebbe valutare l'impatto che esso ha avuto (2000/2001). Tale follow-up a livello di analisi sarà assicurato dal Dipartimento dell'ONU per la Coordinazione delle Politiche e lo Sviluppo sostenibile e dalla Divisione dell'ONU per le Politiche sociali dello sviluppo. La Commissione dell'ONU per lo Sviluppo sociale verificherà ogni cinque anni le politiche per gli anziani e sceglierà gli argomenti che gli Stati membri della Commissione discuteranno sistematicamente nelle sue riunioni, per assicurare il follow-up "politico" della celebrazione dell'Anno.

2. La Prima Conferenza sulla salute degli anziani (UN-WHO), New York, 29 aprile 1996

Le politiche in favore delle persone anziane sono strettamente connesse con quelle per lo sviluppo, ne è prova l'impegno per pro-

muovere il benessere ed il progresso, tutelando le condizioni di salute e garantendo cure sanitarie per tutti. La I Conferenza sulla salute e le persone anziane (New York, 29 aprile 1996) ha messo in evidenza che assistere gli anziani costituisce un impegnativo compito per la società.

Infatti, le attuali conoscenze circa le malattie delle persone anziane ed in merito alla loro alimentazione sono poco adeguate (p.e. gli attuali studi sulle diete alimentari spesso giungono poco oltre il 50.mo anno di età).

Si va destando, così, l'attenzione degli scienziati e degli esperti affinché si individuino e si realizzi un contesto sano e sicuro, che tenga conto delle esigenze delle persone più anziane dal punto di vista sanitario e dell'informazione, educativo ed ambientale.

Solo una consapevolezza adeguata di questo problema può generare un nuovo atteggiamento di fronte alla vecchiaia e stimolare quelle ricerche innovative, atte a preparare politiche efficaci per le varie "fasce" di età delle persone anziane (periodo tra i 65 anni e i 75 anni, tra i 75 e gli 85 e oltre gli 85 anni). Ciò dovrà avvenire, peraltro, con la consapevolezza che la classificazione di queste "fasce" presto potrebbe essere rivista a motivo di cambiamenti in atto quali il progressivo spostamento dell'età del pensionamento.

Che questo cambiamento di mentalità sia lento ad affermarsi lo prova il fatto che ancora sono molto più numerosi i pediatri e ben più rari i geriatri, sebbene – tra 30 anni – in alcuni Paesi (p.e. l'Italia) il numero di persone con più di 60 anni sarà superiore a quello delle

persone attive nell'ambito lavorativo.

3. Riunione di demografi riguardo all'invecchiamento della popolazione mondiale (ONU - NYC, 3-6 novembre 1997).

Dal 3 al 6 novembre 1997, le Nazioni Unite a New York hanno ospitato un Incontro di esperti di tutto il mondo sull'impatto demografico dell'invecchiamento della popolazione sullo sviluppo socio-economico. Esso era a carattere prevalentemente scientifico.

In seguito tale argomento è stato ripreso da molti documenti ufficiali e, nelle scorse settimane, anche dal Rapporto annuale dell'UNFPA sullo stato della Popolazione del mondo.

In 51 Paesi (44% della popolazione mondiale) si è sotto la crescita zero, e di questi ben 19 appartengono alla categoria dei Paesi più poveri.

Non voglio discutere sulle politiche anti-nataliste, desidero però ricordare che per il Capo del Settore Studi sulla Popolazione della Divisione della Popolazione delle Nazioni Unite, presente all'incontro, tale situazione è "filosoficamente devastante" e per il Prof. Jean-Claude Chesnais, dell'Istituto Nazionale di Studi Demografici di Parigi, dalla II Guerra Mondiale il figlio singolo è considerato a propria immagine e come propria proprietà, non frutto della coppia. Purtroppo bisogna constatare che le scelte di molte giovani coppie non sempre sono ispirate dalla solidarietà intra-familiare.

Per questo motivo appare urgente per la comunità internazionale procedere all'aggiustamento dei sistemi di sicurezza sociale, che sono necessari per assicurare lo sviluppo, come ha dimostrato l'esperienza di questo ultimo secolo.

4. Connessione tra invecchiamento demografico e sviluppo: il riferimento al "gender".

È interessante quindi rilevare che le Nazioni Unite, consapevoli

della sfida storica dell'invecchiamento della popolazione mondiale hanno situato questa problematica all'interno delle politiche globali per lo sviluppo. Questa impostazione è confermata dalla particolare considerazione riservata anche in questo ambito al "gender", che – come è noto – costituisce ormai un criterio imprescindibile per le politiche mondiali in favore dello sviluppo.

Tra le persone più anziane prevalgono le donne e il divario tra la premorienza maschile e quella femminile è più elevato nei Paesi dell'Europa orientale, nei Paesi Baltici e nell'Asia centrale.

Ne è conseguenza l'accresciuto impoverimento delle donne in generale, che è ben più rilevante nelle suddette regioni, dove le più anziane restano non di rado facilmente prive di sostegno familiare.

La Commissione dell'ONU sullo status delle Donne ha esaminato il problema della maggiore precarietà della condizione delle donne anziane ed ha insistito affinché si elimini questo "impatto differenziale".

Un altro profilo è connesso col nuovo impegno di lavoro della donna e quindi con la conseguente ridotta disponibilità ad assistere anziani ospiti in casa (cfr. Incontro di Esperti su prestazione di cure e persone anziane. Malta, 30 novembre - 2 dicembre 1997). Le politiche di promozione della donna richiedono un intervento sull'atteggiamento degli uomini, soprattutto laddove "prendersi cura" de-

gli anziani è ancora considerato compito muliebre e dedicarsi da parte dell'uomo comporterebbe una perdita di prestigio.

Dunque le nuove politiche per gli anziani sono correlate con scelte fondamentali per lo sviluppo ed è prevedibile che il loro affermarsi non sarà ininfluente nella costruzione dei ruoli sociali e nel progresso sociale.

5. L'interesse concreto dei responsabili della società

Alcuni Stati hanno avviato tali politiche ed il primo passo è stato quello di promuovere la consapevolezza del problema ("awareness").

Con questo scopo, per esempio, il Sig. William Benson, Vice-Assistente-Segretario per le persone anziane del Dipartimento della Salute e dei servizi umani degli Stati Uniti, il 3 marzo 1997, indicava le seguenti iniziative:

- la possibilità di una dichiarazione presidenziale per l'Anno internazionale per le persone anziane, per focalizzare l'attenzione nazionale sull'anno, da diffondere ai Governatori e sindaci delle più grandi città;

- la creazione di una pagina Web del Ministero, dedicata alle persone anziane, per pubblicizzare le attività, anche attraverso i mass-media,

- una celebrazione particolare nel Giorno internazionale delle persone anziane;

- la collaborazione oltre frontiera col Messico (noi diremmo attività ecumeniche...).

6. L'Assemblea mondiale sugli anziani (Vienna, 26 luglio - 6 agosto 1982) e l'attenzione del Santo Padre per le persone anziane

Tale interesse ha trovato una profonda eco nella Chiesa cattolica. Ne è testimone il discorso che il Santo Padre rivolse ai partecipanti al Foro internazionale sull'invecchiamento attivo, già il 5 settembre 1980, all'inizio del Suo Pontificato. Esso costituisce uno degli interventi Pontifici più articolati sulla condizione degli anzia-



ni agli inizi degli anni '80. Sono ripresi temi di fondamentale interesse quali: l'accresciuta consapevolezza sociale riguardo all'esistenza degli anziani ed alle loro condizioni di vita, la necessità di sviluppare un autentico progresso umano, l'urgenza di promuovere sforzi mirati a sostenere i programmi in favore degli anziani, per alleviare le loro sofferenze, per difendere il loro diritto alla vita, per servire i loro bisogni.

Due anni dopo, nel Messaggio per la XVI Giornata mondiale delle Comunicazioni sociali, il 10 maggio 1982, il Santo Padre insisteva sulle peculiari novità di tale problematica, situata in una mutata situazione sociale e profondamente segnata dalle modifiche della struttura familiare, nel contesto industriale e post-industriale. La disgregazione del tradizionale tessuto familiare rischia di provocare indigenza e solitudine, anche se nuove realtà sociali, quali i "movimenti" potrebbero contribuire a rianimare la solidarietà e a sviluppare negli anziani un atteggiamento di fiducia.

Il Santo Padre incoraggiava ad educare le nuove generazioni all'attenzione per le precedenti. I "nuovi educatori", come i mass-media, potrebbero incentivare tale sensibilità, un tempo inculcata nell'ambito familiare. Così, per esempio, l'attenzione verso le classi lavoratrici meno abbienti si estenderebbe agli anziani che sopravvivono con ridottissime pensioni.

Tali interventi preludevano all'adozione da parte dell'Assemblea Generale dell'ONU, due anni dopo (nel 1982), del Piano di azione internazionale per le persone anziane, già approvato dall'Assemblea mondiale sugli Anziani, convocata a Vienna, dal 26 luglio al 6 agosto 1982.

La Santa Sede fu molto attiva nel corso dei lavori preparatori e durante la stessa Assemblea: il Messaggio Pontificio testimonia piena consapevolezza circa i risvolti demografici del problema.

Il Santo Padre appoggiò il Piano d'azione coi suoi punti più significativi: l'attenzione per le persone anziane, il rispetto dei loro diritti, la promozione di un'organizzazione sociale capace di integrare gli anziani e di andare loro incontro.

In quella circostanza, la Chiesa ribadì l'impegno di offrire in questo ambito il suo contributo di azione, di riflessione, di esperienza e di fede.

Inoltre, fu accolto, positivamente il fatto che il Piano d'azione considerasse la vecchiaia non solo come un processo inesorabile di degradazione biologica, ma al contempo segnalasse le potenzialità proprie di questa fase della vita. Il Santo Padre, al riguardo, insisté sugli aspetti positivi della vecchiaia: raccogliere l'esperienza, raggiungere un livello di maggiore saggezza, disporre di tempo, vivere con disinteresse, pazienza e gioia discreta.

L'impatto demografico venne considerato come una preziosa opportunità per sviluppare un nuovo campo d'azione al servizio della persona, ispirato dalla coscienza dei doveri delle nuove generazioni verso le generazioni precedenti.

Questa attenzione della Santa Sede è rimasta desta anche negli anni successivi e ne è lodevole testimonianza la III Conferenza Internazionale sul tema «Longevità e qualità della vita», organizzata da questo Pontificio Consiglio mosso dalla consapevolezza che il recente aumento della popolazione anziana provoca una transizione demografica che desta interrogativi e sfide senza precedenti, soprattutto per il progresso sociale e per lo sviluppo globale.

L'invecchiamento demografico, infatti, non si presenta geograficamente equilibrato (*le statistiche*

prevedono che nel 2025 il 70% dei più anziani – circa 850 milioni – vivrà nei Paesi in via di sviluppo, e in particolare in Asia) e rischia di aggravare lo squilibrio tra Paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo, poiché esige che risorse destinate ad investimenti per il futuro siano stornate per politiche sociali in favore della qualità di vita degli anziani.

Riflessioni conclusive.

1. Tutto indica che le politiche per le persone anziane saranno inquadrare nell'ambito della strategia globale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite in favore dello sviluppo: l'impostazione delle tematiche dell'Anno internazionale delle Persone anziane, coloro che sono coinvolti nella celebrazione, lo stile della celebrazione, l'interconnessione con le altre tematiche fondamentali dell'ONU, gli Organismi onusiani chiamati a curarne il seguito, le modalità con cui dovrebbe realizzarsi tale seguito.

Tale impostazione mantiene l'interesse per i diritti dell'anziano, che era prevalente nell'indirizzo delle politiche degli anni '80, ma inserisce la tutela di tali diritti nella prospettiva preminente del benessere e della lotta contro la povertà.

La Santa Sede è lieta di questo impegno della comunità internazionale e vi partecipa, consapevole che è suo dovere aiutare la comunità internazionale a riaffermare il primato del valore della persona nel promuovere il benessere dell'essere umano.

La persona è accolta e valorizzata ordinariamente ed anzitutto nel contesto familiare. Perciò ogni politica in favore degli anziani deve mettere in debita luce le responsabilità della famiglia in questo ambito e le politiche nazionali dovrebbero favorire all'interno di ogni famiglia lo sviluppo della solidarietà e dell'accoglienza.

Se venisse meno la solidarietà e l'accoglienza, sotto il pretesto di favorire lo sviluppo, si potrebbe finire per agevolare una mentalità e alcuni indirizzi legislativi favorevoli all'emarginazione e all'isolamento di fatto dell'anziano. Addirittura, fin a sostenere una cultura



favorevole a tollerarne l'eliminazione, anche con presunti motivi umanitari.

2. È necessario adoperarsi per il miglioramento della qualità della vita, tuttavia il benessere non va considerato come un valore assoluto. Per questo la Santa Sede ha denunciato alcune tendenze libertarie ed edonistiche, che traspaiono anche in recenti documenti internazionali. Esse privilegiano il benessere individuale al punto che per esso avallano la separazione dei coniugi, la soppressione della vita e promuovono anche per i fanciulli il diritto alla sessualità come ad un dominio riservato dell'individuo, di cui non si debba rendere conto. Diritto che non ha come scopo lo sviluppo integrale della persona.

3. La Santa Sede inoltre ha insistito affinché le politiche "globali" per lo sviluppo rispettino le diver-

se culture e ritiene che sia compito delle Chiese locali intervenire a difesa di quei valori tradizionali e positivi che non possono essere sacrificati a motivo della corsa verso il benessere.

4. Infine, la globalità del processo in cui si inserisce anche la celebrazione dell'Anno internazionale delle persone anziane, esige che ad esso intervengano, con gli Stati, anche gli altri attori della "società civile". È quindi necessario sviluppare ulteriormente la collaborazione della Chiesa con le Organizzazioni non Governative, con le autorità locali, con i centri di studio e di ricerca. Tali entità avranno senz'altro un peso considerevole nelle attività del follow-up.

La Santa Sede non mancherà, da parte sua, di sensibilizzare le Chiese locali anche per quanto riguarda le cosiddette "best practices" o

progetti esemplari da segnalare alla società affinché siano seguiti e di incrementare il dialogo su questo tema con le Istituzioni cattoliche che si adoperano in favore delle persone anziane.

La Santa Sede offre ben volentieri questo servizio, memore delle parole del Santo Padre, nel novembre del 1980, alla Cattedrale di Monaco: "Il Papa s'inchina con rispetto davanti agli anziani e invita tutti a farlo con lui... Come al finale di una grande sinfonia ritornano i temi dominanti della vita per una potente sintesi sonora. E questa risonanza conclusiva conferisce saggezza... bontà, pazienza, comprensione: amore».

S.E. Mons. JEAN-LOUIS TAURAN
Segretario per i rapporti con gli Stati
Segreteria di Stato
Santa Sede



JOHN FOLEY

I mass-media

Poiché tutti noi abbiamo sperimentato gli effetti della vecchiaia sui nostri genitori e molti di noi stanno iniziando essi stessi a sperimentare questi effetti, è importantissimo vedere come i mezzi di comunicazione servono gli anziani e come li trattano nelle loro programazioni.

Anzitutto, nel contesto attuale di deregulation e di privatizzazione dei mass-media elettronici, la norma di giudizio per le programazioni non è ciò che si ritiene migliore per il servizio reso al pubblico e nemmeno ciò che ci si può aspettare per attirare la più vasta audience possibile, ma cosa ci si può aspettare per attirare il maggior numero di telespettatori o di ascoltatori in un certo gruppo di età e di reddito.

Quindi, la maggior parte dei programmi è diretta ad un'audience medio-alta tra i 18 e i 35 anni di età. Viene attualmente considerato uno svantaggio quando i programmi attraggono una vasta audience di ultra cinquantenni, poiché si ritiene che non contribuisca ad un alto livello di visione per altri programmi della stessa emittente da parte di utenti dell'età e della fascia di reddito che si vuole raggiungere. Negli Stati Uniti, perfino programmi che sono stati tra i primi dieci più popolari sono stati soppressi, poiché attiravano un'audience più adulta.

Quindi il servizio agli anziani nei media elettronici in una economia di mercato libero viene trascurato di proposito.

A causa della crescente specializzazione nella carta stampata, le cui pubblicazioni sono spesso specificamente progettate per gruppi d'età o di interesse, gli anziani se la

passano piuttosto meglio; per fare un esempio, una delle pubblicazioni più diffuse e di successo negli Stati Uniti è *Modern Maturity*, edita dall'Associazione Americana Pensionati. Mentre questo gruppo cerca lodevolmente di rappresentare gli anziani e i loro interessi con pubblica autorità, *Modern Maturity* riporta anche molta pubblicità specificamente diretta ad anziani ricchi. In questo modo, anche se alcune pubblicazioni moderne cercano di servire la terza età, gli interessi delle persone che, oltre ad essere anziane sono anche povere, purtroppo vengono spesso trascurati.

Inoltre, molti anziani hanno difficoltà a leggere e, per la loro informazione e il loro divertimento, dipendono sempre più dalla radio e dalla televisione. Mentre alcune pubblicazioni hanno già lodevolmente iniziato a pubblicare edizioni a caratteri grandi per gli anziani che hanno problemi di vista, un numero crescente di anziani dipende sempre più dai mezzi di comunicazione elettronici.

Francamente, per quanto riguarda questi ultimi, sono convinto che la deregulation virtualmente completa dei media in alcune società non dovrebbe proseguire, e che l'autorità pubblica dovrebbe ristabilire alcune norme – possibilmente con la cooperazione dell'industria della radiodiffusione – al fine di garantire che vengano attesi gli interessi degli anziani e dei poveri da parte di quanti detengono licenze di diffusione, che dovrebbero agire come gestori di un fondo pubblico. Senza un determinato requisito imposto di servizio pubblico, gli anziani e specialmente gli anziani poveri conti-

nueranno ad essere trascurati.

Un seconda area di particolare preoccupazione è come i mass media trattano gli anziani nei loro programmi e nelle loro pubblicazioni.

Come ho già sottolineato, i mass media stampati sono generalmente meglio equipaggiati per servire gli anziani in modo più efficace, poiché le pubblicazioni specializzate possono servire meglio quelle che vengono chiamate "nicchie di audience", cioè particolari gruppi di interesse nella società.

Inoltre, si deve ammettere che alcuni notiziari radio e televisivi hanno iniziato ad esaminare questioni di particolare interesse per gli anziani – spesso perché toccano la vita di persone più giovani che devono occuparsi di genitori anziani – questioni quali la salute, i problemi assicurativi e la pubblica sicurezza.

Molti anziani tuttavia si lamentano del modo con cui vengono rappresentati nei programmi di intrattenimento dove sono facilmente stereotipati come persone stupide, smemorate, che interferiscono e persino irrilevanti in una società orientata al consumo in cui la gratificazione personale viene dipinta come l'ideale.

Giustamente essi sono risentiti per questi stereotipi e sono grati per i rari programmi e le serie che li trattano con sensibilità, rispetto e comprensione.

Cosa può fare la Chiesa in questi campi?

Anzitutto, per quanto riguarda la politica pubblica, mi sembra che la Chiesa cattolica dovrebbe prestare il proprio sostegno a quei gruppi che si adoperano per avere una regulation responsabile dei mass media elettronici affinché venga servito il bene comune, compreso il be-

nessere degli anziani, dei malati e dei poveri.

Secondo, le pubblicazioni della Chiesa non dovrebbero soltanto servire direttamente gli interessi degli anziani – e possibilmente, così facendo, ingrandire i caratteri della stampa – ma anche contribuire a formare in tutti i cattolici un atteggiamento di apprezzamento, sensibilità e comprensione. Alcune pubblicazioni ecclesiali dovrebbero essere interamente dedicate ad una “nicchia di audience” più anziana.

Terzo, le stazioni radio e televisive della Chiesa dovrebbero dare un eminente esempio di servizio agli anziani, e i programmi ecclesiali sulle stazioni di interesse generale

dovrebbero anche occasionalmente toccare temi di interesse per gli anziani che non vengono sollevati nella radiodiffusione commerciale.

Infine, le scuole dirette dalla Chiesa cattolica dovrebbero inculcare rispetto per tutta la vita umana, anche per l’inizio della vita. Le scuole dovrebbero fornire un antidoto al messaggio dei mass media commerciali che “avere” è più importante che “essere”, che le sole persone da emulare e rispettare sono quelle con soldi, poprietà, potere e successo. Se nelle nostre scuole viene inculcato il profondo rispetto per ogni essere umano come figlio prezioso di Dio, allora quegli studenti delle nostre scuole che saran-

no un giorno scrittori potranno preparare serie radiotelesive che trattano gli anziani e i poveri con rispetto e sensibilità e quelli che saranno i futuri leaders potranno richiamare la necessità di adottare politiche pubbliche che servano il bene di tutti, non soltanto dei giovani, dei forti, dei ricchi e dei potenti.

“Onora tuo padre e tua madre”. Il comandamento di Dio che guida la nostra vita familiare dovrebbe guidare anche i media che servono la famiglia umana.

S.E. Mons. JOHN FOLEY,
*Presidente del Pontificio Consiglio
per le Comunicazioni Sociali,
Santa Sede*

