DOLENTIUM HOMINUM

N. 46 – anno XVI – N. 1, 2001

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Atti della XV Conferenza Internazionale

promossa dal
Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
su

Salute e Società

16-17-18 novembre 2000

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
Grieco P. Gianfranco
Honings P. Bonifacio
Irigoyen Mons. Jesús
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: Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute
Città del Vaticano; Tel. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799,
Fax: 06.698.83139 - www.healthpastoral.org - E-MAIL: opersanit@hlthwork.va

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

Realizzazione 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**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

7 **Discorso del Santo Padre**

SALUTE E SOCIETÀ

10 **Introduzione**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

11 **Medicina e società**
S. Em.za Card. Fiorenzo Angelini

13 **La medicina oggi alla luce della Parola di Dio**
S.Em.za Card. Darío Castrillón Hoyos

I SEZIONE
UNA REALTÀ CONTRASTANTE

18 **I: Limiti della tecnologia**
Prof. Alfons Hofstetter

21 **II: Disumanizzazione dell'assistenza sanitaria all'interno e all'esterno delle strutture ospedaliere, le sue cause di fondo e le aspettative per il futuro**
Prof. Joannes P.M. Lelkens

24 **III: I nuovi operatori sanitari**
Dott. Orvill B.R. Adams

29 **IV: Nuove malattie infettive emergenti La globalizzazione della crisi della salute pubblica nel nuovo millennio**
Dott.ssa Mary Healey-Sedutto

II SEZIONE
ILLUMINAZIONE DELLA REALTÀ

34 **I: Teologia e medicina**
P. Angelo Brusco

42 **II: Problemi attuali di teologia morale**
S.E. Mons. Willem J. Eijk

51 **III: Medicina e cambiamento culturale**
Prof. Diego Gracia Guillén

57 **IV: Luci nel dialogo interreligioso**

57 **IV.1 L'ebraismo e la sanità**
S.E. Sig. Yosef Lamdan

61 **IV.2 Una luce nel dialogo interreligioso islamico-cristiano: la virtù della compassione**
P. Maurice Borrmans

65 **IV.3 Induismo**
Prof.ssa Elena De Rossi Filibeck

69 **IV.4 Luce nel dialogo interreligioso: il Buddismo**
S.E. Ronarong Nopakun

III SEZIONE
AZIONI DA REALIZZARE: COSA FARE?

73 **I: La cura pastorale nella medicina oggi**
P. Mario Bizzotto

79 **II: Gli ospedali del XX Secolo: carità antica e tecnologia moderna**
P. Michael D. Place

85 **III: Le nuove frontiere**
P. Prof. Anthony Fisher

96 **IV: La formazione dei futuri professionisti nel campo della salute**
Dott. Tomás Barrientos Fortes

99 **V: La formazione dei cappellani**
D. Rudesindo Delgado Pérez

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
Le copie dei mosaici antichi di Ravenna
Promo, Promozione Mosaico – Comune di Ravenna, Italia

INDIRIZZO D'OMAGGIO AL SANTO PADRE

Beatissimo Padre:

nel contesto del grande Giubileo ci siamo riuniti per celebrare la XV Conferenza Internazionale su "Salute e Società". In quest'anno giubilare sperimentiamo la novità di Cristo nelle nostre vite, affinché l'attualità del Suo messaggio sia il motore e la ragione d'essere della nostra esistenza. Questa presenza viva di Cristo ci ha spinto a trattare in questa Conferenza dei temi scottanti e di attualità per la medicina e per la salute nella nostra società.

Santo Padre, nella Costituzione *Pastor Bonus* Lei ha affidato a questo Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute tutti coloro che svolgono il servizio verso gli infermi, affinché l'apostolato della misericordia a cui attendono risponda sempre meglio alle nuove esigenze (Cost. Apostolica *Pastor Bonus,* n. 152).

In questi giorni sono state oggetto di attento studio alcune di queste nuove esigenze: abbiamo considerato le frontiere della tecnologia medica, i nuovi luoghi di cura, gli ospedali, le aree locali, i nuovi operatori sanitari, i nuovi ammalati, le nuove malattie emergenti, i nuovi significati della Pastorale della Salute, le nuove questioni morali, il dialogo interreligioso in queste aree, il training per gli operatori della salute, per i cappellani e per i volontari.

Beatissimo Padre, è proprio in queste complesse questioni che abbiamo maggiormente bisogno del Suo pensiero, perché ci illumini e ci guidi sull'esempio di Cristo, il medico divino del corpo e dell'anima.

Chiediamo umilmente a Vostra Santità la Sua autorevole parola ed imploriamo l'apostolica Benedizione.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede

DISCORSO DEL SANTO PADRE

L'impegno degli operatori sanitari ha le caratteristiche di una vocazione: andare incontro alla persona sofferente e non semplicemente trattare un corpo malato

Venerati fratelli nell'Episcopato
e nel Sacerdozio,
Illustri Signori, gentili Signore!

1. Sono lieto di quest'incontro, che mi consente di portarvi il mio saluto in occasione del quindicesimo Congresso Internazionale organizzato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Un particolare pensiero rivolgo al Presidente del Pontificio Consiglio, Mons. Javier Lozano Barragán, che ringrazio per i sentimenti espressi a nome di tutti i presenti. Esprimo il mio vivo compiacimento agli organizzatori come pure agli illustri studiosi, scienziati, ricercatori ed esperti, che hanno voluto onorare con la loro presenza e con il loro contributo professionale questa Conferenza.

Le giornate del Congresso, che quest'anno affronta un tema importante e complesso come "Sanità e Società", vi aiutano ad approfondire le nuove tecnologie biomediche e i non facili quesiti posti al mondo della Sanità dai profondi cambiamenti sociali in atto. Il vostro incontro ha favorito un proficuo dialogo ed uno scambio culturale e religiosi fra qualificati operatori nell'ambito della salute.

2. Il tema del Congresso pone in evidenza una realtà di grande portata e in continua trasformazione, sulla quale è doveroso sviluppare un'attenta analisi. Vi siete posti, in particolare, il problema dei rapporti fra Società e Istituzioni, da un lato, e i soggetti che gestiscono i mezzi della cura sanitaria, dall'altro. Profondi sono i mutamenti che stanno interessando le strutture tradizionali di una società sempre più globalizzata e in difficoltà nel rapportarsi al singolo individuo, e una medicina impegnata nello sviluppo di mezzi diagnostici e terapeutici sempre più complicati ed efficaci, ma non di rado disponibili soltanto per gruppi ristretti di persone. Inoltre è oggi ben noto il ruolo della causalità ambientale nella genesi di alcune malattie, a motivo della pressione della società e del forte impatto tecnologico sugli individui. Occorre, dunque, recuperare alcuni criteri di discernimento etico e antropologico, che consentano di valutare se le scelte della medicina e della sanità siano veramente a misura dell'uomo che devono servire.

3. Ma prima ancora, la medicina deve dare risposta alla questione che riguarda la sostanza stessa della sua missione. Ci si domanda se l'atto medico-sanitario trovi la sua ragione d'essere nel prevenire la malattia e quando vi sia nel superarla, oppure se debba acconsentire ad ogni richiesta d'intervento sul corpo purché tecnicamente possibile. L'interrogativo diventa più ampio se si considera lo stesso concetto di salute. È oggi comunemente riconosciuta l'insufficienza di una nozione di salute ristretta al solo benessere fisiologico e all'assenza di sofferenze. Come scrivevo nel Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato di questo anno giubilare, "la salute, lungi dall'identificarsi con la semplice assenza di malattie, si pone come una tensione vera una più piena armonia ed un sano equilibrio a livello fisico, spirituale e sociale. In questa prospettiva, la persona stessa è chiamata a mobilitare tutte le energie disponibili per realizzare la propria vocazione e il bene altrui" (n. 13). Si tratta di un concetto complesso di salute, più consono alla sensibilità odierna, che tiene conto dell'equilibrio e dell'armonia della persona nella sua globalità: su di esso fate bene a portare la vostra attenzione.

L'interrogativo che sopra ponevo è importante, perché da esso discende il profilo degli operatori sanitari da formare come pure lo stile dei Centri di Salute che si intende realizzare e lo stesso modello di medicina verso il quale ci si vuole orientare: una medicina al servizio del benessere integrale della persona o invece una medicina all'insegna dell'efficientismo tecnico e organizzativo. Voi siete consapevoli che una scienza medica fuorviata mettereb-

be, di fatto, a repentaglio non solo la vita del singolo, ma anche la stessa convivenza sociale. Una medicina che mirasse principalmente ad arricchirsi di conoscenze in vista del proprio efficientismo tecnologico, tradirebbe il suo *ethos* originario, aprendo la porta a dannosi sviluppi. Soltanto servendo l'integrale benessere dell'uomo la medicina contribuisce al suo progresso e alla sua felicità, e non diventa strumento di manipolazione e di morte.

4. Voi, illustri Cultori delle scienze biomediche, nelle vostre attività sapete bene rispettare le leggi metodologiche ed ermeneutiche proprie della ricerca scientifica.

Siete convinti che esse non sono un fardello arbitrario, ma un aiuto indispensabile che garantisce l'affidabilità e la comunicabilità dei risultati ottenuti. Sappiate sempre riconoscere con uguale cura le norme etiche, al centro delle quali sta l'essere umano con la sua dignità di persona: il rispetto del suo diritto a nascere, a vivere e a morire in modo degno costituisce l'imperativo di fondo a cui la pratica medica deve sempre ispirarsi. Fate quanto è in vostro potere per sensibilizzare la comunità sociale, i sistemi sanitari nazionali e i loro responsabili, affinché le considerevoli risorse indirizzate verso ricerche e applicazioni tecniche abbiano sempre come finalità il servizio integrale della vita.

Sì, il centro dell'attenzione e delle premure sia del sistema sanitario che della società deve essere sempre la persona considerata nella concretezza del suo inserimento in una famiglia, in un lavoro, in un contesto sociale, in un'area geografica. Andare incontro al malato vuol dire quindi andare incontro alla persona sofferente e non semplicemente trattare un corpo malato. Ecco perché agli operatori sanitari è chiesto un impegno che ha le caratteristiche di una vocazione. L'esperienza vi insegna che la domanda dei malati va oltre la semplice richiesta della guarigione dalle patologie organiche in atto. Dal medico essi si attendono il sostegno per affrontare l'inquietante mistero della sofferenza e della morte. Dare agli ammalati e ai loro familiari ragioni di speranza davanti ai pressanti interrogativi che li assillano, ecco la vostra missione. La Chiesa vi è vicina e con voi condivide questo appassionante servizio alla vita.

5. Molto opportunamente, in una società globalizzata come l'attuale, con arricchite potenzialità tecniche, ma anche con nuove difficoltà, avete dedicato nei lavori congressuali speciale attenzione alle nuove malattie del secolo XXI. Né avete omesso di guardare alle condizioni in cui versa la sanità in talune regioni del mondo, dove mancano politiche di sostegno alle stesse cure primarie. Ho avuto modo, in merito, di sollecitare più volte la responsabilità dei Governi e delle Organizzazioni Internazionali. Purtroppo, nonostante lodevoli sforzi, negli ultimi decenni le disuguaglianze fra i popoli si sono aggravate pesantemente. Faccio di nuovo un appello a coloro che detengono le sorti delle Nazioni, affinché favoriscano il più possibile condizioni atte a risolvere situazioni così drammatiche di ingiustizia e di emarginazione.

6. Nonostante le ombre che tuttora gravano su non pochi Paesi, i cristiani guardano con speranza al vasto e variegato mondo della sanità. Essi sanno di essere chiamati ad evangelizzarlo con il vigore della loro testimonianza quotidiana, nella certezza che lo Spirito rinnova di continuo la faccia della terra, e con i suoi doni spinge sempre nuovamente le persone di buona volontà ad aprirsi al richiamo dell'amore. Occorrerà forse percorrere nuove strade per favorire adeguate risposte alle attese di tante persone provate. Confido che a quanti cercano con cuore sincero il bene integrale della persona non manchino dall'Alto i lumi necessari per intraprendere opportune iniziative al riguardo.

Carissimi Fratelli e Sorelle! La Vergine, Sede della Sapienza e Salute degli Infermi, invocata nella Tradizione quale nuova Eva, guidi il vostro cammino. Siete impegnati in una causa fra le più nobili: la difesa della vita e la promozione della salute. Il Signore vi sostenga nella ricerca e vi conceda sempre nuovo slancio nel servizio nobilissimo che svolgete a vantaggio dei vostri simili.

Con questo auspicio, che diventa preghiera, a tutti impartisco la mia Benedizione.

Salute e Società

JAVIER LOZANO

Introduzione

Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha già organizzato 14 Conferenze Internazionali su temi di grande attualità. Ora, con l'aiuto di Dio, ci accingiamo ad iniziare questa quindicesima Conferenza Internazionale su Salute e Società, e cioè la Pastorale della Salute nel contesto attuale della società in cui stiamo vivendo.

Come evento inquadrato nella solennità dell'Anno Giubilare, in questa Conferenza tratteremo dell'inculturazione del Vangelo nella situazione attuale delle cure sanitarie. Secondo il processo basilare dell'inculturazione ci troviamo di fronte a due poli: il Vangelo e la Salute; da questi due, poi, scaturisce l'esigenza del Vangelo di entrare nel cuore stesso della Salute e di radicarvisi, così che il mondo della Salute venga trasformato dal Vangelo. Ciò presuppone una nuova evangelizzazione della Salute, cioè la trasformazione delle cure sanitarie in cure sanitarie cristiane. Questa inculturazione della Salute costituisce l'autentica Pastorale della Salute. Dobbiamo entrare nei valori fondamentali del mondo della Salute per trasformarli e renderli ogni volta più conformi al Vangelo.

Il nostro Dicastero, che giustamente è quello della Pastorale della Salute, è interessato in modo diretto e immediato al tema, che lo specifica e a cui dà fondatezza. Come inculturiamo il Vangelo nel mondo della Salute?

In questa Conferenza saranno indubbiamente fornite risposte adeguate, che rispondono alla globalizzazione attuale della Salute, ai problemi della Biogenetica, a quelli della nuova posizione degli ospedali cattolici, ai loro problemi economici, ai problemi dei comitati di Bioetica degli ospedali, alla nuova gestione di molti ospedali che appartengono o appartenevano ad Ordini o a Congregazioni religiose, alla collaborazione con ospedali dipendenti dal sistema sanitario pubblico o da quello privato non cattolico, ecc.

Auspichiamo che questa nostra Conferenza Internazionale ci illumini profondamente sul significato del mondo della salute alla luce della Parola di Dio e che ci orienti nei complicati problemi morali che le situazioni attuali ci pongono; ci auguriamo altresì che, alle luci che ci dà la Chiesa cattolica, assoceremo il chiarimento che scaturirà dal dialogo con le altre religioni, e che giungeremo a conclusioni pratiche nelle linee da seguire nei diversi campi dell'attività sanitaria.

Con queste prospettive la nostra Conferenza si apre con un intervento magistrale di Sua Eminenza il Cardinale Darío Castrillón Hoyos, Prefetto della Congregazione per il Clero, che disserterà sulla medicina attuale alla luce della Parola di Dio, per poi entrare nella realtà del mondo della salute toccando le nuove frontiere della tecnologia medica, i nuovi luoghi di attenzione sanitaria, i nuovi operatori della salute, i nuovi malati e le malattie emergenti. Successivamente, faremo riferimento alla storia della medicina, specialmente nelle epoche di cambiamenti culturali, per poi affrontare direttamente i temi di Teologia e Medicina, le questioni contemporanee di Teologia Morale e la luce che possiamo incontrare nel dialogo interreligioso con l'Ebraismo, con l'Islam, con l'Induismo e con il Buddismo.

La nostra Conferenza giungerà alle sue conclusioni pratiche sottolineando la cura pastorale nella medicina attuale, la situazione degli ospedali ai giorni nostri, la carità e la tecnologia moderna, le nuove frontiere, la preparazione degli operatori sanitari, dei volontari e dei cappellani.

La qualità degli interventi e dei moderatori nell'ambito mondiale della Salute è ampiamente riconosciuta. Vorrei ringraziare ciascun oratore per la gentilezza con cui ha risposto al nostro invito e per illustrarci la propria scienza e competenza nei diversi campi toccati dalla nostra Conferenza.

Vorrei anche rivolgere un saluto molto speciale ad ogni partecipante. Voi parteciperete ai diversi dialoghi che avranno luogo e ci illustrerete i vostri diversi punti di vista. Come potete osservare nel programma, dopo una serie di argomenti che saranno trattati dagli specialisti, si darà il via a un dibattito per consentire a tutti di partecipare. Ci auguriamo che i dialoghi saranno nutriti e interessanti, per chiarire maggiormente i punti trattati.

Siete tutti i benvenuti. Ci attendiamo una fruttuosa collaborazione.

È per me un onore dare ora la parola a Sua Eminenza il Cardinale Fiorenzo Angelini, Presidente emerito di questo Pontificio Consiglio, che avrà la bontà di rivolgere il suo saluto ai presenti.

S.E. Mons. JAVIER
LOZANO BARRAGÁN
Arcivescovo-Vescovo
emerito di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede

FIORENZO ANGELINI

Medicina e società

Per chi opera nel campo della sanità e della salute, parlare di Medicina e Società significa innanzitutto parlare di medicina e civiltà, di medicina e morale.

Il grado di maturità di una società dipende dalla civiltà che ne ispira le leggi e le strutture e ne garantisce una prassi coerente con esse.

Lo stesso giuramento di Ippocrate presuppone una visione morale della vita umana: una visione di servizio ad essa, alla sua sacralità e inviolabilità ed alla sua qualità.

Non si tratta di una visione della vita esclusiva dei cristiani o comunque nel segno e nel nome di una fede religiosa. Come ha ribadito con forza il Santo Padre Giovanni Paolo II, "la difesa e la promozione della vita non sono monopolio di nessuno, ma compito e responsabilità di tutti"[1].

Se è vero, infatti, che la questione della vita "riceve dalla fede luce e forza straordinarie", essa "in nessun modo interpella i soli credenti", poiché "si tratta di un valore che ogni essere umano può cogliere anche alla luce della ragione e che perciò riguarda necessariamente tutti"[2].

Se difesa e promozione della vita sono il campo di civiltà nel quale la società chiama la medicina ad operare, ne consegue una saldatura strettissima tra civiltà e visione etica e morale della persona umana e, quindi, tra medicina e società.

È infatti un atteggiamento morale quello che si è chiamati ad assumere: – di fronte alla difesa della vita nascente e contro l'aborto; – di fronte alla maternità e paternità responsabile contro un egoistico controllo demografico; – di fronte alla medicina dei trapianti e contro una biologia genetica che minacci alla radice l'individualità della persona; – di fronte alla salvaguardia del diritto a morire in pace contro l'eutanasia; – di fronte all'umanizzazione della medicina contro ogni forma burocratica e spersonalizzante; – di fronte al diritto di tutti, nessuno escluso, alla salute, senza discriminazione alcuna.

Le scelte della società in questo campo sono scelte di civiltà o di anti-civiltà.

Come il progresso della scienza e della tecnica è frutto di continuo studio e richiede una sempre più forte preparazione, così è del cammino in avanti di una società che voglia essere all'altezza degli strumenti che la scienza mette a sua disposizione.

Dobbiamo oggettivamente riconoscere che, anche negli operatori sanitari più preparati e attenti, la preoccupazione del doveroso aggiornamento in materia di conoscenza delle sempre più avanzate possibilità tecniche della medicina spinge a lasciare in ombra una corrispondente preparazione etica e morale.

Più che in passato, la ragione umana oggi dove farsi consapevole di non poter rimanere prigioniera di conquiste che, appena raggiunte, svelano paurosi limiti, che soltanto una visione più vasta – spirituale e trascendente – può debitamente controllare[3].

Proprio l'analisi razionale dello squilibrio, del malessere, della malattia che affligge l'uomo moderno, artefice e insieme vittima del progresso tecnologico, configura una diversa nozione della stessa salute: una nozione più integrale e comprensiva.

Ciò postula una diagnosi antropologica che arrivi al *paziente spirituale*, che scopra cioè la radice del male oltre i meccanismi e lo spettro della fisicità e della psiche.

La medicina, nella sue articolazioni di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, opera con rigore e con metodi non arbitrari.

La società dove essere consapevole di questa verità.

Deve dunque esserci una medicina dello spirito, quasi un'ascetica spirituale che aiuti a prevenire e a liberare lo spirito dall'ombra dell'angoscia moderna.

In altre parole, per risolvere il dilemma: artefice o vittima del progresso tecnico, l'uomo deve compiere una scelta non scientifica, ma etica e spirituale, vale a dire una scelta di civiltà. Una scelta razionale, non emotiva.

Tutto ciò non comporta certamente un'ambiguità del termine e del concetto di "salute", bensì una sua necessaria integrazione, poiché non si risana l'uomo se la terapia non attinge la psiche e non sana quel nucleo unitario che nessun termine può esprimere adeguatamente so non il termine *spirito*.

La salute dello spirito non è soltanto condizione di salute psicofisica, ma autentica liberazione di risorse e perciò strumento di vera coordinazione del progresso della scienza stessa, il tutto al servizio di una degna qualità della vita.

Ogni discorso sulla socializzazione della medicina e sul rapporto tra il suo esercizio e la strutture sociali deve muovere da questi presupposti, prescindendo dai quali la medicina, in tutte le sue articolazioni, non è in grado di dare il meglio di sé, non solo, ma si trova esposta a strumentalizzazioni estremamente pericolose.

Si parla molto oggi di politica sanitaria mirata a garantire il diritto umano universale alla salute e alla qualità della vita.

I binari, però, sui quali può e dove muoversi ogni autentica ed efficace politica sanitaria sono quelli di una promozione e difesa dalla vita accolta come dono di Dio.

Una società che guardi all'esercizio della medicina in questa ottica è chiamata a valorizzare al massimo il volontariato, non già come supplenza all'inadeguatezza della strutture e degli organici, ma come stimolo ad arricchire gli uni e le altre.

La risposta cristiana a questa istanza la troviamo nel Vangelo non già formulata in termini filosofici o teologici, ma attraverso un'immagine ancora più esaustiva: l'immagine del Buon Samaritano.

Il Buon Samaritano, sebbene collocato in un periodo storico che ignorava gli attuali progressi dalla scienza medica, è figura compiuta di una matura civiltà, perché si china "con amore" sull'infermo che reclama il ricupero della vita.

Manifestandosi come amore, il Buon Samaritano, cioè Cristo stesso, salda il divino con l'umano nella sintesi dell'amore. "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 si incontra con l'amore, so non lo sperimenta o lo fa proprio, se non vi partecipa vivamente"[4].

"Le istituzioni sono molto importanti e indispensabili; tuttavia nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro"[5].

La società di oggi, particolarmente nei Paesi avanzati, soffre di insufficiente interazione tra professionalità e sensibilità, tra professione e vocazione.

Soltanto dal loro incontro matura quella civiltà del servizio che si conferma come il più sicuro parametro di una medicina all'altezza dei progressi assicurati dalla scienza e dalla tecnica.

S. Em.za Card.
FIORENZO ANGELINI
Presidente emerito del Pontificio Consiglio per la Pastorale della salute
Santa Sede

Note

[1] GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 91.

[2] *Ibidem*, n.101.

[3] "I problemi suscitati o resi più acuti dalla civiltà tecnologica e, insieme, gli interrogativi degli uomini o delle donne del nostro tempo convergono nel farci presenti i pericoli del predominio di una razionalità unidimensionale.

L'impostazione scientifica, la molteplicità delle branche e dei tempi in cui si dispiegano le sue ricerche, i limiti del sapere e della sua comunicazione, sono tutti fattori che gettano nuova luce sulle possibilità e le esigenze di un uso universale e coerente della ragione. La ragione umana si impone oggi, con maggiore evidenza di un tempo, come una capacità pluridimensionale di conoscenza e non svela la sua coerenza profonda se non a prezzo di una riflessione tanto più necessaria quanto più difficile. Nella prospettiva direttamente etica... la ragione appare dotata di una intenzionalità multipla e correlativa, come capacità di decifrazione del mondo e dell'uomo come soggetto individuale, come comunicazione intersoggettiva, come vocazione allo sviluppo, cioè al superamento, alla trascendenza". C.J. PINTO DE OLIVEIRA, *La crisi della scelta morale nella società tecnica*, Torino 1978, pp. 65-66.

[4] GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Redemptor hominis*, 10.

[5] *Salvifici doloris*, 29.

DARÍO CASTRILLÓN HOYOS

La medicina oggi alla luce della Parola di Dio

1. Introduzione

In questo anno giubilare, tutta la Chiesa celebra i duemila anni dell'Incarnazione del Verbo di Dio. È un momento storicamente molto significativo, nel quale la nostra mente e il nostro cuore cercano di penetrare nel mistero dell'Incarnazione del Verbo, una verità di fede che però ci sembra difficile da accettare con la nostra povera intelligenza umana. Goethe, il poliedrico letterato tedesco, riconosceva che "la felicità suprema dell'essere razionale consiste nel ricercare tutto l'investigabile e di venerare silenziosamente ciò che è ininvestigabile". Nel mistero dell'Incarnazione di Cristo si uniscono i due elementi, l'investigabile e l'ininvestigabile, la scienza e il mistero.

2. La medicina alla luce del mistero dell'Incarnazione

Dobbiamo fare violenza alla nostra mente per scoprire nel mistero dello sviluppo di un embrione umano il Verbo di Dio che si fa uomo. Oggi, 2000 anni dopo la nascita di Cristo, ci troviamo nella condizione di poter descrivere tutte le tappe del processo di sviluppo dell'embrione, ma continuiamo a ricorrere alla fede per comprendere che il Dio che dà la vita, il Creatore, il Signore di tutte le cose, la Seconda Persona della Santissima Trinità, il Verbo che ha la stessa natura del Padre[1], è presente in tutte e in ciascuna delle fasi dello sviluppo embrionale. Questo e solo questo è il significato profondo della frase evangelica: "Il Verbo si fece carne e venne ad abitare in mezzo a noi"[2].

Duemila anni fa un ovulo fu fecondato prodigiosamente grazie all'azione sovrannaturale di Dio. Quale felice espressione: "Lo Spirito Santo scenderà su di te, su te stenderà la sua ombra la potenza dell'Altissimo. Colui che nascerà sarà dunque santo e chiamato Figlio di Dio"[3]! Così, da questa unione meravigliosa, scaturì uno zigote con una dotazione cromosomica propria. Ma in questo zigote c'era il Verbo di Dio. In lui era riposta la salvezza degli uomini.

Circa sette giorni dopo si produsse l'annidamento del blastocito nella mucosa dell'endometrio e Dio si ridusse ad essere un embrione umano. Ma questo embrione era il Figlio di Dio e in Lui era riposta la salvezza degli uomini.

Questo uovo alecitico si sviluppò lentamente, e man mano che si sviluppava la segmentazione dell'uovo, iniziarono le sue differenziazioni e la crescita dei primi abbozzi di tessuti, organi ed apparati embrionali. E questo nuovo alecitico era il Figlio di Dio, la Seconda Persona della Trinità, ed in Lui era riposta la salvezza degli uomini, di tutti gli uomini, di ogni essere umano[4].

Nel primo mese di gravidanza, quando il feto misura già da 0,8 a 1,5 centimetri, il cuore di Dio iniziò a battere con la forza del cuore di Maria e cominciò ad utilizzare il cordone ombelicale per alimentarsi dalla Madre, la Vergine Immacolata. Il Verbo di Dio dipendeva in tutto da un essere umano, ma possedeva una totale autonomia genetica. Dovevano però trascorrere nove mesi durante i quali il Verbo di Dio si trovava nel liquido amniotico, nella placenta che lo proteggeva dal freddo e dal caldo e gli dava alimento ed ossigeno, prima che nascesse a Betlemme e vedesse il primo volto umano, sicuramente quello di sua Madre, con gli occhi appena aperti.

Così fu come Gesù Cristo diventò il primogenito di ogni creatura[5], il nuovo Adamo della nuova creazione.

Il Figlio di Dio ha redento la creazione con l'opera più meravigliosa, l'essere umano. La redenzione dell'uomo iniziò con uno stato embrionale. Per questo, il medico cattolico deve avere questa visione per comprendere la propria missione: il Figlio di Dio è stato uno zigote, un embrione e un feto, prima di giocare per le strade di Nazaret, prima di predicare sulle rive del mare di Galilea, o prima di morire crocifisso nelle vicinanze di Gerusalemme. Il Figlio di Dio ha assunto completamente e senza limitazioni la vocazione di essere uomo.

3. Medicina e creazione

Nel XX secolo la scienza ha compiuto grandi progressi. È riuscita ad individuare praticamente tutto il codice genetico umano, ha infranto il mistero dell'origine della vita ed è penetrata profondamente nel processo del concepimento. Ciò nonostante ha ancora una materia in sospeso: lo studio dell'uomo in quanto uomo, in tutta la sua profondità. Non l'uomo come biologia, né l'uomo come psicologia, ma l'essenza umana. L'uomo nella sua profondità: i suoi ideali, i suoi timori più inconfessabili, le sue motivazioni, le sue domande e risposte, le sue convinzioni, l'affettività, la capacità di superamento, le

sue delusioni, l'amore e il dolore. Si può dire che la scienza rimane alle porte dello spirito umano come di fronte a un campo estraneo in cui è impossibile penetrare. C'è però come una persuasione nello scienziato che si avvicina con onestà allo studio dell'uomo: non tutto termina nella genetica, né nella psicologia o nella psichiatria. C'è uno spirito che va oltre la biologia, la fisica, la chimica e la matematica, che richiama l'attenzione, lo stesso spirito che rende possibile ogni ricerca.

L'uomo è un'unità psicosomatica, *soma e psiche*. Nello stato embrionale racchiude un mistero e una dignità speciale, quella dell'essere spirituale. E la medicina non può dimenticarsene. Oggi, quando vediamo esseri umani vivi usati come materiale di laboratorio o scartati sotto forma di embrioni congelati, quando vediamo malati terminali isolati in reparti attrezzati con gli ultimi ritrovati della tecnica ma senza l'affetto e la vicinanza dei loro cari, viene in mente una domanda: la scienza non si sta dimenticando della parte più profonda dell'uomo e non sta semplicemente disprezzando ciò che sfugge dal suo campo di studio?

Il mistero dell'uomo è il mistero di un essere che è cittadino di due mondi. Animale? Sì. Biologico? Sì. Ma è dotato di uno spirito inafferrabile, insondabile. Figlio di Dio, fratello di Gesù Cristo. Un essere che è sociale per sua natura e che necessita della presenza umana dei suoi per non sentirsi estraneo nel suo stesso ambiente. Creatura imperfetta che patisce il dolore, ma creatura redenta da Cristo. I reparti di Terapia Intensiva dove tanti pazienti lottano tra la vita e la morte sono stati occupati dalla tecnica, che è la benvenuta, ma hanno lasciato fuori la presenza confortante della famiglia o il zelante sostegno spirituale del sacerdote. La tecnica sembra aver vinto sulle considerazioni spirituali dell'essere umano, quando realmente è necessaria la complementarità: tecnica? sì, ma senza dimenticare questa dimensione intima dello spirito umano che continua a sfuggire dalle mani della scienza medica. "Sappiate che l'essere umano supera infinitamente l'essere umano"[6]. Come dev'essere tragico per un pediatra vedere che dalle sue mani esperte fugge via la vita di un bambino!

Spesso abbiamo l'impressione che in un malato non si veda una persona umana, ma solo un individuo biologico; è una cosa spiegabile data la tecnicità delle cure mediche, ma che non risponde alla natura umana del malato, persona che soffre, perché "il malato deve sentire che la malattia è compresa come un evento della vita, e la guarigione come un atto che aiuta la vita, non come la mera riparazione del difetto di una macchina. Ma, a sua volta, ciò risulta impossibile senza un determinato atteggiamento etico, cioè senza il profondo rispetto per la vita e senza la corrispondente simpatia verso di essa. Accentuare tutto ciò non è sentimentalismo, ma, al contrario, appartiene all'essenza dell'atteggiamento sanitario"[7].

L'uomo deve esercitare il dominio della creazione che Dio gli ha affidato[8], ma il dominio della creazione inizia con il dominio di se stesso. Il medico è sicuramente qualcuno che vive con maggiore chiarezza questa lotta per dominare la creazione nella sfera della vita e porla al servizio dell'uomo. Con la ricerca o con le cure, egli lotta per cogliere nella sua profondità i comportamenti della natura e per orientarli verso il bene dell'essere umano, verso la conservazione della vita. Ma non deve dimenticare che deve farlo partendo da se stesso, dalle molecole del proprio essere, dai propri dolori e dalle proprie ansie, dai propri timori e dai propri desideri di amare e di essere amato, dalla propria vita e, soprattutto, dal proprio spirito. Il medico vede in se stesso l'uomo che cura, sperimenta in sé ciò che i suoi malati sperimentano, e da qui deve nascere una compassione e una vicinanza umana molto speciale con colui che soffre, con la persona che ricorre a lui.

4. La medicina alla luce del mistero del dolore

Questa riflessione ci introduce in un altro mistero cui la medicina si trova di fronte in questa fine di secolo: il mistero del dolore. L'uomo del XX secolo è avverso al dolore. Lo vuole sradicare ad ogni costo dalla sua vita, ma ha iniziato a rendersi conto che è impossibile. L'edonismo ci ha portati a ricercare la salute perfetta, l'eterna gioventù, la pienezza delle forze prolungata il maggior tempo possibile. E in mezzo a questo progetto la comparsa della malattia, del dolore, della desolazione, si converte in qualcosa di amaro, inaccettabile. Dove sta questa pretesa di perfezione quando l'essere umano si trova di fronte malattie incurabili come l'AIDS? Dove sta la tecnica quando non abbiamo nelle nostre mani la pillola del rimedio immediato? Dove si colloca la scienza di fronte all'inevitabile realtà della morte? Perché il genio umano non ha potuto allontanare dalla sua vita il peso della croce?

La vita umana è piena di croci che non possiamo abbattere, mille croci che ci toccano da lontano o da vicino. Ci sono molti dolori umani che non hanno un rimedio medico. Di fronte a questo problema quale atteggiamento si può assumere? Quello del masochista che si compiace nel dolore? No, quello dell'essere umano redento da Cristo che vede nel dolore un cammino di amore, quello di Cristo di fronte alla croce. "Il dolore e la malattia fanno parte del mistero dell'uomo sulla terra. Certo, è giusto lottare contro la malattia, perché la salute è un dono di Dio. Ma è importante anche saper leggere il disegno di Dio quando la sofferenza bussa alla nostra porta"[9].

Gesù non era un masochista, ma amò il dolore che respingeva[10]. Qui sta la base dell'accettazione del dolore. Qui c'è il suo insegnamento: "Se qualcuno vuol venire dietro a me rinneghi se stesso, prenda la sua croce e mi segua"[11]. Per andare dietro a Cristo dobbiamo rinnegare noi stessi e prendere questa croce. "I cristiani devono imitare i patimenti di Cristo, e non cercare di raggiungere i piaceri. Si conforta un pusillanime quando gli si dice: 'Resisti alle tentazioni di questo secolo, che da tutte ti libererà il Signore, se il tuo cuore non si allontanerà da lui. Perché proprio per rafforzare il tuo cuore venne lui a soffrire, venne lui a morire, a ricevere sputi e ad essere coronato di spine, ad ascoltare obbrobri, ad essere, da ultimo, crocifisso. Tutto

ciò lo fece per te, mentre tu non sei stato capace di fare nulla, non per lui, ma per te stesso'"[12]. "Da duemila anni, dal giorno della Passione, la Croce brilla come somma manifestazione dell'amore che Iddio ha per noi. Chi sa accoglierla nella sua vita sperimenta come il dolore, illuminato dalla fede, diventi fonte di speranza e di salvezza"[13]. Il segno dei discepoli di Cristo è questa accettazione generosa della sofferenza, qualcosa di assurdo per l'uomo di oggi e di sempre, una sciocchezza[14], forse perché, come dice San Paolo, "L'uomo naturale non comprende le cose dello Spirito di Dio; esse sono follia per lui, e non è capace di intenderle, perché se ne può giudicare solo per mezzo dello Spirito"[15]. Ma torniamo alla realtà dello spirito dell'uomo, qualcosa che va oltre il progresso della scienza.

San Basilio affermava che "Spesso, loro malgrado, le malattie sono castighi per i peccatori, inviate per la nostra conversione. Il Signore, sta scritto, castiga colui che ama"[16]. E più avanti: "È per questo che tra di voi ci sono molti ammalati e infermi, e un buon numero è morto. Se però ci esaminassimo attentamente da noi stessi, non saremmo giudicati; quando poi siamo giudicati dal Signore, veniamo ammoniti per non esser condannati insieme con questo mondo"[17]. Per questo, se ci troviamo in condizioni simili, avendo riconosciuto le nostre colpe ed abbandonato l'uso della medicina, dobbiamo sopportare in silenzio queste pene, secondo colui che dice: "Sopporterò lo sdegno del Signore perché ho peccato contro di lui"[18]; e dobbiamo anche correggerci, sino a mangiare i degni frutti della penitenza, ricordando nuovamente il Signore che dice: "Ecco che sei guarito; non peccare più, perché non ti abbia ad accadere qualcosa di peggio"[19, 20]. La malattia è, in tal caso, anche cammino di conversione.

Sua Santità Giovanni Paolo II è un maestro del significato del dolore, e ci ha insegnato a trovare il senso di questo mistero che tormenta l'uomo. Egli è un Papa molto vicino alla sofferenza umana. Si identifica facilmente con il dolore dei malati, condivide la disgrazia altrui, si interessa a tutti quegli uomini che sembrano aggrediti fisicamente o spiritualmente. Ricordo, ad esempio, il momento in cui, durante una visita apostolica in Brasile, un bambino delle favelas ruppe il cordone di sicurezza e si avvicinò al Santo Padre per chiedergli l'elemosina. Il Papa si tolse il suo anello e glielo diede. Oltre questo gesto scopriamo il cuore di un uomo compassionevole vicino al dolore altrui.

Vedendo Giovanni Paolo II, si può ricordare questa frase di San Paolo: "Completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa"[21]. Proprio con questo pensiero inizia il Papa la sua lettera apostolica *Salvifici Doloris*. In essa racchiude le sue profonde riflessioni sul significato della sofferenza umana unita alla croce di Gesù Cristo.

La sofferenza, secondo il profondo pensiero di Papa Giovanni Paolo II, è "veramente soprannaturale ed insieme umana. È soprannaturale, perché si radica nel mistero divino della redenzione del mondo, ed è, altresì, profondamente umana, perché in essa l'uomo ritrova se stesso, la propria umanità, la propria dignità, la propria missione"[22]. Il dolore è il momento profondo in cui l'essere umano si trova con se stesso. Coloro che hanno lavorato nel campo della Pastorale della Salute conoscono la verità tanto drammatica che si trova dietro questa affermazione. Il dolore è un momento in cui l'uomo si presenta faccia a faccia con se stesso, senza reticenze, senza attenuazioni, senza falsità.

Il Papa ha anche detto che il dolore è una prova[23], una prova che evidenzia l'amore, che rende presente l'amore di Dio nel mondo. La sofferenza umana è molte volte un'espressione di amore. Il dolore per l'essere amato che non sta più vicino a noi è un nuovo modo di esprimergli il nostro amore. Lo stesso amore che prima si evidenziava in carezze o abbracci, ora si fa dolore per l'assenza.

Amore e dolore formano un binomio che è strettamente unito alla nostra fede cristiana. Amore e dolore sono realtà che vivono strettamente unite alle immagini cristiane che riempiono le nostre chiese, i nostri tempi, e la parte più profonda del cuore dei cristiani. Amore fattosi dolore e dolore sempre vivo nell'amore, seguendo l'esempio di Cristo. Il dolore senza amore genererà soltanto afflizione e disperazione, ribellione e scoramento. L'amore senza dolore è fragile, superficiale, incompleto, volubile. La cultura in cui siamo immersi, promette la felicità in questa vita e si presenta come a portata di mano, qualcosa di facile da costruire senza ulteriore sforzo, ma noi esseri umani sappiamo per esperienza che la felicità nell'amore richiede la donazione personale sacrificata. Il dolore può essere un cammino verso l'amore e sarà amore autentico e completo solo se giunge attraverso il dolore dell'abnegazione personale di se stesso in favore dell'altro.

Il dolore è anche un cammino di speranza grazie alla Risurrezione di Gesù Cristo. È ciò che riflette il volto della Pietà di Michelangelo: c'è un dolore per il Figlio morto e, allo stesso tempo, una serena speranza che non tutto finisce qui. C'è un dopo. Il dolore non è la fine dell'esistenza umana, ma un passaggio, una Pasqua verso la salvezza. Il dolore è salvifico.

Il dolore vissuto con senso di eternità è un segno di speranza per il mondo di oggi. Come il 'Buon Ladrone' del Vangelo si commuove e si converte vedendo la sofferenza di Gesù Cristo[24], così la risposta cristiana di fronte alla soffe-

renza umana è sicuramente uno dei segni più grandi di credibilità del Vangelo. Accettare il dolore e servire colui che soffre sono i grandi messaggi del cristianesimo attuale ad un mondo non solidale che molte volte disprezza la persona che soffre. Il dolore vissuto nel sacrificio per l'altro è il segno del discepolo di Cristo: "Celebrare l'Eucarestia mangiando la sua carne e bevendo il suo sangue significa accettare la logica della croce e del servizio. Significa cioè essere disposti a sacrificarsi per gli altri, come fece Lui"[25]. Papa Giovanni Paolo II vede la sua sofferenza come un servizio alla Chiesa. Soffrire è servire, dice nella Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*[26]. È completare il sacrificio di Gesù Cristo in favore della Chiesa. Il Papa vede la sua sofferenza come un modo di vivere la propria identità di "Servo dei servi di Dio". Un uomo che ha come vocazione il vivere non per se stesso, ma per gli altri.

5. La medicina alla luce del mistero dell'amore

Quest'ultimo pensiero ci introduce nella chiave di volta della professione medica, di oggi e di sempre: l'amore per l'uomo. La medicina non è una scienza teorica che annuncia semplicemente leggi e teorie seguendo il metodo emprico-teorico. È qualcosa di più, è una scienza posta al servizio dell'uomo in ciò che ha di più valido, la vita, perché è la base degli altri doni. La medicina è una scienza che si fa sevizio e il servizio è la parola più esatta per definire l'atteggiamento di Cristo verso l'uomo durante la sua vita tra di noi: servire e dare la propria vita in riscatto per molti[27]. Il medico, l'infermiere, l'operatore sanitario mettono la propria vita al servizio degli altri nel sacrificio di se stessi. Quante cure per il malato, quante ore di dedizione, quante privazioni, quanti sacrifici fatti per amore nell'attenzione rivolta al prossimo che soffre!

La medicina è amore che pone rimedio al dolore. È misericordia, avvicinamento amoroso al malato, che è visto come prossimo che soffre. È tecnica che studia per porre rimedio al dolore. È scienza che si accosta all'essere umano, peccatore, ma figlio amatissimo di Dio. La medicina è una disciplina che scopre nell'uomo la sua alta dignità e si rivolge a Dio come riferimento ultimo di questa dignità che oltrepassa i limiti della sua conoscenza: "Cosa, o chi fu il motivo per cui facesti l'uomo con tale dignità? Certamente nulla che non fosse l'amore inestinguibile con il quale contemplasti la tua creatura in te stesso e ti lasciasti avvincere dall'amore per lei. Lo creasti per amore, per amore gli desti un essere capace di gustare il tuo Bene eterno"[28]. Il malato non è solo un oggetto di studio della medicina, ma è il prossimo che deve essere servito con la dedizione generosa della propria vita e con l'ammirazione di chi sa che si trova di fronte un essere che racchiude una propria dignità e un mistero: la dignità di figlio di Dio e il mistero della dimora trinitaria.

In questo senso la scienza medica è un dono di Dio che permette all'uomo di redimere uno degli effetti più visibili che il peccato ha lasciato nella sua natura: la malattia. San Basilio lo spiegava con un linguaggio che per noi appare molto eloquente nella sua semplicità.

"Quando il nostro corpo è malato, abbattuto per le infermità o per disturbi di diversa natura, per cause esterne o interne, per gli alimenti ingeriti, di cui ne soffre l'eccesso o la carenza, Dio, il moderatore della nostra esistenza, ci ha concesso il dono della scienza medica, grazie alla quale si ridimensiona il superfluo e si accresce ciò che si trova in proporzioni molto ridotte. Di fatto, se ci trovassimo in Paradiso, non avremmo in nessun modo necessità né di conoscere né di praticare l'agricoltura, allo stesso modo se fossimo immuni dalle malattie, come prima della caduta, non avremmo bisogno dell'aiuto di nessuna medicina per curarci. Ciò nonostante, dopo essere stati espulsi da quel luogo ed aver udito: 'Con il sudore del tuo volto mangerai il pane'[29], avendo fatto molti sforzi per coltivare la terra, abbiamo inventato l'arte dell'agricoltura per mitigare gli effetti dannosi della maledizione divina, mentre Dio stesso favoriva in noi l'intelligenza e la conoscenza di quell'arte. Poi, allo stesso modo, dato che ci è stato ordinato di tornare alla stessa terra con la quale eravamo stati formati e siamo stati legati alla nostra dolorosa carne, destinata alla morte a causa del peccato e soggetta per esso alle malattie, ci è stato offerto anche l'aiuto della medicina, affinché in certe occasioni e in una certa misura i malati potessero curarsi.

"Così non è casuale che nella terra abbiano germinato le piante destinate a curare ogni malattia; di più, esse sono state originate dalla volontà del Creatore, affinché attenuassero i nostri mali. Proprio per questo motivo quella efficacia curativa naturale nascosta nelle radici, nei fiori, nelle foglie, nei frutti, nel succo così come tutto ciò che i metalli o il mare hanno di terapeutico, non si differenzia in nulla dagli elementi analoghi, scoperti negli alimento o nelle bevande... I cristiani devono preoccuparsi di servirsi della medicina quando sia necessario, in modo tale che non attribuiscano ad essa tutte le cause della sua buona o cattiva salute, e usare i mezzi che essa ci offre per dare gloria a Dio...

"Ad ogni modo, e certamente non per il fatto che alcuni utilizzano stupidamente la medicina, dobbiamo rinunciare alla sua utilità. In realtà, non perché certi intemperanti, praticando l'arte della cucina o della pasticceria o della moda, abusano nella concezione delle cose voluttuose, oltrepassando i limiti della necessità, per questo tutte le arti devono essere rifiutate da noi...

"Ci viene dato il beneficio della buona salute, sia per mezzo del vino mescolato con aceto[30], come nel caso di colui che si trovò con i ladroni, sia per mezzo dei fichi, come in Ezechia"[31, 32].

Il medico e l'operatore sanitario collaborano nella lotta contro gli effetti del peccato, causa ultima della malattia. I medici sanno cosa significa questa redenzione del nostro corpo[33] di cui parla San Paolo. La sua lotta contro il male biologico è un segno dell'amore di Dio che continua a riconquistare la creazione per mezzo dell'uomo. L'operatore sanitario usa i doni di Dio per servire i suoi fratelli. Se l'uomo, ogni uomo, può collaborare con Dio nella sua azione salvifica, la medicina lotta contro il di-

sordine che il peccato ha lasciato nel mondo. Medici e operatori sanitari, siate segni di questo amore di Dio per l'uomo. Siate uomini e donne che mettono la propria vita al servizio dell'uomo combattendo il male e vincendolo con il bene. Siate strumenti della misericordia di Dio, siate presenza dell'amore redentore di Cristo che accoglie e cura. Non lasciate che la sua vocazione si perda in un pragmatismo freddo e distante e che non va oltre le tecniche e le leggi naturali. Il medico, l'operatore sanitario, può essere un segno dell'amore di Dio tra gli uomini, suoi fratelli, colui che mette il proprio cuore in mezzo alle miserie umane. Questa è la misericordia, la debolezza di Dio e la nostra forza.

6. Conclusioni

In duemila anni l'essere umano ha appreso molte cose. Ha stabilito un rapporto più profondo con la realtà che gli ruota attorno. Si può dire che ora conosca con maggior esattezza il mondo creato, dal macrocosmo al microcosmo. Ha scoperto le leggi che reggono la vita e le cause della malattia, leggi già delle antiche congetture senza base scientifica. Negli ultimi secoli ha fatto passi da gigante nella penetrazione dei grandi processi della vita umana. Proprio per questo, ora che conosciamo maggiormente l'uomo, ora che la medicina ha varcato di più il segreto della trasmissione della vita, ora che progrediamo nella tecnica e nella scienza medica, progrediamo anche nel maggior rispetto di questo meraviglioso dono di Dio. A nulla varrebbe tutto il nostro sforzo scientifico se non si traducesse in un servizio più completo verso ogni essere umano nel rispetto della sua integrità e nella compassionevole considerazione della ricchezza spirituale che ci si manifesta nelle sue opere; a nulla varrebbe se ciò sfuggisse dai nostri strumenti di studio. Rispettiamo l'uomo, amiamo l'uomo, proteggiamo il suo mistero, la sua spiritualità.

Termino facendo riferimento a Maria Santissima, la Madre che diede il suo sì generoso per l'Incarnazione del Verbo[34] e che accompagnò nel Calvario Cristo ferito[35], coperto di piaghe, maltrattato, con la sete dei moribondi[36]. La realtà del Calvario è quella che si vive in molti reparti di pronto soccorso. Maria accompagna il ferito sanguinante e livido in una scena che può portare consolazione ai reparti di pronto soccorso. È lui, dalla sua croce di malato terminale, che guarda sua Madre, dalla quale riceve consolazione. Per questo noi cristiani, quando ci sentiamo oppressi dal dolore, abbiamo appreso da Cristo a cercare rifugio nelle braccia di Maria, come il bambino che si trova di fronte un pericolo e corre tra le braccia della propria madre per sfogarsi nel pianto. Che Maria, consolatrice degli afflitti, ausilio degli infermi, ci accompagni in questo Congresso e ci aiuti a ricercare tutto ciò che è investigabile e a venerare silenziosamente e umilmente ciò che è ininvestigabile.

S. Em.za Card.
DARÍO CASTRILLÓN HOYOS
Prefetto della Congregazione per il Clero
Santa Sede

Note

[1] Cfr. Credo Niceno-constantinopolitano.
[2] Cfr. *Gv* 1, 14.
[3] *Lc* 1, 35.
[4] Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, Dichiarazione *Dominus Iesus* 12-15, 6 agosto 2000.
[5] Cfr. *Col* 1, 15-16.
[6] "Apprenez que l'homme passe infiniment l'homme", BLAISE PASCAL, *Pensées*.
[7] ROMANO GUARDINI, Ética, lecciones en la Universidad de Munich, c 11, 2, BAC, Madrid 1999, p. 715.
[8] Cfr. *Gn* 1, 28-30; 9, 7.
[9] GIOVANNI PAOLO II, *Omelia in occasione del Giubileo dei Malati e degli Operatori Sanitari*, Roma 11 febbraio 2000.
[10] Cfr. *Mt* 26, 39.
[11] Cfr. *Mt* 16, 24; *Mc* 8, 34; *Lc* 9, 23.
[12] SANT'AGOSTINO, *Sermone sui pastori*, Sermone 46, 10-11.
[13] GIOVANNI PAOLO II, *Omelia in occasione del Giubileo dei Malati e degli Operatori Sanitari*, Roma 11 febbraio 2000.
[14] "La parola della croce infatti è stoltezza per quelli che vanno in perdizione, ma per quelli che si salvano, per noi, è potenza di Dio. Sta scritto infatti: 'Distruggerò la sapienza dei sapienti e annullerò l'intelligenza degli intelligenti. Dov'è il sapiente? Dov'è il dotto?' Dove mai il sottile ragionatore di questo mondo? Non ha forse Dio dimostrato stolta la sapienza di questo mondo? Poiché, infatti, nel disegno sapiente di Dio il mondo, con tutta la sua sapienza, non ha conosciuto Dio, è piaciuto a Dio di salvare i credenti con la stoltezza della predicazione. E mentre i Giudei chiedono i miracoli e i Greci cercano la sapienza, noi predichiamo Cristo crocifisso, scandalo per i giudei, stoltezza per i pagani; ma per coloro che sono chiamati, sia Giudei che Greci, predichiamo Cristo potenza di Dio e sapienza di Dio. Perché ciò che è stoltezza di Dio è più sapiente degli uomini, e ciò che è debolezza di Dio è più forte degli uomini" (*1 Cor* 1, 18-25).
[15] *1 Cor* 2, 14.
[16] *Prv* 3, 12.
[17] *1 Cor* 11, 30-32.
[18] *Mic* 7, 9.
[19] *Gv* 5, 14.
[20] BASILIO IL GRANDE, *Regole lunghe*, 55, 1-5.
[21] *Col* 1, 24.
[22] GIOVANNI PAOLO II, Lettera Apostolica *Salvifici Doloris* 31, 11 febbraio 1984.
[23] Cfr. *Salvifici Doloris* 23.
[24] "Uno dei malfattori appesi alla croce lo insultava: 'Non sei tu il Cristo? Salva te stesso e anche noi!'. Ma l'altro lo rimproverava: 'Neanche tu hai timore di Dio benché condannato alla stessa pena? Noi giustamente, perché riceviamo il giusto per le nostre azioni, egli invece non ha fato nulla di male'. E aggiunse: 'Gesù, ricordati di me quando entrerai nel tuo regno'. Gli rispose: 'In verità ti dico, oggi sarai con me nel paradiso'" (*Lc* 23, 39-43).
[25] GIOVANNI PAOLO II, *Omelia durante la chiusura della XV Giornata Mondiale della Gioventù*, Tor Vergata, Roma, 20 agosto 2000, 5.
[26] Cfr. *Salvifici Doloris* 27.
[27] Cfr. *Mt* 20, 28; *Mc* 10, 45.
[28] Cfr. SANTA CATERINA DA SIENA, *Il dialogo della Divina Provvidenza*, 13, ed. G. Cavallini (Roma 1995), p. 43.
[29] *Gn* 3, 19.
[30] Cfr. *Lc* 10, 30-34.
[31] Cfr. *2 Re* 20, 7.
[32] Cfr. BASILIO IL GRANDE, *Regole lunghe*, 55, 1-5.
[33] "La creazione infatti è stata sottomessa alla caducità – non per suo volere, ma per volere di colui che l'ha sottomessa – e nutre la speranza di essere pure lei liberata dalla schiavitù della corruzione, per entrare nella libertà della gloria dei figli di Dio. Sappiamo bene, infatti, che tutta la creazione geme e soffre fino ad oggi nelle doglie del parto; essa non è la sola, ma anche noi, che possediamo le primizie dello Spirito, gemiamo interiormente aspettando l'adozione a figli, la redenzione del nostro corpo" (*Rm* 8, 20-23).
[34] Cfr. *Lc* 1, 38.
[35] Cfr. *Gv* 19, 25.
[36] Cfr. *Gv* 19, 28.

I Sezione
Una realtà contrastante

ALFONS HOFSTETTER

I: Limiti della tecnologia

Il mio intervento "Limiti della tecnologia" trova adeguata illustrazione tramite un esempio preso dalla medicina relativo allo sviluppo di un vaccino contro il carcinoma alle cellule renali e alla prostata.

Tecnologia senza limiti

La nuova conoscenza scientifica e la realizzabilità delle soluzioni tecniche rendono suggestivo il concetto di una tecnologia priva di limiti, capace di consentire all'essere umano di penetrare nelle profondità infinite dello spazio e di analizzare i microcosmi fin nelle loro strutture più piccole. Tutto questo ha indotto enormi cambiamenti nella nostra visione scientifica del mondo; ciò naturalmente è estensibile anche alle dottrine umanistiche, fino alla religione e alla spiritualità: esiste la realtà di sette che pretendono di possedere un contatto diretto con il sacro sulla base della nuova conoscenza scientifica.

Con le sue scoperte, lo scorso secolo ha compiuto enormi passi nel progresso tecnologico. Oggi, dobbiamo chiederci se questo progresso potrà conoscere dei limiti. **La ricerca spaziale, la biologia molecolare** e le possibilità del tutto illimitate dei **mezzi di comunicazione inducono** oggi molte persone a credere che non ci possa essere più progresso senza tecnologia. Le dottrine umanistiche sono quindi subordinate alle scienze naturali? Sono solo i progressi tecnici che producono lo sviluppo sociale, e il progresso culturale e della civiltà? Se fosse così, vorrebbe dire in definitiva che quando la tecnologia avrà raggiunto i propri limiti, tutte le attività e i progressi dell'uomo arriveranno a un punto oltre il quale non si può procedere. Ciò non può essere.

I limiti della tecnologia

I limiti della tecnologia sono contingenti alle leggi della natura e della civiltà, dell'etica e della moralità. Se consideriamo la tecnologia nelle singole discipline scientifiche, è evidente che ci sono molte costrizioni alla realizzazione delle idee scientifiche. Tuttavia, non significa che questi limiti saranno cancellati domani o il giorno successivo e che non possa riapparire la pretesa illimitatezza. L'esperienza dei trascorsi decenni lo ha confermato più volte.

Ambivalenza dell'ingegneria genetica

In questa relazione vorrei riferirmi agli sviluppi dell'ingegneria genetica: forme geneticamente manipolate di piante agricole hanno sviluppato all'improvviso proprietà di resistenza ai pesticidi, allo stress ambientale e climatico, così da legittimare la giustificata speranza della soluzione del problema dell'alimentazione nel mondo. Ulteriori esempi sono lo sviluppo di alcune razze animali, la clonazione di specie animali e gli esperimenti per creare scorte di organi di ricambio clonando cellule staminali dagli embrioni umani. Se quest'ultimo confine dovesse essere superato, la barriera alla clonazione di esseri umani non sarebbe più così insuperabile, aprendo la strada alla violazione di convenzioni morali stabilite.

L'ingegneria genetica non deve essere equiparata ai confini morali trascendenti, come dimostrano tra l'altro i nostri tentativi nel campo della ricerca sul carcinoma. Questa è assolutamente necessaria oggi poiché la terapia contro il cancro sembra aver raggiunto limiti definiti nella sua forma attuale (**operazioni chirurgiche, chemioterapia e radioterapia**) o almeno non aver compiuto molti progressi negli ultimi decenni.

La terapia genetica

Il concetto di terapia genetica fu originariamente sviluppato per curare le malattie basate sui difetti genetici con l'intento di correggere le sequenze genetiche difettose tramite la sostituzione con copie di geni sani. Questa definizione della terapia genetica fu così rapidamente estesa che con il termine **terapia genetica** si intende ora sia la **terapia dei geni** sia la **terapia con i geni**. Quest'ultima si basa sull'introduzione specifica di nuovi geni nelle cellule colpite al fine di ottenere effetti terapeutici.

La terapia genetica e il cancro

Nella terapia contro il cancro vengono attualmente impiegati nu-

merosi geni con diversi meccanismi di azione. Il ruolo di maggiore importanza va attribuito ai geni che modulano il funzionamento del sistema immunitario con tentativi volti a stimolare le **cellule immuni** (cellule di difesa immunologica) capaci di riconoscere e distruggere le **cellule tumorali**. Inoltre vengono usate **cellule suicide.** Le cellule tumorali che esprimono questi geni muoiono per l'azione di determinati farmaci. Questo tipo di sensibilizzazione farmacologica è già impiegato normalmente nel trattamento di melanomi, di vari tumori al cervello e del cancro al colon.

Altre terapie trovano ragione sull'espressione di **geni soppressori del tumore**, come nel caso del P53, la cui sovraespressione porta a *apoptosi* (morte naturale delle cellule). I tentativi più recenti nella terapia genetica stanno esplorando l'uso di **DNA antisenso**, che dovrebbe presupporre, ad esempio, l'espressione di **protooncogeni** come c-myc o fattori di angiogenesi (angiostatina, endostatina).

Le attuali elevate aspettative riposte nell'immunoterapia sono il risultato del costante aumento della conoscenza del fisiologico funzionamento dell'immunostimolazione e dell'importanza centrale delle **sinapsi immunologiche**: esempio emblematico è lo stretto contatto tra le cellule che presentano antigeni e le cellule difensive (cellula T); il loro contatto porta all'attivazione della difesa soltanto quando si presenta un secondo segnale attraverso l'interazione tra **molecole di superficie** (B7) sulle cellule che esprimono antigeni e il ricettore presente sulla cellula immunitaria. Questa costimolazione è necessaria per l'attivazione delle cellule immunitarie.

Le ricerche molecolari indicano che molte cellule tumorali esprimono antigeni che possono essere riconosciuti da ricettori specifici delle cellule immunitarie. A questo scopo le cellule tumorali esprimono di solito sufficienti molecole di adesione al fine di stabilire le sinapsi immunologiche prima citate. Tuttavia, poiché la maggior parte delle cellule tumorali è priva delle **molecole di costimolazione**, le cellule difensive non sono attivate. La maggior parte delle cellule tumorali, non secernendo nessuna **sostanza che promuova la crescita cellulare** (*cytokine*), impedisce l'attivazione di un'adeguata risposta immunitaria.

Questa precisa informazione ha portato al tentativo di modificare le cellule tumorali in cellule con antigeni buoni attraverso le modificazioni genetiche inserendo nelle cellule tumorali i geni per le molecole di costimolazione (ad es. B7) e vari geni *per* indurre l'espressione di cytokine. Queste cellule tumorali, una volta geneticamente modificate, sono quindi somministrate al paziente come **vaccini contro le cellule tumorali** con l'obiettivo di attivare le cellule difensive attraverso il segnale *antigen-specific* e di distruggere, in combi-

nazione con la costimolazione e le secrezioni di *cytokine*, il tumore.

Nelle nostre ricerche in-vivo e in-vitro, abbiamo studiato due diverse linee di cellule tumorali, geneticamente modificate, del carcinoma alle cellule renali che esprimono *interleukina 2* e *interleukina 7* in combinazione con la molecole di costimolazione B7. Le due linee di cellule tumorali sono state disponibili in un lungo periodo di tempo per uno studio multicentrico di fase I al fine di produrre un vaccino contro il carcimoma metastatico renale.

Nei vaccini con cellule tumorali geneticamente modificate, la cellula tumorale è usata come vettore per gli antigeni tumorali ovviando al bisogno di identificare gli antigeni che portano all'immunostimolazione. Le cellule tumorali possono produrre **fattori immunosoppressivi** (inibitori delle cytokine), così che non c'è nessuna immunostimolazione in presenza di antigeni; ciò può avvenire anche dopo la modificazione genetica delle cellule tumorali tramite molecole di costimolazione e attivatori di cytokine. Questo non è l'unico problema nella nostra ricerca. Un altro inconveniente nell'uso delle cellule tumorali come vaccini è l'alto costo delle attrezzature e del tempo necessari per produrre un numero adeguato di cellule per vaccinare molti pazienti. L'esperienza finora raggiunta con i vaccini cellulari mostra che il **fattore costo** e la **tecnologia elaborata** non permettono un'applicazione su vasta scala.

I limiti accelerano lo sviluppo di nuovi concetti di terapia genetica. Un concetto promettente si basa sull'introduzione dei geni immunostimolatori direttamente nel tumore. Nuove sfide tecnologiche e metodologiche nascono da questo tipo di terapia genetica in-vivo. Ad esempio, i **vettori** finora testati, molto adatti per il trasferimento genetico in-vitro (vettori retrovirali), non sono inadatti per il trasferimento genetico in-vivo. Nuovi sistemi di vettori derivati dal virus dell'herpes simplex e virus simili non mostrano questi limiti e sono attualmente in via di sviluppo.

Nel migliorare l'efficienza del trasferimento genetico in-vivo devono essere considerati criteri quali la **sicurezza** del sistema di vettore usato, la **regolazione dell'espressione genetica** e la **dose dei geni**. A questo riguardo, si stanno creando **sistemi di vettori** con promotori inducibili e *tessuti-specifici*. Un'**espressione *prostata-specifica*** può essere raggiunta, ad esempio, usando il promotore dell'**antigene prostata-specifico** (PSA). Altri promotori sono inducibili con il caldo, mediante **estrogeni** o **tetracicline** e possono specificamente accendere e spegnere i geni terapeutici.

I geni che codificano per le cytokine, le molecole di costimolazione o gli antigeni tumorali sono disponibili per il trasferimento genetico in-vivo. Si può concepire anche l'uso di **RNA** (acido ribonucleico) isolato dal materiale tumorale. Questi geni possono essere direttamente somministrati in-vivo o caricati ex-vivo su cellule che presentano antigeni. I dati finora disponibili stanno ad indicare che tramite un'iniezione in-vivo possono essere indotti tanto una **risposta anticorpale** quanto **cellu-**

lare nei confronti del tumore.

Lo sviluppo degli ultimi anni ha permesso di **estrarre ex-vivo** cellule con **antigeni tumorali,** ***lisati tumorali o complessi proteina/peptide consentendo*** una coltura in-vitro di cellule con antigeni. Il **vantaggio** consiste nel fatto che le cellule modificate che presentano antigeni possono essere analizzate per le loro proprietà immunostimolanti prima di essere iniettate nei pazienti. Gli **svantaggi** sono che gli antigeni tumorali o peptidi devono essere noti. Mentre molti antigeni sono già conosciuti nel melanoma – questo concetto viene attualmente provato con risultati promettenti negli studi clinici – la conoscenza degli antigeni della maggior parte degli altri tipi di tumore è ancora piuttosto scarsa, così che la sfida del futuro è quella di identificare gli antigeni relativi ad altri tumori.

L'esperienza dei primi studi clinici dei vaccini prodotti da cellule tumorali alterate dall'ingegneria genetica e dalla somministrazione in-vitro di peptidi tumorali mostra che è possibile stimolare un'immunoreattività tumorale clinicamente rilevante. Tuttavia, allo stesso tempo è risultato evidente che le **varianti tumorali** nascono sotto la pressione selettiva della reazione immunitaria antitumorale indotta, resistente alle risposte immunitarie provocate. Il meccanismo di questa **fuga immunitaria** è multifattoriale ed include la repressione dei relativi antigeni tumorali, la perdita di molecole che presentano antigeni MHV e l'espressione di fattori immunoinibitori.

Questi risultati sottolineano che la riuscita di un'induzione di **reazione immunitaria antitumorale** è solo un parametro nella complessa interazione tra il tumore e il sistema immunitario. Nell'analisi finale i risultati a lungo termine con la terapia genetica possono essere raggiunti solamente quando saranno comprensibili le molteplici interazioni tra tumore e sistema immunitario e solamente quando sarà possibile modulare questa interazione in modo specifico. Non ho alcun dubbio che questo avrà successo. L'unica questione aperta è il tempo che ci vorrà per fare breccia nel **clima ostile alla ricerca** di fronte a cui l'ingegneria genetica si trova.

Con l'ingegneria genetica abbiamo raggiunto le frontiere di ciò che è tecnicamente fattibile nella lotta contro il cancro. Ora è necessario trovare il giusto approccio tenendo conto della molteplicità di esperienze e della nuova conoscenza che ci porterà più vicini alla soluzione del problema del cancro.

Limiti tecnici alla terapia genetica

L'esempio della nostra ricerca contro il cancro ha dimostrato i limiti tecnici e i nostri tentativi per superarli. Tali limiti possono essere superati. Tuttavia ci sono altri limiti più importanti, cioè costrizioni morali ed etiche che devono essere osservate e che devono riguardare il valore e la dignità della vita umana.

Pericoli del progresso tecnologico

Se consideriamo il progresso tecnologico in termini generali, dobbiamo osservare che il benessere e l'integrità del singolo essere umano oggi non è al primo posto nella lista di priorità della ricerca. Per chi questa ricerca di benefici, per il benessere di chi e per quale tipo di essere umano?

Limiti del progresso

Per quanto grande sia l'interesse scientifico, ogni progresso tecnologico deve essere soggetto a costrizioni morali in quanto l'integrità e la dignità della persona richiedono limiti. A parte ciò, sono convinto che quello che viene visto come "progresso tecnologico" non può alla fine creare nulla di nuovo. Tutto ciò che produce di apparentemente **nuovo** sulla base di esperimenti coscienziosi con fallimenti ed errori è già stato determinato. Malgrado tutti i successi della ricerca l'umanità non riuscirà a fare una nuova creazione, cioè a creare qualcosa dal nulla, neanche in futuro. A dispetto di ogni progresso tecnologico, gli uomini saranno sempre e soltanto scopritori e possibili inventori, mai creatori.

Ricerca come missione umana

Sappiamo dalla prima pagina della Bibbia che Dio ha chiesto agli esseri umani di prendersi cura della **Sua** creazione nell'osservanza delle **Sue** leggi. La creazione è gerarchica. In cima per il non credente c'è l'essere umano e la sua vocazione profonda, ma per il credente c'è l'essere umano e la sua chiamata divina. Per questo motivo la tecnologia non potrà mai produrre qualcosa che distruggerà l'integrità dell'essere umano, il suo sviluppo naturale e la dignità personale. Questa è una massima contro cui deve misurarsi ogni progresso tecnologico.

Il compito della tecnologia è quello di servire l'umanità, l'individuo e in particolare quanti si sentono emarginati per la malattia. Se la ricerca perde di vista questo obiettivo e soccombe alle "illusioni creative", ciò trasformerebbe rapidamente i benefici della ricerca facendoli diventare dannosi. Credo che i limiti del progresso tecnologico nella medicina siano stati ben definiti dalle parole del **Santo Padre** nella Giornata del Malato dell'11 febbraio 2000: "La ricerca e la tecnologia devono evitare di creare nuove forme di alienazione per i deboli, gli anziani e i malati incurabili". Completamente d'accordo con il Papa, vorrei alzare un confine per la tecnologia, in particolare per la mia specialità, cioè la **ricerca medica**.

Prof. ALFONS HOFSTETTER
Direttore scientifico
del Centro di Urologia di Monaco
Capo della Divisione di Urologia
dell'Università di Monaco (Germania)

JOANNES P.M. LELKENS

II: Disumanizzazione dell'assistenza sanitaria all'interno e all'esterno delle strutture ospedaliere, le sue cause di fondo e le aspettative per il futuro

Premessa

Gli argomenti di questa conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria e la società sono: le sfide tecnologiche e la disumanizzazione della scienza medica. Quest'ultimo tema ci segnala che, attualmente, la cura dei pazienti è, in misura più o meno grande, disumana, e che si è giunti a un grado di disumanizzazione al quale bisognerebbe porre rimedio.

Tuttavia, prima di poter parlare di disumanizzazione delle cure mediche, è necessario definire cosa essa sia, in modo da poter esaminare a fondo le sue manifestazioni e studiarne le cause passate e presenti.

Lo farò parlandovi della disumanizzazione nella pratica medica e nell'assistenza sanitaria in generale. Dove e quando questa colpa fa specifico riferimento all'assistenza all'interno e all'esterno delle strutture ospedaliere apparirà evidente a tutti. In secondo luogo, in questa conferenza mi limiterò al mondo industrializzato occidentale, poiché è qui che il problema ha avuto origine, anche se prima o poi anche il Terzo Mondo si troverà a doverlo affrontare.

1. Cos'è la disumanizzazione?

Che cosa intendiamo per disumanizzazione? Essa è, in breve, la degradazione della persona umana. Ogni essere umano è una persona originata dall'ovulo fertilizzato (zigote) e tale rimane fino alla morte – a prescindere dalla sua condizione fisica o mentale – esclusivamente per il fatto di essere stata creata ad immagine di Dio.

Questa dignità dà alla persona il diritto di essere rispettata. Infatti, la disumanizzazione altro non è che la mancanza di rispetto per l'altro nella sua diversità[1], ed in particolare, per quanto riguarda il nostro argomento, è il non rispettare il paziente come persona nella sua malattia.

Questa degradazione del paziente si manifesta in molte forme e può andare dal non dedicargli sufficiente attenzione al considerarlo come un animale o un oggetto che può essere usato come strumento per raggiungere uno scopo, o che può, se necessario, essere distrutto o aiutato a togliersi la vita.

2. Le cause della disumanizzazione

Ad un esame più attento, in effetti, tutti i casi di disumanizzazione sembrano aver origine dallo straordinario progresso scientifico e dagli sviluppi tecnologici del secolo scorso, dall'influenza dell'economia, dalla crescente burocrazia e dal processo di secolarizzazione in corso nella società e, di conseguenza, nella scienza medica, che è probabilmente il fattore più importante.

È innegabile che l'attuale assistenza medica si sta rapidamente tecnicizzando. In primo luogo negli ospedali, con le loro attrezzature altamente tecnologiche per il trapianto di praticamente qualsiasi organo, la terapia intensiva, la diagnostica prenatale, l'inseminazione artificiale e presto, forse, la creazione o, a causa delle nuove scoperte della genetica, la clonazione dell'uomo, per menzionarne solo alcune.

Quando parliamo delle tecnologie dell'assistenza sanitaria, il suono stesso della parola ha un sottofondo negativo. Di per sé questo non è giusto perché, se per tecnologia intendiamo l'uso di strumenti tesi a rendere le cose poste al di fuori di noi idonee ai fini umani, la tecnologia in se stessa potrebbe benissimo servire l'uomo e la natura e rappresentare persino un arricchimento della nostra cultura, come afferma Papa Giovanni Paolo II nella sua enciclica *Laborem Exercens*[2].

Tuttavia, dai tempi di Francis Bacon (1561-1626), il primo sostenitore della ricerca scientifica organizzata con il fine ultimo di assoggettare la natura, sotto l'influenza del progresso della scienza e della tecnologia moderna l'originale cultura occidentale cristiana si è gradualmente trasformata in una cultura secolarizzata. Una cultura che preferirebbe affrontare tutti i problemi – inclusi quelli medici – in modo tecnico e che alla fine non rifugge neppure dall'uso dell'euta-

nasia come soluzione tecnica per porre fine alla sofferenza umana. In altre parole, è divenuta una cultura che può a buon diritto essere chiamata tecnicista[3]. Con il termine tecnicismo si intende la presunzione umana di gestire la realtà, come signori e padroni, con l'aiuto di metodi di controllo tecnologici e scientifici per risolvere così i vecchi ed i nuovi problemi e garantire una crescente prosperità materiale, ossia il progresso[4].

Anche in questo caso la connessione che è possibile fare tra secolarizzazione (che, in effetti, è dissacrazione) e tecnicismo è evidente: l'uomo occidentale accetta sempre meno il fatto di vivere in una realtà creata da Dio. Al contrario, egli ritiene che questa realtà acquisti significato solo con l'applicazione della tecnologia umana e dopo aver prodotto dei miglioramenti.

Strettamente correlata alla tecnicizzazione in generale – ed a quella della scienza medica in particolare – è l'economizzazione.

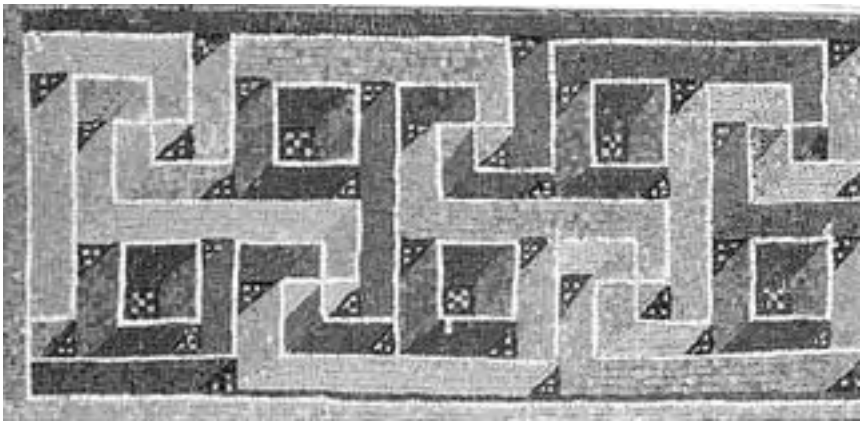
È risaputo che, sotto l'influenza dalla prima Rivoluzione Industriale alla fine del XVIII secolo, e la conseguente tendenza a razionalizzare, tecnicizzare ed economizzare, il capitalismo commerciale del XVI e XVII secolo si è trasformato nell'economia di mercato del capitalismo liberale[5]. Questo capitalismo liberale, che nelle ultime decadi è diventato capitalismo finanziario, è prosperato specialmente nei paesi dove l'influenza del Protestantesimo si faceva sentire più forte, come l'Inghilterra, l'Olanda e, più tardi, anche l'America, particolarmente attraverso il commercio del cotone e degli schiavi.

In effetti, questa economia di mercato è stata resa possibile solo dal desiderio di controllare le cose con mezzi tecnici. Affascinati dai risultati ottenuti nel commercio e nell'industria con i processi razionalizzati, i governi hanno iniziato ad applicarli anche all'assistenza sanitaria, dove i costi crescono considerevolmente ogni anno come conseguenza dell'acquisto di attrezzature sempre più costose, dell'aumento della retribuzione dei dipendenti e della crescente richiesta di assistenza (causata, tra l'altro, dal cosiddetto raddoppio dell'aspettativa di vita della popolazione).

Le conseguenze di questa tendenza ad economizzare e razionalizzare l'assistenza medica sono state e sono tuttora disastrose, sia per i pazienti sia per il personale medico ed infermieristico, specialmente negli ospedali. Gli ospedali sono considerati come imprese commerciali che devono sottostare al criterio del profitto. Solo qualche esempio: l'assistenza fornita è diventata un *prodotto* ed il paziente un *cliente*, la qualità del prodotto da fornire deve essere calibrata e prodotta al minor costo ed il più efficientemente possibile, secondo un protocollo prestabilito, in modo tale da rientrare nel budget approvato. Le conseguenze di tutto questo sono, tra l'altro, una crescente burocrazia, causata dalla nomina di cosiddetti *direttori sanitari* e dall'*assistenza cronometrata* che pone limiti di tempo alle cure e all'assistenza fornita dagli infermieri.

È comprensibile che l'assistenza venga dosata, ma è triste che si sia andati oltre e si voglia ora anche determinare la qualità di vita dei pazienti. Ma anche questo è una diretta conseguenza della crescente dissacrazione. Perché una vita umana cristiana ha una sola qualifica, cioè il suo essere sacra. Il dirigente postmoderno, d'altronde, per dare inizio o meno a una cura vuole esprimere in misure e numeri il valore che la vita di un certo paziente ancora possiede. Ecco perché, dal punto di vista economico, viene fatto uno studio di costi, e benefici e di efficienza dei costi calcolando in QUALY[6, 7] il punteggio che un paziente deve raggiungere prima di poter ottenere una determinata cura o un esame. QUALY è la sigla di Quality Adjusted Life-Year (durata della vita in anni adeguata alla sua qualità), un test nel quale si valutano due elementi: la durata presunta della vita (in anni) e la qualità di questa vita che include anche una valutazione del recupero della produttività del paziente.

La storia ci insegna che parlare del valore (residuo) di una vita umana non è cosa nuova. Già nel 1920 apparve in Germania una pubblicazione di Binding e Hoche, rispettivamente avvocato e psichiatra, intitolata *Die Freigabe der Vernichtung lebenssunwerten Lebens*[8]. In italiano: *La liberazione della distruzione di una vita priva di valore.* Era questa la prima volta che si scriveva apertamente della qualità della vita.



Il fatto che economizzare e razionalizzare l'assistenza sanitaria avrebbe inevitabilmente condotto ad un'etica disumanizzante ed utilitaristica non ha bisogno di spiegazioni.

Se cerchiamo cause più profonde di questa disumanizzazione, a seguito della quale al giorno d'oggi, specialmente nei paesi occidentali industrializzati, le azioni mediche non tengono nel giusto conto la dignità dell'uomo, siamo costretti a concludere con Weber che il seme del capitalismo del XX secolo, del tecnicismo e dell'economizzazione odierni (e di tutta la nostra attuale filosofia politica) è stato seminato nella Riforma e specialmente nel Calvinismo[9]. Di conseguenza la risultante disumanizzazione nella scienza medica trova, a mio parere, le proprie origini nella dottrina religiosa diffusa dal Protestantesimo. Questa posizione richiede un'ulteriore spiegazione.

La Riforma ebbe luogo nel XVI

secolo come reazione al decadimento e alla corruzione all'interno della Chiesa Cattolica Romana. Calvino (1509-1564) predicava – contrariamente a quanto predicato in tutti i secoli precedenti – che le Sacre Scritture erano la sola fonte per la fede e che l'uomo si può salvare solo attraverso la fede. Inoltre l'uomo può accettare questa fede solo se è predestinato da Dio a farlo attraverso la Sua grazia. L'esperienza della fede divenne allora una questione non tangibile, astratta e mentale, unicamente razionale (o, al contrario, irrazionale). Non solo la fede, ma anche i valori morali divennero così una questione soggettiva ed aperta a molte interpretazioni.

La perdita di una sacralità che poteva essere conosciuta attraverso i sensi, così come la comprensione di ciò che è sacro e santo, ebbe origine dalla negazione della reale presenza di Dio nell'Eucaristia, dall'abolizione di tutti i sacramenti (eccetto il Battesimo) e dalla quasi totale eliminazione dello splendore della liturgia e paraliturgia. Persino gli uffici della Chiesa, come l'ufficio del ministro del culto, furono dissacrati con la loro apertura ai normali cittadini. Con la dissacrazione, che priva il mondo del fascino della santità, la secolarizzazione si insinua inevitabilmente nella teologia calvinista. Inevitabilmente, poiché i Calvinisti contavano interamente sulle proprie risorse per dimostrare il proprio stato di predestinati, poiché era solo attraverso il successo nel lavoro (cioè la prosperità materiale) che sapevano che Dio benediceva il loro lavoro ed essi potevano essere così certi della propria salvezza.

Contrariamente alla Chiesa Cattolica Romana, Calvino negava la pratica e la necessità delle buone azioni perché solo la fede aveva ristabilito il legame tra Dio e l'uomo. Ma non si persero solo le buone azioni come mezzo di salvezza, tanto che il lavoro nella sua totalità fu dissacrato, desacralizzato (ed infine sovra-razionalizzato) poiché, così ragionavano, se le buone azioni non possono santificare l'uomo, alla luce della predestinazione le cattive azioni non possono dannarlo. Non fu perciò sorprendente che, in parte come conseguenza della loro etica autonoma, tutto (salvo il commercio degli schiavi) fosse giustificato perché, se si potevano trarre tanti profitti, la benedizione di Dio era destinata a posarsi su di loro. Chi erano allora questi Calvinisti, chiamati anche Ugonotti in Francia? La classe sociale da cui provenivano i primi seguaci del Calvinismo era la piccola borghesia: pubblici dipendenti, scienziati, mercanti, artigiani e banchieri[10]. Quando in Francia iniziò la persecuzione di questi Protestanti, molti lasciarono il paese.

Non furono persone qualsiasi a partire poiché, ovunque si stabilirono, tecnologia e commercio prosperarono. Questo progresso fu così notevole che molti erano inclini a considerare non Adam Smith ed il suo libro *Indagine sulla natura e sulle cause delle ricchezze delle nazioni,* pubblicato nel 1775, quale fondatore della scuola classica del liberalismo economico, ma bensì i Calvinisti.

La maggior parte di loro andò in Svizzera, Germania, Danimarca, Svezia, Inghilterra e specialmente nell'Olanda di allora dove furono accolti calorosamente e dove ebbero molti seguaci. Da qui e dall'Inghilterra un gran numero emigrò in America ed uno dei luoghi dove si stabilirono fu la foce del fiume Hudson, l'attuale New York. Più tardi, dopo esser divenuti ricchi coloni, si amalgamarono alla popolazione locale.

Insieme con altri gruppi protestanti, come Presbiteriani, Battisti e Metodisti, entrarono anche in politica e non senza successo: contribuirono tra l'altro alla Dichiarazione di Indipendenza Americana di Thomas Jefferson nel Giorno dell'Indipendenza (4 luglio 1776), e nove Presidenti provennero dalle loro file. Fu questo particolare gruppo di coloni ed i loro discendenti che – deliberatamente o no – stimolarono lo svilupparsi dell'attuale ideologia finanziaria e capitalistica e l'economia globale che si diffuse dagli Stati Uniti in tutto il mondo. In altre parole: il capitalismo odierno, con tutti i suoi eccessi, nasce dall'individualismo protestante.

Non è quindi azzardato dire che la causa di fondo dell'attuale disumanizzazione in generale e dell'assistenza medica in particolare è dovuta all'ascesa del calvinismo e non, come spesso si ritiene, all'Illuminismo che ebbe solo funzione di catalizzatore. Questa tesi, a mio avviso, è sostenuta anche dal fatto che l'Olanda, il paese dove il calvinismo ebbe un gran numero di seguaci, è stata la prima nazione a consentire e legalizzare l'eutanasia.

3. Umanizzazione dell'assistenza sanitaria

Se vogliamo rendere l'assistenza sanitaria nuovamente umana, dovremo tenere a mente che stiamo vivendo in una cultura postmoderna, una cultura di transizione dalla moderna era industriale verso una società informatica. Fukuyama descrive questa transizione come uno stacco netto dal passato, un grande sconvolgimento caratterizzato dal collasso dei valori sociali della società della metà del secolo scorso. Egli fa notare che questi valori morali e regole sociali, che lui ed altri sociologi chiamano 'capitale sociale', non sono semplicemente restrizioni della libertà di scelta individuale, bensì il principale presupposto per qualsiasi impresa cooperativa[12]. Fukuyama è anche convinto che le persone – poiché esse sono, a suo avviso, autonome – saranno in grado di formulare per proprio conto nuove norme che miglioreranno nuovamente la situazione attuale. Tuttavia, questa è un'opinione che non posso condividere.

Non solo perché è infondatamente ottimistica rispetto alla realizzabilità della realtà morale, ma specialmente perché la moralità senza Dio è un concetto ozioso che, nella migliore delle ipotesi, porta al moralismo. Solo una vera fede cristiana può liberare l'uomo dal peccato e renderlo veramente libero. Ciò che è necessario, quindi, è la ri-evangelizzazione, in modo che a Dio, e così anche al sacro, possa essere restituito un posto di primo piano.

Il più grande impedimento alla (ri-)evangelizzazione non è tanto la resistenza che la Cristianità incontra, né la presenza di altre religioni 'concorrenti', ma è piuttosto l'indifferenza che viene dal relativismo antidottrinale e postmoderno che tende sempre più all'emo-

zionalità. Di conseguenza la Cristianità non saprà convincere l'uomo di oggi con un approccio teorico. Forse il mondo sarà nuovamente colpito dalla fede dei Cristiani, specialmente di quelli che operano nell'assistenza medica, se nel loro lavoro e nella loro fede saranno testimonianza di qualcosa che li ha resi profondamente felici e liberi.

Prof. JOANNES P.M. LELKENS, M.D., Ph.D.
Professore emerito di anestesiologia all'Università di Maastricht (Olanda)

Note

[1] G. CHANTRAINE S.J., *Zieken begeleiden in een pluralistische wereld,* in Communio, Oudernaarde (1997), n. 4, p. 267.

[2] PAPA GIOVANNI PAOLO II, *Enciclica Laborem Exercens,* Città del Vaticano (1980), par. 5.

[3] E. SCHUURMAN, *Gebven in wetenschap en techniek (Credere nella scienza e nella tecnica),* Amsterdam: Buijtenen Schipperheijn, 1998, p. 59.

[4] E. SCHUURMAN, *Identiteit of uniciteit (Identità o unicità),* in Pro Vita Humana (1998), n. 4, pp. 10-11.

[5] Nei giorni del capitalismo commerciale il denaro rappresentava ancora un mezzo e non un fine a se stesso come nel capitalismo finanziario.

[6] E. SGRECCIA, *Rispetto per la vita e ricerca della qualità della vita in medicina: aspetti etici,* in Dolentium Hominum, n. 28, pp.154-160.

[7] W. EIJK, *Modelli etici per la gestione della salute,* in Dolentium Hominum, n. 37, p.59.

[8] K. BINDING e A. HOCHE, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens (La liberazione della distruzione di una vita priva di valore),* Leipzig: Felix Meiner, 1920.

[9] MAX WEBER, *The protestant ethic and the spirit of capitalism,* Londra: Allen e Unwin, 1930.

[10] I e K. BRANDENBURG, *De Hugenoten (Gli ugonotti),* Amsterdam: De Bataafse Leeuw, 1992, p. 9.

[11] F. FUKUYAMA, *De grote scheuring (Il grande sconvolgimento),* Amsterdam/Antwerp: Contact, 1999, p. 17.

[12] F. FUKUYAMA, *De grote scheuring (Il grande sconvolgimento),* Amsterdam/Antwerp: Contact, 1999, p. 26.

ORVILL B.R. ADAMS

III: I nuovi operatori sanitari

Le risorse umane – i differenti tipi di personale clinico e non-clinico che rendono possibile ogni intervento sanitario, sia esso pubblico che privato – costituiscono gli elementi più importanti dei sistemi sanitari. La realizzazione di questi sistemi dipende sostanzialmente dalle conoscenze, dalle capacità e dalle persone che hanno la responsabilità di fornire i servizi[1].

Contesto di lavoro

Prima di parlare ulteriormente di risorse umane può essere utile descrivere sommariamente gli ambienti nei quali lavorano gli operatori sanitari.

Stato della salute

Lo stato di salute della popolazione cambia notevolmente da un capo all'altro del mondo. Paesi come il Canada, gli Stati Uniti d'America, la maggior parte dei paesi dell'Europa Occidentale e Centrale, l'Australia, la Nuova Zelanda ed il Giappone hanno bassi livelli di mortalità sia tra i bambini che tra gli adulti, maschi e femmine. Ad esempio, in Canada nel 1999 la probabilità di morte al di sotto dei 5 anni di età era del 6 per mille per i maschi e del 5 per mille per le femmine. Le percentuali della Germania erano le stesse del Canada, e analogamente le percentuali della Nuova Zelanda erano del 9 per mille per i maschi e del 7 per mille per le femmine.

In forte contrapposizione, i paesi dell'Africa sub-sahariana avevano alti livelli di mortalità sia infantile che adulta. La maggior parte di questi paesi hanno avuto anche dei livelli estremamente alti di mortalità femminile, attribuibili in gran parte all'AIDS[2]. La probabilità di morire al di sotto dei 5 anni di età per maschi e femmine in Mali nel 1999 era rispettivamente del 240 e del 229 per mille; in Malawi le percentuali erano del 222 per mille per i maschi e del 215 per le femmine[1].

Un rapporto presentato alla 105ª riunione del Consiglio Esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma: "I tassi di mortalità sono diminuiti in tutto il mondo, sia per bambini che per gli adulti, eppure la disomogeneità dei tassi stessi sembra stia aumentando, con inversioni di tendenza in alcune delle parti più povere del mondo"[2].

L'OMS sostiene che il tasso di mortalità da solo sia un dato insufficiente per dare la misura dello stato di salute. L'OMS utilizza il criterio dell'aspettativa di salute, misurato paragonando l'aspettativa stessa alla malattia, prendendo quindi in considerazione non solo la morte prematura, ma anche l'arco di tempo di uno stato di cattiva salute. Le cause principali del cattivo stato di salute possono essere raggruppate in tre categorie: 1) incidenti; 2) malattie di tipo non contagioso; 3) malattie di tipo contagioso, materne, perinatali e nutrizionali. Mentre le cause principali della cattiva salute nella regione africana dell'OMS appartengono al terzo gruppo, le Americhe, l'Eu-

ropa ed il Pacifico Occidentale sono dominati da malattie non contagiose.

L'OMS ha sviluppato degli scenari sanitari per aiutare i politici che si occupano della sanità a prendere decisioni su investimenti in termini di risorse umane, infrastrutture materiali, ricerca e sviluppo. Uno di tale scenari suggerisce: "Si suppone che le cause che influenzano il peso globale della malattia si sposteranno da un modello dominato da malattie contagiose che uccidono i bambini più poveri verso un modello dominato da malattie non contagiose e da incidenti. Le principali cause previste includeranno l'ischemia cardiaca, la depressione e gli incidenti stradali, seguiti dall'ictus, dalle malattie polmonari ostruttive e quindi dalle infezioni delle basse vie respiratorie, la tubercolosi, presumibilmente le guerre, la dissenteria e l'HIV/AIDS"[2].

Riforma del sistema sanitario

La maggior parte dei paesi in via di sviluppo e dei paesi in fase di transizione hanno vissuto e stanno vivendo processi di riforma nel settore sanitario. Le forze esterne dovute sostanzialmente alle condizioni macroeconomiche hanno incentivato queste riforme. Le riforme del servizio civile e la ristrutturazione delle istituzioni economiche in accordo alle richieste del Fondo Monetario Internazionale e della Banca Mondiale si prefiggono di raggiungere l'efficienza in diversi settori. Le riforme puntano propriamente a migliorare l'equità, l'efficacia, l'efficienza e la soddisfazione degli utenti[3, 1].

Bennett et al. nel loro libro del 1997 *Private health providers in developing countries*[4] indicano in un ruolo più modesto per i governi la *"reform agenda"* promossa dalla Banca Mondiale in *Financing health care: an agenda for reform* (Banca Mondiale 1987). Si è così avuto un incremento nell'attività del settore privato, come la concessione in appalto dei servizi sanitari (nel Regno Unito), la aumentata concorrenza fra fornitori, mercati gestiti, ospedali autonomi e la crescita degli ospedali privati. Anche il decentramento è stato individuato come uno stimolo per la crescita del settore privato.

Queste riforme hanno spesso avuto delle conseguenze non volute per il settore della salute, soprattutto per i poveri. Una "Tavola Rotonda sulle riforme dei servizi pubblici e i loro effetti sul personale del settore sanitario", tenutasi presso la Fondazione tedesca per lo Sviluppo Internazionale e sponsorizzata dalla Organizzazione Internazionale del Lavoro insieme alla Organizzazione Mondiale della Sanità, ha evidenziato i seguenti effetti sugli operatori sanitari[5]:

– abbattimento dei salari (ad esempio in Camerun, Uganda);

– disoccupazione del personale sanitario o demotivazione a causa delle incerte condizioni di lavoro;

– agitazioni degli operatori, manifestate con rallentamenti e scioperi;

– passaggio degli operatori dal settore pubblico al settore privato, dando luogo ad una riduzione complessiva del livello di qualità e di competenza nel settore pubblico.

I cambiamenti nell'ambito sanitario hanno avuto e continueranno ad avere degli effetti significativi sul modo in cui vengono addestrati gli operatori sanitari, sul lavoro che essi svolgono e su come sono organizzati e stipendiati per compiere questo lavoro.

La globalizzazione

La fuga di personale sanitario è stata per molti anni un problema notevole per i paesi industrializzati e per i paesi in via di sviluppo. Ogni anno un gran numero di medici e di infermieri specializzati lasciano i paesi in via di sviluppo. Adams e Kinnon[6] riferiscono che, sebbene il personale sanitario specializzato tenda ad andare nei paesi industriali del nord, c'è anche un flusso considerevole sud-sud. Per superare la carenza di medici, il Ghana sta assumendo medici da Cuba con contratti a tempo determinato tra i due paesi. La Giamaica sta assumendo personale infermieristico da paesi africani, incluso il Ghana. James Buchan e Fiona O'May, in un studio dedicato soprattutto alla mobilità infermieristica, concludono che: "La globalizzazione dei mercati e lo sviluppo di coalizioni per il libero scambio (ad esempio l'Accordo Nord Americano di Libero Scambio [NAFTA], l'Unione Europea [UE], il MERCOSUR), con una conseguente libera mobilità di lavoro, rappresentano fattori di grande e crescente importanza, se si esamina la mobilità internazionale del personale infermieristico"[7].

L'Accordo Generale sul Commercio e i Servizi (GATS) definisce quattro tipi di commercio: estero, movimento di consumatori, presenza commerciale straniera e movimento di fornitori di servizi. Facendo riferimento all'ultimo tipo, il passaggio di personale sanitario dai paesi poveri verso quelli più ricchi è già un problema serio. Adams e Kinnon fanno notare inoltre che se le barriere a questo tipo di movimento si sono ridotte per merito del GATS, senza una adeguata struttura di regolazione e senza un miglioramento delle condizioni di lavoro nel sistema sanitario nazionale ne risulteranno penalizzate l'equità, la qualità e l'efficienza.

La globalizzazione avrà i suoi effetti sugli operatori sanitari anche in altri modi, come il potenziale afflusso di ditte straniere nel settore sanitario e le richieste che esse potrebbero presentare sul mercato del lavoro nazionale e pubblico. Un aumento del commercio estero nei servizi sanitari come la telediagnosi e la telemedicina tramite l'informatica si ripercuoterà sull'istruzione, sull'addestramento e sulla disponibilità a sostenere gli operatori sanitari nelle aree non-urbane.

L'ambiente in cui gli operatori sanitari vengono istruiti e addestrati e in cui vivono, lavorano e sono essi stessi fruitori di servizi sanitari ha un impatto profondo sul loro morale, sulle loro decisioni e sulla loro produttività. La creazione di

operatori sanitari di tipo diverso, anche se spesso guidata da interessi professionali, dovrebbe in parte essere in funzione delle condizioni sanitarie del paese, dei cambiamenti macroeconomici, delle riforme del settore sanitario e di più ampi cambiamenti globali. Viene poco analizzata l'importanza relativa di questi differenti fattori ambientali.

Problemi attuali circa le risorse umane nel campo della sanità

Cattive condizioni di lavoro, stipendi inadeguati, mancanza di incentivi adatti, gestione non appropriata e carenza di strumenti di lavoro come le medicine essenziali e i beni di consumo sono fra i problemi più pressanti che affrontano gli operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo[8, 9, 1, 10]. Questo si traduce in squilibri nelle risorse umane nel campo della sanità, in gran parte dei paesi in via di sviluppo. Adams e Hirschfeld[8] dividono questi squilibri in quattro categorie:

– *squilibri nei numeri globali:* le differenze tra il numero di operatori sanitari di varie categorie e i numeri di cui un paese o la comunità ha bisogno e può permettersi;

– *squilibri nelle capacità o nell'insieme di capacità*: una disparità tra il tipo o il livello di addestramento e le capacità richieste dal sistema sanitario;

– *squilibri nella distribuzione*: una disparità in ambito geografico, professionale, pubblico/privato, istituzionale o nelle specializzazioni;

– *squilibrio tra le risorse umane per le politiche sanitarie e la politica della sanità nazionale:* una disparità nelle priorità del sistema sanitario e l'addestramento o l'impiego di operatori sanitari adatti.

Questi squilibri sembrano essere problemi cronici nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, se non in tutti. Mentre la penuria di professionisti sanitari è stata rilevata nella maggior parte dei paesi del mondo, sia industrializzati che in via di sviluppo, tale penuria sembra essere più grave in Africa e in Asia. Da un esame di 40 paesi condotto dall'OMS e da 18 studi analitici dei paesi, preparati da gruppi di lavoro per ogni paese appartenente a tutte le regioni dell'OMS, emerge che ogni categoria di squilibri può prendere forme diverse nelle varie regioni e paesi. Per esempio, in Africa la causa del problema sembra essere la bassa capacità di addestramento e la paga molto bassa, che danno luogo a problemi relativi alla conservazione del posto di lavoro e alla produzione. Nella regione del sud-est asiatico dell'OMS, il problema è dovuto più alla bassa distribuzione che alla produzione. Gli operatori sanitari sono spesso restii a lavorare in aree rurali.

Sui problemi che devono affrontare i politici e la classe dirigente per assicurare investimenti adatti sugli operatori sanitari incidono molti fattori complessi. Alcuni di questi fattori sono stati discussi qui sopra. Gilles Dussault, prima nella Facoltà di Medicina dell'Università di Montreal ed ora con la Banca Mondiale, indica i seguenti fattori che incidono sullo sviluppo degli operatori sanitari[3]:

– *fattori legali:* includono le leggi esistenti, nonché i regolamenti e i modi in cui essi sono applicate.

– *fattori economici:* la disponibilità di risorse sia nel settore pubblico che in quello privato, e le priorità economiche del governo.

– *fattori organizzativi*: la distribuzione tra le autorità centrali, regionali e locali delle responsabilità e del potere decisionale. Sono anche importanti il numero e la natura dei ministeri coinvolti nelle scelte politiche.

– *fattori tecnologici:* includono l'uso di nuove tecnologie della comunicazione come Internet e di applicazioni come la telemedicina. Questi strumenti possono influire in modo notevole sull'istruzione, l'addestramento e la pratica.

– *fattori socioculturali*: la posizione sociale dell'occupazione è una variabile importante che implica un certo grado di potere e di influenza politica. È anche importante la percezione dell'occupazione per uomini e donne.

– *fattori politici*: lo stato dei problemi sanitari all'ordine del giorno, il grado di consenso politico riguardo al bisogno di cambiamento, e la vicinanza di qualche gruppo di operatori sanitari al processo politico.

Questi fattori, insieme alle molti parti coinvolte come lo stato, i datori di lavoro, i produttori, i moderatori, i fornitori di servizi, gli organi rappresentativi, i consumatori e i finanziatori esterni[11], rendono lo sviluppo degli operatori sanitari molto difficile, complesso e politicamente sensibile.

Chi sono gli operatori sanitari?

C'è una vasta gamma di operatori sanitari, suddivisi per categoria in base al livello di istruzione e di formazione, ai compiti che essi svolgono, al grado di autonomia decisionale e ai sistemi nei quali lavorano. Gli operatori sanitari sono presenti nel settore pubblico, nel settore privato a fini di lucro e nel settore privato senza fini di lucro. Essi, nell'ambito del sistema sanitario, lavorano sia nel settore della fornitura personale che in quello della fornitura della popolazione in genere. L'ultimo gruppo viene spesso definito "fornitori di salute pubblica".

Gli operatori sanitari sono presenti anche nel settore del volontariato. Tradizionalmente chi si occupa di fornire le cure sanitarie a casa sono le donne, che si prendono cura dei bambini e degli anziani. Questo tipo di cura può essere considerato una cura volontaria. Un rapporto preparato dall'OMS per l'Assemblea Mondiale della Sanità, nel maggio del 1997, ha analizzato lo stato di professionisti sanitari non medici e non infermieri (le due categorie citate più di frequente). Il rapporto afferma che "il numero degli operatori sanitari non medici, infermieri od ostetriche può variare da un paese all'altro, da una dozzina fino a molte centinaia. Negli Stati Uniti d'America, per esempio, ci sono circa 250 tipi diversi di personale sanitario affine. Le tabelle 1 e 2 mostrano la vasta gamma di categorie di personale sanitario e la variazione esistente da paese a paese, come evidenziato dai dati delle regioni OMS del Mediterraneo Orientale e del sud-est asiatico"[12].

Tabella 1: Distribuzione di vario personale sanitario nella regione del sud-est asiatico

Categoria	Bhutan	Indonesia	Myanmar	Sri Lanka	Thailandia
Tecnici di laboratorio medico (TLM)		X	X	X	X
Tecnici di laboratorio	X	X	X		X
Radiologi	X	X	X	X	
Fisioterapisti	X	X	X	X	
Terapeuti professionali				X	
Farmacisti	X	X	X	X	X
Odontotecnici/Assistenti	X	X		X	X
Assistenti entomologici				X	
Terapeuti di Ist. Odontoiatrico (infermieri)		X		X	
Ispettori di sanità pubblica (supervisori)			X	X	
Assistenti femminili a domicilio			X		
Microscopisti				X	
Tecnici EEG				X	
Tecnici ECG				X	
Preparatori di composti galenici		X	X		
Ostetriche ausiliarie			X		
Assistenti sanitari	X		X	X	
Operatori sanitari della comunità	X				
Operatori sanitari di base	X		X		
Nutrizionisti/Assistenti nutrizionisti		X		X	
Personale dell'archivio medico		X		X	

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Regionale per il Sud-Est asiatico

Tabella 2: Elenco degli operatori sanitari nel Mediterraneo Orientale

Professionisti	Paramedici/tecnici	Ausiliari
Medici	Assistenti farmacisti	Aiutanti sanitari/assistenti
Dentisti	Assistenti medici	Assistenti sanitari
Farmacisti	Fisioterapisti	Impiegati degli archivi medici
Infermieri diplomati	Esperti di igiene pubblica	Operatori sanitari della comunità
Fisioterapisti	Radiologi	Assistenti alle nascite tradizionali
Ufficiali sanitari ambientali	Tecnici di laboratorio	Assistenti domiciliari
Tecnologi di laboratorio	Ottici	Addetti alle vaccinazioni
Ufficiali degli archivi medici	Tecnici e assistenti di archivi medici	Erboristi
Funzionari statistici	Tecnici CSSD	Terapisti tradizionali
Nutrizionisti	Odontotecnici	
Ingegneri di attrezzature mediche	Tecnici statistici	
Operatori medico-sociali	Audiometrici	
Psicologi	Tecnici ECG	
Microbiologi	Tecnici EEG	
Biochimici	Assistenti di sala operatoria	
	Dietologi	
	Tecnici protesici	
	Tecnici di attrezzature mediche	
	Tecnici di protesi dentarie	
	Esperti dell'alimentazione	
	Anestesiologia/Tecnici ICU	

Questo elenco è esplicativo ma non necessariamente esauriente.
Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Regionale per il Mediterraneo Orientale

Il rapporto mostra come le differenze nella nomenclatura e nella classificazione da un paese all'altro rendono molto difficile i paragoni tra i vari paesi degli operatori sanitari. Le definizioni possono essere fuorvianti: una certa categoria di personale sanitario può avere una formazione diversa e differenti responsabilità nei vari paesi. Inoltre le categorie di personale sanitario sono state adattate alle necessità e alle priorità in evoluzione e alle nuove opportunità di lavoro, cambiandone le designazioni o modificando il punto focale del loro lavoro.

Vi sono esempi in luoghi molto

diversi come l'America Latina, il Pakistan e la Federazione Russa. In molti paesi latinoamericani, gli operatori sanitari della salute primaria sono stati addestrati specificamente per aiutare a migliorare l'igiene ambientale, una iniziativa che è stata incentivata da un scoppio di colera nella regione. In Pakistan e in Bhutan un gran numero di operatrici sanitarie è stato addestrato per migliorare l'accesso all'assistenza di famiglie in aree remote. In Russia, i "feldshers" – il cui ruolo come assistenti medici e operatori della salute pubblica, soprattutto nelle aree rurali, è stato ben noto per decenni – hanno assunto ora nuove funzioni come quella di provvedere all'assistenza sanitaria di emergenza nelle grandi città o quella di prestare servizio nell'ambito della medicina del lavoro nelle fabbriche.

Il rapporto esamina poi il complesso delle responsabilità degli operatori sanitari: i servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione. In qualche caso, i servizi di promozione e prevenzione costituiscono la parte fondamentale del lavoro di alcune categorie del personale sanitario (per es. ispettori della salute pubblica, educatori della salute, ufficiali sanitari ambientali). La cura della riabilitazione basata sulla comunità diventa sempre più importante poiché la popolazione anziana è in aumento, fatto che provoca un onere crescente di malattie croniche e degenerative, di disturbi mentali e di infortuni.

Mentre assistiamo ad una crescita degli operatori sanitari della comunità di base, aumenta anche la specializzazione nei paesi più industrializzati. Questo deriva in parte dall'aumento della tecnologia medica e della conoscenza scientifica.

Poiché i sistemi sanitari cercano di adeguarsi ai cambiamenti demografici, epidemiologici e tecnologici, viene maggiormente evidenziato il ruolo di altri professionisti come i lavoratori sociali, gli educatori scolastici, i nutrizionisti, gli ambientalisti e gli altri operatori più collegati alla prevenzione piuttosto che alla cura.

In molti paesi in via di sviluppo vi è un numero consolidato di operatori sanitari tradizionali. In alcuni paesi africani (per es. Ghana e Uganda) si cerca di incorporare sempre di più questi operatori nel sistema sanitario, sviluppando meccanismi per controllare i livelli degli operatori. Nei paesi industrializzati è in aumento l'uso di medicine tradizionali e di categorie come agopuntori, erboristi e massoterapisti.

I nuovi operatori sanitari

I paesi industrializzati, come pure i paesi in via di sviluppo, hanno cominciato ad usare o a pensare di usare i cosiddetti "nuovi" operatori sanitari, come assistenti sanitari "generici" multispecializzati, infermieri professionisti, infermieri anestesisti e assistenti di medici. Buchan e Dal Poz[13] sostengono infatti che il nuovo operatore è spesso un'occupazione esistente o una categoria con capacità supplementari o con una funzione ampliata. Molti di questi ruoli modificati sono in una delle quattro categorie qui di seguito riportate:

– "multispecializzazione", o ruoli estesi per un "tradizionale" operatore di appoggio: "catering", trasporto di pazienti, pulizie e doveri religiosi;

– multispecializzazione – "addestramento incrociato" – o ruoli estesi per assistenti di cura ed ausiliari (per es. operatori sanitari di comunità del programma sanitario familiare in Brasile);

– ruoli estesi per gli attuali professionisti sanitari (per es. infermieri professionisti);

– nuovi ruoli tecnici (per es. in chirurgia o anestesia, come in Mozambico).

Conclusione

Lo sviluppo e l'uso degli operatori sanitari sono condizionati dal contesto nel quale questi lavorano e dagli ambienti che definiscono come e dove, con quanta autonomia e con chi esercitano. I cambiamenti demografici, epidemiologici e tecnologici, nonché le carenze ed i costi, hanno dato luogo alla creazione di nuove categorie di operatori sanitari. Comunque, l'introduzione di questi nuovi operatori non deriva spesso da uno studio accurato e dalla dimostrazione dell'efficacia di una nuova categoria.

C'è bisogno di tracciare la situazione attuale riguardo all'introduzione di nuovi operatori. Dovrebbe essere valutato il loro impatto sulla cura dei pazienti e sul rapporto costi-benefici. Inoltre, le diverse basi logiche ed i metodi per impiegare nuovi operatori devono essere analizzati per determinare ciò che funziona e ciò che non funziona, e in quali condizioni.

L'OMS sta avviando un programma biennale per sviluppare la base delle conoscenze circa la rea-

lizzazione e gli effetti dell'utilizzo di "nuovi" operatori nel sistema sanitario. Questo sforzo si propone di creare strumenti decisionali per assistere i politici, la classe dirigente del sistema sanitario e gli operatori sanitari, al fine di determinare il probabile impatto che si avrà impiegando tipi specifici di nuovi operatori, identificando e aiutando a valutare le scelte sull'efficacia dei metodi di tale impiego.

Dott. ORVILL B.R. ADAMS
Direttore
Dipartimento della Organizzazione della Distribuzione dei Servizi Sanitari
Organizzazione Mondiale della Sanità
Ginevra, Svizzera

Fonti

[1] *The world health report 2000 - Health systems: improving performance.* Geneva, World Health Organization, 2000.

[2] *Trends and challenges in world health. World Health Organization Executive Board, 24-29 January 2000.* Geneva, World Health Organization, 2000 (documento non pubblicato EB105/4).

[3] DUSSAULT G., *Human resources develop-*

ment: the challenge of health sector reform. Washington, DC, World Bank, 1999 (documento non pubblicato, preparato per *Human Development of the Latin American and the Caribbean Region*).

[4] BENNETT S., MCPAKE B., MILLS A., *Private health providers in developing countries.* London and Atlantic Highlands, New Jersey, USA, Zed Books Ltd., 1997.

[5] *Public service reforms and their impact on health sector personnel. Round table, Berlin, 13-15 October 1999.* Berlin, German Foundation for International Development, 2000.

[6] ADAMS O., KINNON C., *A public health perspective.* In: ZARRILLI S., KINNON C., eds. *International trade in health services. A development perspective.* Geneva, United Nations and World Health Organization, 1998:35-54.

[7] BUCHAN J., O'MAY F., *Globalization and healthcare labour markets. A case study from the United Kingdom.* Edinburgh, Queen Margaret University College, 1999 (non pubblicato).

[8] ADAMS O.B., HIRSCHFELD M., *Human resources for health. Challenges for the 21st century. World Health Statistics Quarterly,* 1998, 51:28-32.

[9] EGGER D., LIPSON D., ADAMS O., *Human resources for health. Issues in health services delivery. Discussion paper no.* 2. Geneva, World Health Organization, 2000 (documento non pubblicato WHO/EIP/OSD/00.2; disponibile su richiesta presso: *Department of Organization of Health Services Delivery, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland*).

[10] BERCKMANS P., *Initial evaluation of human resources for health in 40 African countries.* Geneva, World Health Organization (in preparazione).

[11] MARTINEAU T., MARTINEZ J., *Human resources in the health sector. Guidelines for appraisal and strategic development.* Brussels, European Commission, 1997.

[12] *Reorientation of the education and practice of health care providers other than doctors, nurses and midwives.* Geneva, World Health Organization, 1997 (documento di base preparato per la 48ª Assemblea Mondiale della Sanità, risoluzione WHA48.8, *Reorientation of medical education and medical practice*).

[13] BUCHAN J. M'D., DAL POZ M.R., *Role definition, skill mix, multi-skilling and "new" workers.* Geneva, World Health Organization, 2000 (non pubblicato).

MARY HEALEY-SEDUTTO

IV: Nuove malattie infettive emergenti. La globalizzazione della crisi della salute pubblica nel nuovo millennio

Mentre ci avviciniamo rapidamente alla chiusura del nostro Giubileo dell'Anno 2000, è opportuno guardare alla salute della nostra società con un occhio verso il futuro e cercare di comprendere come, in quanto Chiesa, dobbiamo testimoniare le nostre convinzioni attraverso azioni dirette ad aumentare il benessere e la salute della famiglia umana globalizzata. Nell'omelia dell'11 febbraio 2000 il Santo Padre ha ricordato che "come il Buon Samaritano, ogni credente deve offrire amore a chi vive nella sofferenza. Non è consentito 'passare oltre' di fronte a chi è provato dalla malattia. Occorre piuttosto fermarsi, chinarsi sulla sua infermità e condividerla generosamente"[1]. Noi che abbiamo ricevuto la grazia di poter servire il ministero sanante di Gesù, abbiamo bisogno di lanciare una sfida a noi stessi e cercare la maniera creativa che permetta anche a noi di "fermarci, curare e condividere".

Nel 1993, l'industria cinematografica californiana produsse un film intitolato *Demolition Man*, che per ovvie ragioni, non riscosse un grande successo nelle sale americane. Tuttavia in vari modi fu estremamente profetico su come sarebbe stato il mondo nell'anno 2032. *Demolition man* ci porta in un viaggio avveniristico nel tempo, in un luogo della California meridionale dove le forze sfrenate della globalizzazione hanno decisamente preso il controllo. È un tempo in cui la gioia, l'allegria o la felicità hanno poco di genuino. Secondo i produttori del film, nell'anno 2032 ci sarebbero state straordinarie limitazioni alle libertà personali, tra cui sarebbe stato illegale procreare senza un permesso. Poiché la società pienamente globalizzata era diventata tanto fragile, un controllo governativo estremo era visto come l'unica soluzione possibile alla minaccia di un collasso globale completo. Il film mostra poi come si sarebbe evoluta la nostra società, uniformandosi, standardizzandosi e prendendosi cura di se stessa; lo spettatore poteva rendersi conto di come le forze della globalizzazione avevano profonde conseguenze politiche, economiche e sociali sulla salute pubblica.

Pur essendo una satira, il messaggio di *Demolition Man* resta valido. L'impatto della globalizzazione sulla società – in particolare sulla salute pubblica della società – pone alla comunità internazionale significative questioni di giustizia, etica ed economia. Mentre cresce il numero di coloro che vivono e viaggiano liberamente per il mondo, e molte delle nostre megalopoli sono sovraffollate e hanno condizioni igieniche scadenti; mentre alteriamo sempre più i nostri ambienti naturali e il loro clima e manipoliamo geneticamente il nostro bestiame e la nostra catena alimentare; mentre le persone transitano rapidamente in aree esposte a malattie a loro prima sconosciute e aumentano gli insetti che trasmettono le malattie nelle aree a maggiore densità di popolazione, noi acceleriamo il fenomeno generale della globalizzazione e ne sperimentiamo sia i vantaggi che gli svantaggi.

La Buona Novella e la Cattiva Novella della Globalizzazione

I Professori Alan Feranil[2] e David Fidler[3], cittadini americani, ci rammentano che, mentre la globalizzazione ha portato ad una maggiore condivisione di conoscenze e tecnologie mediche e alla rimozione di molte barriere internazionali, essa ha anche aperto il vaso di Pandora con i suoi effetti dannosi sulla salute pubblica. Oggi i viaggi internazionali avvengono velocemente e le malattie tradizionalmente confinate in regioni specifiche vengono trasportate dal viaggiatore in terre lontane. La natura globale della lavorazione, del trattamento e della distribuzione alimentare ha esposto tutto il mondo a microrganismi prima locali e limitati a ristrette zone del globo. La sovrappopolazione e la densità abitativa provocano condizioni igieniche scadenti e la diffusione di malattie contagiose. Entrambi gli scienziati sostengono che la globalizzazione ha portato come risultato l'eliminazione della distinzione tradizionale tra salute pubblica nazionale e salute internazionale; il più convincente dei numerosi esempi riportati a sostegno della loro tesi è forse il richiamo alla crisi globale delle malattie infettive emergenti e riemergenti. È precisamente di questo argomento che parleremo oggi.

Il Dott. Anthony Fauci, Direttore del *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* degli Stati Uniti e famoso specialista in malattie epidemiche e infettive, ha lanciato un invito alla prudenza, poiché egli ritiene – e lo ha ripetutamente dichiarato – che la vera crisi del nuovo millennio è rappresentata dalla mutazione dei microbi che resistono a un numero sempre maggiore di medicinali. Allarmato dalle epidemie africane e asiatiche di AIDS, l'agenzia del Dott. Fauci ha destinato più di metà del suo bilancio per l'HIV allo sviluppo di un vaccino per l'AIDS. Mentre egli è personalmente ottimista che entro la prossima decade sarà disponibile un vaccino moderatamente efficace, non si pronuncia sul costo o sul grado di disponibilità globale.

Casi di febbre gialla apparsi sia negli Stati Uniti che in Svizzera nel 1996 sono stati riscontrati in turisti che viaggiavano in regioni dove è presente la febbre gialla endemica senza essersi sottoposti alle necessarie vaccinazioni. Al ritorno nei loro Paesi d'origine, hanno portato con sé una malattia che la maggior parte degli specialisti in malattie infettive considerava da tempo debellata nel proprio Paese. Questo esempio sta purtroppo diventando un luogo comune.

Nell'estate del 1999 e in quella del 2000 New York e le aree circostanti hanno assistito alla comparsa della cosiddetta Febbre del Nilo Occidentale, un'encefalite provocata da una zanzara, che ha causato la morte di oltre 10.000 tra uccelli e altri animali ma anche di sette persone anziane. Gli epidemiologi hanno riscontrato il virus nei viaggiatori che avevano visitato l'Africa. Questo stesso virus è ora quasi di proporzioni epidemiche in Israele, con otto morti e oltre 120 casi di diagnosi di malattia confermati. A New York la diffusione aerea e sul terreno di insetticidi ogni due o tre giorni durante i mesi estivi ha presupposto un onere finanziario sui bilanci locali per la salute pubblica in quelle regioni, per non parlare degli inconvenienti arrecati alla vita normale. Come residenti di quell'area fummo avvertiti di chiudere l'aria condizionata, sbarrare le finestre, restare a casa e non permettere neanche agli animali di avvicinarsi alle aree toccate dalla disinfestazione. La notizia sconfortante fu che il vettore di identificazione della malattia nel 2000 era molto maggiore che nel 1999, e i funzionari della sanità stavano studiando cosa fare per l'estate del 2001. E mentre agli inizi furono trovati infetti soltanto gli anziani e le persone deboli, più recentemente i casi diagnosticati comprendevano diverse persone di età media o individui in buona salute.

La febbre gialla e la Febbre del Nilo Occidentale sono soltanto due esempi di come il viaggio globalizzato abbia dato luogo alla trasmissione di malattie dai Paesi del Terzo Mondo a quelli del mondo industrializzato[4]. Ovviamente occorre prodigarsi molto per una maggiore educazione dei viaggiatori internazionali, così come per controlli e politiche nel campo della salute pubblica che regolino il viaggio internazionale.

Cosa sono le malattie infettive emergenti e i fattori che contribuiscono alla loro proliferazione?

Le malattie infettive emergenti o EID (*emerging infectious diseases*) sono malattie che provengono da infezioni di recente identificazione, sia virali che batteriche, con il potenziale di causare problemi alla salute pubblica sia a livello locale che nazionale o internazionale. Il virus da immunodeficienza acquisita (HIV) che causa l'AIDS fu isolato per la prima volta nel 1983 in una EID, e nel giugno del 1998 (solo 15 anni dopo) si stimò che ne fossere infette 30.600.000 persone in tutto il mondo, mentre l'aspettativa di vita dei bambini nati nell'Africa sub-Sahariana è oggi inferiore ai 40 anni[5].

Una nuova variante del morbo di Creutzfeldt-Jakob è stata identificata per la prima volta in Gran Bretagna nel 1996 e si ritiene che sia lo stesso agente responsabile dell'encefalite spongiforme bovina o dell'epidemia da "morbo della mucca pazza" degli anni Ottanta, che infettò migliaia di capi di bestiame in Gran Bretagna e in Europa. Il significato di questa particolare variante virale è che le malattie, che inizialmente si credevano dannose e limitate agli animali, sono diventate pericolose anche per gli esseri umani. È anche significativo il fatto che quanto è iniziato in Inghilterra si sia poi rapidamente diffuso in tutta Europa. Uno dei tanti effetti della globalizzazione è stato l'abbattimento delle barriere commerciali. Dobbiamo ricordare che il 70% di tutti i frutti e i vegetali consumati negli Stati Uniti e che oltre il 45% di tutto il pesce consumato internazionalmente sono importati dai Paesi in via di sviluppo. Non esiste più un margine di sicurezza relativo al trattamento del cibo e alle norme di lavorazione specifiche di una singola nazione. I confini nazionali stanno rapidamente diventando privi di significato.

Non solo assistiamo alla com-

parsa di nuove malattie virali e batteriche, ma sperimentiamo anche una crescita veloce del numero di batteri che sono oggi pericolosamente e progressivamente resistenti ad un'allarmante varietà di antibiotici. Escherichia coli, Neisseria gonorrhera, pneumococcus e staphyloccus aureus spesso non rispondono più ai medicinali di più basso costo che rientrano nella prima linea tradizionale di difesa. L'effetto di queste mutazioni virali e batteriche è un regime di trattamento più costoso, spesso fuori della portata della maggioranza delle persone che vivono nei Paesi del Terzo Mondo. Gli oneri che gravano sui Paesi del Terzo Mondo per ottenere l'accesso ad ap-

propriate e adeguate forniture di medicinali e di vaccini terapeutici stanno oggi diventando esponenzialmente condizionati dagli effetti di tali mutazioni. Ma gli effetti delle mutazioni microbiche si avvertono anche nei Paesi industrializzati. Negli Stati Uniti oltre 14.000 persone muoiono ogni anno di infezioni microbiche nosocomiali resistenti – infezioni contratte in ospedali come effetto secondario dei motivi dell'ospedalizzazione.

La mutazione delle tendenze virali e batteriche è strettamente collegata a un altro problema ancora: quello del troppo e del troppo poco. Nei Paesi industrializzati assistiamo ad un modello piuttosto nocivo di eccesso di utilizzazione e di utilizzazione impropria di antibiotici. Negli Stati Uniti e nell'Europa Occidentale vediamo modelli molto allarmanti di prescrizioni mediche di antibiotici in casi in cui spesso non c'è una situazione evidente che sostenga l'appropriatezza della terapia. I pazienti si recano dai loro medici lamentando un disturbo e aspettandosi di andarsene con una prescrizione. Il presidente dell'*American Medical Association*, il Dott. Randolf Smoak Jr., ammette tristemente che quando i medici sono "spinti a visitare i pazienti sempre più rapidamente, diventa una grande tentazione prescrivere semplicemente un antibiotico piuttosto che spendere cinque minuti a spiegare a una madre perché sarebbe meglio nel tempo non prescriverlo"[6]. Anche nei casi in cui ai malati viene spiegato che la loro malattia è di tipo virale, come un raffreddore o un'influenza, per cui gli antibiotici non sono di aiuto, i pazienti insistono affinché vengano loro prescritti. Un microbiologo della compagnia farmaceutica Eli Lily ha recentemente completato una ricerca che mostra come oltre il 40% degli antibiotici prescritti per infezioni respiratorie e auditive non sia appropriato e come oltre il 90% delle famiglie di staphylococcus aureus sia oggi resistente alla penicillina e agli antibiotici correlati[7].

Nei Paesi del Terzo Mondo assistiamo ad un uso improprio e insufficiente. È fin troppo comune vedere come tutte le persone che vivono nei Paesi del Terzo Mondo acquistino le loro medicine in "farmacie" locali, ove il totale dei farmaci che acquistano è insufficiente alla durata del trattamento necessario, e la stessa qualità delle medicine lascia molto a desiderare. Assumere medicine soltanto per due o tre giorni, fintanto cioè che i sintomi esternamente visibili diminuiscono, è spesso la pratica per quanti sono poveri dal punto di vista medico e finanziario; tali pratiche non fanno altro che permettere alle malattie di cui soffrono di trasformarsi in fonti di infezione persino più forti e ricorrenti, che possono non rispondere più alla cura iniziale, migliore e meno cara, scelta all'inizio. Molti proprietari di queste "farmacie" gestite a fine di lucro e privatamente sostengono che, pur sapendo che è necessario un regime di trattamento più lungo, vendono ugualmente questi medicinali perché il paziente può permettersi di comprarne soltanto per periodi di uno o due giorni.

Benché sia stato promesso qualche aiuto relativo alla mancanza di disponibilità di medicinali nei Paesi del Terzo Mondo, come l'impegno della Merck & Company di fornire 100 milioni di dollari di vaccini ai bambini poveri dell'Africa sub-Sahariana e del Sud Est Asiatico[8], le sfide sono ancora ben lontane da una soluzione. Insieme con la Merck & Company, la Smith Kline Beecham, l'American Home Products e Aventis hanno promesso di incrementare il loro impegno nella ricerca e nello sviluppo di nuovi vaccini. La Global Alliance for Vaccines and Immunizations, un'organizzazione senza scopo di lucro che sostiene questo impegno, riconosce che occorre uno sforzo combinato tra governo, industria e filantropia per assicurare che nuovi vaccini vengano rapidamente prodotti e immessi sul mercato a prezzi sostenibili per coloro che ne hanno maggiormente bisogno.

Un terzo e forse più difficile aspetto delle EID è quello di essere associate a mutamenti ambientali e climatici. La Febbre della Rift Valley è una malattia che colpisce soprattutto le pecore e si riscontra principalmente in Africa. Le persone a contatto con gli animali infetti diventano esse stesse infette e soffrono a loro volta di retinite, encefalite, emorragia, cecità e infine muoiono. Nel 1997 e nel 1998 il Kenya e la Somalia hanno avuto insolitamente piogge molto forti; questo cambiamento climatico e ambientale ha colpito il bestiame di quei Paesi, portando a vaste esplosioni di questa malattia. La febbre di Dengue, che ha costituito un importante problema nel Sud Est Asiatico dalla metà degli anni Cinquanta, è ricomparsa violentemente in America Centrale e Meridionale negli anni 1990, e dal 1997 si sono verificate epidemie in 24 Paesi. Nel 1998, durante un breve viaggio in Costa Rica, ho avuto l'opportunità di incontrare funzionari governativi del Mini-

stero della Sanità; una delle loro principali preoccupazioni al tempo della mia visita riguardava la possibilità di fornire medicinali alla popolazione in un villaggio lontano e montagnoso dove si era verificata un'esplosione di Dengue. Poiché la temperatura del pianeta sta salendo, malattie una volta circoscritte a certe regioni tropicali più calde stanno ora diffondendosi anche sulle montagne, in terre una volta troppo fredde per sostenere un'invasione di zanzare, che sono spesso il veicolo di trasmissione della malattia in questione. Paesi già stressati dai costi per mantenere attivo il controllo sulle zanzare nelle aree tradizionalmente ad alto rischio non possono gestire i costi di una copertura geografica più grande dei loro programmi.

Se i suddetti problemi non fossero già troppi, dobbiamo anche affrontare l'uso crescente di alimentare il bestiame con bassi livelli di antibiotici per provocarne una crescita maggiore e più veloce. Tale pratica ha il risultato di rendere batteri, virus e parassiti resistenti ai medicinali in quegli animali, mutando, sopravvivendo e infine infettando gli esseri umani. Riconoscendo gli effetti della distruzione globalizzata di molte barriere commerciali internazionali, l'Unione Europea ha identificato l'allarmante potenziale di epidemie continentali e ha già vietato l'uso di vari antibiotici e integratori alimentari. Negli Stati Uniti la Food and Drug Administration è stata più lenta a reagire su vasta scala a seguito di una forte pressione da parte delle lobbies farmaceutiche e degli allevatori. Considerazioni economiche e politiche di protezione dei prezzi appaiono essere al di fuori delle preoccupazioni nazionali e internazionali per la salute pubblica.

Il Rapporto 1996 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sottolineava la natura globalizzata delle malattie infettive emergenti[9]. Pur evidenziando i significativi progressi compiuti dalla comunità mondiale dopo la II Guerra Mondiale nel combattere le malattie infettive e nel portare sul mercato nuovi antibiotici, l'OMS non è altrettanto ottimistica per il futuro. La sua conclusione che le malattie infettive saranno sotto controllo se si manterranno gli sforzi attuali, presuppone che la comunità internazionale abbia la capacità di impegnarsi a farlo. Purtroppo la prova a sostegno di questa supposizione sembra mancare, e l'enorme quantità di pubblicazioni disponibili dal 1996, compresi i documenti della stessa OMS, sembra convalidare questa osservazione.

Giustizia ed Etica applicate alle EID

Esiste poi un insieme di nuove pubblicazioni che esaminano gli aspetti morali e filosofici della globalizzazione e i suoi effetti particolari sulla salute pubblica internazionale. Forse uno degli approcci più appassionanti a questo argomento è stato offerto dal filosofo Professor Dale Jamieson[10], nel suo trattato "Responsabilità globali: giustizia ed etica nell'era della salute pubblica globalizzata". Uno dei tanti esempi di dilemma etico citati nello studio affronta il paradosso che ci siano oggi 270 milioni di persone al mondo che soffrono di malaria. A causa dell'aumento della temperatura e del conseguente aumento della diffusione del parassita malarico altri 620 milioni di persone potrebbero venirne infettate entro un periodo di tempo relativamente breve. Quali sono gli obblighi morali di coloro che hanno il potere e l'autorità di mitigare o prevenire questo surriscaldamento globale? Quali sono gli obblighi morali di coloro che scelgono di usare le loro risorse economiche, politiche e/o legali per altri scopi, come ad esempio il raggiungimento di un maggiore profitto? Quali sono gli obblighi morali di coloro che non sono toccati direttamente dal generale aumento di temperatura, ma hanno indirettamente il potere e/o le risorse per intervenire per ridurla? Vorrei aggiungere a questa lista: qual è l'imperativo della Chiesa e della sua leadership nella cura della salute per unirsi in una difesa attiva contro la proliferazione di malattie ed epidemie?

In una discussione come quella che stiamo avendo qui oggi, deve essere esaminata anche l'etica organizzativa e corporativa. La Pharmaceutical Pfizer invia con una certa trepidazione milioni di dosi del suo antibiotico Zithromax in Africa e in Asia, nel tentativo di trattare varie forme di epidemie in quei Paesi. Lo Zithromax è uno degli antibiotici più popolari e di maggior successo dei nostri tempi, e la sua vendita genera alla Pfizer entrate per un miliardo di dollari l'anno. Il loro timore è che questi medicinali donati all'Africa e all'Asia possano trovare la via del ritorno nei Paesi industrializzati attraverso i canali del mercato nero e minacciare significativamente le loro vendite in quei Paesi ove una fornitura di cinque giorni di compresse può costare ben oltre i 50 dollari. Si può ben comprendere la loro posizione. D'altra parte, possono per questo astenersi dal dare il loro aiuto nella crisi globale delle EID? Il Treaty on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights fu formulato con l'intento di porre un freno alla pratica di produrre medicinali copiati, aggirando la protezione dei brevetti. A maggio del 2000 l'Ufficio del Presidente degli Stati Uniti ha emesso una dichiarazione in cui si affermava che non ci sarebbe più stata opposizione alle nazioni africane che violavano le leggi americane relative alle licenze al fine di ottenere medicinali per l'AIDS. Il Segretario del Department of Health and Human Services degli Stati Uniti, Donna Shalala, ha parlato di questa posizione come di un delicato "atto di equilibrio" tra i diritti di autore e i diritti umani delle persone nei Paesi del Terzo Mondo[11]. È interessante notare che due giorni dopo il proclama del Presidente, cinque delle più grandi compagnie farmaceutiche hanno annunciato la loro volontà di ridurre dell'80% i prezzi dei loro medicinali contro l'AIDS venduti in Africa, compresi i loro preparati anti-retrovirali.

Ciò su cui queste compagnie insistono è un impegno da parte dei Paesi africani a non continuare a violare i diritti nella produzione di tali medicinali.

Qualsiasi discussione sull'etica e sulla giustizia non deve concentrarsi soltanto sulla prospettiva nazionale e internazionale, ma anche tenere conto delle responsabilità e dei comportamenti individuali. Non si può trascurare il fatto che i cambiamenti dei comportamenti individuali negli ultimi decenni hanno contribuito al problema delle EID. Durante gli ultimi 20 o 30 anni abbiamo visto il proliferare di comportamenti sessuali, che sono stati spesso definiti come "rivoluzione sessuale", in cui rapporti sessuali con più partners e con partners dello stesso sesso hanno prodotto un'esplosione della trasmissione delle malattie sessuali. Una scarsa igiene personale e comunitaria, l'uso di droghe, il sovraffollamento nelle residenze familiari, e anche una mancanza di responsabilità per la propria salute e il proprio benessere in materia di diete appropriate, regimi terapeutici e un equilibrato stile di vita, hanno contribuito alla comparsa e alla ricomparsa delle malattie infettive.

C'è un altro modo di guardare il rapporto tra malattie infettive e giustizia sociale, e cioè il dibattito della libertà individuale contro il bene comune della società. Se scelgo di non sottopormi al vaccino anti-influenzale e sono chiaramente una persona ad alto rischio di contrarre l'influenza, sono libero di farlo se danneggerò la salute degli altri? La mia decisione di non prendere precauzioni può nuocere alla salute di altri che, avendone l'opportunità, vorrebbero essere protetti dall'infezione. C'è un imperativo morale di prendere precauzioni per la salute pubblica non solo per se stessi, ma anche per il bene della propria famiglia, così come della comunità? Alcuni sosterrebbero di sì[12].

Conclusione

La salute è un bene fondamentale a cui ciascun essere umano ha diritto e un dovere personale da proteggere e alimentare. I diritti e i doveri associati alla salute sono individuali, sociali e comuni, e devono essere considerati sia nel contesto individuale che sociale. Le decisioni che gli individui, le comunità, le corporazioni e le nazioni prendono hanno effetti diretti e indiretti sul bene comune generale della società globale. La lettera pastorale dei Vescovi degli Stati Uniti sull'economia dichiara quanto segue.

"Quasi mezzo miliardo di persone soffre cronicamente la fame, nonostante gli abbondanti raccolti a livello mondiale. Quindici bambini su 100 nati in Paesi del Terzo Mondo muoiono prima dei cinque anni, e i milioni che sopravvivono sono fisicamente o mentalmente ritardati. La loro miseria non è il risultato inevitabile del corso della storia o della natura intrinseca delle loro culture, ma il prodotto di decisioni e di istituzioni umane"[13].

In sintesi tutti i suddetti elementi, la comparsa di nuovi ceppi batterici e virali, la mutazione delle specie esistenti in specie resistenti ai medicinali, i cambiamenti climatici e ambientali, il sovraffollamento globale, le carenti condizioni igieniche, l'uso improprio di antibiotici nel bestiame e l'uso errato di antibiotici sia nei Paesi del Terzo Mondo che in quelli industrializzati, l'accresciuta trasmissione di microbi patogeni a causa della globalizzazione e dell'aumento del commercio, del viaggio e della produzione internazionale, i cambiamenti nei comportamenti personali e sociali e le decisioni politiche di nazioni e corporazioni, tutto ciò contribuisce alla nostra incapacità globale di controllare l'evoluzione e la diffusione di malattie, un fenomeno cui dobbiamo oggi riferirci con il nome di "malattie infettive emergenti".

Gli scritti abbondano di dati che suggeriscono come le EID rappresentino una crisi internazionale della salute pubblica. Chiaramente la comunità internazionale deve arrivare a riconoscere che la globalizzazione della salute pubblica ha presentato sfide di enorme misura e complessità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Chiesa sono forze leaders nella comunità internazionale. Noi come Chiesa, uno dei più importanti acquirenti e fornitori di assistenza sanitaria nel mondo, dobbiamo continuare a sollevare e ad affrontare questo problema; ad offrire, con giustizia e compassione, la nostra voce e la nostra determinazione alla causa rivolta ad invertire l'ondata delle malattie infettive emergenti.

MARY HEALEY-SEDUTTO, PH.D.,
Presidente e CEO
Catholic Health Care
Aricidiocesi di New York

Note

[1] *Omelia del Santo Padre*, in occasione del Giubileo del Malato e degli Operatori Sanitari, 11 Febbraio 2000. Vaticano.

[2] FERANIL, ALAN B., PH.D., *The Other Side of Globalization; A Threat to Public Health*?, Philippine Council for Health Research and Development, 1998, www.pchrd.dost.gov.ph/press_release/globalization.html.

[3] FIDLER, DAVID P., *The Globalization of Public Health; Emerging Infectious Diseases and International Relations,* Proceedings from the Symposium on The Public's Health in the Global Era; Challenges, Responses and Responsibilities, Harvard Law School, 1997.

[4] TANGLEY, LAURA, *Germs and Sickness in a shrinking World; Are Beasts and Humans Too Close for Comfort?*, U.S. News & World Report May 22, 2000.

[5] World Health Report 2000 – *World Health Organization Assesses the World's Health Systems*, www.who.int/whr/2000/en/press_release.htm.

[6] KAUFMAN, MARC, *Microbes Winning the War; Resistance to Antibiotics Raises Disease Peril*, in The Washington Post, 13 giugno 2000.

[7] Countryside and Small Stock Journal, *Another Warning on Antibiotic Overuse*, settembre-ottobre 1998.

[8] World Street Journal, *Merck & Company Will Pledge $100 Million of Vaccines to World's Poorest Children,* Tuesday, 2 marzo 2000.

[9] LEDUC, JAMES W., *World Health Organization Strategy for Emerging Infectious Diseases*, 275 JAMA, 318, January 24, 1996.

[10] JAMIESON, DALE, Global Responsibilities: Ethics, Public Health and Global Environmental Change, 5, in Indiana Journal of Global Legal Studies, Vol. 99, No. 118, 1997.

[11] MCNEIL, DONALD G., *Do the Poor Have a Right to Cheap Medicine*?, in The New York Times, 25 giugno 2000.

[12] GRABENSTEIN, JOHN D., PH.D., *The Social Benefits of Vaccination*, in Ethics and Medics, Vol. 25, No. 8, agosto 2000.

[13] 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, #25.

II Sezione
Illuminazione della realtà

ANGELO BRUSCO

I: Teologia e medicina

Secondo un noto teologo, il credente deve accostarsi alla realtà tenendo aperti davanti a sé da una parte il *giornale* e la *Bibbia* dall'altra. Egli intendeva sottolineare che, per una comprensione adeguata delle problematiche che confrontano l'uomo, è necessario conoscere non solo la Parola di Dio, ma anche le situazioni cui tale Parola si rivolge. Se tale doppia lettura non viene compiuta, si corre il rischio di cadere in una teologia astratta che si rivolge ad una cultura che non esiste o non esiste più, oppure di limitarsi a fare della semplice sociologia.

L'applicazione del suggerimento di quel teologo mi sembra assai appropriata nell'affrontare il tema del rapporto tra teologia e medicina. Si tratta, infatti, di un argomento in cui sono implicate sia la dottrina teologica sia l'evolversi dell'arte medica lungo la storia.

Nel proporre alcuni elementi di riflessione teologica sulla medicina, fisserò dunque lo sguardo sulla Bibbia, senza ignorare quanto è scritto nel giornale[1].

1. La riflessione teologica

Riflettere teologicamente sulla medicina significa rendersi conto che sulla scienza e sull'arte medica è già stata detta una parola da Dio, ma significa anche reinterpretare la Parola di Dio alla luce della stessa medicina, poiché il Dio della creazione e della redenzione è perennemente attivo nel cuore dell'esperienza dell'uomo. La Parola di Dio sulle professioni sanitarie si è rivelata in modo peculiare attraverso la Sacra Scrittura. Lungo i secoli essa è stata interpretata autorevolmente dal Magistero della Chiesa; i teologi ne hanno fatto oggetto di riflessione; ha trovato conferma nel *sensus fidelium* e nella testimonianza di tanti operatori nel mondo della salute. Anche fuori dell'ambito della rivelazione e della confessione cristiane vi sono numerose tracce della visione di Dio sull'attività dell'uomo finalizzata a curare la persona ammalata.

Dalla riflessione teologica sulla medicina derivano anche linee di comportamento per coloro che la praticano.

2. La parola di Dio sulla medicina

Di quanto è detto della medicina nella Bibbia e nelle altri fonti (il magistero, la teologia...), emergono numerose indicazioni. Nella presente relazione ne verranno prese in considerazione solo alcune. In un primo tempo saranno evidenziati la grandezza e i limiti dell'uomo e della medicina. Seguirà una presentazione della vulnerabilità umana quale strumento di crescita e di guarigione; verrà poi messa in luce la dimensione affettiva della cura del malato e, infine, l'attenzione sarà posta sulla promozione della salute.

2.1. Grandezza e limite dell'uomo e della medicina

Lungo la storia, la medicina ha sempre goduto di un grande prestigio. Per il suo legame alla vita e alla salute è stata spesso rivestita di un'aura di sacralità. Anche le opere letterarie o audiovisive che, attraverso la satira, hanno messo in luce aspetti negativi della medicina ne hanno sottolineato il ruolo preminente nella vita degli individui e nella società.

Nella Bibbia[2] si trova una limpida eco di questa positiva considerazione dell'arte medica, presentata come cooperazione all'opera creatrice e redentrice del Signore. Chi è impegnato nella cura dei malati, infatti, si sforza di rispondere ai gemiti della creazione di cui parla San Paolo (*Rm* 8, 10), iscrivendo così la sua azione in una dimensione escatologica, alla ricerca di quei cieli nuovi e terra nuova (cfr. *1 Pt*) che sono aspirazione di ogni individuo e dell'umanità.

In maniera frequente e ampia i documenti della Chiesa sottolineano ed esplicitano questa visione della medicina, reagendo con gioia e ammirazione ai grandi progressi compiuti dalla scienza e dalla tecnologia medica. Nell'introduzione al rito dell'Unzione degli infermi si legge: "La chiesa incoraggia e benedice ogni ricerca e ogni iniziativa intrapresa per vincere le infermità, perché vede in questo una collaborazione degli uomini all'azione divina di lotta e di vittoria sul male" (n. 134).

Nello stesso tempo, però, essi non esitano a denunciare aspetti devianti della pratica sanitaria. In primo luogo l'emergere di una tendenza *prometeica*, che porta larghi settori della scienza e dell'arte medica a ignorare i limiti inerenti alla

condizione umana[3]. Lo sviluppo di mezzi sempre più potenti, infatti, contribuisce a coltivare e a rendere sempre più esplicito il desiderio che dorme nell'inconscio dell'uomo, il desiderio cioè di essere invulnerabile ed eterno. La clonazione, ad esempio, può essere vista come una delle espressioni di tale desiderio mitico di immortalità. Se è possibile essere clonati quando si diventa vecchi, non è questo un mezzo per sfuggire alla morte, per rinascere eternamente?[4] In secondo luogo, uno spostamento dei temi della salute, della sofferenza e della morte dal terreno del senso e del valore a quello della tecnica[5].

Con molta precisione Buytendick afferma che "le enormi possibilità della medicina hanno tolto il problema del dolore (...) dalla sfera metafisica, morale e religiosa, trasferendolo nella sfera pratica"[6]. Sul piano esistenziale, questo distacco della medicina dalla sua missione di collaboratrice della creazione e della redenzione porta a rafforzare la tendenza a voler realizzare il destino umano prescindendo dal progetto di Dio sull'umanità[7]. Non solo, ma apre la strada ad una "*algofobia generalizzata,* cioè ad un orrore della sofferenza, ad una preoccupazione ossessiva, quasi patologica, per la salute e un atteggiamento narcisista derivante dalla cura eccessiva verso il proprio corpo"[8].

Il rifiuto della condizione finita dell'uomo non è senza ripercussioni sul piano psicologico e spirituale. Infatti, il dramma costituito dallo scontro tra il progresso tecnico senza fine e l'ineluttabilità della morte influisce negativamente sulla ricerca del senso della vita, sull'elaborazione di una scala di valori rispettosa della persona umana e della natura, non mancando di causare drammi esistenziali e nevrosi *noogeniche* che sono all'origine di tanti disagi[9].

L'aiuto offerto dalla Parola di Dio e dall'antropologia teologica per uscire da questo dramma consiste innanzitutto nell'affermare la grandezza e bellezza dell'essere umano. Creatura effimera e destinata all'immortalità, limitata nello spazio e nel tempo e insieme assetata d'infinito, bestia e angelo, come afferma Pascal, l'uomo non cessa di suscitare l'esclamazione di stupore del salmista: "Se guardo il tuo cielo, opera delle tue dita, la luna e le stelle che tu hai fissate, che cos'è l'uomo perché te ne ricordi e il figlio dell'uomo perché te ne curi? Eppure l'hai fatto poco meno degli angeli, di gloria e di onore lo hai coronato: gli hai dato potere sulle opere delle tue mani, tutto hai posto sotto i suoi piedi; tutti i greggi e gli armenti, tutte le bestie della campagna; gli uccelli del cielo e i pesci del mare, che percorrono le vie del mare (*Sal* 8, 4-9)".

La medicina è chiamata ad impegnarsi per difendere l'integrità dell'essere umano, come ben si esprime Giovanni Paolo II, rivolgendosi ai medici: "Vi incoraggio a continuare arditamente la ricerca, a curare con la massima competenza, a combattere la malattia in tutte le sue forme, e anche le cause naturali ed umane che ad essa portano. Tutto ciò fa parte del piano di Dio che ha dato all'uomo l'intelligenza e l'abilità per progredire nella scoperta dell'organismo umano, e a metterne i frutti a servizio dell'uomo"[10]. Al riconoscimento e alla difesa della grandezza dell'uomo la medicina però deve aggiungere lo sforzo di ricuperare, accettare e rispettare la sua "debolezza creaturale che non mortifica la dignità ontologica ma carica di misterioso significato l'impedimento corporeo spingendo oltre il nostro sguardo"[11]. Infatti, come afferma Pio XII, "il medico cattolico sa che il suo paziente e lui stesso sono sottomessi alla legge della coscienza e alla volontà di Dio; ma egli sa anche che tutte le risorse della natura sono state messe a sua disposizione per proteggere e difendere gli uomini dalla malattia e dall'infermità. Egli non divinizza né la natura né la medicina, non le considera come degli assoluti, ma egli vede in esse un riflesso della grandezza e della bontà di Dio e subordinate interamente al suo servizio"[12].

2.2 Vulnerabilità, crescita umana e spirituale, guarigione

Oltre che essere indicatrice del limite della condizione umana, alla luce della riflessione teologica la vulnerabilità umana assunta e integrata può trasformarsi in uno strumento di guarigione e di crescita umana e spirituale per sé e per gli altri[13]. Infatti, come afferma Carl Jung, "*solo il medico ferito può guarire*"[14], cioè il medico capace di accogliere e integrare le proprie ferite.

Questa convinzione, radicata nella cultura di ogni tempo, trova una esemplificazione mirabile nella Bibbia. Dopo aver illustrato una giornata trascorsa dal Signore al servizio dei malati, Matteo (*Mt* 8, 16-17) cita parte delle parole del profeta Isaia (*Is,* 52,13-53-12), applicandole al Cristo: "Egli si è caricato delle nostre sofferenze, si è addossato i nostri dolori e noi lo giudicavamo castigato, percosso da Dio e umiliato. Egli è stato trafitto per i nostri delitti, schiacciato per le nostre iniquità. Il castigo che ci dà salvezza si è abbattuto su di lui; *per le sue piaghe siamo stati guariti"* (*Is* 53, 4-5). La sofferenza di Cristo possiede una forza di guarigione e di salvezza perché è segno di quel *movimento* misterioso che ha portato il Figlio di Dio a condividere la condizione umana in tutti i suoi aspetti, anche nella sua *dimensione notturna*, fatta di patimenti fisici e spirituali. San Paolo descrive meravigliosamente questo processo nella lettera ai Filippesi: "Pur essendo di natura divina, non considerò un tesoro geloso la sua uguaglianza con Dio, ma spogliò se stesso facendosi obbediente fino alla morte e alla morte in croce" (*Fil* 2,6-11). È questo *movimento* interiore, sostanziato di amore, che fa del Cristo il *medico per eccellenza delle anime e dei corpi*. Egli "ha sofferto le nostri notti più scure: la morte corporale e la notte della fede. Davvero che nulla di quanto accade all'uomo sarà ormai estraneo al suo creatore. Gesù ha assunto il pieno

nonsenso della sofferenza e della morte"[15].

Pur lottando incessantemente contro la sofferenza e la morte, il medico è quindi chiamato a riconciliarsi con la *dimensione notturna della vita* che, malgrado il progresso scientifico e tecnico, farà sempre parte dell'esperienza umana.

Quali sono le ferite del medico? La condivisione del destino umano è la prima porta attraverso cui irrompono fattori che lacerano la persona umana in tutte le sue dimensioni. L'operatore sanitario, come ogni individuo, deve far fronte alla sofferenza legata alla solitudine, alla malattia, alla crescita, alle separazioni, alle perdite fisiche e affettive, ai vuoti esistenziali, alle immaturità, al peccato... Accanto a queste ferite, ve ne sono altre legate alla sua professione: il quotidiano contatto con il dolore, la morte, le situazioni di crisi, il dibattito spirituale degli individui. Vi è una specie di transfert per cui le ferite del malato, le tensioni del cliente, la disperazione dei famigliari si ripercuotono in qualche modo sugli operatori sanitari.

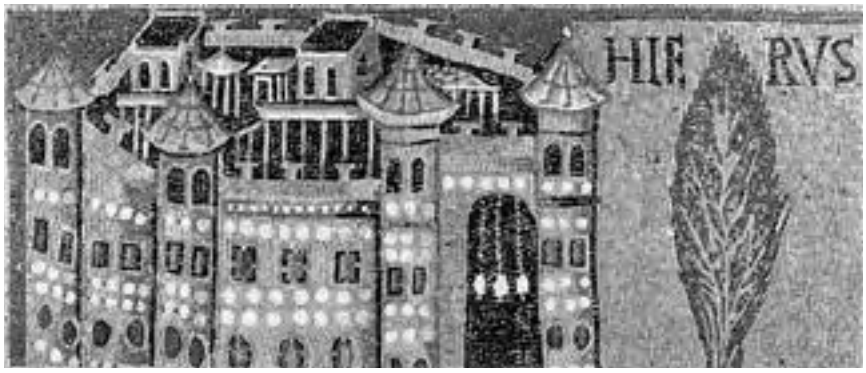
Scendendo ad aspetti più particolari, Sgreccia[16] mette in risalto alcuni fattori che disturbano l'identità etico-professionale del medico, causando disagi e sofferenze. Per molti operatori sanitari, vi è in primo luogo *"l'abbandono, operato dalla legge, della difesa del valore della vita"*. Nata per servire la vita, la professione medica *"viene richiesta e sollecitata"* per sopprimerla. Va, poi, ricordata l'organizzazione sociale della sanità che "pone il medico di fronte a situazioni spersonalizzanti e di tipo aziendale e burocratico, che sono aliene alla tradizione della sua professione". Un terzo "fattore che viene a mettere in pericolo o a ridurre il dialogo, la comunicazione, il rapporto diretto tra il medico e il paziente è il progresso tecnologico e il conseguente impiego sempre più ampio della macchina e degli esami di laboratorio per fare le diagnosi".

Come dimenticare, poi, la ferita costituita dal *senso d'impotenza,* vissuto di fronte a situazioni che superano le proprie capacità di intervento? Non è facile riconoscere i propri limiti, l'incapacità di salvare una vita, di aiutare un malato a superare le spinte depressive, di accompagnare una persona a prendere una decisione in momenti drammatici dell'esistenza. Il senso d'impotenza costituisce una ferita al narcisismo umano, alla pretesa di essere onnipotenti nel risolvere i problemi legati al destino dell'uomo[17].

Quando non prende coscienza, nega o rifiuta le proprie ferite, il medico può sviluppare varie reazioni. Tra di esse, un autore sottolinea quella della fuga e cioè il non volersi ingaggiare nel dialogo con il malato o il morente, riservandogli un trattamento tecnico e impersonale, oppure l'assalto sproporzionato e puntiglioso attraverso il farmaco, la chirurgia, vivendo appunto una sorta di titanica lotta contro realtà rifiutate e sentite come minaccia, non tanto per il malato quanto per l'io profondo e inconscio del medico stesso[18].

Quando vi è pretesa di invulnerabilità o negazione delle dure e dolorose realtà della vita e dei propri limiti, vi è poco spazio per la compassione e scarsezza di riconoscimento della libertà dei pazienti e della loro capacità di partecipare al processo di guarigione. Come afferma Nouwen, "chi nella propria vita si è sempre protetto dalle esperienze di dolore, non potrà offrire che una vuota consolazione agli altri"[19].

Fare pace e una sintesi dentro di sé con la *dimensione notturna* della vita – sofferenza, malattia, morte, immaturità, peccato – costituisce un difficile processo. Ma un processo liberante che porta l'individuo a superare l'illusione d'essere invulnerabile e immortale. La sua sofferenza gli rivela gli esili confini che separano la vita dalla morte, la salute dalla malattia, il bene dal male e lo aiuta a scoprire il valore dell'esistenza, messo in risalto dalla sua stessa fragilità. Illuminante, a questo riguardo, è l'episodio della lotta tra Giacobbe e l'angelo, narrato nel capitolo 23 della Genesi. Di ritorno in Palestina, dopo una lunga assenza, Giacobbe attraversa il torrente Yaboc, un affluente del fiume Giordano. Fatta avanzare la carovana, egli rimane solo alla riva del torrente. Verso la fine della notte, egli intraprende la lotta con un misterioso personaggio. Quest'ultimo, non potendo vincerlo, colpisce Giacobbe al nervo sciatico, lasciandolo zoppo. Il misterioso personaggio, quando la notte sta per finire, chiede a Giacobbe di lasciarlo andare, ma egli non acconsente se prima non riceve la sua benedizione.



Il simbolismo più evocativo di questo episodio è quello della lotta del popolo di Israele con il mistero di Dio, specialmente con il suo procedere nei confronti della sofferenza umana. Perchè il dolore? Come conciliarlo con l'onnipotenza e la bontà del Signore? Questa lotta avviene nella piena notte del mistero e dura quanto dura la notte. Il dolore è messo in relazione con l'oscurità della notte, non considerata come valore negativo, bensì come mistero, del quale solo Dio conosce la risposta. La notte è il momento in cui Dio condensa in sommo grado la sua azione misteriosa. Però ogni notte ha la sua alba...[20]

L'alba dell'Antico Testamento annuncia il giorno della redenzione compiuta da Cristo. Pur non perdendo il loro carattere misterioso, le sofferenze dell'uomo acquistano un senso quando sono "strettamente connesse con la sofferen-

za dello stesso Dio". In altre parole, ciò che l'uomo soffre, grave o meno che sia, è un'esperienza che, lungi dal rimanere isolata, si relaziona con la sofferenza stessa di Dio. Con molta esattezza, Nouwen afferma che Gesù sana i nostri dolori togliendoli dal nostro ambito egocentrico, individualista e privato e connettendoli con il dolore di tutta l'umanità, da Lui assunto. In questo senso "curare non significa, quindi, innanzitutto eliminare i dolori, bensì rivelare che i nostri dolori sono compresi in una sofferenza maggiore, che la nostra esperienza costituisce parte dell'esperienza di Colui che disse: 'Non bisognava che il Cristo sopportasse queste sofferenze per entrare nella sua gloria?'" (*Lc* 24, 26)[21].

Lo sforzo della medicina di combattere la malattia, con il rischio di diventare vittima di pretese irrealistiche, costituisce uno stimolo per una rilettura della Parola di Dio a proposito del dolore umano. Una delle indicazioni provenienti da tale rilettura porta a sottolineare la necessità di superare il dolorismo, cioè un atteggiamento consistente "nell'interpretare il dolore come elemento valoriale in sé, a volte persino esaltandolo o, in casi estremi, persino ricercandolo"[22]. Afferma opportunamente Enzo Bianchi: "Gesù si oppone al male e cerca di liberarne l'uomo che ne è vittima. Mai Gesù predica rassegnazione, mai mostra di ricercare la sofferenza di per sé, mai consiglia atteggiamenti doloristici, invece si impegna in una lotta contro il male e le malattie, venendo incontro alle numerose preghiere di guarigione che i tanti miseri che lo accostano gli rivolgono"[23].

2.3 La dimensione affettiva nell'esercizio della professione sanitaria

L'accettazione e l'integrazione delle proprie ferite, legate alla condizione umana limitata, non solo rende capaci di ascoltare il messaggio che viene dalla sofferenza, ma anche permette agli operatori sanitari di avvicinarsi a chi soffre con più grande umanità.

Uno dei temi dibattuti nel nostro tempo è quello dell'umanizzazione del servizio agli ammalati, intendendo con questo neologismo l'esigenza di adeguare il più possibile l'*essere* della cura agli infermi al suo *dover essere.* In questo dibattito, occupa un posto di rilievo il rapporto tra operatori sanitari e ammalati.

Chi soffre vive l'esperienza di una lacerazione nel corpo e nello spirito. Il suo soffrire, che si esprime nel dolore, nella malattia e nella morte, è un segno, un "messaggio in codice", un grido che parla alla persona umana. Il malato ha bisogno che il suo appello, che parla della finitudine umana e della condizione mortale dell'individuo, sia ascoltato; che le emozioni che l'accompagnano – l'inquietudine, la paura, la speranza – siano accolte da qualcuno. Il grido del malato non è inteso adeguatamente in una società che tende a trattare la sofferenza in maniera puramente tecnica, cioè cercando di sopprimerla prima d'aver cercato di capirne il senso. Tagliata fuori dalla coscienza nella quale è vissuta, la sofferenza è ridotta a un puro sintomo, e con ciò stesso alienata, disumanizzata. In questo caso, non è la persona che è oggetto di cure, ma la sofferenza.

Pur lottando medicalmente contro il dolore, è importante accoglierlo come un segno dato alla coscienza; allora il monopolio dell'intervento tecnico è spezzato e il dolore può in qualche modo parlare e trasmettere il suo senso, perché è un grido di significato. Senza dubbio si sono moltiplicate le "cure della salute" di ogni ordine, e si lotta spesso in maniera accanita contro il male. Ma basta tutto questo per rispondere all'attesa del malato? Non si sente egli stesso, anche in mezzo a tutte le cure, rinviato duramente alla sua solitudine, incompreso nelle sue richieste perché cosificato, consumatore senza voce? L'ascolto della canzone che il paziente canta è reso difficile da molti fattori. La formazione professionale, l'organizzazione del lavoro, gli interessi professionali o corporativi portano più facilmente i curanti a realizzare compiti tecnici. Essi devono reagire fortemente per evitare di fuggire il malato. Tanto più che sono tentati di proteggersi contro l'immagine di se stessi, riflessa sul viso del loro simile colpito dalla sofferenza[24].

Questo disagio relazionale, che riflette una tendenza generale e non necessariamente il comportamento dei singoli operatori sanitari, è facilitato dalla tendenza a ridurre il servizio a una pura funzione. In questa ottica, l'altro non è visto come persona, ma solo come qualcuno che dà o che riceve dei servizi. L'attaccamento, l'interesse e l'amore tendono a essere sostituiti dalle regole del contratto di lavoro; manca la passione e la compassione[25], cioè quella "emozione intima – l'identificazione profonda con coloro che soffrono o che sono sprovveduti – che è l'inizio di ogni vera responsabilità morale e dunque della responsabilità nel campo della salute"[26]. Infatti, come afferma la psicanalista Françoise Dolto, è "l'emozione di compassione che fa la comunicazione inter-psichica tra gli uomini; c'è l'assistenza al corpo che richiede competenza e che è pagata, e c'è l'emozione che rende umani. Quando questa viene a mancare è perché il servizio diventa istituzione, o perché l'incontro non è unico, ma diventa un lavoro *alimentare* o un mestiere appassionante. L'assistito, allora, non è più che un oggetto. Non c'è più relazione umana"[27].

Di fronte a questo fenomeno, che si esprime in svariate maniere, la riflessione teologica invita a volgere lo sguardo al Cristo, divino samaritano delle anime e dei corpi. In questo titolo è riassunta tutta l'opera svolta da Gesù in favore dei malati: "Mosso da compassione si avvicinò...". Circa un quinto del Vangelo tratta delle guarigioni operate dal Cristo e riporta riflessioni fatte in occasione di queste stesse guarigioni. "Dei 3.779 versetti dei vangeli, 727 si riferiscono specificamente alla guarigione di malattie fisiche, mentali e alle risurrezioni dei morti; troviamo inoltre altri 31 riferimenti generali ai miracoli che includono guarigioni"[28].

Da tutti questi testi appare chiaramente che la partecipazione di Gesù al destino umano non è neutra, ma carica di una forte intensità affettiva. Nel vangelo, il verbo greco *splanechnizomai* è utilizzato dodici volte per indicare l'attitudine di Cristo. Il significato è il seguente: "risentire qualche cosa nelle proprie viscere". Nei suoi contatti con le persone che soffrono e si trovano nel bisogno, Gesù reagisce

emotivamente: risente vivamente la loro sofferenza fino ad esserne scosso in tutta la persona e piangerne, come gli è capitato davanti alla vedova Naim e alla tomba di Lazzaro. L'emozione di Gesù, che si esprime in simpatia e compassione, è già sorgente di guarigione. Nella *Salvifici Doloris*, Giovanni Paolo II ribadisce questo concetto, affermando che la disponibilità del samaritano nei confronti del ferito era accompagnata da una espressione emotiva. "Se Cristo, conoscitore dell'interno dell'uomo, sottolinea questa commozione, significa che essa è importante per tutto il nostro atteggiamento di fronte alla sofferenza altrui. Bisogna, quindi, coltivare in sé questa sensibilità del cuore, che testimonia la *compassione* verso un sofferente. A volte questa compassione rimane l'unica o principale espressione del nostro amore e della solidarietà con l'uomo sofferente" (n.28)[29].

Nel suo modo di operare in favore dei malati, Gesù ha mostrato con chiarezza che l'unione con Dio "si ottiene e si mantiene per mezzo della misericordia verso gli altri e, in particolare, verso i malati"[30]. Rompendo la tradizione del tempo, Gesù si avvicina ai lebbrosi, considerati impuri e contagiosi, impone le mani su molti malati e comanda agli apostoli di fare lo stesso (*Mt* 9, 25; 10, 7-8).

L'esempio di Gesù ha influito decisamente sull'ethos della medicina agli albori dell'era cristiana, inserendovi la filantropia, la carità, la compassione. Infatti, nella medicina precristiana, "anche quando il modello etico virtuoso derivato dall'ideale della filantropia avrà raggiunto la sua più ampia maturazione ed espressione, si nota una considerevole distanza e freddezza nel rapporto tra medico e paziente"[31]. Nei confronti degli ammalati inguaribili e dei moribondi vigeva l'esclusione dall'assistenza sanitaria.

I cardini sui quali, fin dagli inizi del cristianesimo, poggia la riflessione teologica sulla compassione come elemento dell'esercizio della medicina sono l'incarnazione di Cristo e la considerazione dell'uomo come *imago Dei*, immagine di Dio. Sulla base di queste verità, la comunità cristiana dirige la sua attività terapeutica verso ogni categoria di sofferenti, credenti e non, e giunge a trasformare il servizio agli ammalati in una mediazione della tenerezza e compassione divine e in una autentica esperienza del Signore: "Ero infermo e mi avete visitato".

La spinta a inserire la compassione nella pratica della medicina è entrato nella filosofia sanitaria dell'occidente, trasformando l'atto sanitario non solo in un *curare* ma anche in un *prendersi cura*, implicante il *coinvolgimento personale* dell'operatore sanitario con la persona che soffre, coinvolgimento espresso attraverso la compassione, la premura, l'incoraggiamento e il sostegno.

Con l'avvento della medicina scientifica, la cura del malato tende ad essere sempre più affidata alla tecnica, mentre si affievolisce l'attenzione al malato nella sua totalità. Secondo uno storico della medicina, "un risultato non intenzionale ma inevitabile della secolarizzazione delle istituzioni sanitarie è stato quello di essere separate dalla sorgente da cui nasce la compassione. Non è per caso che la compassione, a parte manifestazioni individuali, è assente dalla moderna medicina". Eppure, egli afferma, "essa è una qualità pienamente compatibile con la medicina scientifica e con il progresso della tecnologia. Però non nasce da esse. La compassione è il desiderio di trattare l'ammalato non solo in maniera medica competente e professionale, ma anche con amore e tenerezza essendo egli un essere umano degno di grande valore, che porta l'immagine di Dio. Essa è una virtù intenzionale e attiva. Non è una qualità che possa essere richiesta a volontà. Può essere desiderata, incoraggiata, coltivata. Ma senza una base trascendente e spirituale, essa è destinata ad inaridire e morire in un suolo roccioso che manca di nutrimento"[32].

Alla luce delle considerazioni che precedono si può meglio comprendere e avvalorare, anche da un punto di vista dell'antropologia cristiana, una delle sfide che confrontano molti operatori del mondo della salute: il passaggio dal *curare* – consistente nella rimozione della malatttia – al *prendersi cura*[33]. Nel concetto del *prendersi cura* sono compresi sia la competenza professionale e la preparazione scientifica sia il coinvolgimento personale che porta a centrarci nella persona del malato, le cui esperienze anche se non possono essere da noi penetrate pienamente, possono però toccarci profondamente, in quanto anche noi condividiamo la stessa umanità. Parafrasando Kant, potremmo dire che, se una competenza professionale senza la qualità morale della vita è vuota, a sua volta una cura incompetente è cieca. Aver cura del paziente sarà allora un *atto sintetico,* in cui l'intelligenza non meno del cuore, ha la sua parte e il suo posto[34].

In un libro significativo, scritto agli inizi degli anni '80, *In a different voice,* l'americana Carol Gilligan[35] esprime in modo molto significativo l'esigenza di tale sintesi. La *voce diversa* di cui parla l'autrice è costituita, nel mondo della salute, dall'accostarsi alle persone con un atteggiamento di partecipazione piuttosto che di distacco, di sintonia e di compassione piuttosto che di razionalità astratta. Una voce che ribadisce la primarietà della persona, la sua singolarità, in quanto chiede di essere presa in considerazione per se stessa. Una voce parlata, lungo i secoli, prevalentemente dalle donne, ma che non è solo delle donne, anche se la nostra tradizione l'ha relegata ad esse[36].

Nel passaggio dal curare al *prendersi cura* si supera il comportamento professionale basato solo sui diritti del malato e sui doveri di chi li assiste. Si giunge, cioè, a fare esperienza di ciò che vuol dire mettersi all'ascolto dell'appello che viene dalla condizione particolare vissuta dalla persona in situazione di malattia. Rispondendo a tale appello si fa, quindi, qualcosa di più che semplicemente il 'proprio dovere'. Nella concretezza di un preciso rapporto umano si mettono in pratica non solo le regole che strutturano la professione sanitaria, ma più profondamente si dà forma alla propria identità morale di persone[37]. L'esperienza del professionista sanitario rende così possibile l'epifania dell'alterità, di cui parla Levinas, che fa consistere l'essenza dell'esperienza morale come esperienza dell'incontro con l'altro, con il *volto* dell'altro[38]. Quel

volto, per il credente, ha i tratti del Cristo.

Per raggiungere questo obiettivo occorre entrare in sintonia con il malato e i suoi famigliari con quell'atteggiamento che si chiama ascolto empatico. La nuova medicina – simile in questo alla buona medicina di ieri e di sempre – comincia dall'ascolto... che consente di stabilire chi è la persona che deve essere curata, qual è il suo mondo morale, come articola la ricerca della felicità, quali sono le sue preferenze, quale è la buona vita e la buona morte per questo singolo individuo.

Durante la sua esperienza di infermità, il malato è affidato alle mani dei professionisti della salute

perchè *se ne prendano cura,* cioè perchè lo aiutino a mantenersi intero, a riacquistare l'umanità perduta, a "riallacciare la sua infermità alla trama dei sentimenti che essa genera nel vissuto della persona", a uscire dalla sua solitudine, a trovare un senso... partendo dalla consapevolezza che ciò che ferisce il corpo di un individuo ferisce altrettanto profondamente la sua anima.

L'attività degli operatori sanitari si iscrive, così, nell'attività umana in generale divenendone una delle espressioni più significative. Animata dalla fede, riproduce in maniera efficace il comportamento del buon samaritano[39].

La situazione di disagio creato nell'ambito del mondo sanitario dalla difficile armonizzazione tra il *curare* e il *prendersi cura* è un invito ad approfondire dal punto di vista teologico l'importanza del coinvolgimento affettivo e, in particolare, a valorizzare maggiormente la dimensione femminile nella società in generale e particolarmente nel mondo della salute. A questo riguardo la *Mulieris dignitatem* di Giovanni Paolo II offre alcune importanti piste di riflessione. "La forza morale della donna, scrive il Papa, la sua forza spirituale deriva dalla coscienza che Dio le affida in modo particolare l'uomo, l'essere umano. Naturalmente Dio affida l'uomo a tutti e a ognuno. Tuttavia, questo affidamento si riferisce soprattutto alla donna proprio in ragione della sua femminilità...". E più avanti egli aggiunge: "Nella nostra epoca i successi della scienza e della tecnica permettono di raggiungere in maniera ancora sconosciuta un benessere materiale che, favorendo alcuni, conduce altri all'emarginazione. Questo progresso materiale può comportare anche una graduale scomparsa della sensibilità dell'uomo, verso ciò che è essenzialmente umano. In questo senso, soprattutto il nostro tempo aspetta la manifestazione del *genio* della donna che assicuri la sensibilità verso l'uomo in ogni circostanza: per il semplice fatto che è uomo!" (n.30).

Se ciò che afferma il Papa è valido per ogni contesto, lo è in forma speciale per il mondo della salute dove l'uomo, esperimentando la fragilità del proprio essere, può facilmente cadere vittima dell'indifferenza e della violenza. Una partecipazione più attiva e corresponsabile della donna nella missione della Chiesa nel mondo sanitario porterebbe a cambiamenti significativi nel modo di porsi in relazione con le persone e i problemi del mondo della salute. Non sarebbe salutare vedere la presenza e l'azione della Chiesa, il suo linguaggio, la sua teologia, la sua percezione della realtà e di Dio, maggiormente arricchiti di quelle caratteristiche che sono tipiche della personalità femminile: la ricettività, la disponibilità, l'accoglienza, la capacità di ascolto, l'abilità nel cogliere le situazioni, l'attitudine a farsi carico dei problemi degli altri, l'inclinazione a offrire il proprio aiuto? Auspicando l'istituzione di "un ministero della cura pastorale degli infermi", la Melitello vi vede coinvolte soprattutto le donne "per la loro contiguità al mistero della vita che nasce o della vita che si spegne". Infatti, "la contiguità della donna ai momenti forti della vita è più avvertita di quanto non lo sia quella degli uomini maschi"[40].

2.4 Quale salute?

Il progresso scientifico-tecnico e l'evoluzione socioculturale hanno aperto nuove strade alla medicina. "Se, infatti, fino a ieri vi era solo una *medicina dei bisogni* (che si attuava nella triade di prevenzione-cura-riabilitazione) oggi esiste anche una *medicina dei desideri* la cui incidenza sociale non è meno forte. Inoltre, se la medicina di ieri poteva al massimo ripristinare nella sua precedente integrità l'organismo, oggi è in grado di perfezionarlo, di alterarlo, di manipolarlo perfino nel suo assetto genetico. E poi ancora, se fino a ieri l'obiettivo prioritario della medicina era quello di *far vivere,* oggi si pone anche quello di *far vivere bene,* quindi non solo la quantità ma anche la qualità della vita"[41]. Siamo davanti ad un nuovo concetto di salute secondo il quale non è più sufficiente non ammalarsi e guarire, bensì occorre tendere verso "una *pienezza* in cui siano soddisfatti non solo i bisogni primari, ma anche quelli che per la loro subordinazione potremmo definire secondari sconfinando impercettibilmente nel dominio del desiderio"[42].

Il panorama dei nuovi orientamenti della medicina è molto vasto; basti pensare alla medicina della riproduzione, alla medicina estetica, alla medicina dello sport, all'ingegneria genetica di tipo migliorativo, alle terapie centrate sul corpo...

L'ampliarsi delle applicazioni della medicina e i risultati cui esso dà luogo producono indubbi risultati positivi. Infatti, come giustamente scrive Leone Salvino, "benessere e qualità della vita non possono non rimandare verso quella pienezza esistenziale e quella assolutezza qualitativa che caratterizzano l'esistenza nella sua dimensione escatologica"[43]. Essi, tuttavia, aprono anche a conseguenze negative, come l'affievo-

lirsi del rispetto della vita e il concetto riduttivo di salute. Infatti, mentre si fanno sforzi ingenti e accaniti per prolungare la vita e per produrla artificialmente, non si permette di nascere a chi è già concepito e si tende ad emarginare chi non è più ritenuto utile: handicappati, morenti, anziani... Inoltre, se da una parte giustamente si valorizza la salute, moltiplicando le iniziative per promuoverla, dall'altra si giunge a fare di essa un valore assoluto di consumo, riducendo-

la alla sola dimensione biologica o a pura vitalità, associandola prevalentemente alla bellezza e alla giovinezza[44].

Di fronte a questi risvolti negativi emergono numerosi interrogativi: come armonizzare, nella cura della persona e nella sua crescita, logica tecnica e logica etica, conquiste scientifico-tecniche e ordine dei valori e dei fini?[45] È possibile una medicina attenta alla persona nella sua totalità di essere bio-psico-socio-spirituale? Che dire di tutti quei movimenti che utilizzano la spiritualità e la religione come fattori terapeutici, capaci cioè di favorire la guarigione e il raggiungimento del pieno benessere della persona?

Nel prendere in considerazione queste domande, sempre più frequenti nella nostra società, la riflessione teologica parte dal Cristo. Anche Gesù, nello svolgimento della sua missione, ha di mira la *pienezza* di vita dell'uomo: "Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (*Gv* 10, 10). È vero, la salvezza da lui apportata ha lo scopo di elevare l'uomo alla partecipazione alla vita divina in un cammino d'alleanza, attraverso una relazione che spinge a uscire da se stessi e a prendere la propria responsabilità nel mondo. Ciò, tuttavia, non significa che essa sia una salvezza disincarnata, non sollecita dell'esperienza gioiosa del vivere e del vivere in pienezza. "L'esperienza di fede, infatti, coinvolge la globalità della persona umana, nella sua unità di corpo e di spirito. Tutta la rivelazione biblica testimonia che ogni esperienza di Dio è esperienza di vita, di liberazione da ogni forma di schiavitù del male e di promozione ed elevamento della vita fino alla partecipazione in pienezza della vita divina"[46]. Afferma Maggioni: "La salvezza di Gesù scende sempre nel profondo e tocca l'uomo nel suo centro. Per riorientare l'uomo nel suo rapporto con Dio, Gesù è passato attraverso il corpo, ha guarito. Ma non si è limitato ad aiutare i corpi: ha liberato l'uomo dal peccato e non solo dalla malattia, dalla solitudine e dal non senso e non soltanto dal bisogno"[47]. Nella prospettiva evangelica, quindi, la promozione della salute psicofisica e del benessere possono diventare segni del Regno instaurato da Cristo, apertura all'accoglienza della salvezza, indicatori di una condizione che troverà la sua piena realizzazione nell'era escatologica.

Fa quindi parte del progetto divino il mettere in atto tutto ciò che è legittimo per assicurare delle condizioni sempre migliori di vita per tutti gli esseri umani. Questo impegno, che incombe alla responsabilità dell'uomo, deve in primo luogo mirare alla crescita della persona umana a livello di tutte le sue dimensioni, aprendosi anche a quell'appello alla trascendenza che è insito in ogni essere umano. In questa prospettiva la salute suppone "la migliore armonia possibile tra le forze e le energie dell'uomo, la spiritualizzazione più avanzata possibile dell'aspetto corporale e l'espressione corporale più bella possibile dello spirituale. La vera salute si manifesta come autorealizzazione della persona pervenuta a quella libertà, che mobilita tutte le energie per compiere la sua vocazione umana integrale"[48]. Anche l'approccio globale e olistico nella cura del malato e nei programmi di crescita della persona umana – divenuto oggi tema di costante considerazione nel mondo della salute e nella società in generale – trova una spinta ad essere più completo nell'insegnamento di Cristo. Non si tratta solo di prendere coscienza delle diverse dimensioni della persona, ma di saperle relazionare tra di loro, sotto la guida di una scala di valori sempre più ricca. Tale scala di valori, che trova nell'insegnamento evangelico la sua più alta espressione, aiuta a compiere scelte e anche a fare rinunce necessarie per rispettare la vita, difendere la dignità della persona propria e altrui, per mantenere viva la tensione verso il trascendente.

In secondo luogo, l'impegno per l'accompagnamento della persona verso il benessere deve essere guidato dalla consapevolezza che lo scopo della vita umana si situa ben oltre l'immediatezza del benessere perfetto, anche se l'essere umano è destinato a conoscere la felicità fin d'ora. Si tratta soprattutto di entrare nell'amicizia di Dio, di riceversi dalla sua tenerezza nella fiducia, anche quando si è confrontati con il limite inerente alla condizione umana, ben visibile nei momenti in cui il *corpo cade in rovina*. Pur nei limiti della malattia o dell'handicap la persona umana può realizzarsi e acquisire quella bellezza che resta tale anche quando non corrisponde ai parametri culturali. È in questo senso che Agostino parla della bellezza del Cristo, risplendente non solo nei momenti felici ed esaltanti della sua vita ma anche in quelli della croce[49]. Se, infatti, la salvezza operata da Cristo è fonte di salute, essa lo è nella dinamica del mistero pasquale, di morte e di risurrezione. Ciò implica una necessaria moderazione dei desideri, un superamento dell'egoismo per attuare una migliore distribuzione delle risorse, un consenso all realtà, condizione indispensabile per una crescita autentica. "Questo atteggiamento di consenso alla realtà non è un'esclusività cristiana, essendo già presente nella maggior parte dei sistemi della saggezza del mondo. La differenza consiste nel fatto che per il

cristiano questo cammino raggiunge un punto culminante nell'adesione profonda a un atteggiamento filiale" nei confronti del Signore. "Allora, la grazia divina – l'amore gratuito di Dio – può collaborare pienamente con una libertà umana profondamente rispettata, in una relazione di alterità... È allora che la salvezza è accolta in pienezza, anche se non vi è guarigione percettibile dal punto di vista medico"[50]. Fuori da quest'ottica si rischia di trasformare la fede in un *servizio medico*, o in un ingrediente solo capace di dotare la persona di una maggiore serenità, o di un buon rapporto con se stessi. In questo caso si correrebbe il rischio di strumentalizzare la fede ai fini del benessere psicofisico della persona umana, cullando quest'ultima nel suo desiderio di invulnerabilità e immortalità[51].

Per indicare la salvezza da lui operata il Cristo ha compiuto delle guarigioni miracolose, segni della trasformazione avvenuta nel profondo dell'essere umano. Anche oggi sono necessari dei segni, probabilmente non nella linea dei miracoli compiuti da Gesù ma nello spirito che li animava, che era l'amore. "La fede e l'amore possono veramente guarire, nella misura in cui essi restaurano l'unità della persona, senza che ciò implichi necessariamente una guarigione fisica o psichica. È la comunità il sacramento per eccellenza della guarigione[52].

La situazione in cui si trova la medicina contemporanea e il suo impegno per migliorare la condizione umana, favorendo una crescente pienezza di vita è un invito[53]. "Una salvezza non può realizzarsi che con un corpo, in un corpo, e non contro il corpo anche se ciò implica una liberazione progressiva, o un'integrazione delle sue oscure pesantezze, della sua violenza e del suo narcisismo, della sete di possedere"[54]. Inoltre, forse è "da riprendere il discorso del rapporto che la teologia vede tra *responsabilità* e *speranza* nel credente, inteso anche come impegno per prevedere la causa del male, promuovere uno stile di vita che favorisca il benessere psicofisico e spirituale da un lato, e l'atteggiamento di fiducia e di affidamento in Dio dall'altro"[55].

Conclusione: la lezione dei testimoni

Tra medicina e teologia può essere instaurato un rapporto fecondo. La storia testimonia di avvicinamenti e di rotture. Dalla letteratura al riguardo, in fase di avanzamento pur non essendo ancora sistematizzata, si possono attendere confortanti risultati. Risultati positivi sono giunti e continuano a giungere anche dalla testimonianza di tanti operatori sanitari – medici, infermieri... – che hanno vissuto la loro professione come una missione volta sia a curare le ferite dei malati come pure a promuovere la salute umana alla luce dei principi evangelici. Il loro pratico insegnamento ha contribuito e contribuisce ad approfondire l'intelligenza della fede della professione sanitaria. Alcuni di essi sono stati proposti come modelli alla venerazione del Popolo di Dio, altri hanno seguito il divino samaritano delle anime e dei corpi senza averne una esplicita consapevolezza. Nella *Salvifici Doloris* (nn.28-30), Giovanni Paolo II ne ha riconosciuto il valore e la forza di testimonianza. Unendo competenza e compassione, capaci di vedere nell'uomo malato il volto di Cristo, essi hanno fatto della professione sanitaria una traduzione della carità di Cristo e una realizzzazione autentica della vocazione cristiana, dimostrando che l'uomo creato ad immagine di Dio, di un Dio che è amore, non può realizzarsi autenticamente che nell'amore.

P. DR. ANGELO BRUSCO
Superiore Generale dei Ministri degli Infermi (Camilliani)
Italia

Note

[1] Ciò che verrà detto a proposito della medicina vale anche per il mondo della sanità e della salute in generale.

[2] Cfr. PH. GAUER, *Le Christ médecin: soigner, la découverte d'une mission à la lumière di Christ-médecin,* C.L.D, Chambrai-lès-Tours, 1994.

[3] Cfr. *Evangelium Vitae,* n.15: "Ma nell'orizzonte culturale complessivo non manca di incidere anche una sorta di *atteggiamento prometeico* dell'uomo che, in tal modo, si illude di potersi impadronire della vita e della morte".

[4] Cfr. A. KAHN, *Et l'homme dans tout ça?*, NiL, Paris, 2000, p. 233.

[5] Cfr. J.M. VELASCO, *Mundo de la salud y evangelizaciòn*, in AA.VV., *Congreso Iglesia y salud*, Madrid, 1994, pp. 218-19.

[6] F.J.J. BUYTENDICK, *El dolor*, in "Revista de Occidente", Madrid, 1958, pp. 23-24.

[7] Esempio tipico di questo orientamento è ancora la clonazione umana, argomento paradigmatico di questo passaggio da un millennio all'altro, che mette in questione il profondo significato antropologico della maniera attraverso cui un uomo e una donna cooperano alla nascita di una nuova creatura.

[8] J.M. VELASCO, o.c., p. 218.

[9] "Nel mondo della medicina, più che in altri settori, scoppia la contraddizione tra il sogno del progresso assoluto e la realtà. Il reale della morte penetra nell'immaginario dell'umanesimo tecnologico, rivelando il suo carattere illusorio. Si tratta del *tragico moderno,* nel quale il progresso della scienza e della tecnologia urta contro l'impotenza della persona umana di fronte alla finitudine" (A. Brusco, *Umanità per gli ospedali*, Salcom, Varese, 1983, p. 23)

[10] GIOVANNI PAOLO II, *En étant les défenseurs de la vie vous etes les coopérateurs de Dieu,* in "Dolentium Hominum", 3(1986), p. 20.

[11] L. SALVINO, o.c., p. 1097.

[12] PIO XII, *Radiomessaggio al VII Congresso internazionale dei medici cattolici,* in PIO XII, *Discorsi ai medici,* a cura di F. ANGELINI, Ed. Orizzonti medici, Roma, 1966, p. 504. Cfr. L. BUCCI, *Cristo medico, Implicazioni etiche di un motivo di antropologia teologica nel contesto del dibattito bioetico recente,* Camilliane, Torino, 1998.

[13] Cfr. A. BRUSCO, *Vulnerabilità personale e servizio a chi soffre,* in Camillianum, 8 (1993), pp. 223-241.

[14] C. JUNG, *Fundamental questions of psychotherapy,* Collected Works, Vol. XVI, l951, p. 116.

[15] G. CINÀ, *Il linguaggio della sofferenza*, in Anime e corpi, 165-1993, p. 78.

[16] SGRECCIA, E., *Pastorale sanitaria, istanze etiche e culturali*, Salcom, Varese, 1987, p. 207.

[17] Cfr. C. NOTARO, "Il guaritore ferito", in Camilliani nº 67 (1993), pp. 311-312.

[18] E. SGRECCIA, o.c., pp. 203-204.

[19] H. NOUWEN, *Il guaritore ferito*, Queriniana, Brescia, 1982, p. 98.

[20] Cfr. J.L. CARAVIAS, *Fe y dolor, respuestas biblica ante el dolor humano,* Selare, Santafé di Bogotà, 1993, p. 18.

[21] H. NOUWEN, *La memoria viva de Jesucristo*, Guadalupe, Buenos Aires, 1987, p. 23.

[22] L. SALVINO, *Salute: approccio etico e pastorale,* in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria,* Camilliane, Torino, 1997, p. 1096.

[23] E. BIANCHI, *Preghiera*, in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria,* Camilliane, Torino, 1997, p. 931. Cfr. *Salvifici Doloris:* "Il Vangelo è la negazione della passività di fronte alla sofferenza. Cristo stesso in questo campo è soprattutto attivo" (n. 30).

[24] J. PROULX, *Santé, sens et salut*, in Critère, n. 14, giugno 1976, p. 113. Cfr. P. CATTORINI: "L'interpretazione dell'atto medico come prestazione tecnica, interpretazione corrispondente alla riduzione dell'atto terapeutico a negozio commerciale, a esteriore fornitura-fruizione di servizi, quasi un intervento di riparazione meccanica, ha oscurato la dimensione originaria e la sorgente radicale dell'impresa di cura: la domanda di aiuto rivolta da un sofferente ad un altro uomo" (*Malattia e alleanza,* Firenze, 1994, p. 19).

[25] MC CORMICK, *Responsabilité morale de l'homme dans le domaine de la santé,* in L'Hôpital catholique, 4(1977), p. 18.

[26] *Ibid.,* p. 18.

[27] F. DOLTO, *L'Evangile au risque de la psychanalyse,* Delorge Ed., Paris, 1977, pp. 162-163.
[28] C. VENDRAME, *Le guarigioni dei malati come parte integrante dell'evangelizzazione*, in Camillianum, 2(1991), p. 30.
[29] Nel capitolo IV dell'Enciclica *Evangelium Vitae* viene magistralmente illustrato il ruolo della compassione nel servizio alla vita e ai sofferenti.
[30] A. VANHOYE, *Vita consacrata sanitaria, fondamenti biblici*, DTPS, p. 1390.
[31] S. Spinsanti, *L'allenza terapeutica,* Città nuova, Roma, 1988, pp. 67-68. Cfr. G.B. Ferngren, *Medicine and compassion in early christianity,* in Theology Digest, 46:4(1999), pp. 315-326.
[32] G.B. FERNGREN, o.c., p. 324.
[33] Cfr. E.D. PELLEGRINO e C.D. THOMASMA, *Medicina per vocazione,* Dehoniane, Roma, 1995; W. TH. REICH, *Curare e prendersi cura. Nuovi orizzonti dell'etica infermieristica,* in L'Arco di Giano, 10(1996), pp. 11-24; S. SPINSANTI, *Curare e prendersi cura,* CIDAS, Roma, 1998.
[34] Nel documento della Consulta nazionale per la pastorale della salute: *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, si afferma che i professionisti della salute sono chiamati "ad acquisire la più ampia capacità professionale, nella convinzione che 'l'onestà e la competenza professionale (...) difficilmente possono essere sostituite da un altro tipo di zelo apostolico'" (n.53).
[35] C. GILLIGAN, *In a different voice. Psychological theory of women's development,* Harvard Un. Press, Cambridge, Mass., 1982.
[36] Cfr. W.E. LECKY, *History of European Morals,* 2:361-3.
[37] *Ibid.,* p. 12.
[38] Cfr. E. LEVINAS, *Totalità e infinito,* Jaca Book, Milano, 1980, p. 73.
[39] Cfr. *Salvifici Doloris,* n.29.
[40] C. MELITELLO, *Donna e ministero*, in Camilliani - Informazioni e Studi, 65(1993), p. 110. Cfr. in questo articolo le pertinenti riflessioni su Maria di Nazareth modello di ministerialità profetica sacerdotale e regale (pp. 110-111).
[41] S. LEONE, *Salute: approccio etico-pastorale*, in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria,* Camillianum, Torino, 1997, p. 1095.
[42] *Ibid.,* p. 1093.
[43] *Ibid.,* p. 1093.
[44] L'Enciclica *Evangelium Vitae* di Giovanni Paolo II illustra in modo esaustivo gli attentati alla vita presenti nella cultura del nostro tempo e visibili in modo particolare nel mondo della salute.
[45] Cfr. D. VASSE, *La parole et la souffrance*, in Medicine de l'homme, 82(1976), p. 30.
[46] G. CINÀ (a cura di), *Medicina e spiritualità,* Camilliane, Torino, 1998, p. 9.
[47] B. MAGGIONI, *Sofferenza, approccio biblico*, *(NT),* in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria,* p. 1174.
[48] B. HAERING, *Perspectives chrétiennes pour une médecine humaine,* Fayard, 1975, p. 157.
[49] Cfr. Exposition on the book of Psalms, 44,3: PL 36, 495-496.
[50] B. UGUEUX, o.c. 192-193.
[51] Cfr. G. CINÀ, o.c., pp. 10-11; cfr. B. Ugueux, o.c., p. 204.
[52] Cfr. B. UGUEUX, o.c., p. 203.
[53] G. CINÀ, o. c., p. 9.
[54] B. UGUEUX, o.c., p. 27-28.
[55] G. CINÀ, o.c., p. 11.

WILLEM J. EIJK

II: Problemi attuali di teologia morale

La teologia morale cattolica prende come punto di partenza una visione dell'uomo basata sulla Rivelazione o su una filosofia cristiana, soprattutto quella tomista. Dio, creando l'uomo a sua immagine e somiglianza, ha avuto un certo piano con colui che corrisponde col suo essere. Questo approccio sottintende che l'uomo, riflettendo sul proprio essere, solo razionalmente o nella luce della Rivelazione, sia in grado di sapere quale comportamento è appropriato o meno al suo essere. Con altre parole, l'uomo è capace di scoprire che cosa è necessario per rafforzare la sua similitudine a Dio. Questo si realizza attraverso le virtù, soprattutto quelle infuse come grazia da Dio. Gregorio di Nissa afferma "che il fine della vita secondo le virtù è diventare simile a Dio"[1]. Tommaso d'Aquino vede le virtù come caratteristiche morali che rafforzano nell'uomo la sua similitudine a Dio[2].

Autonomia e pluralismo

Questo approccio fondamentale è stato posto in discussione soprattutto nel secolo scorso a causa di una serie di fattori coincidenti, che hanno reso quasi impossibile per la società moderna dare una risposta alla domanda "chi è l'uomo" e dunque anche alla domanda "come deve essere e agire". Il fondatore dell'etica in questione, il tedesco Eberhard Grisebach (1880-1945), professore di etica teologica alla Facoltà di Teologia protestante di Zurigo, ha scritto nel suo libro *Gegenwart* del 1928:

"Non può sfuggire al pensatore critico che un'etica scientifica, nonostante il suo fondamento assoluto non dice a nessun uomo nel momento che cosa deve fare qui e adesso, che non può garantire di portare chiunque all'esistenza etica nella situazione attuale"[3].

Grisebach è convinto che non si possano derivare norme universali dall'essenza dell'uomo. Tentativi in questa direzione sarebbero fondate su immagini fatte dall'uomo di se stesso e ricordi del passato o proverrebbero da un mondo apparente. Tutto questo distrarrebbe solamente l'uomo dalla situazione concreta in cui agire. Ogni situazione è per lui tanto unica che non si applicherebbe ad essa nessuna regola universale. Si riconosce in questo pensiero il nominalismo che ha sempre influenzato profondamente il protestantesimo. Nel secolo scorso si affiancava ancora l'influsso della filosofia esistenzialista che accentua ancora di più l'unico e il concreto.

Si deve comprendere come il nominalismo, che riduce la conoscenza umana a quella empirica, sia una filosofia molto attraente nell'epoca in cui le scienze e la tecnica godono ancora di un'autorità grandissima, benché inferiore rispetto a prima. La legge di David Hume (1711-1776), molto citata,

che afferma l'esistenza di un salto insuperabile fra l'essere ("is") e il dovere ("ought"),[4] cioè che la conoscenza dei fatti non può mai dire alla persona come dover agire (in inglese indicato come la "fact/value dichotomy"), è una conseguenza logica del suo empirismo. Questo non deve condurci, però, a chiudere gli occhi a causa della debolezza fondamentale dell'empirismo. Questo è di fatto fondato su un dogma cieco e contrario in sé: che soltanto la conoscenza empirica sia conoscenza vera, questo non può essere dimostrato in modo empirico, mentre secondo il dogma fondamentale dell'empirismo questa è l'unica strada per arrivare a una reale conoscenza scientifica.

Un altro fattore molto importante è che secondo le scienze naturali e tecniche ogni metodo, ogni risultato di una ricerca e ogni legge naturale fisica formulata in un certo periodo può essere sempre sottomesso a una prova o ad un esperimento ulteriore. Questo dà l'impressione che quasi ogni conoscenza umana sia sempre cambiabile, non solo nel campo della scienza e della tecnica, ma anche in quello della filosofia e della teologia, e – da non trascurare – anche in quello dell'etica. La teoria dell'evoluzione, presentando l'uomo come prodotto non intenzionale di un processo biologico impersonale casuale, ha sostituito la visione creazionista e, perciò, la concezione del piano della creazione come fondamento della morale.

La mentalità positivista ha come conseguenza, inoltre, che si interpreta la Sacra Scrittura spesso soltanto secondo i criteri delle scienze positive e se ne rifiuta il messaggio proprio. Il fondamentalismo, presente soprattutto fra i protestanti ortodossi ma a volte anche in certi gruppi cattolici, tenta di mantenere la fede e la morale cristiana tradizionale prendendo la Bibbia alla lettera. Questa, però, in fin dei conti è una manifestazione della medesima attitudine empirista e nominalista.

Mentre la morale classica, pur avendo perso la sua fondazione, rimaneva generalmente accettata nella società fino all'ultimo quarto del secolo scorso, è andata perduta durante l'epoca del movimento hippy e della rivoluzione sessuale. Una causa molto influente era la prosperità che sorgeva negli Stati Uniti negli anni Cinquanta e nell'Europa Occidentale nella seconda metà degli anni Sessanta. La prosperità e la tecnica, rendendo più leggera e confortevole la vita quotidiana, hanno causato una svolta nelle norme e nei valori. Ciò che è severo ed esigente, è facilmente considerato come qualcosa da evitare moralmente. La dottrina morale cattolica, perciò, è spesso vista come inumana: per esempio, come si può esigere da una ragazza rimasta incinta senza volerlo che porti la gravidanza a termine? Le conseguenze per la sua vita sono troppo serie e gravi per poterlo esigere. Anche molte delle persone che dicono di rifiutare l'aborto provocato in genere, compiono in simili casi un'eccezione.

La norma assoluta, cioè la norma che, proibendo un male intrinseco concreto, non ammette nessuna eccezione, è perciò sospetta

nella nostra società. Una dottrina che sostiene ancora l'esistenza di norme assolute, viene rifiutata come legalismo e trovata troppo rigorosa.[5] Fletcher, un aderente protestante dell'etica della situazione, ha descritto l'attitudine della società di fronte al proclamatore della norma assoluta come segue:

"Anche se il legalista deplora che la legge esige delle decisioni dure e disastrose, grida ancora *'Fiat justitia, ruat caelum'* (succeda giustizia, cascasse il cielo). Lui è l'uomo che Mark Twain chiamava '*un uomo buono nel senso peggiore della parola*'"[6].

La maggior parte degli etici e dei teologi moralisti è oggi incline a considerare norme come "non commetterai aborto provocato o eutanasia diretta" al massimo come *norme generali*, cioè come norme valide in genere, ma non senza eccezioni ('valent ut in pluribus'), in contrapposizione dalle norme assolute.

La discussione sulla fondazione delle norme morali nella teologia morale si sviluppava globalmente. *L'etica della situazione,* soprattutto comune fra protestanti liberali, dominava negli anni Cinquanta e Sessanta. Fra i moralisti cattolici che trovavano la morale tradizionale troppo stringente, il proporzionalismo era generalmente accettato a partire dalla metà degli anni Sessanta.[7] A prescindere da tutte le sue numerose variazioni, questa corrente segue il principio che nell'atto concreto si devono ponderare gli effetti positivi con gli effetti negativi per poter stabilire se un atto è buono o meno. Per esempio si dovrebbe confrontare il male della morte del bambino non ancora nato contro le conseguenze negative per la vita e la carriera della ragazza rimasta incinta senza volerlo. Il male intrinseco, cioè il male che non si deve mai fare, per quanto sia buono lo scopo in se stesso, concernerebbe solo l'attitudine dell'agente o una virtù in genere: per esempio non si deve mai agire ingiustamente o imprudentemente. Il proporzionalismo è stato rifiutato dal magistero nell'enciclica *Veritatis Splendor* (nn. 71-83).

Mentre l'utilitarismo classico e il proporzionalismo, che ne è in un certo senso la traduzione nella teologia morale cattolica, consideravano il giudizio etico, cioè compiere un appropriato bilancio delle conseguenze positive e negative, non solo la competenza della coscienza morale individuale, ma – in gran parte – la competenza della società o delle autorità pubbliche, la valutazione di esse è diventata sempre più una cosa dell'individuo. La crisi dell'autorità in genere, che sta diminuendo attualmente, rende difficile sia accettare l'autorità pubblica che quella ecclesiastica soprattutto in materia etica. L'individualismo e la mancanza di solidarietà così notevoli nella società occidentale hanno come conseguenza che l'uomo diventa sempre più chiuso in se stes-

so. Ogni uomo ha un proprio standard per giudicare il significato del suo agire e delle conseguenze dei suoi atti, per cui è autonomo in gran parte. L'etica che tenta di fondare questo sviluppo è nota come *etica autonoma.* Questa è l'etica dominante nella società secolarizzata, ma che ha un influsso profondo anche tra i fedeli. Ogni pastore di anime viene confrontato con questa attitudine fra i suoi parrocchiani: "io stesso posso determinare che cosa credo". Nella vita pubblica il medico, l'infermiere, l'insegnante, l'assistente sociale e tanti altri devono nascondere le proprie convinzioni dietro la maschera della professionalità. Nell'assistenza sanitaria può facilmente capitare che il medico non vada d'accordo con la decisione del cliente, ma ogni discussione etica si ferma all'autonomia del paziente: "lui stesso ha voluto così". Siccome il bilancio dei vari valori relativi è spesso redatto in base alle emozioni del momento, il risultato non è comunicabile con altre persone. È molto significativo in questo rispetto che non si parli di un "giudizio etico", comunicabile in un discorso razionale, ma di una "decisione etica": si tratta di un volontarismo estremo.

Mentre la società occidentale conosceva ancora durante gli anni delle contestazioni, cioè gli anni Sessanta, il conflitto spesso molto duro fra le varie correnti e generazioni, abbiamo adesso accettato l'autonomia e il pluralismo visti come condizioni indispensabili per una coesistenza pacifica nonostante le diversità di opinioni e le scelte etiche. Si tratta di un'etica deontologica, nel senso che prende come punto di partenza una serie di principi, di solito quattro, secondo un modello semplice. Vista l'impossibilità di arrivare a un consenso etico come piano portante per il sistema giuridico, bisogna limitarsi a quei principi, empiricamente verificabili, accettati da tutti, come un "massimo comune denominatore".[8] Questi comprendono:

1. il principio di autonomia o – in modo un po' attenuato – il principio di permesso;
2. il principio di fare il bene (principle of beneficence);
3. il principio di non fare il male (principle of non-maleficence);
4. il principio di giustizia.

Nessuno può negare il principio di autonomia, perché l'uomo è ovviamente un essere libero. Molti lo vedono come il principio fondamentale che esige sempre e ovunque rispetto e ha la priorità su quello di fare il bene. Se una persona vuole porre fine alla vita mediante l'eutanasia o cambiare il sesso, nessuno ha il diritto di impedirglielo. Significa che un medico, tentando di salvare la vita di una persona che vuole suicidarsi deliberatamente, fa un bene, ma contro la volontà del paziente. Questo significa che commette il peccato di paternalismo. Se qualcuno, invece, non accetta in principio l'eutanasia, non è possibile imporgli questo principio. Così un cattolico tradizionale e un liberale possono vivere insieme pacificamente nella società.

Mediante un consenso democratico la società deve stabilire alcuni beni per distribuirli fra i membri secondo il principio di giustizia, con lo scopo di rendere tutti in grado di vivere la loro autonomia il più possibile. Anche la società non ha il diritto di imporre a qualcuno un bene contro la sua volontà. Il principio di non fare il male funziona come una barriera negativa per l'autonomia: è inaccettabile che si causi un danno all'altro, poiché questo può essere inteso come una limitazione della sua autonomia.

È chiaro come sia impossibile conciliare l'etica autonoma con la morale cattolica che prende come punto di partenza un'antropologia che conosce alcune coordinate fisse, indipendenti da un'eventuale preferenza soggettiva. È, inoltre, un'antropologia non si deve soltanto fondare su informazioni empiristicamente verificabili.

Visto che l'autonoma e il pluralismo principale escludono di per sé una discussione fondamentale nel foro pubblico, è anzitutto necessario mostrarne le difficoltà, perfino l'impossibilità intrinseca.

Un'etica illusoria

Proprio riguardo a quei principi che dovrebbero condurre la società a un consenso, l'etica autonoma mostra un difetto fondamentale. Soprattutto i principi di fare il bene, di non fare il male e di giustizia non hanno alcun senso se non si conosce prima che cosa sia un bene o un male, a che cosa corrispondano i diritti, e se non si definisca che cosa è ingiustizia. Che cosa implicano i principi enumerati, quando questi concetti non hanno un contenuto oggettivo?

Nel 1998 la Corte di Lussemburgo ha emesso una sentenza in un caso di uomini che avevano ferito i genitali esterni di alcuni di loro mediante riti di sadomasochismo. Sia gli autori che le vittime si difendevano a vicenda dicendo che tutto era successo con il consenso delle vittime. La Corte, a quanto pare convinta che il cittadino non abbia diritto di disporre del proprio corpo senza limiti, ha però respinto la loro argomentazione. Rimane tuttavia una certa contraddittorietà nel sistema giuridico, perché un altro intervento in cui il corpo è ferito in modo notevole per un desiderio a livello sessuale, cioè la modificazione del sesso, è generalmente accettata, perché vista come una terapia. E alcuni Paesi tollerano l'uso delle droghe leggere, che non lo sono di fatto, o delle droghe pesanti, fornite perfino gratuitamente in casi disperati per prevenire il furto o altra criminalità nel quadro della cosiddetta riduzione del danno, "harm reduction" in inglese, per proteggere il principio di non fare il male. Ma qual è il criterio per la valutazione dei vari effetti? Manca la logica nel confrontare due i casi: se accettiamo la modificazione del sesso, perché non si accetta il ferimento sadico per mettere alcuni in grado di soddisfare i desideri sessuali devianti che potrebbero altrimenti diventare incontrollabili? Perché non vedremmo anche questo come una sorta di terapia o prevenzione? Rimane dunque l'impressione che l'etica autonoma non sia priva di un'arbitrarietà considerevole pure nel campo sociale. Questo fa temere che un giorno anche l'attitudine riguardo al danno sadico in base a un mutuo consenso possa diventare positiva.

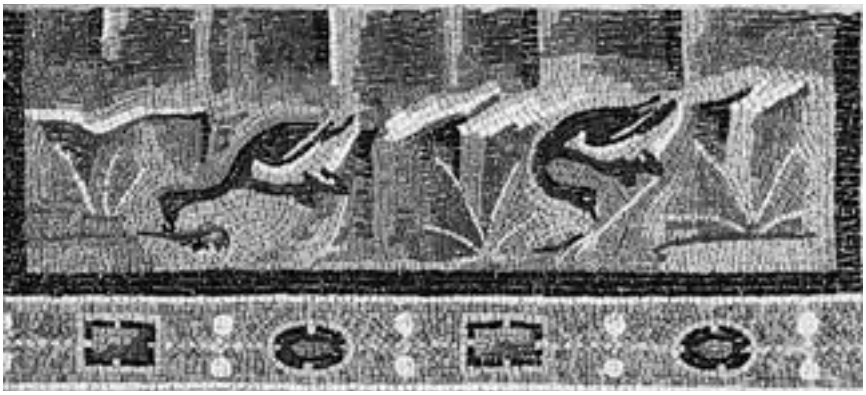
Giovanni Paolo II, nella sua enciclica *Evangelium Vitae* (n. 70), si chiede se una tale arbitrarietà, negando perfino beni fondamentali come la vita umana, non faccia cambiare la società democratica nel suo opposto:

"Quando una maggioranza parlamentare o sociale decreta la legittimità della soppressione, pur a certe condizioni, della vita umana non ancora nata, non assume forse una decisione 'tirannica' nei confronti dell'essere umano più debole e indifeso?"

Accanto al problema che la mancanza di un'antropologia da cui derivano criteri oggettivi per distinguere il bene dal male, rende di fondo impossibile ogni valutazione morale, l'autonomia di per sé appare una finzione. Lo scopriamo analizzando alcuni casi spesso visti come esempi di decisioni autonome. Che cosa dobbiamo pensare dell'autonomia del transessuale che vuole modificare il suo sesso fenotipico? È una scelta completamente autonoma o no? Sicuramente non ha scelto lo stato di transessuale: questo, secondo gli esperti, è il risultato di uno sviluppo psicologico così come l'espressione di una condizione biologica/genetica. Qualunque sia la causa, la decisione di subire un cambiamento del sesso esterno sembra, comunque, – almeno parzialmente – essere determinato da fattori che si sottraggono alla libera volontà. Non dobbiamo constatare lo stesso di tutti gli interventi cosmetici?

Per dire la verità: perché si desidera avere piercing e tatuaggi? Perché è un piacere andare fuori casa in una maglietta senza maniche nonostante un tempo fresco e mostrare le braccia e le spalle muscolose? Perché il face-lift e la liposuzione? In somma, perché questa insoddisfazione con il corpo come è, mentre non c'è un difetto o una malattia? Senza condividere la filosofia di Sartre, si deve sottoscrivere la sua descrizione della mentalità odierna, da cui anche lui stesso era oppresso: noi ci sentiamo spesso osservati come oggetti sotto lo sguardo dell'altro da cui siamo ridotti a un oggetto e un possesso.[9] Sorge la vergogna, quando diventiamo una cosa stimata secondo il suo valore sotto lo sguardo di un altro. Questo sguardo concerne il corpo. Se lo sguardo dell'altro minaccia di distruggermi, devo rimediare. Chi allena il corpo, chi subisce interventi plastici, chi mette piercing o tatuaggi, lo fa volontariamente in quanto non forzato. Il corpo, però, funziona nella nostra cultura come oggetto per attirare l'attenzione altrui. In ciò che si fa con il corpo, ci si fa guidare dal gusto altrui. La moda non è una scelta personale, ma è determinata e imposta da un gruppo o collettivamente.

Anche in ambiti più intellettuali l'uomo è visto come un prodotto vendibile. In un articolo recente in una rivista olandese si è esaminato quanto un esterno bello e attraente influisca sulle possibilità di fare carriera e sulla possibilità di avere reddito elevato. Detti fattori risultano proporzionati a vicenda. Un chirurgo plastico a Scheveningen tratta per questo regolarmente dirigenti conosciuti di alto livello del mondo degli affari. Fra di loro si trovava una quarantenne con una faccia per niente brutta. Nell'industria-IT dove lavorava "tra tutti ragazzini giovani," voleva sembrare più "fresca:" "Essa non sfuggiva alla realtà che le palpebre si abbassano un po', quando si avvicina l'età di quarant'anni. Questo dà un'impressione faticata e la soluzione è '*tagliare*'." Questo intervento implica la rimozione di una piccola striscia di cute, "uno degli interventi più popolari nel caso di donne di mezza età, e inoltre non tanto costoso. Si fa per 3000 fiorini (circa Lit 2.500.000)"[10].



Molte cose fatte con il corpo provengono da sentimenti di inferiorità, assai frequenti in una società esigente come la nostra. Una scelta determinata da questi sentimenti, che funzionano in fin dei conti come una forma di pressione sociale, non è completamente libera o autonoma. Il problema dell'etica autonoma è che si tratta di un'etica senza soggetto: l'uomo autonomo che essa suppone è un'astrazione, o forse un'illusione.

Anche se esistesse l'individuo autonomo, avrebbe un compito non fattibile: sarebbe "condannato" a fare un confronto fra i vari beni rilevanti nella sua situazione. Senza coordinate fisse questo è impossibile. Come si potrebbe comparare il peso dei vari beni coinvolti in un atto umano, visto che non sono commensurabili fra di loro senza un denominatore comune? Come considerare il valore di un avanzamento di carriera o di un viaggio in Thailandia rinunciando ad avere un figlio o l'importanza della procreazione per l'equilibrio demografico?[11] Non si tratta di beni dello stesso ordine. Demmer cerca tale denominatore comune nella "apertura all'eternità" ("Ewigkeitserschlossenheit"): "non vengono comparati o perfino messi in conto a vicenda il temporale con l'eterno, ma gradi distinti di intensità, consapevolezza e libertà di apertura all'eternità"[12]. Questa proposta è tuttavia una soluzione che mostra una certa perplessità. L'etica autonoma impone agli individui un compito psicologicamente troppo difficile a realizzarsi. L'individuo di per sé non è in grado di avere una visione d'insieme. La libertà di scelta ha inoltre altri svantaggi. La vita non ha più un corso ovvio, ma è una serie di scelte personali di cui l'individuo stesso ha tutta la responsabilità. La conseguenza è che, non più appoggiato dalla società, viene personalmente apprezzato per il suo successo, ma anche personalmente ritenuto responsabile del proprio fallimento.

Il dramma dell'illusione dell'uomo autonomo diventa ancora più chiaro quando consideriamo che cosa gli capita nei suoi rapporti so-

ciali. Nella discussione pubblica è quasi impossibile parlare delle proprie convinzioni religiose o etiche, in quanto limitate all'atmosfera privata. La conseguenza è che nella vita sociale e politica si è costretti a discutere solamente i valori importanti per tutti. Risulta nella pratica che sono valori economici. Di conseguenza l'uomo stesso è praticamente ridotto a un valore economico. Il filosofo inglese MacIntyre descrive come i modelli leader sociali di un tempo, cioè i professori, i medici, i giuristi e i ministri del culto, sono stati sostituiti oggi dai manager burocratici[13]. Il manager è la persona che deve gestire un'azienda, un ospedale, una scuola o un'istanza pubblica utilizzando il minimo di mezzi, finanze e impegnati. Da questo punto di vista spesso l'uomo è stimato solo secondo il suo valore economico e non primariamente secondo il proprio essere che ha voluto far valere accentuando la sua autonomia. Questa conseguenza contraria mostra che l'etica autonoma promette in fin dei conti solo un'illusione.

Un appoggio oggettivo

La domanda fondamentale è se esistono beni oggettivi che funzionano come coordinate fisse per una valutazione etica dell'agire umano. La libertà umana è sicuramente un tale bene, ma viene esaltato quasi come l'unico bene umano fondamentale a scapito di altri beni. L'uomo moderno, vivendo con l'illusione che senza salute la vita è priva di ogni valore, si dà per vinto quando la tecnica manca, e sceglie sempre più spesso di concludere la vita nella forma di suicidio assistito o di eutanasia (volontaria). La libertà di valutare il valore della vita è preferita alla vita stessa. Benché la libertà sia il bene più alto dell'uomo, non dobbiamo constatare che la vita è un bene più fondamentale? Il cardinale De Lugo (1583-1660), secondo S. Alfonso di Ligorio – il teologo moralista più grande dopo S.Tommaso d'Aquino – chiama il suicidio un peccato contro l'amore dell'uomo verso se stesso, perché la vita è "substantia et fundamentum aliorum [bonorum]:" "come posso amarmi, se non voglio per me almeno l'essere, che è il fondamento di ogni bene, e senza il quale non posso poi volere per me nessun bene?"[14] Senza la vita non si può infatti realizzare la libertà.

Mentre nella società occidentale odierna c'è una tendenza forte di preferire la libertà alla vita, ci sono anche altre esperienze. Possiamo veramente meravigliarci che delle persone in circostanze terribili e apparentemente insopportabili, si sforzano ancora all'estremo per poter sopravvivere. I prigionieri dei campi di concentramento nel periodo del nazismo o del comunismo mostravano una forte volontà di vivere, nonostante la loro situazione spesso disperata. Solženicyn ha descritto molti di questi esempi significativi nel suo famoso libro *Arcipelago Gulag*[15]. Durante la detenzione in un campo di concentramento lo psichiatra viennese Viktor Frankl ha avuto la possibilità di approfondire la sua nosoterapia, il modello della terza scuola di psicoterapia di Vienna, osservando che i prigionieri riuscivano a sopravvivere mantenendo la speranza e vedendo il senso della vita[16]. Dopo averli persi non erano più in grado di vivere e di solito morivano, senza essere uccisi o suicidarsi. Questo mostra che l'uomo, anche in circostanze molto più gravi di quelle dei nostri pazienti terminali, hanno un'inclinazione a vivere e dunque vedono la vita come un bene.

Lo stesso vale anche per la procreazione: c'era un grande amore, affetto e desiderio di figli, anche in epoche in cui la nutrizione e l'educazione erano realizzabili solo con molti sforzi e molte difficoltà. Benché nelle guerre la quota di natalità cada, si osserva spesso un suo aumento nel periodo successivo. Nonostante la quota di natalità molto bassa nella nostra società, una parte considerevole del 20% delle coppie che non può concepire figli in modo naturale è disposta a subire molti esami medici e interventi per realizzare la procreazione. Questo significa che anche nella nostra società la procreazione è ancora percepita come un bene.

Ci sono ancora altri beni che l'uomo desidera in genere. Lo stesso Solženicyn descrive come i giudici istruttori nel sistema comunista usavano metodi comprovati per costringere prigionieri spesso completamente innocenti a firmare la confessione della propria colpa: facevano molte promesse false ("se firmi, noi garantiamo che sarai trattato in modo mite"), li ingannavano fingendo che anche la famiglia era stata arrestata e che la loro sorte dipendeva dalla confessione immediata della colpa, o li torturavano cosicché non potevano più pensare. Privando i prigionieri della conoscenza razionale oggettiva impedivano loro di agire in modo umano, cioè come esseri liberi e responsabili. Da questo deriva il principio del consenso informato che richiede che un paziente non debba subire una terapia o partecipare a un esperimento senza essere sufficientemente informato sui vantaggi e sugli svantaggi e senza essere messo sotto pressione. Altrimenti non potrebbe dare una decisione veramente libera. In questo contesto appare anche la conoscenza come un bene fondamentale per realizzare la libertà.

I neonati dell'esperimento di Frederico II nel Duecento, che non erano accarezzati e a cui non si diceva niente per vedere se la lingua originale dell'uomo era l'ebraico, morivano. Una ragione per chiedere eutanasia è spesso il sentimento di essere abbandonati e isolati. Nonostante la prosperità, molti nella nostra società soffrono di solitudine, la malattia del mondo occidentale. Conoscenza pratica o saggezza di per sé non bastano per poter

vivere, come afferma Frankl:

"In un campo di concentramento trovai una volta il corpo di una donna che si era suicidata. Tra le sue cose vi era un pezzo di carta su cui aveva annotato queste parole: '*Più forte del destino è il coraggio che lo sopporta*.' Ebbene, nonostante questo motto, si era tolta la vita. La saggezza viene meno senza un tocco umano"[17].

Tutto questo mostra che l'affetto e i rapporti con altre persone umane come beni da una parte emozionali, ma in fondo spirituali sono indispensabili per l'uomo per poter vivere in modo umano. Queste riflessioni mostrano che l'uomo assolutamente autonomo, nel senso che può determinare che cosa è un bene per lui o meno, è un'astrazione totale della realtà. Mentre molti ritengono che la dottrina classica della legge naturale sia troppo astratta per fondare l'etica, risulta di fatto che corrisponde anche alle esperienze concrete dell'uomo del ventesimo secolo. Una condizione "sine qua non" è, però, che si eviti di presentarla nel modo volontaristico ed essenzialista come hanno fatto i moralisti della seconda scolastica. Questa spiegazione della legge naturale si è arenata negli anni Sessanta del secolo scorso a causa dell'accusa di fisicismo e biologismo. Non si può infatti dedurre norme morali semplicemente da fatti biologici senza riferirsi all'essere della persona nella sua totalità.

L'interpretazione tomista originale non vedeva come fondamento della morale una norma, ma la finalità inscritta nell'essere della persona umana come tale. Tommaso d'Aquino formula il primo precetto della legge naturale così: "Il bene è da farsi e da cercarsi, il male è da evitarsi"[18]. Come Aristotele, Tommaso identifica il bene con il fine. Il precetto così formulato sembra astratto, ma riceve un contenuto concreto attraverso le inclinazioni. L'uomo ha alcune inclinazioni basilari verso le cose che la ragione percepisce spontaneamente come beni:

1. l'inclinazione a conservare il proprio essere, che l'uomo ha in comune con le altre sostanze, da cui deriva che la vita è un bene;

2. l'inclinazione a conservare la specie mediante la procreazione e l'educazione di figli, che ha in comune con gli animali;

3. l'inclinazione specifica dell'uomo, cioè il suo aspirare a conoscenza razionale e a vivere in una società.

Molti hanno difficoltà con questa spiegazione della conoscenza dei principi morali in base alle inclinazioni umane. Non si riduce così l'uomo al livello di un animale con un comportamento determinato? Non dimentichiamo che il concetto di natura e di legge naturale fa pensare all'uomo moderno che si tratti qui della natura biologica/fisica e delle leggi naturali fisiche, che implicano funzioni o effetti determinati. L'uomo moderno ha esattamente la convinzione di aver superato la natura fisica e biologica che ha spesso tanti limiti. Si arrabbia o si irrita, perciò, quando la realtà sembra essere il contrario. Il concetto di legge naturale è perciò meno popolare. In ogni caso, l'avversione per questo concetto si fonda su un malinteso: si concepiscono le inclinazioni come tendenze cieche, che ovviamente non lo sono. Sono infatti l'inizio dell'agire morale perché pongono l'uomo di fronte a una scelta. Senza l'esistenza di certe cose che l'uomo percepisce automaticamente come beni che esigono la sua risposta positiva o negativa, non ci sarebbe libertà. Senza un punto di riferimento oggettivo l'uomo può solo seguire le sue passioni, le sue emozioni e i suoi istinti biologici, che ovviamente determinano il suo agire in quanto ciechi. Con altre parole: se manca un criterio oggettivo, l'uomo è condannato ad agire in modo cieco. La negazione di ogni criterio oggettivo significa la morte dell'uomo autonomo.

Si può, però, parlare della legge naturale, evitando questo termine. Alcuni hanno tentato di formulare il criterio fondamentale oggettivo in un modo che piace di più all'uomo moderno. Finnis, considerando la nota *quaestio* 94, 2 della *Summa Theologica*, ma anche tutti gli scritti di Tommaso d'Aquino come punto di partenza, individua sette beni fondamentali: la vita (la procreazione inclusa), la conoscenza, il gioco, le esperienze estetiche, la vita sociale o l'amicizia, la razionalità pratica e la religione. Si possono ancora enumerare altri beni, ma questi sono riducibili a uno di quelli sopra nominati[19]. Gli ultimi sono fondamentali in quanto irriducibili l'uno all'altro. Tutti e sette sono ugualmente fondamentali: fra di loro non esiste una gerarchia e l'uno non può essere sacrificato all'altro. La ricerca antropologica, anche quella fra le popolazioni non occidentali, ha indicato che si possono trovare questi valori in culture molto diverse, nonostante tutte le differenze concrete. Come abbiamo detto sopra, una comparazione dei beni è possibile solamente se c'è un denominatore comune: la persona umana. La questione è sempre come un bene sia radicato nella persona umana. I beni intrinsecamente radicati in essa non sono paragonabili l'uno all'altro, quando si tratta di una violazione. Solo al livello della realizzazione si può fare un confronto. Così è possibile fare un confronto realisticamente fondato su coordinate fisse.

Il lettore potrebbe stupirsi leggendo che i beni fondamentali sono di per sé conosciuti, cioè non provabili. Stiamo parlando qui, però, dell'impostazione filosofica dell'etica che come la metafisica si fonda su principi evidenti come punto di partenza. Fondandoci sulla Rivelazione non avremo nessuna difficoltà ad indicare questi beni fondamentali. La Sacra Scrittura chiama la vita dell'uomo un dono particolare da parte di Dio. Riferendosi fra l'altro alla Genesi (*Gn* 9, 6) l'enciclica *Evangelium Vitae* afferma:

"*La vita che* Dio offre all'uomo *è un dono con cui Dio partecipa qualcosa di sé alla sua creatura*" (n. 34).

Lui è stato creato a immagine di Dio:

"La vita che Dio dona all'uomo è diversa e originale di fronte a quella di ogni altra creatura, in quanto egli, pur imparentato con la polvere della terra (cfr. *Gn* 2, 7; 3, 19; *Gb* 35, 15; *Sal* 103, 14; 104, 29), *è nel mondo manifestazione di Dio, segno della sua presenza, orma della sua gloria* (cfr. *Gn* 1, 26-17; Sal 8, 6). All'uomo è donato *un'altissima dignità*, che ha le sue radici nell'intimo legame che lo unisce al suo Creatore: nell'uomo risplende un riflesso della stessa realtà di Dio" *(ibid.).*

Per quanto violato, modesto, insignificante, l'uomo vivente rima-

ne una "manifestazione di Dio" in questo mondo e ha un'"altissima dignità."

Non solo l'origine particolare, ma anche il fine ultimo dell'uomo mostra che la vita è un bene essenziale. In base alla promessa della vita eterna, fattaci da Gesù, sappiamo che il destino finale consiste nella beatitudine, in un'amicizia con Dio nella quale lo conosciamo e amiamo faccia a faccia (*ibid.,* n. 38). Tutto questo afferma i beni della vita e della conoscenza. Il fatto che l'uomo esista in ultima analisi per un rapporto con Dio afferma che anche l'intersoggettività è un bene fondamentale.

Nonostante le risposte chiare della Rivelazione e della dottrina della Chiesa alle questioni, non ci possiamo, però, disimpegnare dal procedere pure al livello filosofico, perché l'argomentazione religiosa fa sorgere facilmente malintesi e resistenze, ma soprattutto perché la Sacra Scrittura stessa ci rimanda all'ordine della creazione per fondare l'etica (*Rm* 2, 14-15).

L'agire morale s'inserisce in questa prospettiva: l'uomo non deve violare questi beni corporei, psichici, sociali e spirituali, ma realizzarli in modo dovuto. Altrimenti non sarà in grado di contribuire veramente alla felicità oggettiva dell'uomo.

Dai beni alla norma, alla virtù e alla spiritualità

I beni elencati sopra appartengono al primo livello della legge naturale, che conosciamo nella forma di un "habitus" dato all'uomo mediante la creazione. Il precetto che si deve fare il bene ed evitare il male è conosciuto mediante l'intuizione, mentre l'esperienza delle inclinazioni a varie cose le fa conoscere spontaneamente come beni. I beni fondamentali sono perciò evidenti per se stessi ("per se nota")[20]. Questa conoscenza, però, non basta. Dobbiamo anche sapere in quale modo realizzare questi fini, perché possono essere intesi in modo non ordinato. Si può realizzare il bene della conoscenza, strumentalizzando esseri umani in esperimenti medici, cioè violando il bene della loro vita e della loro integrità fisica. Il primo livello della legge naturale non sarebbe completo, se non contenesse pure alcune indicazioni per questo scopo. Tommaso d'Aquino elenca a questo livello i principi seguenti: la regola aurea "Ciò che volete gli uomini facciano a voi, anche voi fatelo a loro" (*Lc* 6, 31; cfr. *Tb* 4, 15; *Mt* 7, 12)[21], il principio di non fare il male o il danno[22] e quello di praticare l'amore di Dio e del prossimo[23]. Si riconoscono qui alcuni principi proposti dall'etica autonoma, ma Tommaso non omette di indicare prima il contenuto del bene e del male. Alcuni moralisti hanno ampliato questo elenco di principi concernenti il modo di realizzare i beni, per esempio Grisez che ne elenca otto, chiamati "modes of responsibility" (modi di responsabilità)[24], che le virtù "incarnano"[25].

I valori fondamentali non sono ancora norme, ma fini. Come formulare norme concrete? Una delle richieste della razionalità pratica, che proviene dai principi menzionati per il modo di realizzare i sette beni elencati, è che essi vengano rispettati in ogni atto, e non vengano mai violati. Su questo, per esempio, si fonda la norma secondo la quale non si può uccidere un uomo innocente con l'aborto o l'eutanasia diretta per realizzare un altro bene. Si arriva così alla formulazione delle conclusioni che derivano direttamente dal primo livello della legge naturale e che appartengono al secondo livello della legge naturale. Si tratta qui delle norme del decalogo, tranne il terzo, concernente il sabato, che proibiscono la violazione di beni fondamentali e sono, perciò, assolute, il che vuol dire che non ammettono eccezioni. Sono chiamate il limite inferiore dell'amore nell'enciclica *Evangelium vitae* (n. 75):

"*I precetti morali negativi*, cioè quelli che dichiarano moralmente inaccettabile la scelta di una determinata azione, hanno un valore assoluto per la libertà umana: essi valgono sempre e comunque, senza eccezioni. Indicano che la scelta di determinati comportamenti è radicalmente incompatibile con l'amore verso Dio e con la dignità della persona, creata a sua immagine: tale scelta, perciò, non può essere riscattata dalla bontà di nessuna intenzione e di nessuna conseguenza, è in contrasto fondamentale con l'orientare la propria vita a Dio."

Questo secondo livello della legge naturale è conosciuto dalla maggior parte della gente di uno sviluppo e un'educazione normale: fino a un certo punto, in nessuna cultura si considerano la vita umana, la procreazione, il matrimonio, l'onestà e l'ordine sociale come completamente neutrali. Questo non toglie il fatto che individui e talvolta anche interi popoli possano essere ciechi per certi valori, un fatto questo che la tradizione cristiana considera come una delle conseguenze del peccato originale. Mentre nel secolo scorso la società occidentale ha trovato una riposta più o meno soddisfacente alla questione sociale dell'Ottocento, oggi non è sufficientemente consapevole del valore della vita umana o del matrimonio come un patto stabile. Per questo Dio ha espressamente rilevato nel decalogo la legge naturale, benché in principio conoscibile da tutti gli uomini.[26] Questo continua nel compito della Chiesa di proclamare anche la legge naturale come base dell'agire morale (cfr. *Dignitatis Humanae,* n. 14).

Un'obiezione ovvia sarebbe che sebbene la maggior parte degli uomini veda la vita come un bene, ci sono alcuni che non la pensano così in situazioni estreme, quali una malattia terminale con una sofferenza insopportabile o una gravidanza non desiderata. Non intendiamo condannare coloro che si rassegnano e mercanteggiano la vita. Comprendere la situazione non significa tuttavia approvare l'atto. A prescindere dalla spiegazione teologica, che dice che a causa del peccato originale le emozioni possono rendere la persona cieca per un bene oggettivo o impedirle di rispondere a quel bene in modo dovuto, dobbiamo chiederci: se una persona non è più in grado di riconoscere un bene – e lo fa sempre nel caso in cui ha perso la speranza e il coraggio –, dobbiamo accettare la sua situazione e non fare nulla? L'eutanasia in una tale situazione è affermare la disperazione, invece di affermare la perdita del valore della vita. Qui incontriamo di nuovo un'illusione. La scelta per la morte come un be-

ne non è per niente una scelta autonoma, perché la disperazione e la perdita del coraggio tolgono la libertà.

Applicando le norme del secondo livello della legge naturale ai casi più concreti, passiamo al terzo livello della legge naturale. Si devono compiere delle scelte rispetto alla realizzazione dei beni, per esempio nel caso in cui ci si chiede per quanto si dovrebbe prolungare la vita di un paziente mediante tecniche mediche. Le norme del terzo livello non sono assolute, ma generali: valgono nella maggior parte dei casi, ma ammettono eccezioni (valgono "semper, sed non pro semper" o "ut in pluribus"). Nell'applicazione di queste norme si deve valutare quale atto è proporzionato alla realizzazione del bene al riguardo e quale bene deve essere preferibilmente realizzato.

Violare un bene implica sempre abbandonare un bene perché non si ha la speranza di realizzarlo o continuarlo. Implica, perciò, una negazione di se stesso come persona autonoma. Esigere che venga legalizzata l'eutanasia non vuol dire affermare l'autonomia vera, cioè intrinseca dell'uomo, ma soltanto chiedere l'autonomia estrinseca, la libertà negativa, la libertà di farsi uccidere senza che la legge intervenga. Negare i beni fondamentali, e dunque negare la vera libertà umana, non può mai portare l'uomo a una vera felicità. La soluzione non può essere la negazione del bene come tale, ma la ricerca della strada alla vera libertà per non violare, anzi per realizzare questo bene anche se è difficile. Ma come trovare le vere autonomia e libertà che portano alla vera felicità?

Dopo la morte di un uomo con un'afasia vissuto in un ospizio per molti anni, tutti gli altri pazienti del suo reparto erano tristi: questo uomo mancava loro, benché non fosse in grado di scambiare una parola con loro. La ragione è che lui, pur soffrendo di un'afasia, aveva sempre una faccia raggiante con cui li incoraggiava. In questo caso ogni utilitarismo o funzionalismo della dignità umana e dei rapporti intersoggettivi non sa cosa rispondere. Perché un uomo in tali condizioni può essere felice? La sua felicità, che porta un frutto terapeutico intersoggettivo e risulta molto comunicabile, sicuramente non sta in una salute compresa come un benessere completo. La risposta è che la presenza di qualsiasi imperfezione fisica, in fin dei conti, non è importante per la felicità, bensì per la posizione della persona rispetto ad essa. La sofferenza, benché sia una reazione naturale dell'uomo al male che subisce, non è una reazione determinata: l'uomo, in quanto essere spirituale, dotato di libertà, non puramente consegnato a determinismi

fisico-emozionali, ha la possibilità di guidare le sue reazioni. La condizione è però che sia in grado di dominarle mediante lo spirito. Ciò sarà possibile nella misura in cui l'uomo saprà proporzionare le sue decisioni alla realtà concreta mediante la prudenza, proporzionare la sua paura e angoscia alla realtà mediante la fortezza e resistere alla seduzione di strumentalizzare la natura biologica umana per scopi spesso illusori mediante la giustizia. Ovvero, la persona in questione deve avere le virtù per essere libera, ossia per essere veramente autonoma. L'intuizione che l'uomo deve essere autonomo per poter essere felice è giusta, ma un'altra questione è sapere in che cosa consista l'autonomia umana.

Le virtù sono per ogni uomo la condizione necessaria per l'autonomia, la capacità di prendere decisioni proporzionate al proprio essere per ottenere la felicità. Nello stesso tempo sono comunicabili, come mostra l'uomo colpito di afasia, e offrono perciò una base più solida per un'etica comune in una società pluralista che non la cosiddetta "Georgetown Mantra:" i principi di autonomia, di fare il bene, di non fare il male e di giustizia, che non sono sufficienti per definire il contenuto sia dell'autonomia che del bene e del male e chiudono l'uomo in ideali illusori, di fatto determinati o socialmente imposti, come abbiamo detto (questi principi sono chiamati "Georgetown Mantra", perché usati quasi come una formula magica – mantra – per risolvere ogni dilemma etico e sviluppati alla Georgetown University).

L'autonomia dell'uomo in questo senso è anche necessaria per aprirsi alla felicità assoluta. Siccome la sofferenza, in ultima analisi, è l'amore violato fra l'uomo e il Creatore, la strada per vincerla consiste nel dare una risposta affermativa all'Amore salvifico offertoci da Dio per mezzo di Gesù. Aprirsi all'amore è sempre un atto libero, cioè autonomo. Il nucleo del messaggio cristiano è che l'uomo, avendo ricevuto le virtù teologali e i doni dello Spirito Santo ed essendo redento e ristabilito come immagine di Dio attraverso l'uguaglianza con il Figlio di Dio (*Gv* 13, 15-34; *Ef* 5, 2; *1 Gv* 2, 6), trova la sua piena felicità nell'intersoggetività con Dio, mediante la quale diventa partecipe dell'amore assoluto.

Si noti che stiamo passando ora il ponte fra moralità e spiritualità. Intorno alla Pasqua del 1990 fui ricoverato in un ospedale a Roma. L'internista che mi curava mi raccontò di aver sentito qualche tempo prima una conferenza di un moralista sull'aborto provocato. Durante la discussione che seguì, si alzò e disse: "Mi dispiace molto per lei, ma ciò di cui noi medici abbiamo bisogno non è un discorso di norme morali, ma di una spiritualità propria del medico". Non voleva dire che la morale non lo convincesse. Né la spiritualità, né le virtù sono di per sé fonte di norme morali. Entrambe provengono dal primo livello della legge naturale, nel senso che sono per così dire "l'incarnazione" dei principi che indicano la strada attraverso la quale realizzare i beni fondamentali. Questo non toglie però che il mio internista avesse ragione: non si può dare un quadro completo dell'etica medica senza parlare della spiritualità che si realizza

nelle virtù, sia in quelle acquisite che in quelle infuse come grazia, cioè le virtù teologali (la fede, la speranza e la carità) e i doni dello Spirito Santo. Mentre le virtù acquisite rafforzano già la similitudine dell'uomo a Dio, aumentando la sua libertà e la sua aderenza ai beni fondamentali, le virtù infuse lo identificano al Figlio di Dio, fattosi uomo, l'Immagine Perfetta.

Prospettive e raccomandazioni

Non dobbiamo pensare che il postmodernismo rimanga per sempre. Mi attendo che nelle decadi che verranno la gente diventi sempre più consapevole del vuoto in seguito alla mancanza di un'antropologia metafisicamente fondata e che dia senso e, perciò, anche una direzione principale fissa alla nostra vita. Dobbiamo solo pensare alla storia del popolo di Israele descritto nell'Antico Testamento che mostra un movimento ondulatorio fra aderenza a Dio e l'infedeltà che finisce in uno stato di incertezza, di crisi e senza guida. Un'inchiesta ha mostrato che la percentuale che non appartiene a una chiesa sta sempre crescendo. Mentre nel 1958 era solo del 24%, è diventata del 63% nel 1999. Nello stesso periodo la percentuale dei cattolici è calata dal 42 al 18%[27]. Non dobbiamo meravigliarci di questa diminuzione, visto che un'intera generazione non trasmette la fede ai figli. Tuttavia, benché in gran parte all'esterno del quadro cristiano, sta crescendo soprattutto fra coloro che sono nati dopo il 1960 la fede in una vita dopo la morte, nel cielo, nell'inferno e nei miracoli religiosi[28]. Si può constatare, sebbene in maniera ridotta, anche una mentalità più tradizionale concernente l'idea che il lavoro della madre fuori casa è un peso per la famiglia, il rifiuto dell'adulterio e della frode fiscale, mentre le opinioni riguardanti i rapporti prima del matrimonio e l'omosessualità sono rimaste praticamente uguali. Prima di tutto fra i giovani membri delle varie chiese c'è un'aderenza maggiore alle convinzioni morali tradizionali che non fra gli anziani in genere (membri di una chiesa o no). Il 18% nel 1991 e il 22% nel 1998 tra i giovani membri rifiutano rapporti sessuali fra coloro che intendono sposarsi a vicenda, contro il 7% delle persone nate prima del 1930. Gli stessi risultati riguardavano le opinioni sull'omosessualità e sull'aborto selettivo.[29] Benché la differenza non sia molto grande, le cifre mostrano nondimeno che non si deve escludere totalmente un ritorno a una morale più compatibile con quella cristiana. Anche in un Paese tanto secolarizzato quanto l'Olanda si può notare un certo desiderio di ritrovare coordinate fisse per fondare le scelte importanti della vita.

La cultura empirista, pur implicando difficoltà gravi per la fondazione metafisica della morale, ha anche i propri aspetti forti. Benché una teoria o una dottrina astratta non riesca oggi a toccare la gente, la biografia e gli esempi di persone concrete lo fanno sicuramente. La gente d'oggi diffida delle parole – come abbiamo detto sopra fino a un certo livello anche a buon diritto, visto che è stata ingannata molte volte dalle grandi ideologie del Novecento – ma ama il linguaggio dei fatti visibili: si fida più dei testimoni che dei maestri.[30] Al contrario dei teologi moralisti, una Madre Teresa di Calcutta, rifiutando l'aborto provocato enfaticamente e nello stesso tempo offrendo un aiuto efficace a tutte le donne e ragazze rimaste incinte senza volerlo, ha un impatto considerevole anche sull'opinione pubblica contemporanea.

S.E. Mons. WILLEM J. EIJK
Vescovo di Groningen
Paesi Bassi

Note

[1] GREGORIO DI NISSA, *Orationes de beatitudinis*, 1 (PG 44, 1200).

[2] TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologica* I-II, prologus; 55, 2 ad 3; 68-70. AMBROGIO, *Expositionis in Lucam Liber* V, 49 (PL 15, 1734); cf. CCC, n. 705.

[3] E. GRISEBACH, *Gegenwart. Eine kritische Ethik*, Halle: Max Niemeyer Verlag, 1928, p. 187.

[4] D. HUME, *A Treatise of Human Nature*, III, 1, 1, London: J.M. Dent & Sons, 1940, vol. 2, pp. 177-178.

[5] B. SCHÜLLER, *Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der katholischen Moraltheologie*, Düsseldorf: Patmos-Verlag, 1973, p. 141.

[6] J. FLETCHER, *Situation Ethics, The New Morality*, Philadelphia: The Westminster Press, 1966, p. 20.

[7] Il proporzionalismo è stato applicato per la prima volta dal dominicano olandese Willem van der Marck in una sua opera (W.H.M. VAN DER MARCK, *Liefde en vruchtbaarheid. Actuele vragen over geboorteregeling*, Roermond/Maaseik: J.J. Romen en Zonen, 1964); il proporzionalismo come tale è stato sistematizzato dal gesuita tedesco Peter Knauer nel suo articolo classico sul principio dell'atto con duplice effetto (P. KNAUER, "La détermination du bien et du mal moral par le principe du double effet", *Nouvelle Revue Théologique* 87 (1965), pp. 356-376); altri seguaci conosciuti del proporzionalismo sono Josef Fuchs, Louis Janssens, Richard A. McCormick, Charles Curran, Bruno Schüller, Franz Böckle e Klaus Demmer.

[8] Il filosofo e medico americano Engelhardt ha introdotto conseguentemente l'etica autonoma nella bioetica, v. H. TRISTRAM ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1996 (II ed.); in questa edizione ha sostituito il principio dell'autonomia nella prima edizione del 1986 da quello del permesso ("principle of permission").

[9] J.P. SARTRE, *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris: Gallimard, 1943, p. 413

[10] Th. VAESSEN, "Hoe mooier, hoe rijker," *HP/De Tijd* 11 (2000), n. 30, pp. 27-33.

[11] B. VAN DER HAAK, "Bevolkingspolitiek," *Trouw*, 21 ottobre 2000, p. 19.

[12] K. DEMMER, *Gottes Anspruch denken. Die Gottesfrage in der Moraltheologie*, Freiburg-Schweiz/Wien, 1993, p. 94.

[13] A. MACINTYRE, *After virtue. A study in moral theory*, London: Duckworth, 1997 (2ª ed.), pp. 23-35.

[14] J. DE LUGO, *Disputationes scholasticae et morales*, editio nova, ed. J.B. Fournials, Paris: Ludovicus Vivès, 1869, X, I, n. 5, tomus VI, p. 38.

[15] A. SOLŽENICYN, *Arcipelago Gulag*, Mondadori, 1975, 3 vol.

[16] V.E. FRANKL, *Man's search for meaning. An introduction to logotherapy*, New York: Simon & Schuster, 1975.

[17] V.E. FRANKL, *Senso e valori per l'esistenza. La risposta della logoterapia*, Roma: Città Nuova Editrice, 1994, p. 23.

[18] TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologica* I-II, 94, 2.

[19] J. FINNIS, *Natural law and natural rights*, Oxford: Clarendon Press, 1988 [Clarendon Law Series], pp. 86-92.

[20] TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologica* I-II, 100, 3.

[21] *Ibid.,* 94, 4 ad 1.

[22] *Ibid.,* 95, 2.

[23] *Ibid.,* 100, 11.

[24] G. GRISEZ, *The way of the Lord Jesus. Volume I: Christian moral principles*, Chicago: Franciscan Herald Press, 1983, pp. 205-228.

[25] *Ibid.,* p. 192: "...the virtues embody the modes."

[26] TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologica* I-II, 98, 6.

[27] J.W. BECKER, J.S.J. DE WIT, *Secularisatie in de jaren negentig. Kerklidmaatschap, veranderingen in opvattingen en een prognose*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000, p. 24.

[28] *Ibid.,* p. 46.

[29] *Ibid.,* pp. 48-51.

[30] MADRE TEKLA FAMIGLIETTI nella presentazione del libro di M.G. MASCIARELLI, *Beata Maria Elisabetta Hesselblad*, Torino: Elledici, 2000 (2ª ed.), p. 8.

DIEGO GRACIA GUILLÉN

III: Medicina e cambiamento culturale

Introduzione

La prima giornata di questa *Conferenza Internazionale su Salute e Società: Sfide Tecnologiche e Umanizzazione della Medicina*, è stata dedicata, nella prima parte, a una revisione della situazione attuale della medicina, analizzando le cosiddette "malattie emergenti" di questi ultimi decenni, il nuovo tipo di paziente, i nuovi professionisti sanitari, i nuovi luoghi dell'assistenza sanitaria, la nuova tecnologia e i suoi limiti. Dopo aver analizzato tutto questo impressionante panorama, gli organizzatori hanno voluto dedicare una sessione all'analisi critica e all'illustrazione di tutta questa nuova e complessa realtà, a partire da una duplice prospettiva: storica e teologica.

Il mio intervento ha lo scopo di situare la complessa realtà sanitaria in cui ci troviamo analizzandola sotto una prospettiva storica, con uno sguardo al passato e uno al futuro. È quanto cercherò di fare, dividendo il mio intervento in tre parti. Nella prima mi propongo di descrivere il ruolo della malattia nella storia, o della salute e della malattia in quanto realtà storiche. Nella seconda parte, cercherò di identificare le fasi storiche attraverso le quali è passata la relazione dell'essere umano con la malattia. Infine, nella terza ed ultima parte, mi occuperò della nostra situazione attuale e delle prospettive per il futuro. Il mio desiderio è che questo panorama ci permetta di comprendere meglio quel complesso fenomeno che è la malattia umana, illustrandola sotto altre prospettive, come quella etica, filosofica, teologica, politica, ecc.

1. Salute e malattia come realtà storiche

La storia è il risultato dell'interazione dell'essere umano con la natura. È l'essere umano che fa la storia a partire da ciò che incontra e cioè, anzitutto, dalla natura. La natura contiene le cosiddette "risorse naturali". L'uomo, per vivere, ha bisogno di trasformare queste risorse in possibilità di vita. Quindi le possibilità sono sempre creazioni umane. L'essere umano crea le possibilità a partire dalle risorse, e in questo modo elabora la cultura e fa la storia. *Le "risorse" sono naturali, mentre le "possibilità" sono culturali e storiche*.

La storia, pertanto, è il processo di trasformazione delle "risorse" naturali in "possibilità" di vita. La terra possiede risorse che possono trasformarsi in possibilità soltanto attraverso l'azione dell'uomo. Così, per esempio, il carbone è un minerale che permette di ottenere il fuoco, e con il fuoco di muovere le locomotive, o di riscaldare le case; questo però succede soltanto se l'uomo lo trasforma da risorsa naturale in possibilità storica, mediante l'accorto uso del fuoco, l'invenzione della macchina a vapore, ecc. Il petrolio è rimasto in grandi sacche sotterranee per molti secoli. Come risorsa esso era presente da molto prima dell'origine dell'umanità, ma è diventato possibilità di vita con l'invenzione del motore a scoppio. Prima era una risorsa naturale, non una possibilità storica.

La trasformazione di risorse in possibilità è un atto di autentica "creazione". Le possibilità non esistono in generale, bisogna "crearle", "inventarle". L'essere umano è un autentico creatore di possibilità. Tuttavia non crea a partire dal nulla, come fa Dio. Egli può creare possibilità solo a partire dalle risorse naturali; non è Dio ma, come ha scritto Leibniz nella sua *Monadologia*, è "un piccolo Dio" o, come dice la tradizione giudeo-cristiana, "immagine e somiglianza di Dio".

La storia consiste nella creazione e nella trasmissione di possibilità. Le possibilità che creiamo, positive o negative, una volta create hanno vita propria, diventano indipendenti dal loro creatore e si oggettivano. È quello che Hegel chiamò lo "spirito oggettivo". Michelangelo scolpì la meravigliosa Pietà che possiamo ammirare nella Basilica di San Pietro in Vaticano. Una volta scolpita, la statua si è trasformata in un fatto culturale con vita propria, indipendente da quella del suo autore, tanto che questi è scomparso e l'immagine continua ad essere parte fondamentale della nostra vita culturale, artistica e religiosa.

Proprio perché si oggettivano, le creazioni culturali costituiscono una specie di "deposito" trasmessoci dalle generazioni che hanno preceduto la nostra nascita, un deposito che ci mette in grado di fare la nostra vita, creando nuove possibilità, che entreranno a far parte del deposito e che saranno a loro volta trasmesse alla generazioni future.

"Consegna", "trasmissione", in gergo si dice *parádosis*, termine che in latino è stato tradotto con *traditio*. *Parádosis* viene dalla radice greca *dídomi*, che significa dare, regalare, offrire, consegnare. Il vergo greco *dídomi* corrisponde al latino *do*, dare, consegnare. Da *do* deriva anche il verbo latino *trado*,

che significa portare, trasmettere. Da qui viene il sostantivo *traditio*, che pertanto è una traduzione perfetta del termine greco *parádosis.* Forse è opportuno ricordare che dalla stessa radice latina, dal verbo *do,* derivano molte altre parole imparentate con quelle precedenti; ad esempio *credo*, credere. Si crede sempre in un deposito affidato, in una tradizione. Da qui si comprende come la fede sia anche un fenomeno storico. Si crede in un deposito che ci è stato consegnato.

La storia è questo, la consegna di possibilità, così da poter stare nella realtà. In questo modo la definì il filosofo spagnolo Xavier Zubiri alcuni decenni fa. Noi ci differenziamo da tutti gli esseri umani delle generazioni precedenti perché siamo presenti nella realtà in modo diverso da come lo furono loro, proprio perché ci è stato affidato un deposito che, almeno in parte, è differente e ci offre possibilità diverse da quelle di qualunque altra generazione anteriore. Noi possiamo fare cose che essi non poterono fare; ad esempio, andare sulla luna o effettuare trapianti di organi, modificare il genoma delle speci animali e perfino dell'essere umano.

È importante tenere presente che le possibilità che l'essere umano crea nel suo rapporto con la natura possono essere positive o negative. Non tutte le possibilità sono positive, cioè non tutte condizionano in modo positivo la vita degli esseri umani; non tutte gli permettono di vivere meglio e di raggiungere più facilmente i suoi ideali di perfezione, felicità, ecc. Certamente l'uomo cerca sempre di generare possibilità positive, però è un fatto, ripetuto nel corso della storia, che egli non sa produrle senza che, collateralmente, ne sorgano anche di negative, cioè possibilità che condizionano male la vita degli esseri umani, che li fanno essere meno umani, meno perfetti, meno felici. L'uomo non conosce il modo di creare possibilità soltanto positive senza generare, allo stesso tempo, possibilità negative. Non vi è riuscito finora, e probabilmente non vi riuscirà mai. Con la storia succede quello che succede con i farmaci, che curano certe malattie ma ne producono altre. Non esiste farmaco che non abbia effetti negativi o indesiderabili. Non si conosce farmaco che non abbia entrambi gli effetti. Lo stesso succede nella storia. Ciò che trasmettiamo ai nostri discendenti sono possibilità positive, ma anche possibilità negative. La malattia può e deve essere definita come una possibilità negativa di vita. Ciò significa una cosa molto importante, cioè che la malattia, la maggior parte delle volte, non è un fenomeno puramente naturale, una risorsa umana. Sono veramente molto poche le malattie che siano puramente naturali. In genere esse sono il risultato dell'intervento dell'essere umano sulla natura e, pertanto, sono storiche. Le malattie non sono semplici risorse, bensì possibilità negative di vita. Non vederle sotto questo aspetto è un grave errore; anche se non tanto frequente, è ugualmente pernicioso.

Quanto si dice per le malattie vale anche per la lotta contro di esse, per la medicina e per l'assistenza sanitaria. Anche queste sono reazioni umane, possibilità negative generate dall'uomo nel suo intento di combattere la malattia. Né la salute, né la malattia o l'assistenza sanitaria possono essere considerate al margine della storia. Il loro obiettivo è combattere queste possibilità negative di vita che chiamiamo malattie. Però, come abbiamo già detto, dato che l'essere umano non sa produrre possibilità positive senza generarne, nel contempo, altre negative, si comprende come la medicina generi anche malattie. È risaputo che entrare in ospedale è un rischio, e non diciamo entrare in una sala chirurgica o in una unità di cure intensive. Non è un caso che ci siano malattie chiamate iatrogene, né che queste raggiungano cifre sorprendenti, superiori sempre al 10%. Come i farmaci, anche la medicina ha sempre effetti secondari.

2. Salute e malattia nella storia

La storia dell'umanità può essere analizzata sotto molteplici punti di vista. Ma se siamo coerenti con quanto detto finora, la cosa logica è vederla come il processo delle possibilità per gli degli esseri umani, o come il processo di trasformazione delle risorse naturali in possibilità di vita. In questo modo possiamo affermare che esiste un cambiamento culturale e storico importante, fondamentale, quando l'essere umano trova un nuovo modo, o un modo rivoluzionario, di trasformare risorse in possibilità. Pertanto, possiamo definire come epoche o periodi di cambiamento quelli in cui l'uomo scopre un nuovo modo di trasformare le risorse in possibilità.

Questi periodi di cambiamento sono stati finora due o tre, al massimo quattro. Generalmente sono noti con il nome di periodi rivoluzionari. Si parla, così, di una "rivoluzione neolitica" e di una "rivoluzione industriale". Esse non furono principalmente politiche come la Rivoluzione Francese del 1789, né scientifiche, come le rivoluzioni di cui ha parlato alcuni decenni fa Thomas S. Kuhn. Queste rivoluzioni sono più profonde e radicali, perché riguardano la scoperta di nuovi modi di trasformare risorse in possibilità, il che comporta ogni altro tipo di rivoluzione: politica, sociale, culturale, scientifica, ecc.

La "rivoluzione neolitica" è quella che ha dato luogo alla storia propriamente detta, fino al punto che tutti i popoli e tutte le culture precedenti sono stati raggruppati sotto il denominatore comune di "preistorici". Ciò si deve al fatto che la rivoluzione neolitica insegnò all'essere umano il modo fondamentale di trasformare risorse in possibilità, cioè l'agricoltura e la pastorizia. È, se si vuole, la nascita del settore economico denominato "primario". Una rivoluzione della stessa portata non si sarebbe ripetuta fino al secolo XVIII, quando inizia la cosiddetta "rivoluzione industriale" che consiste nella scoperta di un nuovo modo di trasformare risorse in possibilità, dando luogo alla crescita esponenziale del settore economico chiamato "secondario". Siccome la capacità di trasformare le risorse in possibilità viene detta "ricchezza", possiamo dire che la rivoluzione neolitica aumentò enormemente la ricchezza dell'umanità e che la rivoluzione industriale la incrementò ancora di più.

Per molti storici, queste sono le due rivoluzioni fondamentali avvenute nella storia dell'umanità.

Tuttavia bisogna andare più avanti e aggiungerne una terza, avvenuta quasi un secolo fa, quando si iniziò a passare dalla società industriale a un'altra società chiamata post-industriale, del benessere o dei consumi. Questo cambiamento sembra meno vistoso o meno sorprendente, ma le sue conseguenze non sono state minori. Di fatto ha dato luogo a un incremento esponenziale di un altro settore dell'attività economia, il settore terziario o dei servizi.

Alcuni buoni servizi sono fondamentali perché gli esseri umani possano godere di possibilità di vita adeguate, e pertanto sono ricchezza. Ciò è qualcosa di meno intuitivo di quanto successo nelle due rivoluzioni precedenti. Tutti capiscono che il miglioramento dei settori primario e secondario presuppone necessariamente un aumento delle possibilità di vita e, pertanto, un incremento di ricchezza, mentre lo vedono meno chiaramente nel caso del settore terziario. Ciò è dovuto al fatto di non comprendere la storia come un processo di "possibilitazione". Ricchezza, ripeto, è uguale a repertorio di possibilità. La ricchezza non è uguale a denaro e meno ancora a risorse naturali. La ricchezza non sono le risorse bensì le possibilità di vita. Non c'è dubbio che un buon settore terziario è fondamentale nel processo di assicurare e incrementare le possibilità di vita degli esseri umani. Alla base di questo nuovo tipo di società sta un'altra rivoluzione industriale, la cosiddetta seconda rivoluzione industriale, prodottasi all'inizio del secolo XX, e basata sullo sviluppo del motore a scoppio e sullo sviluppo spettacolare delle comunicazioni.

Se sono questi i tre grandi periodi di cambiamento, o le tre grandi rivoluzioni storiche, possiamo concludere che tutta la storia dell'umanità può essere raggruppata attorno a loro e, pertanto, essere divisa in quattro periodi o epoche storiche. La prima, che va dalle origini della specie umana fino alla rivoluzione neolitica, è nota generalmente con il nome di "epoca preistorica". La seconda è propria della "società agricola" e la terza è chiamata "società industriale". La quarta, ed ultima, è la società post-industriale, detta anche "società dei consumi" o del benessere.

Ognuna di queste quattro epoche storiche ha avuto una durata molto diversa. L'unica caratteristica che le accomuna è la loro durata più breve rispetto a quella dei periodi precedenti. Pertanto il periodo di vigore di ciascuna fase è stato progressivamente minore. La società preistorica durò circa tre milioni di anni. Si estese dalle origini della specie umana, tre o quattro milioni di anni fa, fino alla comparsa delle prime società agricole e pastorizie, il che non avvenne certamente prima dell'anno 10.000 a.C. e che possiamo datare con sicurezza attorno ai millenni VI e V a.C. La società agricola va da questa data fino alla metà del secolo XVIII. Durò pertanto alcune migliaia di anni. La società industriale durò molto meno, circa un secolo e mezzo. Infine la società post-industriale o società dei consumi è durata meno di un secolo, almeno fino ad ora. L'accelerazione della storia ha fatto sì che ciascuna tappa durasse un tempo molto inferiore della precedente.

Dopo aver così ripartito la storia dell'umanità, possiamo ora descrivere le caratteristiche fondamentali di ciascun periodo.

1) Durante la prima fase, propria delle popolazioni preistoriche, gli esseri umani non sanno praticamente trasformare le risorse in possibilità; in altri termini, non sanno creare ricchezza. Più che crearla, la distruggono. Si tratta di popoli predatori, simili agli animali, che possono alimentarsi soltanto di ciò che la natura produce spontaneamente. Di qui il loro carattere nomade, in quanto dipendono dalle risorse naturali e, quando queste terminano, devono emigrare. Non creano ricchezza, ma depredano la natura di ciò che essa produce spontaneamente. Sono, pertanto, popoli cacciatori e raccoglitori.

Poiché non sanno trasformare risorse in possibilità, questi popoli vivono in un'economia detta di "pura sussistenza". Ciò significa che dedicano tutto il loro lavoro alla mera sussistenza. Non sono capaci di produrre ricchezza superflua. Di qui l'assenza di grandi istituzioni culturali, politiche, religiose, scientifiche, e così via. D'altra parte, non sembra che il semplice vivere fosse un compito facile. In effetti conducevano una vita molto pericolosa, esposti all'inclemenza del tempo e alla lotta contro le belve feroci. La loro alimentazione doveva essere molto povera. I reperti fossili ci testimoniano che soffrirono un tipo di patologia conosciuta in genere con il nome di "carenziale": ingerivano spesso diete ipocaloriche e cadevano in uno stato di denutrizione. Purtroppo questo fenomeno è ancora presente nei Paesi del Terzo Mondo. Così una cultura come quella preistorica ha una patologia specifica, quella carenziale. Ce ne furono però altre. Ad esempio, l'abbondanza di ferite o fratture, o di patologia chirurgica, come conseguenza dell'esercizio della caccia e della lotta contro gli animali. Tuttavia ciò li protesse da ogni altro tipo di malattie, come quelle dell'abbondanza o della civiltà, oggi tanto frequenti.

Anche la loro medicina fu molto elementare. La più primitiva fu

chiamata "medicina empirica", quella cioè che anche gli animali possiedono. L'esperienza, come dice Aristotele, è il risultato della sensazione accompagnata dalla memoria. È qualcosa che l'essere umano condivide con gli animali. Dice il proverbio che "il gatto scaldato, rifugge l'acqua fredda". La sensazione dell'acqua molto calda produce dolore, e il ricordo di questo dolore fa sì che il gatto abbia paura dell'acqua. Questa è un'esperienza. La prima medicina fu di questo tipo. Come gli animali, i primi esseri umani impararono a selezionare certe erbe con azione purgante o lassativa. Sembra che fossero i primi farmaci. Non a caso la parola greca *pharmakon* significa originariamente purgante o lassativo. Dovettero anche conoscere certe tecniche chirurgiche molto elementari, come la sutura di ferite e la riduzione di fratture o lussazioni.

Le popolazioni iponutrite sono facile preda delle malattie e della morte. Le loro difese sono scarse e la loro resistenza biologica minima. Ciò spiega probabilmente perché la crescita demografica di queste popolazioni fu quasi nulla, e in molti casi negativa. E permette di comprendere anche perché tutti loro, se si eccettua l'uomo di Cro-Magnon, si estinsero. Ciò pone un altro interessante interrogativo: perché questi non si estinse, cioè perché fu capace di giungere fino al momento in cui si produsse la rivoluzione neolitica e, soprattutto, perché fu capace di generarla? La risposta esatta a questa domanda non la conosciamo, ma sembra chiaro che ciò era in relazione con la sua maggiore intelligenza e pertanto con il suo migliore controllo dell'ambiente. Difatti in tutta questa immensa epoca che va dalla comparsa dei primi esseri umani fino alla rivoluzione neolitica succedettero avvenimenti di un'immensa trascendenza. Il più importante ebbe luogo tra gli anni 300.000 e 200.000, a seconda dei luoghi, nell'epoca del Paleolitico medio, in cui l'uomo di Neandertal scoprì l'uso del fuoco e cominciò a sotterrare i morti. Sono questi i due avvenimenti di enorme importanza storica. Il primo permise di migliorare notevolmente l'alimentazione, rendendo commestibile, mediante il fuoco e l'acqua, molti cibi che allo stato naturale non lo sono. In questo modo diventarono onnivori. La sepoltura dei morti dimostra il credo nell'oltretomba e, pertanto, la comparsa dei riti religiosi propriamente detti. Ciò ebbe un'enorme importanza anche nell'ordine della medicina, giacché a partire da quel momento la medicina empirica cominciò a coesistere con un'altra medicina di carattere religioso o di fede. Queste due dimensioni non sarebbero più scomparse nella storia dell'umanità.

2) La comparsa del neolitico viene di solito descritta come la rivoluzione dell'agricoltura. Forse, però, è più corretto vederla come il risultato di un'evoluzione lenta e continua di talune società primitive. Sembra che alcune di loro si andarono a poco a poco stabilendo in luoghi più fertili, che offrivano maggiori possibilità di vita. Queste società impararono a coltivare la terra e ad addomesticare gli animali e, pertanto, posero le basi di un nuovo modo di trasformare le risorse in possibilità e, di conseguenza, di generare ricchezza. Esse iniziarono un nuovo tipo di società, la cosiddetta "società agricola". Furono più sedentarie di quelle precedenti e diedero luogo a insediamenti più popolati, da cui nacquero le città. La rivoluzione neolitica generò un importante processo di concentrazione urbana. Queste nuove città sorsero in zone determinate, in genere paludose e vicine alla foce di grandi fiumi, come l'Indi, il Nilo, l'Eufrate e il Tigri. Difatti sembra che l'agricoltura sia nata in un luogo della cosiddetta "mezzaluna fertile" che, costeggiando dal nord il deserto dell'Arabia, si estende dall'Egitto al Golfo Persico.

L'economica di queste popolazioni fu più ricca della precedente, permettendo loro di uscire dalla sussistenza e di generare ricchezza superflua, che cominciò a trasformarsi in attività nuove, dando origine a istituzioni politiche, religiose, culturali, scientifiche, ecc. Ciò spiega perché di queste società conserviamo grandi monumenti religiosi, architettonici, letterari e scientifici. Sumer, Assiria, Babilonia, Israele, Grecia, Roma: furono tutte grandi società agricole e tutte produssero, alla loro maniera, grandi culture. La cultura occidentale nasce proprio in questo ambiente, come risultato dell'incontro di tre grandi fenomeni culturali di quel periodo, la religione di Israele, la filosofia greca e il diritto romano.

L'agricoltura e la pastorizia furono strumenti potentissimi di trasformazione di risorse in possibi-

lità e, pertanto, di aumento della ricchezza. Queste società cominciarono ad alimentarsi meglio, poterono ingerire un maggior numero di idrati di carbonio – come conseguenza della coltivazione estensiva di cereali – e una maggiore quantità di proteine di origine animale. L'incremento della ricchezza permise di sfamare un maggior numero di persone, producendo un aumento della popolazione che, a partire da allora, cominciò a crescere aritmeticamente. Ciò non impedì che periodicamente ci fossero "crisi di sussistenza", dovute ai periodi di cattivo raccolto.

Diventarono più frequenti alcune patologie come quelle dovute alla caccia di grandi animali, mentre ne apparirono o aumentarono altre. L'ingestione elevata di idrati di carbonio incrementò talune malattie metaboliche, come il diabete. Dalle testimonianze letterarie apprendiamo che aumentarono anche i problemi di salute dovuti all'ingestione di bevande alcoliche, risultato della fermentazione dei cereali. A loro volta, queste bevande permisero di controllare le malattie infettive di trasmissione idri-

ca, tanto frequenti nelle zone paludose in cui in genere si stabilirono queste popolazioni. Gli effetti patogeni dell'ingestione di acqua portarono le diverse culture a cercare bevande alternative, ad esempo le bevande fermentate come il vino, nella zona settentrionale del Mediterraneo, o la birra, in Europa centrale. Un'altra via fu l'uso di acqua fermentata con infusioni di caffè o tè, come nelle culture orientali.

Un'altra novità fu la comparsa di strati sociali molto più marcati rispetto al periodo precedente. Cominciarono a differenziarsi con tutta chiarezza quello dei lavoratori intellettuali e quello dei manuali. Un'altra caratteristica di molte di queste società fu l'esistenza di un tipo specifico di povero, rappresentato paradigmaticamente dallo schiavo, prima, e dal servo, poi.

Le istituzioni culturali della società agricola generarono un determinato tipo di medicina e di assistenza sanitaria, sopravvissuta fino al secolo XVIII. Una delle sue caratteristiche è lo stretto rapporto con le istituzioni religiose. Così, ad esempio, nella maggior parte di queste culture ci fu una medicina chiaramente sacerdotale, benché coesistesse quasi sempre con un'altra secolare o laica. La prima aveva più a che vedere con le malattie interne, e la seconda con le malattie esterne o chirurgiche. A poco a poco, con il passare del tempo, la prima andò perdendo influenza a favore della seconda. Comunque non bisogna dimenticare che gli ospedali sono stati istituzioni religiose fino all'inizio del mondo moderno.

3) La rivoluzione industriale è l'origine di un nuovo modo, il modo propriamente industriale, di trasformare risorse in possibilità e pertanto di generare ricchezza. Nasce così una nuova società, la società industriale, basata sullo sviluppo del settore economico secondario.

La rivoluzione industriale iniziò a metà del secolo XVIII, con la sostituzione della trazione umana o animale con la trazione meccanica nell'industria e nella miniera, quindi con la possibilità di costruire macchine più grandi e pesanti e la loro installazione nelle fabbriche. Essenziale fu in questo processo la scoperta da parte di James Watt della macchina a vapore tra il 1769 e il 1784, che stimolò il consumo di carbone e di acciaio, base di tutta la prima rivoluzione industriale. La messa a punto di una grande industria del carbone e dell'acciaio permise di migliorare le comunicazioni (con cui le materie prime giungevano al luogo di trasformazione a costi più ridotti) e di sviluppare molte altre industrie, come quella tessile.

La rivoluzione industriale fu seguita da molte altre. Ci fu una rivoluzione economica, rappresentata dalla nascita dell'economia liberale, opera dello scozzese Adam Smith. Secondo la tesi da lui propugnata la ricchezza di una nazione dipende fondamentalmente dal lavoro, che permette di trasformare le risorse in possibilità. L'economia liberale si basa sulla morale del lavoro e del risparmio. Questo si ottiene lavorando duramente, spendendo poco in beni di consumo e investendo la ricchezza superflua in beni di produzione. In questo modo, si accumula il capitale che è necessario per la nascita della grande industria. Questa produce beni che devono competere sul mercato con i prodotti di altri. Secondo la legge fondamentale dell'economia liberale, il mercato regola nel miglior modo possibile l'offerta e la domanda, raggiungendo sempre il punto ottimale. Ciò significa che il mercato ottiene sempre che trionfino i prodotti di maggiore qualità a minor prezzo. Intervenire sul mercato, impedendone l'autoregolamentazione, è considerato non solo economicamente scorretto, ma anche moralmente cattivo.

La comparsa delle nuove industrie nei suburbi delle città dell'Europa centrale pose nuovi problemi. Di fatto la rivoluzione industriale diede origine a tutta una nuova patologia propria delle attività industriali. Essa fu la causa, ad esempio, dell'aumento della tubercolosi a partire dalla metà del secolo XVIII. Inoltre generò una gran quantità di malattie, a causa delle condizioni insalubri dei sobborghi delle città. Fecero la loro comparsa un nuovo tipo di povero, il cosiddetto proletario, e un nuovo tipo di malattie, proprie della miseria urbana, della concentrazione urbana e del lavoro a cottimo.

Nacque anche una nuova medicina. Non a caso questa rivoluzione coincise con la comparsa della cosiddetta "scienza moderna". Incrementandosi la ricchezza, fu investito più denaro nelle università e nei centri di ricerca. La medicina moderna sorse alla fine del secolo XIX e si sviluppò lungo tutto il secolo seguente. A sua volta si specializzò l'esercizio medico. Come dimostrò decenni fa George Rosen, le specializzazioni poterono sorgere quando si produsse un incremento importante delle conoscenze e si mise a punto una tecnologia che necessitava di un training specifico, e inoltre quando tutto ciò coincise con un aumento e una concentrazione della popolazione, che permisero la piena occupazione professionale dei nuovi specialisti. Questo è quanto avvenne nelle città industriali del XIX secolo. Infine cambiò anche l'assistenza sanitaria con due novità principali. Da una parte la medicalizzazione dell'assistenza ospedaliera, di modo che gli ospedali passarono dall'essere istituzioni caritatevoli ad essere centri di assistenza medica. Dall'altra la nascita della sanità pubblica e della politica sanitaria e, pertanto, l'implicazione sempre più grande dello Stato nel mondo della salute.

L'aumento della ricchezza, il miglioramento delle condizioni sanitarie e i progressi della medicina permisero un aumento decisamente considerevole della popolazione e un incremento della speranza di vita dei cittadini. Difatti, a metà del secolo XVIII cominciò il fenomeno noto con il nome di "esplosione demografica", cioè l'incremento geometrico delle cifre lorde di popolazione, qualcosa di sconosciuto fino allora nella storia dell'umanità.

4) Dopo la prima Guerra Mondiale iniziò una nuova tappa, quella della società post-industriale o società dei consumi dovuta alla messa a punto di un nuovo modo di trasformare le risorse in possibilità, proprio del settore terziario o dei servizi. Tale spettacolare incremento delle possibilità di vita attraverso lo sviluppo del settore terziario, fu possibile grazie allo sviluppo della "seconda rivoluzione

industriale", basata sul motore a scoppio e sullo sfruttamento del petrolio. Essa rivoluzionò le comunicazioni e permise spostamenti a velocità e prezzi fino ad allora ritenuti irraggiungibili. Tale incremento del settore dei servizi non fu dovuto solo all'iniziativa privata bensì, e soprattutto, a quella pubblica. Lo Stato cominciò a crescere e ad assumere competenze che la teoria liberale gli aveva proibito. Dallo Stato liberale si passò allo Stato intervenzionista e assicuratore delle contingenze negative della vita dei cittadini, il cosiddetto *Welfare State*, Stato benefattore o di benessere.

Questa nuova fase ebbe una propria teoria economica distinta dalla liberale classica. John Meynard Keynes introdusse agli inizi degli anni trenta il concetto di "domanda totale" (*aggregate demand*) e lo tradusse nell'elemento centrale dell'attività economica. La domanda totale include le spese dei consumatori, gli investimenti privati e la pubblica spesa. La ricchezza, secondo Keynes, è tanto maggiore quanto più elevata è la domanda totale, ragion per cui è necessario incrementarla, aumentando il potere d'acquisto dei consumatori, abbassando i tipi di interesse per stimolare gli investimenti privati, e incrementando la pubblica spesa. Di conseguenza il consumo è il motore dell'economia e il produttore di ricchezza. Bisogna quindi far ruotare ogni processo economico attorno al consumo, e non attorno all'incremento della produzione come faceva la teoria classica. Il consumo provoca automaticamente l'incremento della produzione, almeno nelle società che hanno già passato la prima fase della rivoluzione industriale, in cui senza dubbio fu necessario predicare l'austerità nei consumi per incrementare l'investimento di capitali in beni di produzione. Keynes pensa che nelle società sviluppate questa teoria non solo sia inutile, ma anche pregiudizievole. Stimolando il risparmio e la frugalità dei consumi si frena lo sviluppo economico, e con questo si stimola la comparsa delle crisi. Per evitarlo non c'è altro modo che cambiare la mentalità e anche la morale della popolazione, facendole vedere il consumo come positivo e il risparmio come un vizio morale, l'avarizia e la taccagneria. La società dei consumi esige non solo una nuova economia, dice Keynes, ma anche una nuova morale.

Per stimolare il consumo della popolazione è importante che lo Stato protegga i cittadini dalle con-

tingenze negative della vita, dalla disoccupazione, dalla malattia, dalla morte, ecc. Questa è l'origine dei sistemi di previdenza o di sicurezza sociale, che si estesero per tutta l'Europa nella prima metà del secolo XX. L'assistenza sanitaria sociale è una conseguenza di questo nuovo modello di società. Non è un caso che non sia mai esistita prima, e che quando questo modello di società cominciò a dare segnali di crisi, nel 1973, cominciò anche la critica del sistema previdenziale sociale e, in concreto, di assistenza sanitaria.

È importante notare, infine, che la società dei consumi ha generato un nuovo concetto di salute, la salute come bene di consumo. Nella società industriale la salute fu sempre concepita come bene di produzione, così che si riteneva sano chi poteva lavorare e malato chi non poteva. Ora, al contrario, viene considerata un bene di consumo. Il *welfare state* definisce la salute in termini nuovi e diversi da quelli di ogni epoca precedente. Tale definizione l'identifica con "benessere" (*wellbeing*). Non è un caso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisca la salute come "uno stato di perfetto benessere fisico, mentale e sociale, e non solo l'assenza di malattia". La società del benessere intende la salute come perfetto benessere fisico, mentale e sociale. In altri termini, il consumo di salute si può stimolare e incrementare in modo indefinito.

3. La situazione attuale: il problema di uno sfruttamento e un uso eccessivo delle risorse

Il modello keynesiano cominciò a essere messo in discussione agli inizi degli anni Settanta. La crisi economica del 1973 fu considerata da molti come la fine di una tappa. Come si sa, questa crisi, chiamata anche crisi del petrolio, fu la prima crisi delle risorse. La nostra generazione è la prima che ha dovuto affrontare il fenomeno curioso e sorprendente dell'uso eccessivo delle risorse naturali. Le possibilità sono cresciute tanto che per la prima volta hanno cominciato a minacciare le risorse, molte delle quali sono difficilmente rinnovabili, o hanno un ciclo di rinnovamento molto lento.

Finora si supponeva che le risorse fossero poco meno che inesauribili, e che in qualunque caso superassero di molto le possibilità del loro utilizzo. Il problema classico della specie umana era stato sempre lo stesso, la mancanza di procedimenti efficaci di trasformazione delle risorse in possibilità di vita. Il problema, pertanto, non erano le risorse, bensì i procedimenti di trasformazione. Solo a partire dagli anni Settanta si incominciò a vedere il problema in modo chiaro. Il famoso rapporto del Club di Roma *I limiti della crescita*, pubblicato nel novembre del 1971, richiamò l'attenzione sullo sfruttamento eccessivo delle risorse del pianeta e sull'ipoteca che ciò poteva comportare a medio termine per la qualità di vita delle generazioni future degli abitanti del pianeta. Il problema non stava, come era sempre stato prima, nel trovare un nuovo metodo per trasformare meglio e di più le risorse naturali in possibilità di vita, bensì, al contrario, nel vedere come misurare il processo di creazione di possibilità mantenendo e riciclando le risorse.

La teoria keynesiana era basata sul principio secondo cui ricchezza è uguale a consumo, di modo che quanto maggiore fosse il consumo, tanto maggiore doveva essere considerata la ricchezza. Ora si comincia a pensare diversamente. Il consumo sfrenato porta al degrado dell'ambiente e, pertanto, al peggioramento della qualità di vita. Qualità di vita e consumo non sono termini direttamente relazionati. Un aumento del consumo può essere seguito da una diminuzione della qualità di vita, individuale e collettiva. Di fatto questo è ciò che sembra stia accadendo. Lo stesso gruppo di ricercatori che elaborò il rapporto su *I limiti della crescita* ha pubblicato venti anni dopo, nel 1991, un altro rapporto dal titolo *Al di là dei limiti.* Secondo la loro tesi, l'umanità ha superato i limiti della crescita, e in questo momento è immersa in uno sviluppo che non potrà essere sostenuto illimitatamente, e nemmeno per molto tempo.

Ora il concetto fondamentale è quello dello "sviluppo sostenibile". Si parte dal principio che tanto lo sviluppo del primo mondo quanto il sottosviluppo del Terzo Mondo sono "insostenibili", e che è necessario un cambiamento globale verso il cosiddetto sviluppo sostenibile. Si tratta di una teoria economica, alternativa tanto al modello keynesiano quanto a quello dell'economia liberale classica. È anche un modello politico. Per questo l'ONU lo ha assunto come propria filosofia politica. È però molto di più. È una teoria etica ed esige, senza dubbio, un grande impegno etico. La dottrina dello sviluppo sostenibile reclama che nei processi decisionali si tenga conto non solo degli individui di una società o di un Paese, bensì di tutta l'umanità, presente e futura. Infine è anche una teoria medica. Difatti l'Hastings Center ha lavorato in questi ultimi anni ad un progetto chiamato *Sustainable Health*.

Lo sviluppo sostenibile deve essere necessariamente "globale". Da qui l'importanza che in questa nuova fase acquisisce il concetto di globalizzazione. La globalizzazione comincia ad essere possibile grazie ad un nuovo fatto rivoluzionario, chiamato la "terza rivoluzione industriale", cioè quella elettronica e digitale, che può rendere possibile un nuovo mondo, più integrato e ragionevole, e anche più giusto. Anche qui è chiaro che ci troviamo di fronte ad una nuova sfida etica, da cui probabilmente dipende il nostro futuro come umanità.

Questa è la nostra situazione. Viviamo in un'epoca critica, in cui abbiamo bisogno di nuovi concetti, tanto nell'ordine economico quanto in quello politico, morale e medico. Sta qui la grande sfida e anche il nostro primo obbligo morale.

Prof. DIEGO GRACIA GUILLEN
Professore di Storia della Medicina
Università Complutense di Madrid
Spagna

IV: Luci nel dialogo interreligioso

YOSEF LAMDAN

IV.1 L'ebraismo e la sanità

Il poeta inglese Alexander Pope ha scritto: "... i pazzi si precipitano laddove gli angeli hanno paura di camminare". Ho apprezzato molto l'invito che mi è stato rivolto a partecipare a questa Conferenza Internazionale. Ma, a dire il vero, non sono del tutto sicuro di aver fatto bene ad accettarlo.

Dopo tutto questa è una conferenza ad un livello altamente professionale di specialisti di diverso tipo nel campo della Sanità. D'altro canto io sono un diplomatico di carriera, preparato, come pittorescamente dice la Regina Elisabetta I, "a dire bugie" e a mettere a rischio la mia stessa salute recandomi a ricevimenti, cocktails e cene interminabili. Ma non c'è nulla nella mia educazione che mi abbia preparato a parlare in modo autorevole di Ebraismo, Sanità e Società. Comprenderete perciò la mia apprensione.

Con il vostro permesso vorrei dividere le mie osservazioni in tre parti:

1) alcune osservazioni generali su Ebraismo e Sanità;

2) alcuni principi giudaici nell'etica sanitaria contemporanea applicata;

3) alcuni esempi riguardanti le cure agli anziani.

In tutti questi campi sono molto riconoscente agli studenti ebrei dei quali ho consultato i lavori*. Spero di riuscire a rappresentarli in modo preciso, ma se sbaglierò, gli errori e le responsabilità sono interamente miei.

1. Osservazioni generali

Non è una grande rivelazione osservare che nei tempi biblici, la religione e la medicina andavano di pari passo, e così avveniva anche in molte altre culture antiche.

Ma per gli Israeliti c'era una base teologica razionale, riassunta nella famosa frase di Ezechiele (rivolta a Dio): "Lo spirito è tuo e il corpo è tuo". In altre parole, Dio crea e controlla tutto nell'essere umano, sia spirituale che fisico.

Nel periodo Templare i sacerdoti, oltre ai loro compiti di rito, erano custodi della salute pubblica e dei ministeri della salute (anche se questi termini sarebbero stati totalmente sconosciuti per loro). Dai tempi del Talmudico sino al Medioevo, i medici molto spesso erano scolari rabbinici. Ciò perché doveva rimanere uno stretto legame tra l'insegnamento rabbinico, che rifletteva la devozione a Dio, e la scienza medica, che rifletteva la devozione al benessere dell'uomo creato ad immagine di Dio.

Questo coinvolgimento ebraico nella medicina richiedeva sin dall'inizio una struttura concettuale – nel nostro caso religiosa. Il ben noto dibattito sull'opportunità dell'intervento umano nella malattia e nella sofferenza fisica, forse contro la volontà di Dio, emerse in modo esplicito. Nell'Antico Testamento ci sono numerosi riferimenti a Dio come guaritore: "Io sono il Signore, colui che ti guarisce" (*Es* 15, 26). I sacerdoti e, più tardi, i medici di professione erano gli strumenti attraverso i quali Dio avrebbe curato: "Egli (l'uomo) dovrà procurargli le cure" (*Es* 21, 19).

Questa non era semplicemente una "licenza per curare", ma un comandamento divino, che obbligava i medici a trattare il malato senza alcuna discriminazione. Come strumenti o messaggeri di Dio, ai dottori ebrei erano richiesti gli standards morali più elevati, specialmente nelle loro linee-guida operative. E nell'etica medica giudaica, due principi, altamente rilevanti per la vostra Conferenza, regnavano supremi: il primo era l'obbligo a preservare la vita umana, che è un dono di Dio e che è sacrosanta; il secondo l'obbligo ad offrire un trattamento medico e cure sanitarie a tutti. Nel pensiero giudaico entrambi questi imperativi religiosi sono ancorati come nei Dieci Comandamenti.

L'imperativo "Tu non ucciderai" è rappresentato positivamente come un ordine a preservare la vita umana a tutti i costi. Per illustrare la sua importanza senza precedenti, le regole del Talmud attestano che salvare la vita umana ha la precedenza sul Sabato Santo (Yoma, 85 A). E come non possiamo "onorare il padre e la madre", specialmente nella loro età avanzata, se non offrendo loro, tra le altre cose, cure mediche? Inoltre il Talmud sostiene che per curare gli anziani e i malati in genere, la santità del Sabato può essere messa da parte, anche se non si tratta di una situazione in cui la vita è in pericolo.

Se guardiamo ai 613 comandamenti del Pentateuco, troviamo un'enfasi straordinaria sulla medicina sociale e sull'igiene pubblica e su quelli che possono essere considerati come aspetti della sanità in genere.

Indubbiamente, ben 213 delle 613 prescrizioni bibliche sono di natura medica oppure hanno a che fare con la medicina, e fissano le esigenze per una dieta stretta, le regole per l'igiene personale e pubblica, quelle per la prevenzione delle epidemie, l'isolamento, la quarantena, ecc. Questi modelli dell'Antico Testamento sono sorprendenti ancor oggi.

È stato però dal XII secolo che un certo concetto di "Sanità e Società" venne elaborato da Maimonides, il grande discepolo rabbinico, filosofo e medico alla Corte del Sultano d'Egitto. Egli divise la medicina in tre categorie principali:

1. prevenzione;
2. cura del malato;
3. trattamento del convalescente, compreso l'anziano.

Nel XIV secolo, in Spagna, gli ebrei spesso offrivano cure informali e un sostegno nella loro stessa società attraverso associazioni di volontariato per "Bikur Holim" (visitare i malati), azione che veniva vista anche come un dovere religioso. In molte comunità europee, nel XVIII secolo vennero istituiti ospedali ebrei e servizi sanitari indipendenti, spesso per la mancanza di accesso a persone non ebree. In altre parole i sistemi sanitari ebraici scaturirono in parte sulla base delle circostanze storiche e sociali. Tuttavia erano amministrati nell'ambito della religione religiosa ebraica (la "Halachah"), e si basavano su una profonda comprensione e talvolta sull'interpretazione di grande portata dell'Antico Testamento (la Torah).

2. Alcuni principi di etica sanitaria applicata

Permettetemi ora di fare un salto ai tempi moderni e di dedicarmi brevemente ad alcuni argomenti sanitari contemporanei (da una prospettiva giudaica ortodossa).

a) Ricorrere alle cure

Nella società attuale, si tende a pensare alle cure sanitarie in termini di donazione. Invece, nel giudaismo, i malati sono moralmente obbligati a chiedere attivamente l'attenzione medica e le cure sanitarie. Dal nostro punto di vista religioso, l'uomo ha ricevuto il suo corpo in custodia dal Creatore per usarlo e per fare la Sua volontà. All'uomo non è concesso di nuocere o abusare del suo corpo. Viceversa gli è richiesto di preservare il suo corpo e tenerlo sano meglio che può, e trovare un aiuto e delle cure professionali adatte.

Nessuno, poi, ha il diritto di rifiutare le cure. Anteporre l'osservanza religiosa sul trattamento medico non viene visto come un atto di pietà, ma il contrario. Perciò, non può essere tollerato.

b) Decisioni sanitarie e autonomia

Il modello ebraico per la 'decision-making' in medicina si basa su una triade. Primo, il medico (che è obbligato a curare il paziente e ad offrirgli le migliori cure mediche disponibili); secondo, il rabbino (cui sono demandate le questioni etiche e i problemi connessi con la legge religiosa); terzo, il paziente stesso. Quest'ultimo ha la possibilità di scegliere il suo medico e il suo rabbino, ai quali poi rimetterà gran parte della sua autonomia, mentre rimarrà libero di decidere su argomenti non medici e non etico-legali.

L'impegno è che, attraverso questa triade dinamica, con una persona nel proprio campo, si raggiungano decisioni ottimali per

argomenti medici ed etici complessi, giudicati per i loro stessi valori secondo le circostanze specifiche. Da un punto di vista filosofico il modello richiede che il paziente operi una libera scelta per derogare molto del suo potere decisionale ad altri, in linea con la sua accettazione volontaria della Torah e della Halachah. Infatti gli ebrei osservanti operano una scelta consapevole limitando la sfera della propria autonomia alle questioni mediche piuttosto che ad altre aree che possono essere considerate 'neutre' da un punto di vista morale e religioso.

Ad esempio:

1) se ci sono diverse opzioni mediche ugualmente efficaci e un'opzione viene preferita per ragioni non mediche (ad esempio considerazioni di tipo economico o cosmetico), il paziente può rifiutare questa opzione;

2) un paziente può rifiutare un trattamento che comporta grande sofferenza o che ha complicazioni rilevanti, qualora esistano altre opzioni.

c) Quando i principi si scontrano

In generale l'ebraismo è contrario a 'rendere assoluto' ogni principio religioso o precetto etico (ferma restando la supremazia della preservazione della vita umana). Laddove possibile, viene difesa una linea di mezzo o "golden mean". Da qui il fatto che i principi concorrono per la priorità, e laddove si trovano valori medici in conflitto, ogni caso, ogni paziente deve essere considerato individualmente e le decisioni devono essere prese in circostanze cliniche ed etico-legali specifiche, nell'ambito della Halachah.

d) Fare del bene

Recare beneficio a un uomo (o a una donna) è un imperativo morale e religioso nell'ebraismo, basato su diversi comandamenti biblici.

Nel rapporto paziente-medico la nozione di fare del bene è fortemente enfatizzata nel comandamento positivo rivolto ai medici di curare ed assistere ogni paziente, senza discriminazione. Il rapporto paziente-medico è infatti visto come un patto quasi religioso, basato sul fare del bene, piuttosto che un contratto civile, basato su un accordo reciproco.

e) Non fare del male

Nell'ebraismo danneggiare e nuocere al corpo e all'anima sono definiti ampiamente, ed evitare di fare del male è un compito positivo nell'ambito dell'ampia categoria dei comandamenti religiosi che regolano i rapporti tra uomo e uomo.

Nelle situazioni mediche e di tipo sanitario, il chiaro obbligo posto ai medici è quello di non usare mai la propria conoscenza per danneggiare o nuocere a qualcuno. Ai medici viene chiesto di essere esperti e di mantenere gli standard più elevati della conoscenza e dell'abilità per evitare, o al limite per minimizzare, ogni danno potenziale ai pazienti, che risulterebbe da un necessario intervento medico.

Nella prospettiva ebraica il non fare del male comprende anche il causare danno o il nuocere al proprio corpo. Come è stato già detto, ad ogni individuo è ordinato di badare alla propria vita e alla propria salute, e ciò è contrario a qualsiasi forma di autolesionismo e suicidio.

3. L'ebraismo e gli anziani

Il trattamento degli ebrei anziani e le cure che vengono prestate loro sono naturalmente legati all'ambito religioso e morale che ho appena descritto.

Nell'Antico Testamento gli anziani sono descritti con una certa attenzione e in dettaglio. Nel Talmud le "età dell'uomo" sono definite in modo curioso (60 è la vecchiaia e 70 è un'altra vecchiaia) e ci sono elaborate controversie sui fattori che portano ad un'età avanzata, oltre al passaggio degli anni. Ci sono descrizioni fisiologiche e sociologiche della vecchiaia; in generale l'anzianità è vista chiaramente come una mutata condizione fisica, non semplicemente legata all'età cronologica.

Tuttavia c'è una costante: un corretto atteggiamento verso l'età avanzata che comprende rispetto

e onore. "Alzati davanti a chi ha i capelli bianchi, onora la persona del vecchio" (*Lev* 19, 32). Questa costante, cioè il rispetto fondamentale che deve essere esteso a tutti gli anziani a prescindere dalla loro religione, dallo status e dal valore morale, richiede che anche i loro bisogni sanitari siano interamente soddisfatti e con compassione.

Come la carità, la cura degli anziani inizia a casa. Sulla base dell'Antico Testamento, ai figli viene raccomandato di badare a tutti gli aspetti del benessere dei loro genitori "fino a quando il Signore avrà pietà di loro". Se il figlio non può prendersi cura dei suoi genitori a casa, deve trovare un'alternativa adeguata, dato che l'ebraismo offre chiare basi per fornire tipi di vita assistita agli anziani. A un figlio è vietato andare contro i desideri o le richieste dei suoi genitori, e così, in diverse circostanze, egli è obbligato ad affidarne la cura a medici e a operatori sanitari. Non è possibile che i figli cerchino di curare da soli i disturbi che affliggono gli anziani, sulla base dell'onore dovuto al padre e alla madre.

Ora lasciate che vi sottolinei alcune posizioni ebraiche su varie situazioni che spesso si incontrano nel trattamento degli anziani (ma non soltanto di loro).

a) Fornire informazioni

Spesso gli approcci moderni a questa questione suggeriscono che il malato sia ampiamente informato della propria condizione, a prescindere dalla sua gravità. La posizione dell'ebraismo consiste nel fatto che né il medico, né i familiari possono prendere alcuna decisione medica finale fino a quando il paziente stesso sia in grado di esserne coinvolto. Perciò è necessario informare. Tuttavia, nel caso di malati terminali, l'Halachah impone alcuni limiti nel dare le informazioni, principalmente per prevenire l'angoscia mentale e lo stress psicologico che possono aggravare le condizioni già gravi di un paziente e, forse, abbreviarne la vita. Inoltre ogni informazione offerta in una situazione del genere deve essere data in modo da non causare al paziente la perdita della speranza o compromettere la sua volontà di vivere. Secondo certe autorità, è assolutamente vietato informare un malato terminale su quanto gli rimane da vivere – anche se dovesse essergli detta una bugia. Bisogna continuare a nutrire e a servire il malato terminale, e devono essergli somministrati dei placebo qualora ogni altro medicinale dovesse risultare inutile.

b) Alleviare il dolore

Diversamente da altre religioni l'ebraismo non vede il dolore nella malattia come una punizione da sopportare. Per noi il dolore è una sorta di sfida morale e medica contro cui combattere. Il Signore deve essere servito nella gioia e non nell'agonia; il dolore e la sofferenza permanenti sono visti peggio della morte. Perciò, se un medicinale dovesse aiutare ad alleviare il dolore, specialmente negli anziani, esso deve essere utilizzato, anche se può avere effetti pericolosi per la vita.

c) Preservazione della vita, anche a costo della qualità della vita

Per l'ebraismo questo è virtualmente un 'non argomento'. La vita, essendo un dono di Dio, deve essere preservata e prolungata quasi a tutti i costi. Il valore di ogni vita non può essere misurato in termini di qualità, basato su fattori comparativi o relativi, spesso riflettendo norme sociali transitorie. Dato che la vita è santa, l'uomo non ha alcuna autorità per abbreviarla al fine di salvare la qualità della vita.

Perciò in Israele non esiste arbitrariamente un'età in cui non si possano più ricevere cure intensive. Le case per gli anziani devono avere attrezzature per restituire alla vita i pazienti, compresi coloro che si trovano in uno stato avanzato di demenza. Nel tentativo di preservare la vita, procedure aggressive come la nutrizione attraverso l'intubazione naso-gastrica vengono somministrate a coloro che ne hanno bisogno. Nel caso di alcuni malati terminali l'uso di medicinali potenti può essere ridotto, mentre rimane l'obbligo di nutrire e curare questi pazienti fino a quando possibile.

d) Eutanasia

Alla luce di quanto ho detto, è chiaro che nell'ebraismo ogni forma di eutanasia *attiva* è strettamente proibita. Ciò è visto, infatti, come un assassinio pianificato, con tutto ciò che esso comporta da un punto di vista religioso ed etico-legale.

Tuttavia l'ebraismo compie una distinzione tra medicinali, trattamenti ed attrezzature destinate a *prolungare la vita*, mentre è contrario a quelli che spingono a *ritardare la morte*. Va oltre le mie competenze definire la linea talvolta molto sottile tra le due situazioni, ma capisco che quando la morte è imminente, l'Halachah è preparata ad approvare, e forse persino a richiedere, il ritiro di ogni fattore, sia esso estraneo al paziente o meno, che possa artificialmente ritardare la sua morte (ho tratto questa affermazione da *Jewish Medical Ethics,* pp. 123-124, del Rabbino Dr. Emmanuel Jakobovits, già Rabbino Capo del Regno Unito).

Questo argomento, così come altri che ho toccato, sono profondamente complessi e non sentendomi competente a questo riguardo, non andrò oltre. Spero soltanto che, essendo stato tanto coraggioso da avventurarmi così lontano, sia stato in grado di trasmettere alcuni atteggiamenti e approcci ebraici alla Sanità e alla Società. Per il resto, dovrete rivolgervi agli specialisti.

S.E. Sig. YOSEF LAMDAN,
Ambasciatore di Israele
Presso la Santa Sede

Note

* Sono particolarmente riconoscente al Professor Abraham Steinberg, autore dell'*Encyclopedia of Jewish Medicine* (in ebraico) che mi ha consentito di usare liberamente il suo materiale. Sono grato anche al Dr. Aharon Cohen, Capo della Divisione Geriatrica del Ministero della Sanità di Israele, che mi ha inviato un'ampia selezione di materiale sugli anziani, compresa una lettura (su nastro) del Rabbino Capo di Israele Meir Lau; ed anche al Rabbino Yaakov Weiner, Capo del Jerusalem College for Research, che ha passato molto del suo prezioso tempo con me.

Dei testi stampati che ho consultato, vorrei menzionare in modo particolare:

– JAKOBOVITS, IMMANUEL, *Jewish Medical Ethics* (New York, 1975).

– SHULMAN, NISSON E, *Jewish Answers to Medical Ethict Questions* (New Jersey and Jerusalem, 1998).

– WEINER, YAAKOV, *Ye Shall Surely Heal* (Jerusalem, 1995).

– *Encyclopedia Judaica* (Jerusalem, 1972, 12 vol.), alcuni articoli.

Un ricercatore attento potrà trovare in Internet molto materiale (di diversa qualità) sull'argomento.

MAURICE BORRMANS

IV.2 Una luce nel dialogo interreligioso islamico-cristiano: la virtù della compassione

Nel 1998 abbiamo potuto descrivere l'importanza delle cure apportate al servizio della salute e dei malati nelle società musulmane: la civiltà islamica classica, come pure quelle che l'hanno preceduta e seguita, ha dato il proprio contributo alle scienze della medicina; essa, a suo modo, si è altresì presa cura dei malati. Gli Stati moderni di cui l'Islam è la religione ufficiale, o ufficiosa, fedeli a questa tradizione multisecolare, hanno dunque sviluppato, su imitazione dei sistemi sanitari dei Paesi occidentali, un insieme di istituzioni al fine di garantire a tutti i loro cittadini l'accesso ad una medicina preventiva e nel contempo curativa.

Un anno dopo, sempre nella stessa prospettiva, abbiamo ricordato il posto privilegiato che gli anziani occupano nella mentalità popolare e nell'opinione pubblica delle società musulmane. I tempi sono certamente cambiati e queste persone rischiano spesso, oggi, di essere emarginate, come succede sovente nelle società occidentali. È pur vero che gli "anziani", nel contesto musulmano, hanno ancora diritto al rispetto di tutti se non alle cure della comunità. L'eutanasia non rappresenta ancora un problema per le società islamiche: la vita resta un valore essenziale, dal concepimento fino alla morte, anche se la *Sharî'a* (la Legge religiosa islamica) autorizza la condanna a morte in tre situazioni specifiche (taglione, adulterio e apostasia).

Ma tra la salute e la società, tra i bisogni del singolo e le cure della comunità, c'è la sofferenza e il dolore, esperienze umane ineluttabili che i malati subiscono o assumono e che medici, infermieri e infermiere accompagnano o alleviano. Al crocevia della salute e della società, dunque, c'è la sofferenza umana in cui cristiani e musulmani hanno senza dubbio molto da condividere: anche se i primi non possono far conoscere ai secondi il valore redentivo di ogni sofferenza vissuta in unione con quella di Cristo Crocifisso, almeno possono aiutarli a dare alla loro sofferenza un valore profondamente religioso in cui la fede riesce ad esprimersi, lasciando un posto segreto all'opera dello Spirito Santo. È in questa prospettiva dell'accompagnamento e dello scambio reciproco che vorremmo invitarvi a meditare sui valori di compassione che tutti i credenti sinceri possono vivere insieme, con le parole o in silenzio.

A questo scopo ci è sembrata la cosa migliore ricordare insieme a voi il messaggio postumo di Soumia Lamri, una giovane algerina malata di cancro, morta recentemente all'età di diciassette anni e mezzo, a Aïn Sefra (Algeria) dopo anni di grande sofferenza durante i quali fu accompagnata da un sacerdote nostro amico. I testi scritti da Soumia di proprio pugno e lasciati alla sua famiglia possono ispirare la nostra meditazione; alcune riflessioni del sacerdote che le faceva visita quasi ogni giorno sono per un noi un invito a fare in modo che ogni ospedale diventi il tempio santo di una compassione misericordiosa in cui cristiani e musulmani si dicono molte cose sotto lo sguardo di Dio. Molte luci possono brillare nel cielo a volte nuvoloso dei rapporti islamico-cristiani!

Il messaggio postumo di Soumia Lamri

Soumia Lamri era una giovane liceale di Aïn Sefra, nata il 23 luglio 1981 e morta il 25 marzo 1999, dopo aver lottato per diversi anni contro un cancro alle ossa. Malgrado tre operazioni chirurgiche, la malattia si era diffusa; dal dicembre 1998, l'abbiamo accompagnata prima in casa sua, e poi al reparto di ostetricia dell'ospedale, fino alla fine... nella tenerezza.

Ecco due documenti lasciati da Soumia e sua madre ci ha affidato otto giorni dopo la sepoltura. Si tratta di un quaderno di scuola alle cui pagine ella aveva affidato tre poemi, scritti dopo essere stata dimessa dall'ospedale di Méchéria, dopo aver saputo di essere condannata... e di una lettera che le aveva scritto il chirurgo di Méchéria che l'aveva operata. I documenti sono stati da noi tradotti dall'arabo.

I testi sono degni di nota per l'autenticità conferita loro dalla vicinanza della morte e dalla fede profonda che li sottende. Sono testimonianze preziose dell'atteggiamento di un vero credente di fronte alla sofferenza e alla morte.

Ecco, anzitutto, la lettera del medico a Soumia:

In nome di Dio, il Tutto Misericordia, il Misericordioso,

A Soumia,

mia povera figlia, disperi della misericordia di Dio? Tutto ciò che viene da Dio è misericordia, anche se si tratta della malattia e della sofferenza. Noi non vediamo né sappiamo il fondo delle cose e ciò che il Creatore vuole. Loda Dio per il fatto che ad ogni male Egli ha portato un rimedio. Ciò che tu hai appreso nella tua prova, gli altri impiegano numerosi anni della loro esistenza a capirlo. "È possibile che voi non amiate una cosa, mentre questa è un bene per voi". Cerca dunque nella tua prova la sua utilità. Poiché nella tua sofferenza, c'è la misericordia e tu troverai la saggezza di Dio, la pazienza e la guarigione, se Dio vorrà.

Saluti.

Il tuo medico!

La mancanza di data non permette di sapere se la lettera del medico abbia preceduto o seguito la redazione dei poemi. Poco importa! Ciò che è sicuro, è che questa lettera è una risposta a un messaggio della malata (la quale, d'altronde, me lo confermò). Se il medico ha creduto di poter essere così diretto, è perché tra di loro esistevano amicizia e fiducia, ed egli conosceva le qualità dell'anima della sua corrispondente... La sua missiva sembra aver fatto grossa impressione sull'adolescente, come testimoniano le tracce di lacrime sul foglio.

Questa lettera riunisce concisione e grande elevazione d'anima. In essa Dio è onnipresente (nominato sette volte); ci si riferisce costantemente alla sua misericordia (cinque volte), alla sua onniscenza e alla sua provvidenza: "ad ogni male, egli apporta un rimedio" (Ḥadît riportato da al-Bukhârî al *kitâb al-tibb*). Noi invece, poveri umani, non vediamo né sappiamo il fondo delle cose, e detestiamo la malattia e la sofferenza mentre "è per voi un bene" (*Corano* 2, 216). È un appello, senza concessione, a una visione della fede denudata sulla sofferenza che ha la propria utilità e ci fa entrare nella saggezza di Dio.

Messaggio brusco che non poteva non provocare lacrime..., lacrime feconde, come testimonia il piccolo quaderno di scuola. La maggior parte delle adolescenti algerine ha un quaderno o un album, in cui conserva documenti, fotografie, lettere, testi ecc., a loro cari. Soumia non faceva eccezione e, inaugurando questo quaderno, precisava, dopo il *bismillâh*, che lo faceva per trascrivervi i suoi poemi, esprimere i suoi pensieri e conservare i suoi ricordi.

Ecco il primo poema di Soumia:

In nome di Dio, il Tutto Misericordia, il Misericordioso,

in nome della prima Causa di tutto, dell'Ispiratore della poesia, di colui che parla agli amici, io, Soumia Lamri, scrivo per la prima volta con penna blu su foglio bianco, per dare libero corso ai miei sentimenti e riportare i miei pensieri. La mia prima idea, è:

"Ciò che mi viene in mente" oppure "Il tempo" (sulla bozza)

Passa il tempo, trascorrono i giorni, ma il tempo è ingannatore.

Tu non sai ciò che esso nasconde, né ciò che si propone, ma l'amarezza del tempo cade su di te all'improvviso.

Ci sono dei gelosi, dei generosi, dei portatori di regali, ci sono degli ingiusti.

Tuttavia il tempo non cambia né il mio destino né i miei giorni, e non allevia il dolore.

Ritornello *Ah! O tempo!* (sulla bozza)

Il dolore del tempo era per me costante, una devastazione dolorosa.

Mi ha fatto perdere ogni discorso per la mia pena, ha portato al culmine il mio dolore e la mia sofferenza.

Il tempo ha cambiato la mia somiglianza e ha disperso il mio sapere.

Mi ha fatto perdere la bellezza e la giovinezza. Ah! Tempo, tu mi hai tradita.

Ciò che era dolce per me, tu l'hai reso amaro, la mia adolescenza è stata consegnata alla medicina.

O tempo, lo stupefacente, lo straordinario, tu che rabbui famiglia e amici.

Tu, in cui è leso il malato innocente e lodato l'oppressore orgoglioso.

O tempo, durante il quale il fratello diventa un nemico per il proprio fratello, e il figlio ingiusto per suo padre.

O tempo, durante il quale si vende la coscienza, e si compra con il suo prezzo il latte del poppante.

E come vuoi, o tempo, ingiusto o mortale?

Ritornello *Ah. O tempo!* (sulla bozza)

Tempo che ti prendi gioco delle nazioni.

Tu che disperdi una famiglia e porti alla fine dei bambini, seme di dolore e di sofferenza,

Se è vero che si raccoglie ciò che si è seminato. Piaccia a Dio, o tempo, che tu torni indietro

E che tu mi faccia dimenticare ciò che mi è capitato.

Questo primo testo è una lunga riflessione piuttosto disperata sull fuggire del tempo: "Passa il tempo, trascorrono i giorni...:", riflessione che ricorda alcuni accenti della Saggezza o di Giobbe, nella Bibbia. Il tempo vi viene nominato sedici volte. Esso è l'ingannatore, il traditore la cui amarezza piomba su di te all'improvviso; è seme di dolore, di sofferenza, di amarezza e di pena (dieci volte). Non cambia il destino, né allevia il dolore... Mi ha fatto perdere bellezza e gioventù... Passo la mia adolescenza nelle mani dei medici... Bisogna fuggire da parenti e amici (ella si era lamentata della defezione della maggior parte dei suoi compagni di classe)...

Pochi riferimenti alla fede e a Dio, se non un passaggio che ricorda il "destino", l'invocazione dell'inizio: "In nome della prima Causa di tutto, dell'Ispiratore..." (reminiscenze coraniche), e l'augurio finale: "Piaccia a Dio, o tempo, che tu torni indietro e che tu mi faccia dimenticare...". È probabile che questo poema sia stato scritto prima dello choc provocato dalla lettera del chirurgo.

Secondo poema di Soumia:

"Quanto sono difficili gli istanti che vivo!"

Ah! Mille sospiri che vengono dal mio dolore, il mio dolore che non ha pietà né del mio cuore, né del mio corpo.

Un dolore che è stato decretato per me, nel libro del mio destino.

Un dolore che non è come i desideri ardenti del mio cuore, né come il tormento della mia anima.

Un dolore che ha gettato nella stupefazione la mia ragione e fatto a brandelli le mie arterie.

O questa dolorosa sofferenza, quanto mi ha fatto soffrire e vietato al mio corpo il sonno.

Sofferenza nel mio cuore e nella mia intelligenza, sofferenza nel più profondo delle mie profondità.

Sofferenza che nessun medico guarisce, e che il tempo non lenisce.

Il mio dolore non viene da un amore disperato, né da una passione, ma dal Signore dei mondi.

Una malattia è stata per me decretata, in essa per me nessuna speranza.

Una malattia si è seduta sulla mia anima, il mio piede si sottrae al mio movimento.

Una malattia che mi ha fatto perdere il soffio della giovinezza, e ha ucciso dentro di me tutti miei sogni.

I miei sogni di ragazza, sogni di quiete e di tranquillità.

Una malattia che mi spaventa il giorno e che ossessiona le mie notti dei tormenti del domani.

Ci sarà forse una qualche guarigione, Signore, una guarigione che viene da Te, per me e per tutti i miei fratelli?

Sei Tu, Signore, il nostro Pastore, il nostro Benefattore, colui che ci fa vivere e morire, Signore.

Signore, rispondi alla mia preghiera, e alla preghiera di tutti i miei fratelli.

O Signore dei mondi. O Creatore dell'intera creazione.

Questo secondo poema è dominato dalla malattia (citata quattro volte): una malattia decretata nel suo destino (tre volte), una malattia senza speranza, che né il tempo né il medico guariscono. Una malattia "seduta" sulla sua anima e che la spaventa giorno e notte. Essa le ha fatto perdere la giovinezza e tutti i suoi sogni di ragazza. Questo testo insiste sulle conseguenze della malattia che sono il dolore, la sofferenza e la pena (sette volte *waja',* cinque volte *alam*). Dolore fisico nel suo corpo, sofferenza morale nel cuore, nella ragione, nell'intelligenza... nel più profondo delle sue profondità!

Contrariamente al primo, questo secondo poema fa abbastanza spesso riferimento a Dio (otto volte) e diverse volte con denominazioni coraniche: "Signore dei mondi", "Creatore dell'intera creazione". In un altro passaggio, è chiamato "nostro Pastore e nostro benefattore". Questo testo evoca due volte la preghiera del cuore *(du'â')* e considera dunque la fede e il rimettersi a Dio come l'unicavia d'uscita. Esso dunque non è disperato e la guarigione vi figura come ultima speranza (quattro volte): "Ci sarà forse una qualche guarigione, Signore, una guarigione che viene da Te?... Sei Tu che fai vivere e morire [ancora un'allusione coranica]. Rispondi alla mia preghiera!".

Questo poema è stato scritto dopo aver ricevuto la lettera del chirurgo? In ogni caso esso riflette la diffusione della malattia, il crescere della sofferenza e una certa evoluzione psicologica in rapporto al proprio male.

Terzo poema di Soumia:

"Il chiarore della mia speranza"

Interroga l'insieme dei tempi, essi ti parleranno dei miei dolori.

Interroga tutti gli umani sulla mia sofferenza e sulla mia pena.

Sono malata e sopporto i miei dolori, ma in tutti i casi sono forte.

Dio mi ha dato fede a sufficienza.

Non ho paura della mia sorte, ma delle fatiche del cammino.

Il mio canto, è la mia preghiera, O Signore, la mia guarigione.

Dico e ridico, dal più alto della mia voce: "Sii la benvenuta, o morte!".

Non ho paura di te, ma di incontrare il mio Signore.

Questo terzo ed ultimo poema, la cui brutta copia reca scritto "La mia sofferenza e la mia pena", è intitolato sul quaderno: "Il chiarore della mia speranza". È l'ultimo titolo preferito da Soumia, quello che riflette meglio il testo. In effetti, se malattia, dolore e sofferenza sono ancora presenti, non è più in modo dominante, alla stregua di un leitmotiv, come negli altri poemi. Ella afferma, al contrario, il vigore della propria anima: "Sono malata e sopporto i miei dolori, ma sono forte". Ella prega: "O Signore, la mia guarigione". Infine, dice e ridice, a voce alta, di non aver paura né della sua sorte né della morte. Questa morte che ora guarda in volto: "Sii la benvenuta, o morte! Non ho paura di te". Ella ha paura solo dell'incontro col suo Signore, che la giudicherà.

Che magnifica evoluzione. Alle riflessioni disincantate, quasi disperate, dei primi testi, sono succedute fede, coraggio e lucidità. In queste disposizioni ella è partita all'incontro con il suo Signore. Una riflessione diverse volte intesa dopo la sua morte: "Dio purifica, mediante la sofferenza, quelli che egli ama in special modo" (Ḥadîth riportato da al-Bukhârî al *kitâb al-marad*). Le sue sorelline, di nove e undici anni, conoscono i suoi poemi a memoria e li recitavano al di sopra della mia spalla, a mano a mano che li scoprivo sul quaderno...

L'impatto delle lunghe settimane di sofferenza e di coraggio di Soumia è stato molto forte su tutti coloro – parenti, amici e personale ospedaliero – che l'hanno accompagnata fino alla fine. Tutti conservano il ricordo del suo doloroso sorriso, nel corso della sua prova, e della sua fede luminosa. Possano questi poemi che ella ha lasciato aiutare gli altri ad affrontare la vita con maggior coraggio, poiché sono coloro che stanno per morire che ci insegnano a vivere.

Nota congiunta sulla compassione come prime parole di un linguaggio islamico-cristiano

di ***François Cominardi***

1. Sulle tracce di Pierre Claverie e Christian Chessel

Constatando il fallimento di numerosi tentativi di dialogo interreligioso, Pierre Claverie dichiarava: "Il nostro vocabolario è comune, ma il senso [delle parole] è diffe-

rente. Dobbiamo riprendere tutto dalla base, vivere insieme, non soltanto nelle parole e nei libri, ma nelle parole vissute insieme, nelle parole giuste, un'esperienza condivisa..."[1].

Partendo da questa constatazione e dall'esperienza comune della sofferenza che vivono cristiani e musulmani nell'Algeria in crisi, Christian Chessel si chiedeva se "la compassione non sia la prima parola di un discorso e il primo gesto di un impegno con l'altro e per l'altro, qualunque sia la sua fede"[2]. Parlando di compassione, Christian aveva in mente soprattutto quella che vivono, dal 1992, i cristiani che hanno scelto di restare in Algeria per condividere le prove del popolo algerino, malgrado la mancanza di sicurezza, la precarietà, le penurie, ecc.; e ciò a rischio spesso della propria vita[3].

2. Alla scuola dei malati

Personalmente è stato al termine dell'accompagnamento di Soumia Lamri, giovane malata di diciassette anni, in fase terminale, che ho associato quanto vivevo al capezzale dei malati alla riflessione sulla compassione iniziata da Christian. Questo accompagnamento veniva condotto in contatto continuo con la famiglia e con l'équipe curante. Si trattava di un accompagnamento quotidiano, piuttosto lacerante per quanti, per oltre tre mesi, hanno circondato di tenerezza la giovane Soumia.

Al termine di questa esperienza comune, vissuta come cristiano con i miei amici musulmani, il vuoto lasciato dalla scomparsa di Soumia e una grazia speciale che le devo, produssero lo "scatto", cioè "quell'esperienza condivisa", "quel primo gesto di impegno con l'altro e per l'altro" che vivevo al capezzale dei malati, specialmente di coloro che non avevano più speranza di guarigione. Sono dunque i malati che mi conducono a proseguire il solco aperto da Christian, non su un piano sapiente di islamologo o di esegeta (quale non sono), ma al semplice livello della base, come uomo in contatto fraterno con i suoi "fratelli e sorelle" musulmani.

3. Cos'è la compassione?

Ho consultato i dizionari. Il *Petit Robert* definisce la compassione un "sentimento che porta a compatire e a condividere il male degli altri". Esso rinvia a commiserazione, misericordia, pietà, consolazione. Il *Petit Larousse* la definisce come un "sentimento di pietà che ci rende sensibili ai mali degli altri".

La *Bibbia*, come espone dettagliatamente Christian, parla di misericordia, consolazione e tenerezza. Questo messaggio culmina nella parabola del buon samaritano (*Lc* 10, 30-37) che fu "mosso da compassione" per lo sfortunato che giaceva ai bordi della strada "mezzo morto". La sua tenerezza l'ha reso vicino, o piuttosto "prossimo" al miserabile incontrato. È per caso che Gesù mette in scena un "malato mezzo morto"? Non credo. Nel *Corano* ritroviamo come leitmotiv il *bismillâh al-Raḥmân al-Raḥîm*; "in nome di Dio, il Tutto Misericordia, il Misericordioso". Rimando a Christian che l'ha spiegato bene.

La compassione fa dunque parte "di un vocabolario comune ai cristiani e ai musulmani". Non si tratta unicamente della compassione passiva, attraverso la quale ci si lascia toccare dall'altro, ma soprattutto della compassione attiva, quella che suppone un impegno per l'altro. "Non amiamo a parole né con la lingua, ma coi fatti e nella verità", diceva San Giovanni (*1 Gv* 3, 18).

4. La compassione verso il malato

Esprimere la propria compassione in presenza del malato vuol dire condividere tutto con colui che soffre, vuol dire soffrire con lui, mettersi al suo posto, soffrire della sua sofferenza, entrare nella sua personalità sofferente, farsi più vicino a lui, al punto di coincidere con lui, per vivere della sua sofferenza. Per questo, non c'è bisogno di parole: basta essere là, essere con lui, tenergli la mano, asciugargli la fronte, essere per lui segno della tenerezza di Dio.

Il segno è più facilmente compreso della parola, soprattutto se viene dal profondo del cuore... Raggiunge direttamente il cuore dell'altro: è un dialogo da cuore a cuore... a un livello che non è intrappolato dalle parole.

Quando si tratta di accompagnare un malato in fase terminale, soprattutto se egli sa di essere condannato, questo dialogo è fatto per riuscire, poiché nasce tra le persone che la vicinanza della morte vagante allinea al livello dell'essenziale: quello della vita e della morte. Si è in qualche modo costretti a spogliarsi di ogni accessorio... Nudi siamo usciti dal seno di nostra madre, nudi ritorneremo a Dio. Ce lo ricorda, senza alcuna parola, colui che si appresta ad apparire davanti al proprio Creatore. Egli mette allo stesso livello tutti coloro che partecipano a questa esperienza di compassione. Il dialogo che si instaura li fa accedere a un livello molto profondo di comunicazione, che va ben oltre le parole... Tutte le reticenze, tutti gli ostacoli sono rimossi... La via è aperta. Questo accompagnamento, che può essere fatto solo in équipe, mette inoltre tutti coloro che vi partecipano in grande armonia gli uni con gli altri, al punto che una sola parola, un solo nome, basta in seguito ad evocare questo "stato di grazia".

5. Quando una giovane malata di cancro turba musulmani e cristiani dopo la sua morte

Soumia Lamri ci ha lasciato tre poemi scritti dopo aver saputo di essere condannata e una lettera che le aveva spedito il chirurgo che l'aveva operata. Tutti coloro che ne hanno preso conoscenza, parenti, amici, conoscenti, membri del personale curante e simpatizzanti dell'aiuto ai malati, sono stati toccati nel più profondo di loro stessi.

Molti vi hanno visto un vero strumento di dialogo islamico-cristiano. Dialogo manifestato da parte musulmana attraverso la fiducia concessami come cristiano dal personale curante che mi ha sollecitato a partecipare a questo accompagnamento, e dalla madre che mi ha affidato questi preziosi documenti, perché apportino luce e coraggio ad altri. Dialogo manifestato da parte cristiana attraverso il mio rispetto assoluto delle convinzioni di Soumia e dall'accoglienza commossa della trentina di delegati della diocesi di Laghouat riuniti a Ghardaiä per l'Ascensione, che hanno potuto toccare con mano in questo messaggio postumo l'azione incontestabile dello Spirito nel cuore di Soumia e in quello del suo medico.

Data la richiesta, è stato necessario moltiplicare e far circolare fotocopie di questo dossier, che ha provocato, al di là delle emozioni e delle lacrime, riflessioni e confidenze, verbali o scritte, risoluzioni di impegno in favore dei malati e, in alcuni casi, una vera psicoterapia che ha fatto risaltare cose dolorose di cui non si era mai potuto parlare. Decisamente Soumia non ha finito di compiere piccoli "miracoli".

6. Essi si scoprono "credenti"

Suscitando la compassione, tanto dei musulmani quanto dei cristiani, Soumia ha grandemente contribuito a modificare lo sguardo di ognuno sull'altro. Christian de Chergé ha conosciuto questo choc quando una guardia campestre algerina, suo amico, ha messo in gioco la propria vita ed è morto per averlo protetto[4]. Questo "choc" lo devo a Soumia, e non sono il solo.

Come aveva visto Christian Chessel, la compassione è la lingua del cuore di cristiani e musulmani che, in un'esperienza comune di Dio e dell'uomo, ben oltre le parole, si scoprono "credenti".

P. MAURICE BORRMANS
Professore dell'Istituto di Studi Islamici
Roma

Note

[1] Forum des communautés chrétiennes à Angers. Pentecoste 1994. Cfr. *La Croix*, 25 maggio 1994.

[2] Cfr. La compassion, premier mot d'un langage islamo-chrétien pour temps de crise, in *Ribâ al-Salâm*, n. 21, febbraio 1995, pp. 22-25.

[3] Christian e i suoi tre confratelli Padri Bianchi hanno vissuto questa compassione fino al dono della loro vita, il 27 dicembre 1994. Cfr. DUVAN ARMAND, *C'était une longue fidélité (à l'Algerie et au Ruanda)*, Paris, Médiaspaul Ed., 1998.

[4] Cfr. MARIE-CHRISTINE RAY, *Christian de Chergé, prieur de Tibhirine*, Paris, Bayard-Centurion, 1998, pp. 47-48.

ELENA DE ROSSI FILIBECK

IV.3 Induismo

Nell'introduzione alle *Strofe del Sāṃhkya* o *Sāṃhkyakārikā* di Īśvarakṛṣṇa il prof. Raniero Gnoli nota come vi siano nella storia dell'umanità alcune idee che diventano il nucleo verso cui, in qualche modo, converge la tensione di un'intera cultura. Tale è stata in Occidente la distinzione tra materia e forma, tale nella civiltà indiana la duplice concezione di *prakṛti* e di *puruṣa*, indicando con il primo termine una sorta di *natura naturans*, manifestazione dell'essere in ogni cosa e con il secondo l'idea di uomo/anima.

"Questa idea che, nel corso del tempo, ha animato tutto il pensiero indiano", egli aggiunge, "la ritroviamo adombrata in certe *Upaniṣad*, la leggiamo nei *Purāṇa* e la ritroviamo, infine, nella maggior parte della mistica indiana.

Ovunque insomma si sia manifestata l'esigenza di una riflessione sul mondo, si è affacciata la distinzione di questi due principi fondamentali" (Gnoli, p. 13).

Che cosa si intende per Induismo

Questa citazione ci fa comprendere come alcuni principi filosofici, nati nell'ambiente vedico, elaborati nel Brahmanesimo e confluiti poi nel Buddhismo, siano presenti e rintracciabili nella storia millenaria del pensiero indiano, pur nelle sue molteplici riflessioni e soluzioni, conferendo ad esso una linea di continuità, un carattere specifico.

Questa specificità la ritroviamo anche nelle pratiche religiose degli Hindù, che consentono di formulare una sorta di unità ideale di tutti gli Hindù, indipendentemente dall'appartenenza a questa o a quella scuola delle varie dottrine indiane (Piano II, p. 133).

Furono i Sampradāya, letteralmente i conferitori, a formulare nel corso del tempo le varie dottrine, elaborando i dati ricevuti dalla tradizione.

Questa tradizione riguardava in sommo grado il sapere sacro, ossia la speculazione sul concetto di *Brāhman* o assoluto, l'antica potenza impersonale connessa al rito, assurta poi alla fisionomia di uno/tutto e pur coincidente con l'intimo di uomo o *ātmam*.

Vera anima della spiritualità in-

diana, dalle diverse scuole sorse il fenomeno degli *yogin* (o rinunciatari), dei *sādhu* (o buoni), e dei *vairāgin* (o coloro che praticano il distacco) (Piantelli I, p. 49).

Per tutti era comunque doveroso vivere mettendo in pratica i principi del *dharma* hindù che si basava su due aspetti fondamentali. Da una parte l'*ahiṃsā* (non violenza) e la *satya* (o veridicità) e dall'altra lo *svadhana*, ovvero il dovere specifico proprio di ogni casta (Varenne, p. 166).

Con Induismo intendiamo quindi riferirci alla cultura religiosa tradizionale dell'India il cui territorio, ricordiamo, fu spartito nei dei due stati dell'Unione Indiana e del Pakistan nel 1947, sulla base del criterio religioso, con l'attribuzione dei territori a maggioranza islamica al Pakistan e di quelli a maggioranza hindù all'India .

Ricorderemo che il termine hindù di origine geografica, forma iranica di Sindh, ci è pervenuto attraverso i musulmani. Al tempo della conquista islamica gli invasori lo applicarono a tutti coloro che non accettavano la religione del Profeta.

In realtà il termine è inversamente esclusivo nel senso che per essere considerati hindù bisogna appartenere ad una casta e non si appartiene ad una casta se non si è nati in India. È nota la delusione di tanti Occidentali che, attratti dall'Induismo, si sono accorti che in India nessuna comunità tradizionale poteva accoglierli (Varenne, p. 165).

È quindi forte l'aspirazione a identificare l'induismo con l'indianità.

In questo senso si può parlare dell'Induismo nella civiltà indiana come un continuum, pur nel millenario succedersi di avvenimenti e di popoli, di razze e di religioni differenti.

La scienza medica

Espressione della cultura induista è sicuramente la medicina, considerata fin da tempi antichissimi una scienza al pari della grammatica, della matematica e dell'astrologia.

La tradizione chiamata Āyurveda è alla base degli insegnamenti della medicina indiana. Questa tradizione vanta legami con i *Veda*, ossia con il corpus di testi di carattere religioso e rituale più antichi dell'India, che si presentano nella loro forma attuale come il risultato di un processo di elaborazione plurisecolare (Filliozat 1964, p. 1).

Infatti l'Āyurveda o scienza della longevità è considerata a volte come parte secondaria (*upāṅga*) dell'*Atharvaveda* e a volta un *Veda* secondario (o *upaveda*) del *Ṛgveda.*

L'*Atharvaveda* è una raccolta di inni (20 libri con 731 inni e alcune parti in prosa) contenenti incantesimi, benedizioni, maledizioni, canti per cerimonie etc., dove fanno la loro comparsa anche speculazioni teologiche e cosmogoniche.

Da studi condotti sulla lingua e sul contenuto degli inni si è potuto stabilire che l'*Atharvaveda* si sia costituito posteriormente al *Ṛgveda*, la cui datazione risale al 1500-1000 a.C., e che è considerata la raccolta più antica dei *Veda* (contiene inni, formule magiche, incantesimi per guarire da malattie e per ottenere una lunga vita etc. in 10 libri o cerchi con 1017 inni) (Piantelli, p. 17).

Fare riferimento al mondo antico dei *Veda* significa riferirsi a quei concetti come *Brāhman*, *ātman*, *saṃsāra* e *karman* che sono parte integrante del pensiero filosofico indiano e che riguardano i principi fondamentali ai quali le diverse dottrine indiane si inspirarono per la loro analisi del mondo spirituale e materiale.

I legami dell'Āyurveda al substrato vedico sono ben stabiliti, ad esempio, nell'idea che corpo e spirito sono delle realtà compenetrabili tra loro.

L'importanza della medicina nel *milieu* brahmanico era determinata soprattutto dal desiderio di conquistare l'immortalità materiale e spirituale.

La salute e la lunga vita, che doveva durare almeno cento anni, erano una condizione richiesta non soltanto per vantaggi materiali, ma anche in vista della vita futura: la buona salute era ritenuta essenziale per adempiere i doveri della vita e le pratiche religiose.

Le discipline dello Yoga, il Tantrismo e lo studio dell'alchimia svilupparono l'idea di un soma incorruttibile: la salute e la longevità erano viste come mezzi per trascendere la condizione transmigratoria, ottenere l'immortalità definitiva o il riunirsi del sé con l'assoluto (Roşu, pp. 215-216).

Questa aspirazione era determinata dalla credenza del continuo susseguirsi delle nascite e delle morti, catena delle successive esistenze o *saṃsara*, mosso dal *karman*, un'implacabile legge di causalità applicata alla morale. Que-

sto spiegava come il dolore o il male fisico della presente esistenza derivasse in realtà da azioni compiute in vite precedenti (Petrini, pp. 50-52). Non restava quindi che la speranza di estinguere definitamente il ciclo delle nascite e delle morti.

Āyurveda: testi e tradizione

La scienza ayurvedica ci è pervenuta attraverso un'abbondante letteratura sanscrita. È necessario ricordare che nel grande paese indiano l'hindi, lingua ufficiale dell'Unione Indiana, è il punto odierno di arrivo di una lunga tradizione che parte dai dialetti parlati dagli invasori arii dell'India, dialetti che chiamiamo indiani antichi e di cui uno – il sanscrito, o antico indiano per eccellenza – è attestato fin dal secondo millennio a. C. nei più antichi inni del *Ṛgveda*.

Nel corso del tempo questa lingua, eminentemente della casta e della cultura brahmanica, si cristalizza e resta quasi uguale a se stessa dal III secolo a.C. fino ai giorni nostri, diventando la lingua impiegata letterariamente per il più lungo periodo di tempo (Pisani, p. 12).

È così che anche la letteratura scientifica si esprime in sanscrito.

I principali e più antichi testi della medicina indiana sono le *Saṃhitā* o raccolte attribuite a Bhela, Caraka, Suśruta (forse vissuti nei primi secoli della nostra era) e a Vāgbhaṭa il vecchio, attivo verso il VII secolo d.C.

Di queste raccolte soltanto la prima ci è pervenuta direttamente in un unico e incompleto manoscritto, mentre le altre ci sono pervenute in redazioni posteriori dovute alla revisione di autori o compilatori differenti.

I loro trattati costituirono l'oggetto di ampi commentari di eruditi, inspirando opere specialistiche su patologia e terapeutica, servendo come base a compilazioni sulla medicina in epoche posteriori (Pisani, pp. 178, 207).

In realtà nessuna di queste raccolte rappresenta un primo tentativo di una descrizione sistematica della scienza medica; al contrario tutte si basano su una tradizione già stabilita, alla cui base gli autori o i compilatori sembrano estranei: essi si limitano a raccogliere e a tramandare i dati in loro possesso ricevuti dalla tradizione.

L'Āyurveda consiste in otto parti: questa divisione era così famosa che l'espressione otto parti, o *aṣṭāṅga*, è normalmente usata per denotare la scienza medica indiana.

Esse sono: chirurgia, medicina interna, demonologia, pediatria, tossicologia, metodi per contrastare l'invecchiamento, andrologia (Sharma, pp. 53 ssg.).

Le fonti concernenti l'origine dell'Āyurveda sono molto complesse, ma un dato sembra certo: i racconti sulla sua origine sono inseparabili da quelli che riguardano l'origine delle altre scienze, e cioè la credenza che i primi insegnamenti risalgano agli dèi.

Da un lato troviamo quindi racconti mitologici riguardanti l'Āyurveda mentre l'esposizione dei principi ayurvedici basati sulla osservazione dei fatti normali e patologici conferiscono a questa tradizione una forte connessione con la realtà. Aggiungerò che i Vaidya, o medici, si distinguevano nelle due categorie di chi aveva studiato direttamente i testi e di chi praticava la medicina sulla base di una conoscenza tramandata oralmente (Sharma, p. 8).

La tradizione ayurvedica resta ai giorni nostri assai viva in India anche come dottrina popolare la quale in realtà, sebbene a volte sia stata definita immutabile, ha subito una certa evoluzione e si è arricchita di nuove acquisizioni.

Nel corso della storia, ad esempio, la farmacopea indiana ha assimilato anche medicine straniere.

In presenza e in ragione di tanta letteratura scientifica della medicina indiana scaturita in epoche diverse, l'esposizione successiva dei principi ayurvedici si riferirà a quelli elaborati durante il periodo classico. Questo periodo, che fu quello del massimo splendore della civiltà indiana, è il periodo Gupta e post-Gupta che va dal 320 al 740 d. C.

Principi dell'Āyurveda

Ho accennato all'inizio l'idea di *prakṛti* e di puruṣa poiché questi due termini, oltre ad avere un significato filosofico, si riferiscono a ciò che noi chiamiamo uomo nella sua costituzione fisica (*prakṛti*) che si riceve al momento del concepimento e nella sua essenza di persona (*puruṣa*). Ed è l'uomo l'oggetto della cura medica.

Nella concezione indiana la genetica è responsabile soltanto dell'individualità corporale che fornisce all'essere psichico transmigrante un organismo con i suoi strumenti psicologici, inclusi gli organi di senso.

Il continuum psicologico è rivestito da un corpo nuovo al momento della nuova rinascita. L'individualità psichica dell'essere vivente è indipendente dal suo involucro materiale deperibile, ereditato dai genitori.

L'essere è concepito come un composto di di cinque elementi materiali (*mahābhūta*) e di un elemento psichico (*cetanā*) o coscienza che viene suscitata dall'*ātman*.

Nel corso della transmigrazione l'*ātman* resta associato all'essere psichico per discendere con esso nell'embrione quando prende un corpo nuovo nel momento del concepimento (Roşu, p. 220).Questa concezione fa sì che la medicina indiana dia una grande importanza alla parte psichica e mentale di una persona, nonostante l'idea che il nuovo corpo comunque soffrirà per gli atti di vite precedenti.

Lo stato di salute e di malattia è determinato dalle interconnessioni degli elementi costitutivi dell'organismo. L'esperienza ha un ruolo molto importante nello stabilire una cura, ma la pratica medica dell'Āyurveda non è empirica: i dati dell'esperienza sono organizzati secondo una teoria generale di fisiopatologia.

In alcuni testi (o *Saṃhitā*) gli elementi costitutivi dell'universo sono assimilabili agli elementi del corpo umano. Infatti la moltitudine delle sostanze esistenti sia organiche che minerali, per quanto sottili, sono il risultato della combinazione in proporzioni variabili dei cinque elementi fondamentali che compongono tutto l'Universo: terra, acqua, fuoco, vento e spazio (Piantelli I, p. 61).

Il corpo è fondamentalmente un aggregato complesso e diversificato dei cinque elementi.

A questi si aggiunge il pensiero (*cetanā*) che risiede nel cuore.

Questi elementi principali formano le sostanze dell'organismo chiamati *dhātu*.

Essi sono sette e precisamente: il liquido organico (*rasa*), il sangue (*rakta*), la carne (*māṃsa*), il grasso (*medas*), le ossa (*asthi*), la cartilagine (*majjā*), e lo sperma (*śukra*) (Filliozat 1949, p. 27).

Dal rasa derivano tutti gli altri poiché questo è considerato sostanza primordiale. Inoltre in tutto ciò che esiste c'è un *rasa* (gusto) che conferisce le proprieta e le virtù ad ogni cosa.

Una caratteristica del liquido è quella di possedere come una forza vitale che sta nel cuore. Il respiro (*prāṇa*) si basa su questa forza che distribuisce nel corpo attraverso i 24 vasi chiamati *dhamani* che portano sangue e liquido organico.

Ricorderemo anche che il *prāṇa* oltre ad assicurare la respirazione, trasporta le sensazioni e i pensieri fino al cuore.

L'interconnessione dei tre elementi principali – e sono considerati come tali il vento, il fuoco e l'acqua – dà vita e movimento al corpo. Quando questi elementi sono eccitati o si arrestano, intervengono la malattia e la morte.

Ed è per questo che sono chiamati simultaneamente *tridhāthu* (o tre elementi) e *tridoṣa* (o tre difetti /malattie) dell'organismo.

Il vento forma il respiro (*prāṇa*), il fuoco è presente nell'organismo in forma di bile (*pitta*) e l'acqua in quella di phlegma o secrezioni mucose (*kapha* o *śleṣman*)

Ognuno di questi elementi assume poi a sua volta molteplici forme e nomi.

La salute di una persona dipende dall'equilibrio di questi tre principali elementi. L'accezione del termine *doṣa*, che in origine indicava un'afflizione e soprattutto un'afflizione patologica del respiro, della bile o della phlegma, sotto l'influenza della filosofia Sāṃkhya, diventa difetto/malattia, poiché nell'uso generale il termine crea un'antinomia con *guṇa* che vuol dire qualità o virtù opposta, appunto, a difetto (Scharfe, p. 622).

Nei commentari dei testi di medicina classica si uniscono la filosofia alla medicina.

Per sintetizzare potremmo dire che secondo la visione filosofico-religiosa dell'Āyurveda il mondo e l'uomo costituiscono un organismo le cui parti sono collegate fra loro da uno scambio continuo che oggi potremmo definire come l'oggetto dello studio dei bioritmi (Monaco, p. 11).

Per questo, nel valutare lo stadio di malattia, il medico ayurvedico valuta anche altri fattori quali il sesso, l'età, il tipo di alimentazione, il genere di vita mentale e affettiva del suo paziente, la stagione in corso perché per essi esiste uno stretto legame tra ambiente e fisiologia.

Se ci soffermiamo ad esaminare le cure proposte dall'Āyurveda ci accorgiamo che esse si basano in primo luogo sulla somministrazione di medicine composte da erbe e da minerali: quello che deve essere notato è che l'uso di questi farmaci non è visto come azione farmacologica di contrasto ma in quanto sinergismo naturale che può ristabilire l'equilibrio dei tre elementi (Monaco, p. 10).

I consigli basilari dell'Āyurveda per mantenere una buona salute non riservano indicazioni straordinarie, ma si inspirano piuttosto a norme di buon senso: igiene personale, corretta alimentazione, attività fisica giornaliera ritenuta indispensabile per tutti, ore di sonno sufficienti.

La buona salute è un concetto reso con la parola *svastha* che letteralmente significa uno che sta all'interno della sua propria norma, intesa sia in senso fisico che mentale (Sharma, p. 43).

Per concludere ricorderemo come gli scambi culturali tra la Grecia antica e l'India, avvenuti grazie alla funzione mediatrice dell'impero persiano e alle colonie greche d'Asia minore, permisero una conoscenza reciproca della scienza medica.

Alcune analogie tra i principi ayurvedici e la medicina dell'antica Grecia sono riconoscibili in special modo nei testi ippocratici Περί Χυμών e Περί Φυσών.

Nel primo sono studiati i quattro umori o fluidi (χυμοί o succhi) sangue, phlegma, bile gialla e bile nera, mentre nel secondo viene esposto un principio assai simile a quello di vento nell'Āyurveda, e cioè che l'organismo vive e si muove grazie al respiro interno organico che è identico al vento atmosferico (Filliozat 1964).

Ma l'analogia fra questi due sistemi, che oggi chiamiamo olistici o psicosomatici, diviene più evidente proprio nella relazione tra medicina e filosofia.

Pur con le dovute differenze proprie dei due sistemi, questa si può cogliere nell'affermazione formulata nell'ambito degli Iatrosofisti del tardo ellenismo, secondo la quale la filosofia è la medicina delle anime e la medicina la filosofia dei corpi.

Prof.ssa ELENA DE ROSSI FILIBECK
Docente di Tibetologia, Università "La Sapienza" di Roma

Bibliografia

J. FILLIOZAT, *La doctrine classique de la médecine indienne, ses origines et ses parallèles grecs*, Paris 1949.

J. FILLIOZAT, *The classical doctrine of Indian Medicine*, Delhi 1964.

Īśvarakṛṣṇa, *Le strofe del Sāṃhkya (Sāṃhkyakārikā)*, Torino 1968 (2° ed.).

G. MONACO-G. DONATO, *Presupposti ayurvedici ed effetti terapeutici di alcune piante himalayane*, s.l.,1981.

M. PETRINI, "Il malato e la malattia nelle diverse concezioni culturali e religiose", in *Religioni e sette nel mondo. Medicine e terapie alternative,* n. 15, settembre 1998, p. 50-52.

S. PIANO, *Lo Hinduismo II, La prassi religiosa*, in *Storia delle Religioni,* vol. IV, a cura di G. Filoramo, pp. 133-194.

M. PIANTELLI, *La religione vedica,* in *Storia delle Religioni,* vol. IV, a cura di G. Filoramo, pp. 17- 25.

M. PIANTELLI, *Lo Hinduismo I, I Testi e le Dottrine*, in *Storia delle Religioni,* vol. IV, a cura di G. Filoramo, pp. 49-131.

V. PISANI-L. PRASAD MISHRA, *Le Letterature dell'India*, Milano 1970.

A. Roşu, *Les conceptions psycologiques dans les texts médicaux indiens*, Paris 1978.

H. SCHARFE, "The Doctrine of the three Humors in Traditional Indian Medicine and the Alleged Antiquity of Tamil Siddha Medicine", in *Journal of the American Oriental Society,* vol. 119, no. 4, 1999, pp. 609-629.

P.V. SHARMA, *Indian Medicine in the Classical Age*, Varanasi 1972.

J. VARENNE, *L'Induismo contemporaneo*, in H.C. PUECH, *Storia delle Religioni,* Roma-Bari 1977.

RONARONG NOPAKUN

IV.4 Luce nel dialogo interreligioso: il Buddismo

Introduzione al Buddismo

Il Buddismo può essere definito e spiegato sotto molteplici punti di vista: il Buddismo, cioè l'insegnamento del Buddha, l'Illuminato, propone lo sviluppo dell'umanità attraverso la purezza, mediante la moralità, la calma, la concentrazione, la chiarezza e la saggezza. Il Buddismo è una religione fondata dal Buddha per il benessere e la felicità degli uomini e per aiutare il mondo. Le persone di ogni livello sociale possono mettere in pratica questo insegnamento secondo la loro capacità e libera volontà. Il Buddismo è una religione di ragionamento e di pratica per aiutare e avere fiducia in se stessi, e per tendere una mano agli altri per gentilezza e compassione. Il Buddismo è una filosofia e allo stesso tempo una pratica. Benché accetti l'esistenza di esseri divini, non considera il credo in un essere supremo come parte significativa della religione. Al contrario insegna ai seguaci ad avere qualità come la vergogna e la paura morale, rendendoli divini nel *dhamma* in questa vita, e ad essere dotati di retta fede, moralità, cultura, generosità e saggezza. Insegna inoltre che chi è libero dalla contaminazione della cupidigia, dell'avversione e delle manie viene visto come un essere superiore.

Background storico e geografico del Buddismo

Il Buddismo nacque in India all'incirca 2.600 anni fa, quando il Principe Indiano Siddharta fu illuminato e quindi conosciuto come il Buddha, che significa l'Illuminato. Ci sono due scuole principali nel Buddismo: *Theravada*, l'insegnamento preservato dagli anziani, e *Mahanyana*, la riforma. Il primo viene praticato in Sri Lanka, Thailandia, Burma (Myanmar), Laos, Cambogia e in parti dell'India e del Nepal. Il secondo è prevalente in Cina, Giappone, Corea, Vietnam, Taiwan, Tibet e Mongolia. Nel Primo Sermone, il Discorso della "messa in moto della ruota del Dhamma o Verità", il Buddha ha indicato la Via Mediana che dà visione, conoscenza, che conduce alla calma, all'intuito, all'illuminazione e al *nirvana*, lo stato in cui si è liberi da ogni contaminazione e sofferenza. In breve, il Buddha ha insegnato alla gente come essere felici e prosperi in senso materiale e spirituale. Coloro che seguono il suo insegnamento possono scegliere il modo di vita più adatto per loro.

Il simbolo del Buddismo è una ruota con otto raggi che rappresentano il Nobile Ottuplice Sentiero, cioè la via che conduce alla liberazione dal dolore, che si percorre mediante: *retta visione, retta rappresentazione concettuale, retta parola, retta attività, retto metodo di vita, retta applicazione, retto pensiero* e *retta concentrazione.*

Il Buddha è l'Illuminato che ha scoperto la Verità Suprema. Egli non ha forzato nessuno a credere nel suo insegnamento con fede cieca. La ragionevolezza del suo insegnamento sta nel fatto che esso accetta qualunque esame critico ad ogni stadio della via dell'illuminazione. Il Buddha ha detto: "Non accettate nulla per semplice sentito dire, né per pura tradizione, né sulla base di dicerie, né perché si accorda con le vostre scritture, né per mera supposizione o interferenza, né semplicemente considerando le apparenze, né solo perché si accorda con le vostre nozioni preconcette, né semplicemente perché sembra accettabile, perché pensate che l'anacoreta è il nostro maestro". Buddha ha poi insegnato a considerare ogni cosa con attenzione. Egli ha detto: "quando sapete che queste cose sono cattive, queste cose sono riprovevoli, sono censurate dal saggio, quando queste cose, intraprese e osservate, portano al danno e al male, abbandonatele. Invece, quando sapete che queste cose sono buone, queste cose, intraprese e osservate portano al beneficio e alla felicità, entratevi e dimorate in esse".

Se la felicità vuol dire benessere fisico, allora possiamo vivere felicemente senza credere in nessuna religione. Ma un essere umano è formato di due cose principali: corpo e mente. Per avere una vita pienamente sviluppata e felice c'è bisogno di nutrire corpo e mente. In questo caso la religione può fornire la guida e la via per sviluppare la mente e lo spirito assieme al corpo. Secondo il Buddismo, ognuno è libero di considerare e di analizzare l'insegnamento buddista prima di accettarlo. Anche dopo averlo accettato è libero di scegliere una parte dell'insegnamento da mettere in pratica. Buddha ha fornito varie forme pratiche adatte a persone di gusti e tendenze diversi.

I *Cinque Precetti* non sono leggi, ma regole di auto-formazione che portano alle pratiche morali e a un retto comportamento. Poiché non siamo soli, vivere in società richiede autoconsapevolezza, autocontrollo, adattabilità, un atteggiamento non violento e buona volontà. I Cinque Precetti sono: non uccidere, non rubare, astenersi da una cattiva condotta sessuale, dalla falsità e dalle sostanze intossicanti che causano sconsideratezza. Se saremo gentili, onesti e premurosi, la nostra società raggiungerà l'obiettivo secondo il quale le

persone possono vivere in pace e in fiducia reciproca. I cinque comandamenti sono i seguenti: non uccidere, non rubare, non mentire, non commettere adulterio e non fare uso di bevande alcoliche.

Il Buddismo insegna che a tutti gli esseri sensibili, siano essi umani o non umani, dovrebbe essere diffusa la gentilezza amorevole. Se il mondo seguisse l'insegnamento di diffondere universalmente la gentilezza amorevole, i conflitti potrebbero esseri risolti non con il confronto ma con mezzi pacifici. Il Buddismo nega l'attaccamento all'anima permanente, ma ammette la continuità della vita da un essere all'altro, fino al raggiungimento del *nirvana* o l'estinzione completa del fuoco della contaminazione e della sofferenza. Ogni qualvolta gli esseri umani o animali trasmigrano nel ciclo della vita dalla nascita alla morte e dalla morte alla rinascita, il *kamma* continua a portare frutti a colui che agisce. Il Buddha sottolinea modi e mezzi pratici per raggiungere i tre livelli di vantaggi e benefici.

Primo: il *Beneficio Presente*, cioè il profitto economico e sociale mediante lo sforzo per guadagnarsi da vivere, la protezione di quanto si è acquisito, l'avere buoni compagni e un modo di vivere moderato. Secondo: il *Beneficio Futuro*, cioè il profitto basato sulla moralità e sulle virtù mediante la fede, la moralità, la generosità e la saggezza. Terzo: il *Beneficio Assoluto*, cioè il profitto più alto attraverso la libertà dalla contaminazione e dalla sofferenza mediante la moralità, la concentrazione e la saggezza. La pratica di questo triplice studio porterà alla liberazione.

Storia del Buddismo in Thailandia

Come sappiamo il Buddismo raggiunse il suo massimo splendore in India durante il regno dell'Imperatore Asoka (273-233 a.C.). Con le conquiste effettuate egli fondò un grande impero a costo di numerose vite. La vista di tanto sangue lo disgustò. Egli smise di combattere e da allora visse alla ricerca della pace. La religione buddista gli piacque e divenne grande patrono del Buddismo. Durante la sua vita inviò missionari buddisti in vari Paesi per predicare il Buddismo, anche in Thailandia. Il Buddismo fiorì poi a Ceylon e un sacerdote buddista erudito venne a Nokorn Sitammarat in Thailandia; lì Re Rama Kamhaeng di Sukhotai (1275-1317) invitò un dotto monaco ceilonese perché potesse aiutare il sacerdote ad insegnare la nuova religione al popolo.

Il Regno e le riforme di Re Chulalongkorn (1868-1910)

Re Mongkut (Rama IV) fu il primo re Chakri ad intraprendere seriamente le riforme basate sui modelli occidentali. Egli si concentrò sugli aspetti tecnici e organizzativi. Fu un monarca erudito, coscienzioso e umano che governò in un periodo difficile della storia tailandese. Le riforme e la politica estera di re Mongkut furono continuate dal figlio e successore, re Chulalongkorn (Rama V), che salì al trono mentre era un fragile giovinetto di 16 anni e morì dopo aver regnato per 42 anni, ed essere stato uno dei re del Siam più amati e riveriti. Si può dire veramente che la Thailandia moderna sia il prodotto delle riforme progressiste, in quanto queste hanno riguardato quasi ogni aspetto della vita del Paese. Durante il suo regno il contributo che re Chulalongkorn diede all'educazione fu di grande significato per la Thailandia moderna. La pubblica istruzione, la salute e la medicina divennero comuni come mai erano stati nella storia del Paese. Il re volle mandare i suoi cittadini a studiare all'estero, in parte perché il Paese aveva bisogno delle tecniche e delle conoscenze dell'Occidente e in parte perché all'estero gli studenti tailandesi avrebbero potuto entrare in contatto diretto con l'élite europea. Re Chulalongkorn mantenne il Siam uno stato sovrano indipendente nonostante le crisi politiche, e nel contempo lottò per mantenere alti i valori culturali, artistici e religiosi del Paese. Quando egli morì, nel 1910, un nuovo Siam era iniziato. Il regno tailandese era ora uno stato più centralizzato e burocratico, in parte costruito sui modelli occidentali. Era anche una società senza schiavi, con una classe dirigente parzialmente occidentalizzata nella concezione e molto più consapevole di quanto avveniva in Europa e in America. Anche a livello tecnologico erano stati compiuti molti progressi: c'erano ora ferrovie e tram, francobolli e telegrafi, la Pubblica Sanità e la Medicina.

Il Buddismo nel Regno di Thailandia oggi

La Thailandia si trova nella parte centrale del Sud-Est asiatico. Il territorio occupa 514.000 km^2 con una popolazione di 60 milioni di persone. La Nazione è governata da una monarchia costituzionale, il re è capo dello Stato con una legislatura rappresentativa. Il Buddismo svolge un ampio ruolo in tutte le sfere della vita pubblica, dalla nascita alla morte, in tutte le condizioni della vita, nelle occasioni liete e in quelle tristi. Benché esso sia diventato la religione di stato, i tailandesi hanno sempre sottoscritto l'ideale della libertà religiosa. Secondo la costituzione i re tailandesi devono essere buddisti, ma i monarchi sono invariabilmente denominati "sostenitori di tutte le religioni". Di conseguenza il governo, attraverso il Ministero degli Affari Religiosi, destina annualmente fondi per finanziare l'educazione religiosa e per costruire e restaurare i monasteri, le moschee e le chiese.

Secondo la Costituzione della Thailandia BE 2540 (1997), il diritto alla libertà di religione è protetta e organizzata come segue. *"Sezione 38:* Un individuo gode di piena libertà di professare una religione, un credo religioso, di appartenere a una setta, osservare i precetti religiosi o esercitare una forma di culto secondo il proprio credo, atteso che ciò non sia contrario ai suoi doveri civili, all'ordine pubblico o alla buona morale". Esercitando la libertà a cui si riferisce il paragrafo uno, un individuo è protetto da ogni azione dello Stato che sia pregiudizievole per i suoi diritti o benefici, perché professa una religione, un credo, appartiene a una setta religiosa, osserva i precetti religiosi o esercita una forma di culto secondo un credo diverso da quello degli altri.

Altre religioni presenti in Thailandia

Considerata un pilastro essenziale della società, la religione è non solo la principale forza morale della famiglia e della comunità tailandese, ma ha altresì contribuito a modellare questo popolo amante della libertà e tollerante per molti secoli. Il fatto che in Thailandia esista piena libertà di culto, senza nessuna discriminazione etnica o razziale, non dovrebbe quindi sorprendere ogni serio studioso della società tailandese.

I *Musulmani* costituiscono la minoranza religiosa più numerosa e sono concentrati principalmente nelle province a sud del Paese. Pare che l'Islam sia stato introdotto nella penisola Malay da commercianti e avventurieri arabi durante il XIII secolo. La maggior parte dei musulmani tailandesi è di discendenza Malay, e riflette l'eredità culturale comune. Novantanove per cento Sunniti e uno per cento Shiiti, i musulmani tailandesi godono del sostegno morale e finanziario di Sua Maestà che ha destinato fondi per la traduzione del Corano in lingua thai. Inoltre egli nomina un rispettato leader religioso musulmano come Chularajamontri, o Consigliere di Stato per gli affari islamici. In alcune province del sud, i casi familiari ed ereditari sono giudicati secondo la legge coranica con la presidenza di un giudice musulmano, o kadi. In Thailandia ci sono circa 2.000 moschee, un centinaio delle quali è a Bangkok. Circa 200 scuole musulmane offrono istruzione secolare e religiosa.

Cristiani. Il Cristianesimo fu introdotto in Thailandia dai missionari europei del XVI e nel XVII secolo. Questi primi missionari cattolici furono poi raggiunti dai protestanti presbiteriani, battisti e avventisti del settimo giorno. I loro convertiti provenivano principalmente dalle minoranze etniche, come gli immigrati cinesi. Malgrado l'esiguo numero di tailandesi convertiti, i cristiani hanno apportato diversi importanti contributi nel campo della salute e dell'educazione. La prima macchina da stampa fu introdotta nel Paese dai missionari cristiani. I cristiani hanno introdotto inoltre la chirurgia occidentale, effettuato le prime vaccinazioni contro il vaiolo, formato i primi medici nella medicina occidentale e scritto i primi dizionari inglese-thai. La popolazione cristiana del Paese è stimata intorno allo 0,5%.

Indu e Sikhs. I circa 200.000 indiani residenti in Thailandia sono quasi equamente divisi tra indu e sikhs. La comunità indu è concentrata soprattutto a Bangkok, dove esercita il proprio culto in quattro templi principali. Ci sono anche diversi santuari brahamanesi sia per indu che per buddisti. Gli indu hanno una propria scuola il cui curriculum di studi si basa sul sistema educativo tailandese e dove, oltre alla lingua thai, si insegna indi, sanscrito e inglese. Anche i sikhs sono concentrati principalmente a Bangkok. Essi gestiscono una libera scuola per i bambini poveri, senza distinzione di casta, credo o religione; inoltre, attraverso diverse associazioni caritatevoli, essi sostengono gli anziani e i malati.

Cure sanitarie

La salute nei templi buddisti in Thailandia

Sin dall'antichità i tailandesi hanno aspirato a fare del Buddismo il cuore della loro cultura e uno dei pilastri della società. È consuetudine costruire al centro di ogni città principale una pagoda in cui siano conservate le reliquie del Buddha. Mentre le società si evolvevano diventando più sicure e le comunità si espandevano, i tailandesi costruivano templi anche all'interno delle loro comunità, che rappresentavano il centro della vita e venivano usati come scuola dei bambini per l'educazione di base. I templi buddisti sono stati il centro delle cure mediche e sanitarie della popolazione per un lungo periodo: i monaci usavano piante ed erbe per curare la gente.

Alta qualità della ricerca delle piante medicinali in Thailandia

Secondo S.A.R. Prof. Dott. Principe Chulabhorn di Thailandia, presidente del Chulaborn Research Institute, è possibile spiegare l'utilità delle piante e delle erbe per la medicina in Thailandia nel seguente modo: nelle epoche, gli uomini hanno sfruttato la ricchezza della natura come fonte di medicina per trattare varie malattie. In Asia vengono utilizzate a scopo medico diverse migliaia di specie di piante. Si ritiene che per

circa 3 miliardi e 400 milioni di persone nel mondo sviluppato, cioè l'88% della popolazione mondiale, le piante rappresentino la fonte primaria di medicinali. Il nostro Paese, essendo tropicale, ha goduto a lungo di un'innumerevole varietà di piante tropicali. A questo riguardo i tailandesi hanno

una lunga tradizione di medicina popolare, che utilizza erbe e piante medicinali. I rimedi naturali usati per migliaia di anni dalla razza umana e non documentati, devono essere appropriatamente catalogati affinché la vitale informazione etno-medica non vada persa. È di enorme importanza e di estrema urgenza per la salute pubblica e per la vita umana che venga intrapresa un'azione per prevenire l'ulteriore diminuzione della disponibilità attuale e potenziale degli agenti medici e biologici. La scoperta delle sostanze medicinali dai prodotti della natura può essere la risposta alle questioni interdipendenti della conservazione della biodiversità, della crescita economica e della salute umana. Molti farmaci contro il cancro clinicamente utili sono stati scoperti utilizzando varie piante. Il potenziale dei prodotti naturali come agenti terapeutici nel trattamento della malaria è enorme. Il chinino, estratto dalla corteccia di china presente in grandi piantagioni dell'Asia, è stato introdotto come antimalarico più di un secolo fa. Gli asiatici hanno una lunga tradizione di uso di un'erba chiamata Qing hao (Artemisia Annua) per il trattamento della malaria. La *Stephania erecta* Craib è stata usata nella medicina popolare tailandese come rilassante dei muscoli e come analgesico. Preparati di perossido sono stati isolati da alcune piante tailandesi usate nei rimedi popolari per la malaria. Il *Phyllantus amarus* è stato tradizionalmente usato per il trattamento dell'ittero e di altre malattie epatiche. Il principio attivo della *Gloriosa superba* è la "colchicina", un alcaloide isolato dal tubero essiccato della pianta usata per trattare l'artitre.

Il trattamento tradizionale thailandese più famoso nel mondo

La Thailandia non è famosa soltanto per l'alto livello delle sue cure mediche, che fanno parte della medicina ayurvedica. Il massaggio tailandese ha una lunga storia di guarigione terapeutica ed è il prodotto dell'antica medicina orientale. La sua origine risale a 2.500 anni fa, in India. Il fondatore dell'arte del massaggio fu "Master Chiovak Karmar Phaj", un medico dell'India settentrionale, discepolo del Buddha. La diffusione di questo massaggio tecnico in Thailandia avvenne ad opera di medici buddisti con l'espansione del Buddismo in Asia. Il massaggio tailandese viene citato nei libri di medicina scritti su foglie di palma fin dal XVII secolo. Questi vecchi testi sul massaggio sono importanti quanto le scritture buddiste, ma la maggior parte di loro andarono distrutti e scomparvero durante la distruzione di Ayudhaya, la vecchia capitale tailandese, nel 1767. I libri rimasti furono riutilizzati nel 1832 da re Rama III il quale ordinò che tutta la conoscenza disponibile fosse scritta su lastre di pietra che furono poste nel campo del Tempio del Buddha Sdraiato o Wat Po a Bangkok e che possiamo vedere ancora oggi.

Il massaggio tailandese è considerato un eccellente metodo per auto-curarsi. Nel messaggio thai di solito usiamo gli atti istintivi del toccare, dello strofinare, del massaggiare e dell'allungare diverse parti del corpo quando ci sono dolori o disturbi. Il massaggio tailandese è certamente un metodo eccezionale per contribuire a una buona salute e al benessere. Se vi uniamo una buona alimentazione e una vita sana, sicuramente esso apporta buone condizioni fisiche e comfort al corpo.

Alto livello delle cure sanitarie oggi

Gli ospedali privati tailandesi sono ampiamente accettati. Numerose multinazionali hanno firmato contratti perché i loro impiegati siano sottoposti a check-up e a trattamento medico in Thailandia. I medici tailandesi, riservati e professionali, sono in grado di curare gli impiegati stranieri residenti nei Paesi dell'ASEAN. Gli ospedali del Paese hanno uno standard equivalente a quelli dell'Europa occidentale e degli USA. Il livello di professionalità dei medici, degli specialisti e del personale infermieristico è eccellente e abbraccia ogni campo della medicina. Sulla base dei regolamenti esistenti e sotto lo stretto controllo del Ministero della Pubblica Sanità, la missione degli ospedali è quella di leader in un servizio di alto livello.

Conclusione

Per concludere, possiamo dire che la Thailandia dell'antichità è stata influenzata dal Buddismo e che i templi buddisti hanno svolto un importante ruolo nella vita del popolo tailandese. Essi sono stati il pilastro della società e il centro del benessere sociale, educativo, sanitario e medico. Quando i musulmani e i missionari cattolici e protestanti arrivarono in Thailandia, apportarono importanti contributi nei campi della salute, dell'educazione e della vita sociale della gente che dava loro ascolto e li rispettava nelle proprie comunità. Oltre 120 anni fa il Paese ha intrapreso una grande riforma sociale sotto il regno di re Rama V. Da allora, la Thailandia ha sviluppato una moderna tecnologia che riguarda anche il sistema sanitario e medico, che oggi possiamo considerare simile a quello dei Paesi dell'Europa occidente e degli Stati Uniti d'America.

S.E. RONARONG NOPAKUN
Ambasciatore della Tailandia presso la Santa Sede

III Sezione
Azioni da realizzare: cosa fare?

MARIO BIZZOTTO

I: La cura pastorale nella medicina oggi

Il titolo del tema espresso in lingua italiana si presta ad equivoci e ad aspettative che potrebbero essere disattese. È giusto perciò partire mettendolo in chiaro. Potrebbe far pensare al complesso delle organizzazioni tecniche da avviare nella cura pastorale: ad es. somministrazione dei Sacramenti, animazione del personale di servizio, promozione di gruppi per l'umanizzazione dell'ospedale.

Può però riferirsi sia alla riqualificazione dell'attività religiosa, propostasi in seguito alla revisione ancora in corso del concetto di salute e malattia avanzata dalla psicosomatica, sia al conseguente aggiornamento della figura dell'assistente spirituale in ambito ospedaliero, sia al suo possibile inserimento nell'organsimo assistenziale e ai requisiti richiesti per un contatto efficace con i malati. È su queste tematiche che si vuole qui porre attenzione. Ad esse si riferisce più esplicitamente il titolo del tema espresso in lingua francese ed inglese: "La prise en charge pastorale dans la médecine d'aujourd'hui" e "Pastoral Care in Medicine Today". L'accento cade sul significato della cura pastorale nella medicina oggi.

1. Ripensamento del concetto di salute e malattia

Qualche decennio fa dire che ad ammalare non era un organo ma l'uomo intero con le sue componenti organiche e psichiche poteva costituire una novità. Ora più che una novità è uno stereotipo. L'affermazione, partita inizialmente dall'antropologia filosofica, ha chiamato in causa altre discipline: sociologia, psicologia e, non da ultimo, le stesse teologia e pastorale. Salute e malattia acquistano una nozione molto più ampia di quella acquisita dalla medicina tradizionale.

Il rilievo non poteva sfuggire alla Nota della CEI (1989) dal titolo: *La pastorale della Salute nella Chiesa italiana*. Nei Nr. 6-7 è detto:

"Il concetto di salute... non si rapporta unicamente a fattori fisici o organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche e spirituali della persona..." ... "Anche il concetto di malattia è cambiato. Non è più configurabile come semplice patologia, rilevabile attraverso analisi di laboratorio. La malattia è intesa anche come malessere esistenziale"[1].

Questa concezione psicosomatica ha segnato una svolta nella scienza medica e conseguentemente nella stessa cura pastorale. Si è aperto un campo di analisi che un tempo era impensabile. Ultimamente si è voluto chiarire sulla base di osservazioni sociologiche se il fattore religione incida sulla salute e sul decorso della malattia. La risposta formulata in termini statistici non lascia dubbi.

Negli USA sono apparsi studi con inchieste condotte su credenti e non-credenti, su credenti rigorosamente praticanti e altri di tiepida osservanza. I risultati hanno evidenziato dati chiaramente a favore di coloro che fanno delle convinzioni religiose una pratica di vita. I quadri riportati sono numerosissimi. Il prof. Matthews ha pubblicato recentemente un ponderoso volume dal titolo *Il fattore fede. Il potere della preghiera per guarire*[2]. Allo scritto è riconosciuto il giusto merito sia per la novità dell'argomento esposto sia per il rigore scientifico adottato.

A titolo di esempio giova riportare qualche dato numerico. Su un vasto campione di 91.909 soggetti i casi di mortalità tra credenti praticanti rispetto ad altri non credenti si assestavano sul 50% in meno per malattie cardiovascolari, sul 56% per enfisema, sul 74% per cirrosi epatica e sul 53% per suicidio[3]. Altro esempio. La mortalità dei pazienti affetti da gravi disturbi cardiaci sottopostisi poi ad intervento chirurgico tocca il 9%; tra i credenti la cifra scende al 5%. Lo stesso rapporto differenziale è verificabile in altri ambiti riguardanti la prevenzione, la famiglia, il divorzio, il consumo di stupefacenti[4].

I quadri statistici, pur espressi in termini matematici, si prestano a molte interpretazioni. Si può avanzare l'ipotesi che i vantaggi del credente non siano dovuti alla sua fede quanto alle conseguenze che da quella derivano, ossia ad una condotta di vita seria, a diete sobrie e alla castigatezza dei costumi. In altri termini si potrebbe pensare che se al posto della fede si ponesse un altro valore: sport, linea del corpo, efficienza fisica o cura della salute, si otterrebbero gli stessi risultati. Allora il benessere dell'individuo non si dovrebbe attribuire alla convinzione religiosa

in sé, quanto piuttosto all'osservanza di norme igieniche che da quella derivano. Si constata però che queste, pur venendo scrupolosamente osservate da tutti, non cambiano i risultati e le differenze sopra rilevate. Va aggiunto, nel processo di guarigione delle persone praticanti, il diverso effetto dei farmaci e la maggiore possibilità di superare operazioni particolarmente difficili.

In particolare Matthews insiste sull'efficacia della preghiera nel trattamento terapeutico, tanto da proporre che il medico non limiti l'esercizio della sua attività alla prescrizione di farmaci e diete, ma si soffermi anche a pregare con i malati che lo desiderano. La proposta alquanto insolita può essere incolpata di poco realismo, non però di poca coerenza logica; infatti è conseguente al suo assunto rilevato dalla statistica. Una volta constatato l'apporto salutare della preghiera, è logico che la persona addetta alla cura del malato si serva di tutti i mezzi a sua disposizione per accelerarne la guarigione. Si sa però, e lo stesso autore lo nota, che la proporzione dei credenti tra la classe medica è molto inferiore rispetto a quella constatabile nella gente comune. Non è possibile, dunque, chiedere a un medico l'esercizio di una pratica religiosa in cui non crede.

Se questo compito non può essere assolto dal medico, può essere eseguito dall'assistente religioso, il quale non si presenta nel mondo della salute nella semplice veste di un visitatore, ma nella funzione di chi si inserisce nell'organico assistenziale. Se la malattia coinvolge tutto l'uomo e questo si qualifica con una componente religiosa, segue che l'apporto del cappellano o chi per lui è altamente benefico.

2. Riqualificazione ed esercizio della cura pastorale

Il richiamo al nesso che intercorre tra medicina e religione ripropone sotto nuova luce la figura dell'assistente religioso.

Meyer-Scheu, autore di numerose pubblicazioni sull'argomento lamenta una crisi di identità nell'operatore religioso che presta servizio in ospedale. La concezione della medicina tradizionale lo confinava ai margini ritenendolo superfluo. Non ne riconosceva la funzione efficace agli effetti della guarigione[5]. Il nuovo concetto di malattia porta alcuni emendamenti nella concezione un tempo egemone. La cura pastorale viene ora acquistando un rilievo preciso quasi universalmente riconosciuto. Ci sono perciò premesse favorevoli per superare "la crisi esterna e interna" segnalata da Meyer-Scheu.

Parlando di crisi vengono ricordate anche le sue cause, tra le quali si lamenta la scarsa preparazione specifica degli assistenti spirituali, la mancata sensibilità di certe gerarchie diocesane, il corrispettivo impiego nella cura pastorale tra i malati affidato a individui non più giovani ed efficienti. Alla fase della crisi si offre ora un'opportunità particolarmente favorevole per riconoscere alla cura pastorale la dovuta importanza. Il suo esercizio postula requisiti imprescindibili di ordine religioso, intellettuale e psicologico.

Chi si assume l'impegno nell'assistenza al malato deve sentirsi incline al suo compito. In ambito ascetico si parla di carisma o vocazione. Questo è un punto di partenza fondamentale. Su di esso si costruiscono poi le conoscenze teologiche e, soprattutto a partire da esso, si scoprono le mediazioni adeguate a far passare il messaggio. Il grado di creatività e duttilità che sa adeguarsi alle singole istanze decide l'efficacia dell'azione pastorale. Ogni infermo ha la sua storia da raccontare, non omologabile ad un'altra. La capacità di comprensione dei singoli casi non la si impara nell'insegnamento scolastico, per il semplice motivo che non è neppure insegnabile.

L'applicazione delle conoscenze acquisite viene fatta solo con la propria esperienza, la si apprende da sé. Non ci sono maestri che la possano insegnare, perché non ci sono risposte già preformate. Ognuno ha i suoi interrogativi e ognuno reagisce ad essi con una sua risposta.

Il pericolo che incombe riproduce in qualche maniera l'antica eresia docetista, che nel nostro caso tradisce la mancata incarnazione del messaggio, la sterile presentazione dei principi o la preoccupazione di mettere in salvo la coerenza dottrinale più che il singolo. Si è preoccupati, come gli amici di Giobbe, della causa di Dio e si dimentica quella dell'interlocutore[6]. La preoccupazione dottrinale è più che legittima, tuttavia non va anteposta al dovere della solidarietà. Si tratta di trovare ad essa il tempo e il luogo più appropriato. A Cristo si arriva anche toccando soltanto il lembo del suo mantello, poi dal

mantello (*Mt* 14, 26) si passa ad incontrare il suo volto. Prima è la persona con la sua ricchezza umana che deve venire alla luce, e solo concomitantamente è il ruolo.

Rientra negli stessi presupposti dell'evangelizzazione la benevolenza e la disponibilità all'aiuto. Non si evangelizza in formule dottrinali e tanto meno facendo ricorso a frasi generiche che non riflettano l'irripetibile della situazione contingente. Non sempre riesce efficace la stessa citazione biblica, il cui facile uso dà la sensazione di non volersi esporre con la propria parola, servendosi della Bibbia come di uno strumento che fa da scudo ai propri sentimenti. Il rapporto, allora, corre sulla superficie, non apre un contatto che va da anima ad anima. Andare direttamente al linguaggio della fede e della morale provoca reazioni di rigetto, dando l'impressione di recitare la propria parte senza condividere la sofferenza dell'interlocutore.

Il malato non chiede né scienza né erudizione a chi gli si avvicina. Chiede piuttosto vicinanza e partecipazione. Quando la cultura è utilizzata per nascondere le proprie emozioni, si resta fuori dalla situazione del sofferente. Si è davanti a lui e la vicinanza è soltanto fisica, è quella che Adorno definisce la vicinanza di due punti geometrici[7].

La prima condizione per arrivare al malato e per riqualificare la cura pastorale è la vocazione. È questa a suggerire gli atteggiamenti da assumere, a creare le risposte più adeguate alla singola situazione, a condividere la sorte altrui e a scegliere le mediazioni attraverso le quali far passare il messaggio.

3. Formazione e cooperazione

La riqualificazione dell'assistente religioso passa attraverso la vocazione, ma anche attraverso la formazione ascetica, teologica e umanistica. La Nota della CEI raccomanda di essere "in sintonia con l'evoluzione della cultura e della medicina e lo sviluppo della riflessione teologica sulla prassi ecclesiale" e la lettera apostolica *Salvifici Doloris* dedica gli ultimi numeri al tema della preparazione professionale.

Fa parte della formazione ascetica l'assimilazione dello spirito evangelico che invia i suoi messaggeri disarmandoli. I discepoli si dedicano alla loro missione senza alcun diritto da rivendicare. Non hanno difese, si presentano con la veste della povertà e dell'umiltà. Analogamente in ospedale il rappresentante religioso è un inviato che non passa per le corsie come il medico e il personale di servizio. La sua presenza è diversa, può essere anche rifiutata. Questa possibilità lo colloca in una condizione umile. Egli è inviato con il compito di proporre e offrire un servizio, la cui fruizione è lasciata alla libera scelta degli interlocutori.

Faber ha parlato del cappellano accostandolo al ruolo del clown nel circo. Il confronto potrebbe sul momento disorientare. Se si riflette un po', invece, ci si accorge che il paragone è efficace ed è in grado di esplicitare particolari significati. Molto meglio di qualsiasi altro personaggio, per quanto serio ed impegnato, il clown ci fa capire la meschinità e l'impotenza dell'uomo. Mentre tutto e tutti sono impegnati a raggiungere successi, egli mostra l'altro volto della medaglia, riporta le vicende della vita al loro posto, le interpreta con i loro fallimenti e le loro miserie e ne prende parte. Un po' analoga è la presenza del prete nell'ospedale. È un individuo che si pone accanto ai sofferenti, anche lui debole e coinvolto nel gioco disorientante del male. Condividendo la sofferenza si propone di portare la parola della solidarietà e della speranza. Coloro che gli stanno attorno – specialisti, chirurghi e scienziati – possono vantare dei successi che sottolineano la loro opera indispensabile. Il cappellano non può associarsi ai loro successi. Il suo lavoro, non facilmente riconoscibile, deve far proprio lo spirito umile del Vangelo[8].

Alla formazione ascetica si associa la competenza professionale caldeggiata da molti studiosi che si sono battuti per una medicina psicosomatica. Frankl, Weizsäcker, Plügge, Balint sono alcuni esempi tra i molti che hanno privilegiato il rapporto personale con il malato. Gebsattel, in particolare, ha messo in risalto nella formazione dell'assistente spirituale la necessità di una sua cooperazione con lo psicoterapeuta. Nella sua attività ha incontrato casi patologici per la cui soluzione ritiene necessaria la competenza del teologo. L'aiuto è reciproco. Il terapeuta constata se il suo paziente è sostenuto da una fede autentica o se, al contrario, è disturbato da una falsa esperienza religiosa.

Nel primo caso la fede diventa stimolo di promozione e liberazione della persona, nel secondo caso assume un senso oppressivo, venendo recepita come un complesso di pratiche esteriori, culti, riti, prescrizioni, divieti e un cumulo di artifici. Il paziente chiamato a chiarisi con se stesso, si chiarisce anche con la sua fede. Il teologo interviene per mostrare cosa significhi credere, orientare verso i centri di gravitazione dell'esperienza religiosa con il suo messaggio salvifico[9].

Chi cura, sia esso psicoterapeuta o teologo, coopera per il ristabilimento di un nuovo equilibrio del malato, sempre nel presupposto che egli stesso possieda un'armonia interiore e sia in pace con se stesso. Chi è disturbato da conflitti e vive in uno stato ansioso non sarà in grado di comunicare quello che egli stesso non ha. La sua azione non avrà effetto sanante. Chi ad esempio ha alle spalle esperienze religiose negative, non potrà rasserenare altri coinvolti negli stessi disturbi[10]. Un direttore di coscienza scrupoloso, formalista, fanatico ha bisogno di curare se stesso prima di avvicinare gli altri. Nella formazione dell'assistente spirituale è basilare il requisito di un sano buon senso e di una stabilità psicologica.

Gebsattel insiste sulla necessità di una formazione professionale e umanistica nell'assistente spirituale. Non basta voler aiutare e mettersi a disposizione con disinteresse. È importante avere una conoscenza dei meccanismi psichici, altrimenti la forma di aiuto che si offre è solo apparente, aggira il problema anziché individuarne la sua radice[11]. L'autenticità del proprio intervento va verificata. Dietro il sentimento della solidarietà potrebbero nascondersi altre motivazioni: vanità, orgoglio, istinto di autoaffermazione, fuga da problemi personali. Dietro la maschera dell'altruismo sono spesso nascoste movenze equivoche.

Ci sono tecniche e strategie di guida che sono premesse necessarie per condurre un dialogo proficuo. Il cappellano sa operare adeguatamente quando accetta lo scontro tra messaggio religioso e realtà e lo elabora calandolo nell'esperienza e personalizzandolo. Se ne rende perciò testimone autorevole e credibile. Non ha bisogno di appellarsi a fonti estranee. La sua parola nasce da un crogiolo interno, è passata attraverso un travaglio personale di dissidi e domande sofferte. Chi ha lottato per superare difficoltà incontrate nella proposta della fede è in grado di capire meglio le difficoltà degli altri[12].

Una delle tentazioni più frequenti e pastoralmente nocive è il ricorso alla polemica o alla difesa pungente dei propri punti di vista. Tutto questo nasconde un disagio interiore mal represso e finisce per bloccare ogni possibilità di dialogo. Gebsattel riporta al proposito l'ossevazione di un paziente: "Se mi si avvicina il cappellano con la sua morale non mi dà alcun aiuto... mi incatena, per questo rifiuto di cercarlo". Una malata diceva di aver sognato il prete che le imponeva sulla testa un vaso soffocante. L'immagine non ha bisogno di commenti, dice esplicitamente l'impressione sgradevole di chi si sente intimidire e accostare con alcune imposizioni[13].

Le difficoltà di ordine dottrinale non si risolvono prescindendo dalla situazione dell'interlocutore. Una proposta che vuole essere saggia tiene conto del grado di comprensione e recettività dell'interlocutore. Il punto di partenza per comunicare non si limita alla salvaguardia dell'ortodossia né muove dal di fuori in forma coercitiva. Di fronte a un individuo ribelle ad ogni proposta religiosa non posso parlargli dell'amore di Dio. C'è un altro compito da assolvere prima: vedere quali sono le cause del risentimento e soltanto dopo aver neutralizzato la disposizione psicologicamente disturbata è possibile accostare il problema religioso.

Il cappellano o chi per lui, per essere significativo nello svolgimento della sua attività religiosa, ha bisogno di una formazione ascetica, teologica e umanistica. Il suo apporto sarà tanto più valido agli effetti della guarigione dell'intera persona quanto più sarà capace di mettersi in sintonia con le altre forze operanti nel mondo della salute. Per questo la proposta della fede è particolarmente impegnativa, va oltre l'informazione semplicemente teologica.

Il suo ruolo resta tuttavia difficile anche dopo aver soddisfatto i requisiti essenziali ad una formazione ideale. L'uomo attuale respira in un clima secolarizzato, sordo alla prospettiva trascendente. È portato a risolvere i suoi problemi confidando esclusivamente sui mezzi terreni. Sembra quasi che sposti il suo interesse non più sulla domanda "come regolare il mio rapporto con Dio?" ma sull'altra domanda "come organizzare la mia vita senza Dio?"[14]. La presa di coscienza della cultura egemone attuale rientra nella formazione dell'assistente religioso come un requisito indispensabile.

Teologo e terapeuta si trovano spesso in rapporti di necessario interscambio. La loro collaborazione è richiesta da situazioni nelle quali esperienza religiosa e meccanismi psichici vengono ad intrecciarsi tra loro. Il teologo somministra la grazia, che a dire dell'antico adagio presuppone la natura, non però una natura distorta nel suo equilibrio, ma quella arrivata ad un grado di maturazione. È su questa base che si può costruire un'autentica esperienza di fede. La cooperazione tra teologo e terapeuta diventa indispensabile nelle nevrosi collegate al fattore religioso. Ambedue hanno un loro campo di azione specifico. Se all'uno spetta il compito di spiegare i contenuti della fede, all'altro spetta il compito di trovare le cause di un disturbo psichico. Vale al riguardo l'osservazione di Jung: "Se mi chiedi perché tu devi essere il custode di tuo fratello, non ti posso dare alcuna risposta. Posso però dirti perché tu mi poni questa domanda".

Si riscontra nell'analisi della psiche come certe disfunzioni di presunta origine religiosa, siano in realtà dovute a cause che non hanno niente a che fare con la religione. Questa è chiamata in causa come copertura che nasconde le vere ragioni del disturbo. Si sa ad esempio come un figlio attaccato morbosamente alla madre si senta impacciato nei rapporti con le altre donne. Capita che egli attribuisca il suo disagio a un motivo morale: alla paura di peccare.

Freud ha identificato la causa di molte nevrosi nella religione. Non ha capito come una retta educazione religiosa contribuisca a rendere l'individuo responsabile e libero. A volte la nevrosi potrebbe essere causata proprio da una rimozione del problema religioso. Anche in questo caso l'opera del terapeuta si affianca a quella del teologo[15].

Resta da trovare la via per arrivare all'altro e aprire un rapporto di comunicazione. Diederich accoglie la domanda di molti assistenti religiosi: "Che fare?". Non ha altra risposta che la seguente: andare a visitare il malato[16].

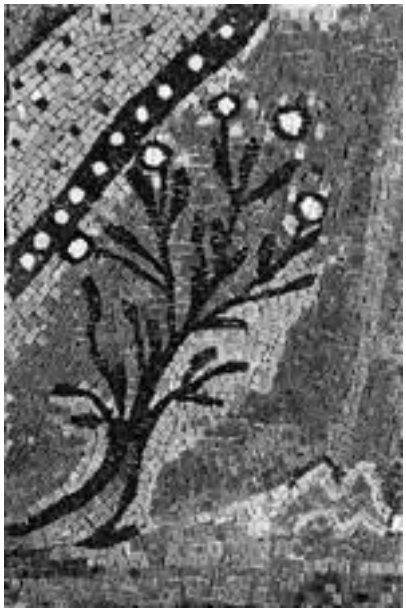
4. La visita al malato

La presenza dell'assistente religioso trova nella visita al malato il momento più pertinente per esplicitare la sua formazione. Qui si gioca qualcosa di decisivo, qui viene in luce il senso umanistico del suo compito di evangelizzazione. Ha luogo la conoscenza, si vede, si parla, si sosta, avviene la comunione accompagnata da un'intensa gamma di sentimenti, i più vari: sospetto, precauzione, fiducia, apertura, simpatia, confidenza e gioia. È in questa cornice che si presenta l'opportunità di affrontare la questione religiosa e, nel caso sia possibile, seguire il consiglio del prof. Matthews: pregare con il malato e somministrare i Sacramenti.

Dal punto di vista cristiano la visita all'infermo si iscrive tra le opere di misericordia (*Mt* 25, 31-40; *Gc* 5,14). Quanto più essa è frequente, tanto più sono probabili le occasioni del dialogo, il cui avvio presuppone il superamento di pregiudizi e la creazione di una nuova base di intesa. Se la cura pastorale è chiamata a partecipare attivamente nel processo della guarigione, è necessario che essa si espliciti nell'avvicinamento al malato e dedichi tempo al suo servizio. Una comparsa fugace e magari rara non può avere alcun effetto benefico, si riduce a una pura formalità. Per conoscersi è necessario frequentarsi

ed ascoltare. Nello scambio della conversazione affiorano molte domande, la più frequente verte sul senso della malattia. Al cappellano è addossato il ruolo di un interpellato, funzione molto delicata, per assolvere la quale non basta il sapere perché è coinvolto come persona con la sua sensibilità.

La domanda del malato è una pseudo-domanda, dice più di quello che l'espressione letterale lascia intendere. Il suo vero significato, più che nelle parole, è riposto in ciò che vi sta dietro. Non ha il senso dell'obiezione fatta dallo stu-



dente all'insegnante. Non parte da un banco di scuola, ma da un letto di dolore. Più che una domanda è un lamento o un'implorazione di aiuto, è carica di emozioni. Trasmette il desiderio della vicinanza. Certo, tutto questo non è ancora trascendenza e apertura al problema religioso. D'altra parte la teologia non comincia nell'offerta di concetti dottrinali, ma nella condivisione dell'esperienza altrui secondo l'esempio stesso di Cristo[17].

L'incontro con il messaggio religioso ha risvolti psicologici che stimolano nel malato risorse efficaci per un esito favorevole della malattia. Questa, però, potrebbe essere incurabile e non avere altro epilogo che nella morte. Il segno della fraternità resta ugualmente valido, non deve diventare occasione per alimentare illusioni o per raccontare bugie, comode a chi si trova condannato dalla scienza e soprattutto a chi l'assiste. Si accompagna veramente il sofferente quando lo si aiuta a venire in chiaro con la sua situazione e ad adeguarsi ad essa. È un lavoro che costa, ma è quello che conduce alla maturità. Il problema da sempre dibattuto sulla verità da comunicare al malato si riferisce in genere a chi versa in pericolo di morte imminente.

Non è però solo questo il compito che l'assistente spirituale è chiamato a svolgere. C'è anche chi subisce una grave menomazione fisica: l'amputazione di un arto, una paralisi, la perdita della vista. L'infermo che viveva antecedentemente in un'esuberanza vitale è costretto a ridimensionare il suo stile di vita. Le crisi che l'aspettano lo impegnano in una lotta che da solo non può superare. Non c'è quanto l'assistente spirituale con la sua esperienza accumulata nel mondo del dolore che gli può essere a fianco e farsi compagno nella lotta. Il richiamo alla trascendenza, salto necessario per dare un senso alla sventura, aiuta alla rassegnazione e al ricupero della calma; va fatto però con garbo e senza accelerare i tempi. Poi arriva anche il momento della preghiera e della speranza.

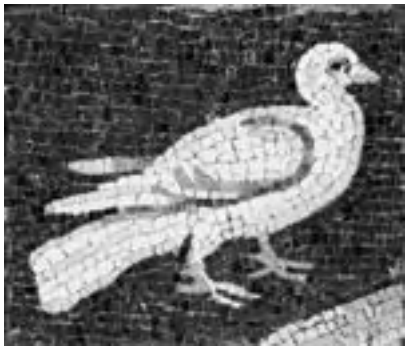
Oggi la medicina nutre delle aspettative nel cappellano. Esse possono essere adempiute soprattutto nell'incontro. La visita in ospedale si dirige al malato individuando in esso il suo primo interlocutore, che non è comunque l'unico. Se ne aggiungono poi altri: familiari dei degenti, personale infermieristico, tecnici, medici. Anche di fronte a questi ha un compito da assolvere. In un'epoca affascinata dalla tecnica l'idea di servizio minaccia di essere abbassata ad una pura prestazione lavorativa. L'ospedale tende sempre più a secolarizzarsi finendo in un appiattimento che richiama il clima della fabbrica. In questo ambiente l'assistente religioso tiene vivo il richiamo alla persona[18]. Rappresentando il vangelo rappresenta l'uomo con le sue esigenze umane e religiose. La sua azione, infatti, non si serve della tecnica, è ordinata ai valori religiosi e morali dell'uomo: alla coscienza, alla fraternità, all'amore del prossimo e all'intesa che intercorre tra anima e anima. Contro il pericolo di fare dell'altro un oggetto, si rivendica il posto della persona che va incontrata con i suoi ritmi e le sue emozioni[19].

Il malato è certo un soggetto bisognoso di servizi, che la tecnica somministra con ritrovati stupefacenti tuttavia è bisognoso anche di sostegni psicologici e di chiarificazioni sui problemi della vita. Forse per la prima volta, legato ad un letto e costretto a passare ore di solitudine, si sente sorprendere da molti interrogativi, scopre esigenze che l'esercizio della professione gli aveva nascosto. Nell'avvicinamento dell'assistente religioso incontra quell'aiuto e quelle chiarificazioni che la sua situazione di crisi richiede.

In tutti i servizi esibiti dall'ospedale oggi incombe l'ansia e la corsa del tempo, il tempo razionalizzato della tecnica che ci mette in fila, facendoci aspettare il nostro turno, e una volta che questo è venuto eccoci incalzati da chi viene dopo. Non può essere così nel colloquio con l'operatore pastorale, il quale è chiamato a interpretare il tempo umano, quello che si adegua al bisogno. Esso richiede calma e sosta. Per questo, tra le raccomandazioni date a chi fa visita all'infermo, si ricorda di mettersi a sedere per fugare ogni impressione di fretta. Non si viene per andarsene subito, si viene per essere a disposizione.

Tutto questo è richiesto non solo dalle regole di un comportamento gentile ma dal dovere della testimonianza cristiana. Il servizio del religioso in ospedale è fatto da una persona formata al rapporto con l'altro ed educata allo spirito del Vangelo. Essa si presenta con il distintivo della fede, che traspare nel suo modo di comportarsi e parlare più che nell'esecuzione di riti o nella recita di preghiere. È chiaro, il cappellano è veramente se stesso quando porta e rivivifica il gesto sacro; tuttavia deve farlo senza cadere nell'artificio. Nell'epoca della secolarizzazione urta tutto ciò che è apparato esteriore o pura cerimonia e si attiene rigidamente al manuale dimenticando l'azione creativa e personale, adeguata alla situazione contingente.

Il messaggio cristiano si impone



quando passa attraverso l'atteggiamento spontaneo. Non ha bisogno di essere voluto intenzionalmente, nasce già da sé come il respiro dei polmoni. Vale non solo quello che si dice, ma anche la maniera con la quale si porge la propria convinzione. La cultura secolare non rigetta la testimonianza autentica, la rifiuta se si ferma alla pura esteriorità o alla comunicazione di contenuti non elaborati nell'esistenza. Non c'è bisogno che si parli direttamente di Cristo né che si passi subito alla proposta della somministrazione dei sacramenti. "Non è tanto decisivo che noi parliamo di Cristo quanto piuttosto che lo si faccia presente come un nostro partner"[20]. Tutto ciò che è esteriorità non trova posto nel Vangelo. Se si tentasse di presentarlo indossando delle maschere, si perpetrerebbe un tradimento nei suoi confronti. L'espressione esterna ha senso se dischiude l'interno, il mondo dell'anima. Visitare è prendere coscienza dell'altro e nel contempo comunicare se stessi. La maschera non comunica nulla, anzi nasconde, lascia l'individuo chiuso in un egocentrismo mortificante. Una volta che si sia creato il vero rapporto, ha senso la proposta sacramentaria e la preghiera. Fuori del contesto della conoscenza nell'attuale ambiente secolare, l'azione religiosa minaccia di ridursi a un'esperienza episodica isolata, staccata dall'alveo dell'esistenza e dalla sofferenza.

Il messaggio di cui il testimone del Vangelo si fa portavoce nel mondo del dolore è sostenuto dalla speranza e dalla prospettiva ultraterrena. Diventa arduo proporlo in una cultura dominata dal contingente e catturata dalla realtà dei sensi. Lo stesso messaggero fa parte del mondo del suo interlocutore, percepisce le difficoltà della sua missione e non le nasconde. Con umiltà si presenta come uno che crede e che ha imparato in mezzo alle vicende tristi della vita a sperare e a pregare.

La visita ai malati è sempre stata considerata il punto saliente della cura pastorale. Ora è riconosciuta nella sua validità dalla stessa medicina, a dispetto di ogni influsso della secolarizzazione. Essa è un mezzo necessario più che utile, richiesto non solo dalle situazioni-limite ma dalla stessa costituzione dell'uomo che ama il bene per il bene e gode quando lo scopre, e scoprendolo lo può compiere. Essa arriva al conseguimento del suo ultimo obiettivo quando sconfina nella fede, si volge in preghiera o in azione sacramentale. È certamente questo il momento più gratificante del cappellano. La comparsa dell'esigenza religiosa determina la conquista di una situazione psicologicamente ottimale ai fini della guarigione.

Il richiamo alla preghiera riporta la riflessione al punto di partenza. Matthews la include nella sua prassi medica. Osserva tra l'altro che è irragionevole parlare del carattere spirituale della medicina senza avvalersi della preghiera.

5. Promozione umana e preghiera

Quando la malattia invita a pregare, ha luogo un'esperienza di particolare valore antropologico. L'uomo provato dal dolore e aperto all'invocazione si percepisce per quello che realmente è: un essere debole e precario.

Si parla dell'umanizzazione della medicina. Mai questa tocca la sua espressione più compiuta come quando, nella tribulazione, libera il pensiero elevandolo a Dio. Si è sempre pregato nelle sciagure: nei campi di concentramento, nelle guerre, nei cataclismi, nelle carceri dove si aspettava l'esecuzione di una condanna a morte. In ogni luogo del dolore la voce della preghiera è la più pertinente e la più autentica. Afferma i confini dell'uomo, che in genere si ignorano. Chi è sano, è portato istintivamente a pensarsi autosufficiente senza accorgersi di essere vittima di un'illusione. È la sofferenza a dire la verità e a invitare alla preghiera. Si dice che essa cooperi al miglioramento dello stato di salute. Ed è detto bene. Tuttavia, ammesso pure che essa non conseguisse alcun risultato sul piano organico, resterebbe sempre un grande traguardo sul piano psicologico e spirituale. Raccoglie l'uomo e lo confronta con Dio.

Pregando noi "ci eleviamo al di sopra di noi stessi e di quanto ci circonda, e portiamo lo sguardo lontano, verso un orizzonte infinito, verso una sfera al di là del tempo e dello spazio, una sfera piena di grandezza e chiarezza, ma anche di mistero"[21]. Il malato che prega proprio perché si eleva al di sopra di sé, non si sente travolgere disperatamente dalla situazione di crisi in cui versa. Nonostante gli venga meno il terreno sotto i piedi, non perde fiducia perché ha un punto solido a cui la preghiera lo rimanda. Il mondo non si riduce a quello delle ingiustizie, delle violenze e delle sciagure. Il supplice lo sa, e per questo si apre ad un dialogo con Dio, alle cui mani egli si rimette. Prende coscienza, allora, del suo vero essere che finora il tempo della salute gli aveva tenuto nascosto.

Malattia e preghiera stanno bene assieme. Costituiscono un'esperienza di autenticità. La nostra condizione umana, minata dal nulla (Heidegger), trova la sua vera consistenza aprendosi all'invocazione, che dà parola alla debolezza e che acquista, partendo dal basso, dalla situazione umile della povertà, la sua forza.

L'infermo è costretto a rapportarsi con la fine[22]. In questo delicato frangente entra la preghiera a mantenerlo ancorato alla vita. Essa, in fondo, prospetta salvezza anche dalla morte. Di fronte a questa la reazione istintiva è la fuga: chiudere gli occhi alla propria fragilità. La preghiera blocca ogni tentativo di evasione, fa chiamare le cose con il loro nome e avvertendone la vanità apre un varco verso l'alto. A chi prega è richiesto sincerità con se stesso, e la sincerità è limpidezza che riflette il mondo così come esso è, senza travisamenti. Dal mondo relativo ci si solleva a quello assoluto. Nella preghiera c'è l'al di qua e l'al di là, c'è l'universo intero, nel quale l'infermo trova il suo posto come essere amato da

Dio. Da qui attinge speranza e coraggio[23].

Matthews scopre nella preghiera una forza sanante, benefica per lo stesso organismo. Questa, però, è solo una conseguenza di un ordine molto più importante concernente lo spirito, che dà la giusta misura all'uomo. Non solo per diventare sani è richiesta la malattia, ma ancora di più, se questa insegna a pregare, è richiesta anche per diventare semplicemente uomini.

P. MARIO BIZZOTTO,
Docente di filosofia
allo Studio teologico S. Zeno di Verona
Italia

Note

[1] Cfr. il testo e il commento della Nota in BRUSCO A. (a cura di), *Curate i malati. La Pastorale della Salute nella Chiesa italiana*, Ed. Camilliane, Torino 1990.

[2] MATTHEWS D.A., *Glaube macht gesund. Spiritualität und Medizin*, tr. ted., Herder, Freiburg 2000. Allo stesso tema (fede e guarigione) dedica un capitolo GOTTSCHLICH M. in *Sprachloses Leid,* Springer, Wien-New York 1998, specialmente pp. 95-104.

[3] Cfr. ivi, p. 32.

[4] Cfr. ivi, p. 37.

[5] Cfr. MEYER-SCHEU J., *Seelsorge im Krankenhaus. Entwurf für eine neue Praxis*, Grünewald, Mainz 1974 e ID., *Seelsorge im Krankenhaus,* Grünenwald, Mainz, 1977, pp. 21-28.

[6] THIELICKE H., *Leiden an der Kirche,* Furche, Hamburg 1965, pp. 97-103.

[7] Cfr. al riguardo CASERA D., *L'assistente religioso nelle istituzioni sanitarie,* in BRUSCO A. (a cura di), *Curate gli infermi,* o.c., pp. 125-134. Si veda soprattutto GOTTSCHLICH M., *Sprachloses Leid,* o.c., pp. 39-44.

[8] Cfr. FABER H., *Der Pfarrer im modernen Krankenhaus,* Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1970, pp. 13ss.

[9] Cfr. GEBSATTEL V.E., *Imago hominis. Breiträge zu einer personalen Anthropologie,* Müller Verlag, Salzburg 1968, p. 44 e FRANKL V., *Ärztliche Seelsorge*, Kindler, München 1975, p. 220. Si veda al proposito anche la critica mossa a Frankl da RINGEL E., *Selbstschädigung durch Neurose,* Herder, Freiburg 1973, pp. 208 e 238.

[10] Cfr. ivi, pp. 240ss.

[11] Cfr. GEBSATTEL V.E., *Imago hominis,* o.c., p. 31.

[12] CASERA D., *Visita al malato,* in *Dizionario di pastorale sanitaria*, Ed. Camilliane, Torino 1997, specialmente pp. 1378s. e BRUSCO A., *Guaritore ferito,* ivi, pp. 566s.

[13] Cfr. GEBSATTEL V.E., *Imago hominis,* o.c., p. 47.

[14] Cfr. ivi, p. 48.

[15] Cfr. RINGEL E., *Selbstschädigung durch Neurose*, o.c., pp. 235-248. Sul rapporto terapeuta e assistente religioso si sofferma FRANKL V. in *Ärztliche Seelsorge,* o.c., pp. 217-227.

[16] Cfr. DIEDERICH H., *Der Krankenbesuch,* Seelsorge Verlag, Freiburg a.B. 1965, p. 6.

[17] Cfr. REINER A., *Seelsorger und Pazient*, in *Lexikon Medizin, Ethik, Recht,* Herder, Freiburg 1992, pp. 1004s.

[18] GUARDINI R., *Der Dienst am Nächsten in Gafahr,* in ID., *Sorge um den Menschen*, II, Werkbund-Verlag, Würzburg 1966, pp. 66-93 e THIELICKE H., *Wer darf leben?* Goldmann, München 1970, pp. 146-151. Sul tema dell'umanizzazione si veda BRUSCO A.- PINTOR S., *Sulle orme di Cristo medico*, EDB, Bologna 1999, specialmente pp. 161-169 e soprattutto MARCHESI P.L., *Umanizzazione sanitaria*, in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria,* o.c., pp. 1327-1340. Segnalo al proposito uno studio molto ben articolato di CASALONE C., *Medicina, macchine e uomini,* Gregorian Univ. Press, Morcelliana, Brescia 1999, es. pp. 43-48 e pp. 292ss.

[19] Cfr. SANDRIN L., *Nella vigna del Signore anche il malato deve lavorare,* in BRUSCO A. (a cura di), *Curate i malati,* o.c., pp. 107-125.

[20] Cfr. DIEDERICH H., *Der Krankenbesuch,* o.c., p. 17.

[21] MINKOWSKI E., *Il tempo vissuto,* tr.it., Einaudi, Torino 1971, pp. 105s.

[22] Cfr. ivi, p. 108. si vedano anche sul tema preghiera e sofferenza le pagine suggestive di MORETTO G., *Giustificazione e interrogazione. Giobbe nella filosofia,* Guida, Napoli 1991, specialmente pp. 199-207.

[23] Cfr. MATTHEWS D.A., *Glaube macht gesund,* o.c., es. pp. 202ss. e pp. 256ss. Sullo stesso tema si veda anche BIANCHI E., *Preghiera,* in *Dizionario di Teologia Pastorale,* o.c., specialmente pp. 932-936.

MICHAEL D. PLACE

II: Gli ospedali del XX secolo: carità antica e tecnologia moderna

Prima di iniziare con l'argomento che mi è stato assegnato, *Come gli ospedali nell'anno 2000 devono rispondere alla sfida della tecnologia ed alle altre sfide,* permettetemi di dire qualche parola sulla sanità cattolica negli Stati Uniti. Il ministero iniziò circa 223 anni fa a New Orleans, fondato dalle Suore Orsoline. Da questo timido inizio, si diffuse in tutta la nascente nazione. Con grandi sforzi, la maggior parte dei religiosi, uomini e donne, spesso venivano negli Stati Uniti per servire gli immigranti che arrivavano dall'Europa, prestando in questo modo delle cure sanitarie a persone che altrimenti ne sarebbero state sprovviste. Oggi ci sono oltre 600 ospedali cattolici, più di 700 case di cura a lunga degenza così come 700 altri tipi di prestazioni sanitarie operate da enti cattolici. Ogni anno negli Stati Uniti, un paziente su sei che viene ricoverato in ospedale fa il suo ingresso in un ospedale cattolico. Spesso prestiamo delle cure a persone povere ed emarginate, laddove gli altri non andranno o dove non sono presenti. Stiamo lavorando sempre più con i nostri colleghi nell'ambito delle "Catholic Charities" ed altri enti ecclesiastici per meglio servire la chiesa e le comunità locali. I vescovi degli Stati Uniti hanno riaffermato ed orientato il ministero nella loro Lettera Pastorale del 1981, *Health and Health Care.* Siamo stati profondamente onorati quando, durante la sua seconda visita pastorale negli Stati Uniti, il Santo Padre Giovanni Paolo II ha parlato all'assemblea dei leaders nel campo della sanità dell'intero Paese. Nel suo intervento, egli ha dichiarato: "La cura sanitaria è un ministero essenziale della Chiesa".

Situazione attuale

Come in molti dei vostri paesi, questo "ministero essenziale" negli Stati Uniti sta affrontando sfide enormi, oltre a quelle che affiorano dalla tecnologia. Permettetemi di menzionarne alcune:

Reperimento fondi: i continui sforzi, a livello statale e federale, di contenere le spese governative per la sanità, così come le restrizioni fiscali che emergono dal riassetto delle assicurazioni private attraverso cure gestite, hanno minacciato la stabilità finanziaria del ministero.

Lavoro: la combinazione di una pressione significativa da parte dei sindacati dei lavoratori ed altre forze per aumentare in modo rilevante i salari, così come l'emergenza causata da una forte mancanza di infermieri ed altri operatori sanitari, hanno posto il sistema in una situazione di notevole tensione.

Consumismo: l'espansione di Internet, con le sue informazioni sulla salute e sulla medicina, ha creato un paziente/consumatore più informato e attivo. Sempre di più i pazienti arrivano dopo aver formulato un'autodiagnosi e con delle opzioni per il trattamento. Inoltre, essi 'frenano' i medici e gli operatori, basandosi su informazioni ricevute da diverse fonti pubbliche sulla qualità.

Genetica: similmente alle precedenti rivoluzioni sulle cure sanitarie che hanno portato alla scoperta dell'anestesia e della penicillina, così come l'attuale rivoluzione nelle pratiche associata a risultati notevoli in farmacologia (ad esempio, i progettisti di medicinali), ci troviamo al culmine di una nuova rivoluzione che avrà come risultato la traccia della mappa del genoma umano. La genetica e la ricerca cellulare troveranno un nuovo modo di praticare la medicina e di prestare le cure sanitarie.

Il risultato di queste sfide e di quelle della tecnologia è che il vero volto della sanità cattolica è cambiato. L'ospedale, che in tempi recenti era stato il centro delle cure sanitarie, spesso viene oggi descritto come un dinosauro: una reliquia del passato che si trova al centro di un futuro emozionante. Le cure sanitarie vengono fornite al paziente sempre più attraverso un "continuum di cure" che comprende centri ambulatoriali, servizi per la diagnostica, centri per la riabilitazione, programmi per la chirurgia esterni, servizi di cure domiciliari, un tipo di vita assistito, cure a lungo termine, hospice. Ai servizi sociali spesso viene richiesto di aiutare, specialmente durante il ricovero ospedaliero, il paziente e la sua famiglia per programmare l'accesso ai servizi di cui avranno bisogno dopo la dimissione dall'ospedale. C'è inoltre maggiore attenzione per quelle che vengono descritte come le "forme alternative" della medicina, come la terapia dei massaggi, l'agopuntura e la terapia con le erbe. L'influenza delle cure spirituali per un buon recupero fisico è un campo di studio e di servizi emergente. Proprio mentre questi cambiamenti si ripercuotono direttamente sul campo della cura sanitaria il ruolo del medico si trova di fronte alla burocrazia delle cure gestite, e nel contempo diventa sempre più importante perché non c'è una continuità effettiva di cure senza collaborazione con medici, infermieri ed altri operatori.

Il risultato di queste e di altre forze è che il ministero può facilmente diventare burocratizzato, frammentato ed impersonale. Una parola su ciascun aspetto:

Burocratico: sia l'assicurazione pubblica che quella privata ed i fornitori sono stati costretti a sviluppare un'abbondanza di regole e di modulistica che confondono ed irritano i pazienti e le loro famiglie.

Frammentato: mentre si è sviluppata una comprensibile evoluzione di forme di cura diverse dall'ospedale, queste dimensioni emergenti mancano di coerenza o di coesività. Il medico, nello stesso tempo, è stato ridotto a una specie di "dente dell'ingranaggio" con il risultato che i pazienti, se hanno navigato con successo in questo terreno frammentato, devono diventare i suoi stessi avvocati. Ovviamente questo è un compito più facile da adempiere per la persona "quasi sana" piuttosto che per quella seriamente malata, o socialmente vulnerabile.

Impersonale: il risultato finale è che l'aspetto delle cure sanitarie può essere piuttosto impersonale. Un tempo la sanità cattolica si distingueva per la "manualità" delle religiose, ora si trova di fronte alla sfida di non essere uguale a quella secolare. Nonostante le migliori intenzioni, ciò sta diventando sempre più difficile laddove la durata dell'incontro è scandita dai minuti e dalle ore, non dai giorni o dalle settimane. Allo stesso modo, il paziente spesso viene visto isolatamente, piuttosto che come membro di una famiglia o come parte della comunità.

Ispirazione

Chiaramente queste avversità, laddove combinate con la seduzione del mondo postmoderno e l'imperativo tecnologico: *se può essere costruito, costruiscilo; se è costruito, compralo*, pone la sanità cattolica nel nord del Primo Mondo in una situazione difficile, che va persino oltre la vaga realtà che gli Stati Uniti e le altre nazioni industrializzate consumano un ammontare disordinato delle risorse sanitarie globali.

In questo scenario, disperazione, cinismo e scetticismo possono facilmente prendere mano. Come antidoto, per trovare ispirazione e motivazione dobbiamo guardare a quei monaci che, malgrado le limitazioni dell'alto Medioevo, fornirono di personale le infermerie dei monasteri, o ai Fatebenefratelli, che ebbero cura dei pellegrini cristiani in tempi di grande avversità. Malgrado le insormontabili avversità che affrontarono, essi andarono avanti e prosperarono. Perché? Perché molto tempo prima che Giovanni Paolo II ci illuminasse con l'immagine del Vangelo della Vita, essi lo avevano già messo in pratica. Essi vedevano nella vulnerabilità di ogni essere umano un'inalienabile sacralità della vita, così come un indistruttibile legame di solidarietà che li rendeva parte di quella comunità che è la famiglia umana. E la fonte della loro ispirazione per essere servi del Vangelo della Vita non era altro che l'immagine e la realtà del Cristo che guarisce, in altre parole, il Cristo sanante. Chiaramen-

te l'anima di ciò che negli Stati Uniti chiamiamo "il ministero sanante" dev'essere trovata nelle molteplici narrazioni del Vangelo che parlano di Gesù che guarisce lo zoppo, il cieco, il lebbroso, così come l'ultima azione sanante, quella della restituzione della vita.

Se il Cristo sanante è l'anima del ministero, vorrei suggerire che è a Lui che dobbiamo guardare per cercare la guida nella ricerca del modo migliore per rispondere alla sfida tecnologica e alle altre sfide che dobbiamo affrontare. A tal fine, Padre Donald Senior, CP, ha recentemente presentato una riflessione su tre differenti modalità che incontriamo studiando le parabole del Vangelo che riguardano Gesù sanante: liberazione, solidarietà e speranza. Utilizzerò queste modalità come base per le mie riflessioni su come gli ospedali cattolici e, ovviamente, tutte le strutture sanitarie cattoliche possono e devono rispondere alle sfide attuali.

Liberazione

Padre Senior afferma che, in prima istanza, Gesù venne a persone libere, nel contesto di una risposta nella fede, derivante dalla malattia. E come molto spesso nel caso del Vangelo, egli ribaltò l'abituale aspettativa religiosa e culturale che la malattia fosse un segno della mancanza personale o del giudizio divino, così come la giustificazione per l'alienazione o la separazione espressa in modo visibile nel caso del lebbroso, o della emorroissa, o in quello del pazzo confinato nelle grotte fuori della città.

Le strutture sanitarie cattoliche, negli Stati Uniti, hanno consapevolmente deciso che anch'esse devono essere una liberazione. Esse si sentono chiamate, ed indubbiamente impegnate, ad essere agenti di una trasformazione sociale che come Cristo rovescia le ipotesi contemporanee e biasima il fatto che vengano isolati ed alienati coloro che sono malati o coloro il cui stato viene visto come una minaccia. Tre esempi.

Ambiente: negli anni recenti, è stato elaborato un insieme di dati che dimostra chiaramente una relazione causale tra la tossicità ambientale e la diminuzione della salute. Sebbene in molti casi debba essere ancora determinata l'esatta natura del collegamento, la relazione causale non è in questione. Ad esempio, è particolarmente sconcertante il drammatico aumento dell'incidenza dell'asma e dei relativi problemi polmonari tra i giovani, particolarmente tra quelli poveri.

A livello locale, le strutture cattoliche hanno sviluppato dei programmi che, mentre trattano l'asma o le condizioni polmonari, lavorano anche per rimuovere le minacce ambientali nel materiale usato per gli alloggi o dei pericoli ambientali come i luoghi desertici tossici. A livello nazionale, i sistemi sanitari utilizzano i loro investimenti finanziari in modo "socialmente responsabile", per migliorare le decisioni nella costruzione degli alloggi che modificherebbero la politica dannosa delle aziende su questioni quali l'uso del mercurio, così come la difesa delle politiche statali e federali per il miglioramento della qualità dell'aria e dell'acqua.

Condizioni sociali: non sorprende il fatto che per una persona che non può accedere ad un casa sia difficile, se non impossibile, avere uno stato di salute positivo o che una nutrizione inadeguata, l'abuso di droga e di alcol, e le malattie mentali siano direttamente collegate con la diminuzione della salute. Anche se è sempre più difficile a causa di una maggiore fragilità della condizione finanziaria, le strutture sanitarie cattoliche si sono mosse nella comunità per affrontare questi problemi. Lavorando spesso in partnership con altri, gli operatori sanitari cattolici si sono adoperati per mettere a disposizione abitazioni abbordabili, spesso per gli anziani, per creare centri comunitari esterni che, oltre a rendere disponibile il cibo sul posto, lo portino anche direttamente a casa; inoltre forniscono dei servizi a pazienti esterni ed un sostegno a coloro che si trovano a dover affrontare sfide per l'abuso di sostanze o per problemi mentali. In tutti questi sforzi, i servizi sanitari cattolici cercano di liberare le persone dalle catene dell'emarginazione, fornendo servizi e un supporto che si dimostrino sensibili alla loro dignità e li facciano ritornare nella comunità.

Politiche di governo: forse la limitazione più imperdonabile ad uno stato positivo di salute per le persone è, negli Stati Uniti, la mancanza di accesso all'assicurazione sanitaria. È un'offesa morale che nella più opulenta nazione del mondo circa 44 milioni di persone attualmente si trovino senza assicurazione e, di conseguenza, siano esclusi dall'insieme dei servizi sanitari. È particolarmente deplorevole che 10 milioni di persone senza assicurazione siano bambini, ridotti a ricevere cure sanitarie al pronto soccorso.

Come risposta a questa realtà, la sanità cattolica è stata, e sarà, una difesa non solo per accedere alle cure sanitarie di base, ma in favore di una riforma per l'intero sistema sanitario, di modo che le cure sanitarie siano accessibili ed offerte a tutti, in un sistema di erogazione che sia contrassegnato da qualità, sicurezza, giustizia e compassione. Ciò viene portato a compimento attraverso la credibilità della nostra presenza come "voce per coloro che non hanno voce", incoraggiando i nostri 800.000 impiegati e le loro famiglie ad usare il proprio voto come strumento di scambio, ed essere presenti alla Casa Bianca, al Congresso, e nella legislatura statale. Lavorando senza il beneficio di un "potere miracoloso", siamo impegnati nel nostro obiettivo di una trasformazione sociale.

Solidarietà

Personalismo: anche se Gesù spezzò i legami della malattia, egli non eliminò tutta la sofferenza umana che si accompagna alla malattia e al dolore. La persona che soffre spesso sperimenta un senso di isolamento o di separazione. Questo isolamento è in contrasto con la vera solidarietà che dovrebbe essere un segno di una comunità umana che riflette la natura pubblica del Dio uno e trino del quale siamo fatti ad immagine e somiglianza. Gesù, operando in Terra Santa, ci diede la testimonianza della solidarietà che ebbe nei confronti dei peccatori, guarì il servo del centurione, ed operò miracoli tra i Samaritani. Forse la testimonianza più profonda della solidarietà con i sofferenti è sottolineata ancora una volta dal Padre quando ci ricorda che il corpo di Gesù glorificato continua a portare le ferite della sua sofferenza e morte. Pur nella gloria, Gesù è sempre un sofferente.

Nei tempi moderni forse il nostro ricordo più intenso di questa solidarietà è Madre Teresa e la sua comunità. Dalle strade di Calcutta ai sobborghi di New York, lei e le sue sorelle hanno lavato, nutrito e trasportato i malati ed i senzatetto in una testimonianza silenziosa di solidarietà della famiglia umana.

Chiaramente, questo stesso spirito dev'essere un segno distintivo delle molte e varie espressioni del ministero sanante cattolico. Se dobbiamo risanare così come fece Gesù, allora sia letteralmente che metaforicamente dobbiamo toccare come Gesù il corpo, la mente e lo spirito dell'uomo. "Alta tecnologia" senza "tocco elevato" manca della solidarietà che è l'essenza del nostro ministero. Senza dubbio questo ristabilimento del personalismo autentico nell'ufficio del medico, del pronto soccorso, del reparto di chirurgia, e delle camere dei pazienti dev'essere portato a compimento. Gli ostacoli, come già detto prima, sono numerosi. Vorrei condividere con voi alcuni emozionanti esempi di successo, ma purtroppo non posso. Abbiamo una lunga strada da percorrere, ma ci stiamo muovendo. I medici sempre più spesso parlano a sfavore di strutture di cura gestite che chiedono loro di dedicare soltanto pochi minuti al paziente prescindendo dalla condizione fisica, emotiva o spirituale di quest'ultimo. Gli amministratori stanno elaborando dei programmi in cui il paziente o un membro della famiglia possa richiamare l'attenzione nei confronti di un impiegato che abbia prestato delle cure "personali" esemplari. Gli enti governativi stanno usando la "soddisfazione del paziente" come una delle componenti critiche nella determinazione della compensazione esecutiva.

Sono dei buoni inizi, ma c'è ancora molto da fare.

Distribuzione: Prima di chiudere questa sezione, vorrei parlarvi, seppur brevemente, di un'altra sfida rivolta ad un autentico senso di solidarietà umana. Anche se a livello macroscopico o universale non abbiamo avuto una discussione appropriata sulla distribuzione delle risorse destinate alle cure sanitarie, negli Stati Uniti, e io credo anche altrove, non ci siamo neanche impegnati in un discorso sistematico ed informato su di una politica sanitaria nazionale che possa fornire una giusta ed equa distribuzione delle limitate risorse per la sanità.

Mi azzardo a suggerire che la tradizione cattolica ci impegna a lavorare e a partecipare a tale discussione. La comprensione della solidarietà umana ci informa che, come ci ha detto il Beato Papa Giovanni XXIII, l'accesso alle cure fondamentali dev'essere un diritto dell'uomo e conseguentemente anche un bene sociale – il bene sociale che ci dice di unire le responsabilità a livello personale, sociale e di governo per preservare ed assicurare la realizzazione di questo stesso bene sociale. In mancanza di una discussione del genere, l'aumento del costo delle cure sanitarie, alimentato in misura non minore dall'aumento dei costi della tecnologia avanzata, così come dei medicinali, ha portato a quello che è, nei fatti, un processo indiretto o implicito di distribuzione. Una variazione significativa dei tipi di pratica e dei risultati delle cure sanitarie secondo la razza, il sesso e la zona geografica sono indici di altri modelli impliciti di distribuzione. Altra cosa sono le decisioni prese dai piani sanitari, o dalle società che li acquistano, per quanto riguarda ciò che viene coperto. Un esempio è la limitazione posta con frequenza sui benefits in sanità dipendenti dal comportamento. In altri tempi, le decisioni sono state prese dal Congresso o dai legislatori statali, laddove ordinavano di garantire determinati servizi, come il trattamento della fertilità.

Mentre i motivi per il continuo attacco negli Stati Uniti a questa "distribuzione implicita" sono favoriti da molteplici fattori (come il credo capitalistico nel potere di mercato e la paura di un governo

"importante") su un livello più teologico sono alimentati da una comprensione non sfumata del senso individuale ed impoverito della solidarietà umana.

Sebbene chiaramente colpita da queste più grandi forze culturali, la sanità cattolica, in special modo in questi paesi in cui ha una presenza sociale significativa, dev'essere un partecipante combattivo al discorso sociale, che può portare ad una distribuzione più razionale e giusta delle risorse sanitarie. Alimentati da una visione morale coerente e da un profondo senso dell'unione e degli obblighi interdipendenti e dalle responsabilità della solida-

rietà umana, possiamo contribuire ad ottenere i dibattiti necessari.

Lo scorso anno in un intervento alla *Catholic Theological Union* di Chicago, basandomi sul lavoro fatto precedentemente dalla *Catholic Health Association*, ho presentato alcune riflessioni iniziali che sarebbero potute servire per un dibattito. Ho iniziato col notare la complessità dell'argomento. Attualmente, il 13,5% o un 1,1 trilione di dollari del Prodotto Interno Lordo viene speso per i vari aspetti della sanità. Proprio 18 anni fa, questa cifra era l'8,9% del PIL. Un tale aumento fa scaturire la domanda: ci dovrebbero essere limiti a queste spese e, se sì, in che modo una nazione potrebbe giungere a determinarli? Ad esempio, quanto di ciò che spendiamo per la sanità è determinato solo dalle forze di mercato, da una disposizione della corporazione, o da altre fonti? E se una decisione del genere dev'essere presa, quali dovrebbero essere i criteri per guidare tale processo di 'decision-making'? Se sì, in che modo? E qualora queste domande non fossero abbastanza complesse, ho sottolineato che esiste un parallelo tra come distribuire le risorse esistenti, l'1,1 trilioni di dollari, in un modo giusto ed equo.

Ho notato che negli ultimi anni ci sono state diverse proposte negli Stati Uniti per sviluppare in modo più esplicito dei criteri per la distribuzione delle risorse sanitarie. Forse una delle più famose ha avuto luogo nell'Oregon, dove è stata stabilita una deroga federale per sviluppare un sistema sanitario statale per coloro che usufruivano dell'assistenza medica con un "pacchetto di base" garantito fissato dalla politica statale. In altre parole, è stato proposto – e alla fine adottato – che a coloro il cui stato economico li qualificava per l'assistenza medica sarebbe stato garantito un insieme di servizi ed anche che sarebbero state esplicitamente negate alcune opzioni di trattamento.

Nonostante non ci siano stati altri esempi recenti di una discussione pubblica sulla distribuzione delle risorse così come c'è stata nell'Oregon, ho suggerito che fosse considerato un argomento importante, se non bene articolato. In effetti, se gli sforzi dei gruppi come la *Catholic Health Association* ed altri per rendere accessibili e abbordabili le cure sanitarie come priorità nazionale hanno successo, il come distribuire le risorse sanitarie richiederà una certa attenzione.

Tale dibattito non arriverà facilmente. La distribuzione spesso viene scambiata per razionalizzazione, ed il concetto di razionalizzazione non si adatta con il senso popolare della consacrazione americana ad una certa concezione della libertà così come viene presentata nell'etica americana.

Dato che consideriamo sia la necessità sia l'eventualità di una discussione del come distribuire le risorse sanitarie, ho suggerito che il prisma dell'etica vitale compatibile fosse quello dell'assistenza. Ad esempio, la nostra ricca concezione della dignità umana richiederebbe ogni discussione sul fatto che la distribuzione venga applicata in modo equo e libero da discriminazioni, per la nostra condivisione della dignità umana. Allo stesso modo, poiché l'accesso a cure sanitarie adeguate è un diritto umano fondamentale, c'è una linea basilare dei servizi che non può essere soggetta agli scambi politici. La stessa inalienabile dignità richiederebbe un processo aperto e partecipativo che coinvolgerebbe tutti quanti sono coinvolti nelle decisioni di distribuzione. Tornando alla gestione della vita umana e delle risorse, ogni distribuzione deve avere una priorità etica assicurando che queste risorse siano fornite alle persone svantaggiate. Una buona gestione richiede inoltre che ci sia una necessità dimostrata di decisioni o processi gestionali e che gli effetti sociali ed economici delle decisioni della distribuzione siano controllati per vedere che raggiungano gli obiettivi dichiarati e non abbiamo conseguenze involontarie.

Per finire, una presa di coscienza integrale del bene comune fornirà un'importante rete per prendere delle decisioni. Ciò richiederà che le decisioni per la distribuzione si focalizzino non soltanto su individui, ma anche sullo stato di salute delle comunità e di quelle forze sociali che possano migliorare la salute personale e della comunità. Una presa di coscienza tangibile del bene comune cambierà la presa di coscienza limitata della libertà umana che vorrebbe affermare che gli individui dovrebbero essere in grado di ricevere qualsiasi servizio sanitario essi desiderino e, parlando da un punto di vista medico, persino quei servizi che sono considerati futili.

Speranza: fino a questo punto, nelle nostre riflessioni abbiamo rivisto l'attuale sfida tecnologica e le altre sfide che la sanità cattolica si trova a dover affrontare negli Stati uniti ed abbiamo considerato come, ispirati dalle narrazioni del Vangelo del Cristo sanante, la sanità cattolica sta rispondendo nella prospettiva della liberazione e della solidarietà. Nei suoi scritti, Padre Senior ha identificato una terza modalità di cui per i miei scopi parlerò, e a cui ho dato il titolo di *Speranza*.

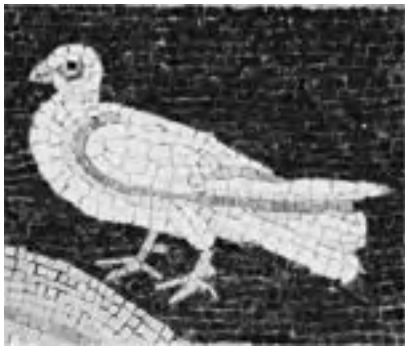
Come credenti, siamo piuttosto consapevoli del rapporto essenziale esistente tra corpo, mente e spirito. In effetti, in queste riflessioni abbiamo trattato un aspetto di questo rapporto, quando abbiamo parlato del senso di separazione dalla comunità che può essere associato con la malattia. Nella sezione finale, vorrei riflettere su un'altra conseguenza della malattia, specialmente nel caso di una malattia cronica o terminale. Molto spesso, entrambe portano una profonda e, allo stesso tempo, devastante alienazione dello spirito umano. Dato che le energie del corpo si consumano o sono permanentemente esaurite, la normale armonia del corpo e dello spirito giunge ad una fine: l'abituale rapporto con l'ambiente fisico è alterato; le relazioni interpersonali sono cambiate e, di fronte alla morte, prossime alla fine così come le conosciamo. Spesso il risultato di tutto ciò è un senso di alienazione con lo stesso spirito umano dalle fonti del senso o dello scopo che ciò sia servito, come *raison d'être* dell'esistenza di un individuo.

Il Cristo sanante è venuto per tutte queste forme di alienazione, e specialmente per l'alienazione dello spirito. Rispondendo una volta per tutte al lamento di Giobbe, Cristo attraverso la sua morte e risurrezione ha dato al genere umano il suo dono-speranza sanante più

grande. È stato a questa speranza che si è rivolto il Cardinal Bernardin come leitmotif per la sanità cattolica, persino quando si è trovato a dover affrontare la sfida personale di un cancro al pancreas. Permettetemi di fare una citazione:

"Vorrei chiarire cosa intendo per 'speranza'. Non si tratta di una speranza di qualcosa. Non è l'aspettativa che qualcosa accadrà. Sebbene alcune persone sperino in una cura fisica, non tutte lo fanno. Spesso le persone credono che una cura non sia possibile, o sono troppo stanche per sperare di tornare al loro precedente stato di salute. Ma spesso, anche quando non ci aspetta una cura, si può ancora sperare. La speranza di cui sto parlando è un atteggiamento verso la vita e vivere nelle cure amorevoli di Dio. La speranza, radicata nella nostra fede nell'amore di Dio per noi in Cristo, ci dà forza e fiducia; ci conforta con la consapevolezza che, qualsiasi cosa ci accada, siamo amati da Dio attraverso Cristo. Non dobbiamo perciò addolorarci o disperare nello stesso modo di coloro che non condividono questa speranza (cfr. 1 Tm *4:13-18). La malattia non deve soggiogarci. Anche se restiamo malati, anche se dovessimo morire prematuramente, dobbiamo essere coraggiosi ed aver fiducia nell'amore duraturo di Dio per noi (cfr.* 2 Cor *5, 6-10)".*

Come cristiani, siamo chiamati e legittimati a confortare gli altri nelle loro sofferenze dando loro una ragione di speranza. Siamo chiamati ad aiutarli a fare l'esperienza dell'amore duraturo di Dio per loro. È questo che rende la sanità cristiana veramente diversa. Noi dobbiamo fare reciprocamente ciò che Gesù stesso ha fatto: confortare gli altri ispirando in loro la speranza e la fiducia nella vita. Così come l'attività permanente e creativa di Gesù nel mondo e il suo amore hanno reso possibile che noi continuassimo a vivere nonostante il caos prodotto dalla malattia, anche il nostro operato nel mondo deve dare speranza a coloro che curiamo. La nostra vocazione distintiva nella sanità cristiana non è tanto curare meglio o in modo più efficiente qualcun altro; è portare conforto alle persone dando loro un'esperienza che rafforzi la loro fiducia nella vita. L'obiettivo finale delle nostre cure è quello di dare a coloro che sono malati, attraverso le nostre cure, una ragione di speranza.



Non c'è da stupirsi che questa visione abbia trovato una profonda risonanza nella sanità cattolica degli Stati Uniti. Veramente noi siamo chiamati in una società profondamente pluralistica ad essere, come ha detto il Cardinale, un "segno di speranza" dalle molteplici sfaccettature. Per gli altri cristiani noi siamo una testimonianza vivente della Pasqua sempre speranzosa; per colui che crede in un Dio buono, siamo la testimonianza vivente di un Dio benevolo ma, come ha detto Paolo nell'Acropoli, ancora senza nome; e a colui che non crede, offriamo l'esperienza di un potere trascendente dello spirito che può portare oltre i limiti umani fino al senso finale della tenacia benigna.

Indubbiamente, essere un tale "segno di speranza" è una responsabilità che intimorisce, specialmente alla luce di tutto ciò che abbiamo detto. Ma nella sfida sfuggiamo ad un grande pericolo. Dico questo perché la liberazione e la solidarietà senza la speranza che è essenziale alla fede cristiana possono facilmente diventare nulla più che un movimento politico bene intenzionato o una forma illuminata di terapia psicosociale.

Per la sanità cattolica essere un "segno di speranza" significa fare propria la dimensione evangelica del ministero sanante. Mentre rispettiamo la coscienza di coloro che serviamo e non usiamo mai il nostro ministero per fare proseliti, alla fine attraverso l'esperienza e la testimonianza siamo evangelisti pieni di speranza.

Anche se dico ciò, sono consapevole delle difficoltà. Negli Stati Uniti ci sono sempre meno religiose e religiosi nel ministero, e i laici assumono ruoli legittimi di leadership nell'adempimento delle loro responsabilità battesimali; dobbiamo trovare allora nuovi modi per alimentare una cultura ricca e vibrante di fede attraverso la continuità dei nostri servizi. Assieme ai collaboratori che sempre più sono cristiani e ad una popolazione di pazienti equamente diversi, dobbiamo rendere espliciti il nostro impegno e i nostri valori. E in una società profondamente in conflitto sulla natura sacra della vita ancora non nata e che ora sta dibattendo la legalizzazione dell'eutanasia, dobbiamo essere servi fedeli di un'etica coerente della vita.

Poiché viaggiando nel nostro paese ho potuto costatare la ricchezza del ministero che amministriamo, sono ottimista sul futuro. E questo ottimismo ha due fonti: primo e più importante è la promessa del Vangelo "io sarò sempre con voi" e, secondo, l'ispirazione delle comunità religiose che hanno fondato e sono presenti in diversi modi nel ministero. Ad esempio, se è radicata nella semplicità di San Francesco d'Assisi, l'ospitalità di Madre McCauley, e l'inventiva di Vincenzo de' Paoli e Louise de Marillac, come non possiamo affrontare la sfida della tecnologia e le molte altre di cui abbiamo parlato?

P. MICHAEL D. PLACE, STD
Presidente della C.H.A.
(Catholic Health Association)
USA

Bibliografia

CARDINALE JOSEPH BERNARDIN, *A Sign of Hope*, Arcidiocesi di Chicago, Chicago, IL, Ottobre 1995.

Conferenza Nazionale dei Vescovi Cattolici, Health and Health Care, Lettera Pastorale dei Vescovi Cattolici d'America, Conferenza Cattolica degli Stati Uniti, Washington, DC, Novembre 1981.

PLACE, MICHAEL D., *Healthcare: Essential Building Block for a Free Society, the Eighth Annual Joseph B. Brennan Lecture,* Università Georgetown, Washington, DC, 20 Aprile 1999.

ANTHONY FISHER

III: Le nuove frontiere

1. Introduzione

Alcuni anni fa ho incontrato una giovane coppia che aveva appena avuto notizie terribili: il bambino che attendevano era seriamente handicappato. Di fatto egli era affetto da un'anancefalia e appena questa fu diagnosticata, il loro medico "cattolico" di un ospedale cattolico propose loro l'aborto. Il medico lo chiamò "induzione" e spiegò che sarebbe stato effettuato in un ospedale non cattolico. La coppia si insospettì. Pur sapendo che, a meno di un miracolo, la vita del loro bambino sarebbe stata breve, Clare e Tom erano decisi a portare avanti la gravidanza e ad offrire al loro piccolo tutte le possibili opportunità. Affrontarono l'ormai prossima nascita con tutta l'emozione e l'apprensione che caratterizza i nuovi genitori, ma senza le consuete aspettative e cioè che il loro bimbo sarebbe stato sano e che sarebbe loro sopravvissuto. Cercarono un altro dottore e un altro ospedale cattolico dove trovarono rifugio per loro e per il loro bimbo.

Benché sostenuti dalla fede, dalla famiglia e dagli amici, la giovane coppia aveva avvertito fino alla vigilia della nascita una terribile tensione. Tuttavia, erano ben decisi a resistere alle pressioni dell'ambiente circostante affinché cancellassero la vita del loro piccolo come se fosse stata nulla, in verità meno che nulla, un valore negativo sulla bilancia della qualità della vita. Essi andarono incontro al futuro pieni di apprensione, ma anche di speranza, con buon senso e amore.

Il loro bimbo nacque in ospedale e fu immediatamente battezzato con il nome di 'Thomas Walter' da suo padre; quando arrivai, lo cresimai io stesso. Egli visse ancora diciotto ore. Aveva un bel visino e un corpicino perfetto da maschietto; il battito del suo cuore era forte e respirava bene; ma la testa era incompleta e, quindi, il suo destino era segnato. A volte emetteva piccoli suoni e voleva stringere con le sue piccole mani il dito di qualcuno. I suoi genitori lo nutrivano con piccole gocce di liquido sulla punta di un dito. I nonni, gli zii e le zie arrivarono da ogni parte della regione per fare vista al piccolo Tom, per toccarlo e per esserne toccati, per conoscerlo un po' e per condividere la sua breve vita, le gioie e le lacrime dei suoi genitori. In ogni istante della sua vita egli fu stretto con forza da qualcuno che lo amava. Nelle sue diciotto ore di vita egli ebbe tantissimo. Fu un tempo abbastanza lungo perché gli fossero cambiati diverse volte i vestitini, perché fosse baciato, abbracciato e accarezzato, lungo abbastanza per permettere a Clare e Tom di passare un po' di tempo con lui, per celebrare piccoli compleanni alla fine di ogni ora di vita, in particolare un compleanno privato con lui a mezzanotte quando, contro ogni aspettativa, egli vide un nuovo giorno. Un tempo che diede loro una notte di sonno disturbato con il loro bimbo, che è un diritto di tutti i nuovi genitori. E ha anche dato loro il tempo di salutarlo.

La notte della sua nascita, prima che me ne andassi, abbiamo recitato insieme le preghiere per i morenti. Il piccolo Thomas morì verso l'alba, mentre dormiva tra i suoi genitori all'ospedale. Ci riunimmo di nuovo con i genitori e con i nonni, questa volta per recitare le preghiere dei morti e per pregare per coloro che lo piangevano. I suoi genitori, la sua famiglia e gli amici, gli operatori sanitari e i cappellani avevano fanno tutto ciò che era possibile per lui. Tutti insieme, essi avevano offerto la più potente delle testimonianze al Vangelo della Vita, alla preziosità della vita umana; insieme, essi avevano dimostrato la nobiltà che anche una simile tragedia può suscitare nell'animo della gente comune; insieme avevano scritto un canto d'amore con le loro vite...[1].

In questa conferenza gli oratori hanno attirato la nostra attenzione sull'enorme varietà di nuove possibilità nell'ambito sanitario che esistono nel nuovo secolo, di nuove domande che tali possibilità tecnologiche pongono, e di nuove risposte che potrebbero essere date. Tutto ciò pone enormi sfide alle istituzioni sanitarie cattoliche e ai loro professionisti, e quindi alla Chiesa non solo come dispensatrice di servizi sanitari, ma anche come responsabile della Pastorale sia dei pazienti che dei lavoratori che operano nell'ambito della sanità.

2. Sanità oggi: tre frontiere

La sanità e la cappellania si trovano di fronte a tre frontiere: tra una visione della sanità come vocazione e un'impresa puramente tecnica o un prodotto di mercato; tra una conseguente visione degli operatori sanitari come professionisti e persone sulla via della santità e come semplici tecnici o prestatori di servizi; e infine tra una visione delle pratiche e delle scelte sanitarie come attività con

obiettivi propri e soggette alla morale comune e una visione di tali pratiche e scelte il cui unico limite è rappresentato da ciò che è materialmente possibile. Sono queste tre frontiere, dunque, che vorrei ora esplorare.

2.1 Sulla frontiera tra "sanità come vocazione" e "sanità come impresa tecnica o prodotto di mercato"[2]

Quando Dio è venuto tra noi nella persona di Gesù Cristo, Egli ha redento l'umanità non solo con la sua morte, predicando la sua parola salvifica, rimettendo i peccati, o riunendoci in un nuovo popolo di Dio, ma anche curando le persone. Matteo ci dice "Gli si avvicinarono molte folle che avevano con sé zoppi, storpi, ciechi, muti e molti altri infermi e li deposero ai suoi piedi. Egli li guarì, tanto che le folle, al vedere muti che parlavano, storpi guariti, zoppi che camminavano e ciechi che vedevano, rimasero stupite e glorificarono il Dio d'Israele"[3].

Così come le guarigioni miracolose di Gesù esprimevano in maniera immediata la compassione sanante di Dio *e* fornivano segni e premonizioni della venuta del Regno, allo stesso modo i professionisti della sanità "vedono il loro ministero non solo come uno sforzo per ripristinare e preservare la salute, ma anche come un servizio *spirituale* e un segno di quella guarigione finale che un giorno provocherà la nuova creazione che è il frutto ultimo del ministero di Gesù e dell'amore di Dio per noi"[4]. Anche nella migliore tradizione secolare la medicina e il servizio infermieristico sono abbastanza lontani da una semplice eccellenza tecnica o dal soddisfacimento di una richiesta del mercato. Una ragione di più perché la sanità cattolica debba essere testimone di una fede in un Dio amorevole e provvidenziale, testimonianza della creazione e della natura umana, della malattia e della morte, della comunione dei santi, del perdono dei peccati, della resurrezione dei corpi, e della vita eterna...[5]. La nostra fede significa che consideriamo la persona molto più di una particolare specie di animale o di macchina intelligente, deciso a farsi la sua strada, capace di raggiungere determinati e importanti obiettivi tecnici, o di produrre e consumare beni e servizi: la persona umana è l'immagine di Dio e la comunità umana è l'immagine della Trinità. *Siamo* infatti, fratelli e sorelle nel Signore e siamo i custodi delle nostre sorelle e dei nostri fratelli; l'amore familiare, il rispetto, la meraviglia, ciò che San Tommaso chiamava *dulia*[6], è questo l'atteggiamento che dovrebbe caratterizzare le nostre relazioni. Abbracciando l'intera persona – corpo, mente e spirito – con compassione e amore, la sanità cattolica dice alle persone: "Vogliamo essere come Cristo, che avrebbe steso la mano per toccarvi e guarirvi"[7].

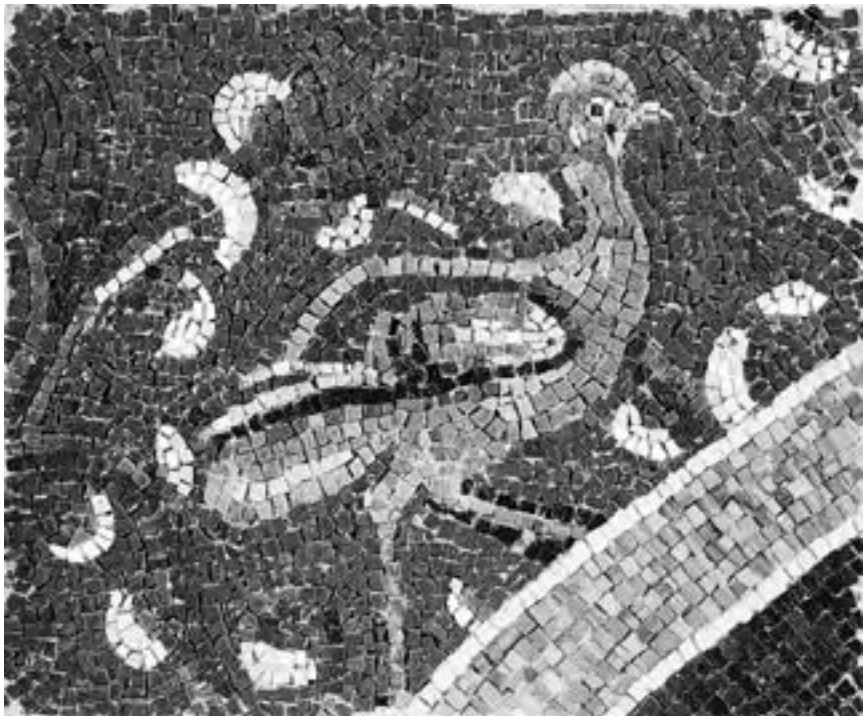
Come questo possa riuscire nell'esperienza quotidiana della sanità nel nostro nuovo secolo non è facile da predire: forse con la cortesia e la compassione, la pazienza e la perseveranza, con la vigilanza e la speranza, la volontà di impegnarsi in comportamenti all'apparenza inefficienti quali il tenere compagnia o l'ascoltare, usare un linguaggio rispettoso, toccare con un atteggiamento reverenziale non dissimile da quello con cui trattiamo le cose sante. E parole quali 'vocazione', 'missione' e 'apostolato' che così facilmente – troppo facilmente – escono dalla bocca dei cristiani, devono in quest'ambito significare più di 'lavoro' o anche di 'professione': esse devono esprimere una sorta di ministero sacerdotale di mediazione e di lode di Dio che è amore della vita e della salute[8].

Se la sanità cattolica è concepita come una vocazione religiosa, coloro che ne sono responsabili devono diffidare della secolarizzazione, dell'adattamento e del compromesso con la logica del risultato meramente tecnico o di mercato[9], come anche diffidare quando la medicina supera i limiti della sua sfera legittima, invadendo tutta la realtà, promettendo alle persone di sollevarle dalla condizione umana, offrendo false speranze di immortalità terrena, impegnandosi in accanimenti terapeutici, sostenendo che la salute è la salvezza. I fedeli della vera religione devono essere sempre attenti critici del messianismo sanitario, dell'ostinazione terapeutica e dell'idolatria della vita e della salute[10]. La salute non è il nostro bene più alto e la sanità non è la nostra religione.

Gesù guariva le persone nel loro insieme, guariva il loro corpo e la loro anima. Prima di guarire il paralitico, egli gli perdonò i suoi peccati[11]. I legami tra la malattia fisica e quella spirituale con la guarigione fisica e quella spirituale sono stati lungamente studiati dai cristiani e da altri credenti. Come hanno osservato i vescovi degli Stati Uniti, "senza la salute dello spirito, l'alta tecnologia incentrata esclusivamente sul corpo offre una limitata speranza di guarigione dell'intera persona. Rivolta ai bisogni spirituali che spesso vengono più profondamente apprezzati in tempi di malattia, la cura pastorale è parte integrante della sanità cattolica"[12]. La pastorale cattolica dei malati è cosa diversa dal lavoro sociale, dalla terapia, da altri supporti umani, anche se include alcuni elementi di tutto ciò: riguarda in primo luogo e soprattutto i sacramenti[13]. Ma ciò implica oggi sfide particolari. La carenza di sacerdoti, i gruppi di volontariato laico che includono persone dei più diversi orizzonti e forse anche alcuni interni, pazienti molto diversi tra loro, ricoveri più brevi: tutto ciò offre nuove opportunità, ma può anche portare a una desacralizzazione di tale ministero. Tuttavia i Sacramenti dell'Estrema unzione, della Confessione, della Comunione e del Viatico per i morenti devono restare al centro di ogni genuina forma di sanità *cattolica*. Occorre inoltre avere la possibilità di fornire occasioni regolari di preghiera in comune e di culto, sia per i pazienti che per il personale. Naturalmente questo tipo di attenzione spirituale, come del resto quella per la salute, dovrà essere adattata alle esigenze particolari dei pazienti e del personale: i non cristiani, i non cattolici e i cattolici non praticanti avranno esigenze molti differenti da quelle dei cattolici più 'regolari'. Nondimeno anche i non cattolici vengono nelle nostre istituzioni in qualità di pazienti o di membri del personale, aspettandosi un approccio spirituale del tutto particolare, cristiano ma senza imbarazzi, e

non dovremmo avere il timore di offendere gli estranei mostrando la nostra cattolicità.

Oltre ai Sacramenti l'attenzione pastorale ai malati "comprende l'intera gamma dei servizi spirituali, che prevede una presenza e un ascolto costante, l'aiuto per affrontare l'impotenza, il dolore e l'alienazione, nonché l'assistenza nel riconoscere e nel rispondere alla volontà di Dio in uno spirito di maggiore gioia e pace"[14]. In questo caso l'obiettivo è di confermare i fratelli e le sorelle nel Signore, affinché essi possano vivere, soffrire e morire nel migliore dei modi. Cercare di umanizzare e di cristianizzare la malattia, la morte e la stessa tecnologia sanitaria, e offrire ragioni di speranza anche quando la medicina non può fare più niente, sono strumenti cruciali per fare in modo che la cura pastorale diventi complementare della cura clinica[15]. Nel caso di Clare e Tom, l'attenzione pastorale e il sostegno della famiglia e degli amici sono stati l'aiuto determinante al loro eroismo: senza quell'aiuto, non so come essi avrebbero potuto affrontare il viaggio verso la nascita del loro bambino.



2.2 Sulla frontiera tra "gli operatori sanitari come professionisti e persone sulla via della santità" e "gli operatori sanitari come tecnici e prestatori di servizi"

Parallela alla frontiera tra la sanità come vocazione e sanità come impresa tecnica o prodotto di mercato, corre la frontiera tra due diverse concezioni dell'operatore sanitario: da una parte l'operatore sanitario visto come un professionista e come una persona veramente sulla via della santità; dall'altra, l'operatore visto come un semplice tecnico, un prestatore di servizi, o anche un killer a pagamento. La 'professione' è propriamente una nozione etica che implica un commercio o un'arte, molto più di quanto lo faccia l'idea di 'lavoro': la convinzione da parte di questi operatori dell'importanza di un servizio particolare agli altri e della loro 'vocazione' a questo servizio come occupazione 'a tempo pieno' con aspettative durevoli; il loro essere in qualche modo immersi in questa particolare professione, con le conoscenze, le competenze e il genio che gli sono propri, e che provoca e richiede loro devozione di vita e carattere; una sorta di pubblica professione di un 'orientamento di servizio' e di responsabilità pubblica degli operatori; alcuni atti di pubblico riconoscimento da parte della comunità del fatto che questa professione è l'espressione dei suoi valori essenziali e che queste persone sono validi professionisti; una continua (auto)regolamentazione della professione da parte degli operatori in conformità agli obiettivi interni della professione e le migliori tradizioni dell'etica.

La vocazione ad essere santi, che è la vocazione di ogni professionista sanitario cristiano, è una vocazione che non è in conflitto con le richieste di professionalità, ma piuttosto una chiamata ad essere più di un commerciante, più di un professionista: è una vocazione a un tipo di dono di sé cristologico, così meravigliosamente raccontatoci nella nostra tradizione con l'immagine del Cristo medico, nella storia del Buon Samaritano e, fortunatamente, in tanti santi professionisti sanitari che abbiamo conosciuto. Raggiungere tali livelli non è fuori dalla portata dei comuni operatori sanitari: al contrario, è proprio la loro vera vocazione. Ma ciò richiede una spiritualità della vocazione sanitaria e un genuino sforzo nel coltivare un certo tipo di carattere improntato a rispetto, *pietas*, compassione, comprensione, benevolenza, spontaneità, onestà, fedeltà, precisione, pazienza, moderazione e umiltà[16].

I dirigenti e il personale degli ospedali cattolici, quindi, dovrebbero essere particolarmente prudenti nei confronti dell'istituzionalizzazione di vizi quali una noncurante mancanza di rispetto per la vita e la dignità umana, la cecità o l'indifferenza nei confronti degli effetti della politica su alcune persone, l'avarizia e l'anzianità, il subire l'imperativo della tecnologia, e via di seguito. Essi devono opporsi al sacrificio di persone in nome dell'efficienza, del progresso o del profitto, e promuovere un certo ascetismo in risposta alla tendenza alla massimizzazione medica, e un atteggiamento contemplativo in risposta alla frenesia lavorativa che prevale nell'ospedale medio. Le associazioni di operatori sanitari cattolici, moribonde in molti Paesi negli ultimi due decenni, dovrebbero essere positivamente rifondate seguendo una più chiara definizione degli obiettivi di formazione spirituale ed etica, e di sostegno ai lavoratori della sa-

nità che forse non sono catechizzati a sufficienza o che devono affrontare pressioni esterne affinché si conformino ai valori di 'questo mondo' piuttosto che a quelli del Regno di Dio.

2.3 Sulla frontiera tra le pratiche sanitarie come "attività con scopi propri e soggette alla morale comune" e come "attività il cui unico limite è rappresentato da ciò che è materialmente possibile"

Nella sua lettura programmatica tratta dal profeta Isaia, all'inizio del suo ministero, Gesù, come raccontato da Luca, dichiara di essere stato unto dallo Spirito Santo per predicare il Vangelo ai poveri e ai prigionieri e per portare la guarigione ai ciechi[17]. Ci dice Matteo: "Gesù andava attorno per tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la buona novella del regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo"[18]. A volte le guarigioni precedevano ed evocavano la fede; altre volte la guarigione era una risposta alla fede. L'attività di predicazione profetica di Gesù era quindi intimamente legata alla sua attività di guarigione. Il legame tra questi due ministeri è esteso anche ai suoi discepoli. Gesù dice loro: "E strada facendo, predicate che il regno dei cieli è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi, cacciate i demoni"[19]. Sia per Gesù che per i suoi discepoli la guarigione e la predicazione sono come due facce della stessa medaglia di redenzione.

La sanità cattolica, quindi, deve essere *profetica*, una proclamazione vissuta del Vangelo. Mi fa piacere rilevare che la prima nota a piè di pagina della *Carta degli Operatori Sanitari*, ci rimanda all'allocuzione di Papa Giovanni Paolo II ai professionisti della sanità del Mercy Hospital di Melbourne, la mia città natale, discorso nel quale egli ha sottolineato come l'assistenza sanitaria sia prima di tutto "un importantissimo servizio alla vita" ma anche "una forma di testimonianza cristiana"[20]. Siamo oggi di fronte alla sfida di rinnovare la nostra comprensione dell'attività sanitaria in quanto erede di una particolare tradizione – la nobile saggezza della medicina ippocratica – con i propri obiettivi interni e con la propria logica, e soggetta, come tutte le attività umane, alle norme della morale comune[21]; di rinnovare anche la nostra percezione di sanità *cattolica* in quanto erede anche di una tradizione rivelata, articolata nelle Scritture come per il Buon Samaritano, chiarita in inestimabili documenti quali l'*Evangelium Vitae* e la *Carta*, e applicata attraverso i carismi di particolari fondatori di congregazioni e i loro collaboratori laici.

Negli ultimi decenni le persone impegnate a portare avanti il ministero di guarigione di Gesù si sono trovate di fronte a enormi sfide etiche, non ultime le pressioni del secolarismo, della burocrazia e del mercato, e anche la costante tentazione di 'saltare nel letto con lo *zeitgeist'*. Quindi dobbiamo essere cristallini nell'affermare che i nostri impegni centrali sono il rispetto della dignità di ogni persona umana in quanto creata ad immagine di Dio, redenta da Cristo e destinata a godere della gioia eterna della Trinità e dei santi in paradiso; la riverenza per ogni istanza di vita umana dal momento del concepimento sino alla morte in quanto impegno sacro; l'amore del nostro prossimo e del bene comune, compreso l'impegno per assicurare l'accesso universale a un livello di attenzione e a una giusta distribuzione delle risorse; il rispetto per il significato nuziale del corpo; il desiderio di umanizzare le pratiche mediche; un'opzione preferenziale per i disabili[22]. Tutto ciò va contro la visione delle pratiche e delle scelte sanitarie viste come attività il cui unico limite è rappresentato solamente da ciò che è tecnicamente e politicamente possibile.

La sanità cattolica è profetica nella misura in cui esemplifica tali norme e tali valori cristiani nel modo più concreto e luminoso possibile; più silenziosa e compromessa sarà la sua testimonianza morale, più la ragion d'essere della sanità cattolica sarà confusa e verrà in definitiva abbandonata. In anni recenti, i capi della Chiesa hanno ripetutamente ribadito l'impegno della Chiesa nell'assistenza sanitaria, ma hanno anche insistito sul fatto che ciò deve svolgersi in accordo con una moralità profonda così come viene espresso dal meglio della tradizione ippocratica purificata dal Vangelo e dal Magistero della Chiesa[23]. Almeno nel mondo occidentale post-cristiano, l'assistenza sanitaria cattolica dovrebbe offrire sempre più una forte alternativa di preparazione e di stile di assistenza in accordo con le nostre tradizioni e norme di vita particolari. Non dovremmo assolutamente discostarci da questi comportamenti, per timore di perdere finanziamenti o la nostra

rispettabilità. In realtà penso che sia proprio un'*alternativa* di alta qualità in contrapposizione alla banalità il modo migliore con cui l'assistenza sanitaria cattolica possa rispondere in futuro alla continua tolleranza e al sostegno dei dispensatori di fondi. I codici di etica e di prassi cattolici, i comitati etici, i programmi di formazione del personale, ecc., non solo aiuteranno a fare in modo che i servizi sanitari cattolici compiano la loro missione primaria – che è quella di assicurare un'assistenza efficace – ma può anche offrire loro una 'nicchia di mercato'. Ciò può avere le sue attrattive non solo per molti pazienti ma anche per molti membri del personale, poiché già in alcune parti del mondo i tirocinanti e i praticanti in certe specializzazioni quali l'ostetricia e la ginecologia, la pianificazione familiare, la genetica, la pediatria, la gerontologia e la rianimazione su-

biscono pressioni affinché aderiscano a pratiche immorali e vengono rifiutati loro avanzamenti di carriera in caso contrario. In mancanza di istituzioni sanitarie genuinamente cattoliche in cui formarsi e lavorare, alcuni operatori sanitari potrebbero compromettere le loro coscienze e la loro moralità oggettiva, o dover abbandonare la loro specializzazione. E a difetto di un chiaro senso dei limiti – la frontiera – tra le pratiche sanitarie viste come attività con una loro propria logica interna e soggette alla morale comune, e le pratiche sanitarie viste come attività il cui unico limite è costituito da ciò che è possibile da un punto di vista tecnico, politico ed economico, una tale perseveranza nella ricerca del bene si rivelerà impossibile.

3. Il futuro della sanità: tre altre frontiere

Siamo testimoni di una rivoluzione biotecnologica probabilmente più significativa di quelle dell'industrializzazione, dell'era atomica o dell'informatizzazione. I recenti progressi della biologia e della medicina stanno a significare che stiamo rapidamente acquisendo il potere di modificare e di controllare il come e il quando veniamo alla vita, il come e il quando moriamo, e nel frattempo le nostre stesse nature, capacità e attività. In futuro la sanità si troverà sempre più davanti a tre frontiere, oltre a quelle che ho già sottolineato: la frontiera tra la vita e la morte all'interno dell'utero; la frontiera tra il rispetto della dignità della persona e la mercificazione delle persone; e la frontiera tra la morte naturale e il 'medicidio' (l'omicidio medico). Sono queste le tre frontiere che vorrei esplorare nel tempo che mi rimane.

3.1 Sulla frontiera tra la vita e la morte nell'utero

Ai due estremi della vita, la visione cristiana del rispetto per ogni essere umano – sia egli fragile o forte, desiderato o indesiderato, sofferente o in buona salute – è oggi particolarmente al centro dell'attenzione e continuerà ad esserlo probabilmente anche in futuro. Le istituzioni e i professionisti sanitari cattolici sono quanto di meglio ci sia al mondo per quanto riguarda la cura dei neonati, questi esseri minuscoli, gli esseri umani più vulnerabili, e naturalmente delle loro madri. Abbiamo assunto, se così si può dire, un'"opzione preferenziale" per i bambini non nati e per i neonati. Ciò trova vari riscontri nella nostra tradizione teologica, nella gioia del salmista per l'unione del bimbo al grembo della madre, oppure nella felicità di Gesù quando i bambini venivano portati a lui. E oggi la medicina può fare molto: affermare la vita per quanto riguarda soprattutto il suo stadio iniziale. Ma la vita umana appena concepita o appena nata non è universalmente bene accolta, e in futuro dovremo sempre di più decidere se dare asilo o meno a questi piccoli esseri.

Prendiamo la nuova genetica[24]. Siamo ovviamente felici dello straordinario successo del progetto del genoma umano e di altre attività che hanno contribuito in modo così notevole alla nostra comprensione delle basi genetiche della condizione umana, così feconde di possibilità terapeutiche. Prudenti interventi terapeutici volti a correggere malattie genetiche e a prevenire la loro comparsa o il loro sviluppo costituiscono in linea di massima un buon uso della scienza della genetica e della sanità – anche se è il caso di usare grande prudenza circa la sperimentazione, la privacy, l'equità nell'accesso, la 'germ line therapy' e le 'modifiche genetiche'. Il grande problema è che adesso e nel prossimo futuro gli usi principali di questa tecnologia non saranno affatto terapeutici. Saranno volti soprattutto ad effettuare test pre-natali. E se il bambino risultasse portatore di qualche malattia importante, probabilmente la madre sceglierebbe o verrebbe guidata – non costretta, naturalmente – dai dottori, dai consiglieri, dalla famiglia o dagli amici, verso un'interruzione genetica della gravidanza. I miei amici Tom e Clare hanno molto sofferto per le pressioni che avevano ricevuto da diverse persone 'illuminate' e 'bene intenzionate'.

In un commovente articolo su sua sorella Domenica che era affetta dalla sindrome di Down, Nigel Lawson ha scritto sulla complicità della tecnologia genetica nella ricerca e distruzione correntemente portata avanti contro i bambini down. Fibrosi cistica, spina bifida, sindrome di Down, predisposizione agli attacchi di cuore: quando finirà tutto ciò? L'Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti ha riportato che alcune persone hanno già perso il loro lavoro o la loro assicurazione sulla vita o sanitaria perché loro stessi, il loro coniuge, il loro bambino, fosse egli nato, non ancora nato o non ancora concepito, avevano una predisposizione genetica a una qualche condizione avversa. Le preferenze personali e le pressioni sociali sui genitori affinché producano il bambino perfetto e abortiscano quelli che potrebbero essere imperfetti ci sono già, e sono probabilmente in aumento. Una coppia che dovesse scegliere di non effettuare il test per individuare la sindrome di Down, o di non abortire essendone venuta a conoscenza rischia di venire considerata arretrata, superstiziosa, egoista, socialmente irresponsabile, o anche criminale. Potremmo chiederci, cosa accadrà di coloro che sfuggono alla rete dello screening genetico e che nascono con difetti genetici in un tale mondo: lungi dall'essere accolti e dal ricevere ogni possibile opportunità da una famiglia umana solidale, quei bambini rischiano di essere considerati e trattati come parassiti, una perdita di risorse limitate e di simpatia.

Chi decide quali caratteristiche genetiche giustificano la morte, prima o dopo la nascita? Su quali basi? E nell'interesse di chi? L'eugenetica, lontano dall'essere un monopolio dei nazisti tedeschi o dei cinesi, riguarda il pensiero di tante persone 'illuminate' e apparentemente di buona volontà, ed è chiaramente espressa dall'alta quantità, in costante aumento, di ricerche genetiche e di missioni di distruzione (che vengono chiamate 'screening prenatali e conclusioni genetiche'). Il Papa suggerisce che ciò nasconde "una mentalità egoista che vorrebbe rifiutare la solidarietà a coloro che sono diversi da noi e ci richiedono una certa misura di sacrificio persona-

le". La visione secondo cui sarebbe meglio che gli handicappati non fossero mai nati, mai esistiti, è certamente molto in disaccordo con il Vangelo, che considera ogni essere umano un fratello o una sorella, relativizza ogni handicap, e mette l'accento sul potere dei deboli di assistere i forti; è anche contraria al principio di giustizia, condiviso da molte persone di tutte le religioni ma anche da atei, che prevede un uguale rispetto per la dignità e la vita di ogni essere umano, soprattutto dei più vulnerabili e dei più deboli[25].

Fino a poco tempo fa gli obiettivi della ricerca e della distruzione genetica erano gli esseri con gravi handicap che potevano essere facilmente identificabili *in utero*. Ma la lista di tali handicap si sta allungando, in parte quale risultato dell'accresciuta capacità di identificarli, e questo in modo sempre più preciso; ma in parte anche a causa della scuola di pensiero secondo la quale gli handicap vengono considerati incompatibili con un'esistenza degna di essere vissuta.

Mi è capitato una volta di essere consultato sul caso di una coppia di nani in attesa di un figlio che avevano presentato a un ospedale una richiesta per uno screening genetico. Quando fu detto loro che il loro bambino era perfettamente normale, essi dichiararono di voler abortire. Il personale medico era stupefatto: malgrado una lunga esperienza di aborti su richiesta, non era mai capitato il caso di un aborto richiesto specificamente perché il bambino era normale! Il caso sollevò una gran quantità di domande sulla natura della salute e dell'handicap. Ci si chiese anche se i genitori, i medici o le società avessero il diritto di decidere quali sono le condizioni che giustificano la morte di un bambino, e se queste condizioni sono nell'interesse del bambino o nell'interesse degli altri[26].

L'articolo di copertina del numero di aprile 1998 della rivista *Life* indicava con sicurezza le seguenti qualità tra quelle che potevano essere completamente o in gran parte determinate: occhi, capelli e colore della pelle; sesso; forma del corpo e forza atletica; intelligenza di diversi tipi; insonnia, pressione del sangue, emicranie, depressione e psicosi; timidezza e aggressività, timore dei rischi e ricerca della paura, ottimismo, estroversione e alienazione, senso del comando e scelta della carriera; sensibilità estetica, orientamento sessuale, gusti e dipendenze; e – l'appresi con interesse – religiosità[27]. E non si può nemmeno dire che queste affermazioni siano un'esclusiva delle riviste popolari: David Roshland, che fu editore della prestigiosa rivista *Science*, ha attribuito anche la mancanza di casa e la disoccupazione ai difetti genetici!

Se viene determinato che i fattori genetici contribuiscono in realtà a molte di queste qualità, i bambini che non corrispondono alle aspettative dei genitori o della società potrebbero essere destinati alla distruzione. Non sono affatto certo che parlare di cause multi fattoriali, dell'importanza dell'ambiente, dell'ambiguità dei risultati dei test, e di altro ancora, potrà fermare tutto ciò. Un recente studio ha rivelato che circa i tre quarti dei giovani americani intervistati sceglierebbero l'aborto se sapessero che il loro feto ha il 50% di possibilità di nascere obeso[28]. Entro un decennio potrebbero essere disponibili sul mercato dei test per determinare l'eventuale obesità dei bambini. Il gruppo dei candidati allo screening genetico e alla distruzione non smette di aumentare...

Sono molte le cose che potrebbero essere dette sulla rivoluzione genetica che è davanti a noi: i pericoli derivanti dall'atteggiamento semplicistico che riduce le persone ai loro geni; la pressione esercitata su genitori e professionisti della sanità dalla facile reperibilità di quei test, che li spinge ad utilizzarli e, quindi, ad aderire alla routine dell'aborto genetico, nell'ambito del discorso sulla libertà riproduttiva; il potere dell'imperativo tecnologico di trascinare le persone nel proprio campo e di diventare un'ideologia generale per la medicina; l'istruttiva repulsione della gente comune nei confronti di alcuni estremismi della scienza genetica contemporanea. Ma la mia principale preoccupazione in quest'ambito è che ci troviamo di fronte a una rivoluzione tecnologica già in corso la quale, per il suo tanto vantato potenziale terapeutico, contribuirà, nel prossimo futuro, alla morte nell'utero più che alla terapia e alla salute.

Nel frattempo continua ad essere sviluppata un'intera nuova generazione di 'pillole del giorno dopo', di 'contraccettivi di emergenza' e di droghe abortive, che tende a confondere la linea tra contraccezione e aborto. Una profusione di embrioni continua ad essere creata nei laboratori e continuerà probabilmente in futuro in quantità sempre crescenti attraverso la clonazione e altre tecniche, e poi sperimentata o sfruttata su parti del corpo, per poi eventualmente sbarazzarsene, senza nessuna seria protesta da parte di popolazioni sistematicamente desensibilizzate al male che rappresenta l'uccisione della vita umana al suo nascere[29].

Risultato: il numero di aborti tocca attualmente livelli impensabili, più devastanti, in numeri assoluti di fatalità, delle grandi guerre mondiali, delle grandi epidemie e carestie, dei grandi disastri naturali. Siamo talmente abituati al fenomeno degli aborti che uccidono ogni anno milioni di bambini che siamo praticamente insensibili di fronte al numero giornaliero delle vittime. E dovunque l'aborto viene comunemente e pubblicamente praticato, c'è anche la tendenza a banalizzarlo. L'anno scorso due cittadini americani sono stati riconosciuti colpevoli di omicidio lo stesso giorno: al primo, un uomo di Milwaukee che aveva sparato al suo gatto uccidendolo perché gli aveva sibilato contro, sono stati comminati 21 mesi di prigione; al secondo, un uomo di New York che aveva praticato aborti illegali su due bambini già abbastanza sviluppati da poter sopravvivere perfettamente fuori dall'utero, non è stata comminata nessuna pena detentiva ma solo un periodo di cinque anni di libertà vigilata. In molti Paesi occidentali, attualmente un terzo o più delle donne abortisce durante la propria vita; in Paesi quali la Russia questo vale per la maggioranza delle donne. Questo fa dell'aborto la più comune pratica chirurgica al mondo, e fa in modo che l'investimento emotivo, ideologico e

finanziario di molti nella giustificazione e nel proseguimento di questo particolare tipo di omicidio sia enorme – anche se un numero sempre crescente di donne ne viene terribilmente danneggiato. Il Presidente degli Stati Uniti Bill Clinton appoggia perfino gli aborti 'partial-birth', una pratica talmente mostruosa da arrivare a scuotere la coscienza collettiva anche dell'American Miracole Association. Se nei mesi e negli anni a venire l'America proseguirà su questa strada, penso che ciò sia altamente indicativo di quale sarà la strada che la nostra civiltà imboccherà.

Come conseguenza di tutto ciò i medici cristiani e gli altri medici pro-vita, ma anche le infermiere e

i farmacisti possono aspettarsi di subire pressioni affinché rinuncino alle loro posizioni, pena una crescente emarginazione. Essi si troveranno sulla *frontiera tra la vita e la morte nell'utero*, che rischia di diventare un posto veramente solitario. Per la Chiesa ciò rappresenterà un'enorme sfida evangelica e pastorale: come potremo sostenere al meglio i professionisti pro-vita che si trovano su quella frontiera? Come potremo predicare al meglio il nostro Vangelo della Vita, per convertire e riconciliare coloro che hanno agito contro la vita, e per sostenere coloro che potrebbero essere tentati di agire contro la vita nell'utero o nei laboratori? Come costruire un mondo in cui il piccolo Thomas Walters sia il benvenuto piuttosto che una vittima dell' 'aborto precoce', e dove le future madri potranno ricevere sostegno alla loro angoscia durante tutta la loro gravidanza e oltre, piuttosto che costrette ad abortire da una società che non vuole responsabilità[30].

3.2 Sulla frontiera tra "il rispetto per la dignità della persona" e "la mercificazione delle persone"

Dovunque le persone aspirano a una famiglia piccola, o a nessuna famiglia, dovunque 'educazione sessuale' significa acquiescenza ad attività sessuali non caste e mera ricerca di strategie di 'minimizzazione del danno', dovunque l'individualismo e il soggettivismo morale sono rampanti, le percentuali sia dell'attività sessuale che della contraccezione crescono, e lo stesso accade, inevitabilmente, per le percentuali delle gravidanze e degli aborti. Nella medicina del ventesimo secolo, il campo in cui si sono forse verificati i cambiamenti più straordinari non è quello della chirurgia o quello delle vaccinazioni, ma quello della 'pianificazione familiare': con la fornitura di dispositivi, di medicinali e di procedimenti chirurgici, la biotecnologia ha promesso un'attività sessuale a richiesta presumibilmente priva della 'minaccia' di gravidanze e di bambini non desiderati[31].

La ricerca del contraccettivo e dell'aborto perfetti proseguirà in futuro, e le ramificazioni personali, sociali e culturali continuano ad essere colossali; ma non voglio soffermarmi su ciò in questa sede. Oltre ad eliminare bambini, la medicina ha anche fatto progressi nel consentire loro di venire al mondo: le tecnologie di riproduzione artificiale hanno prodotto centinaia di bambini nati vivi, e distrutto nello stesso processo milioni di bambini non nati, embrioni di bambini[32]. Le persone possono attualmente commissionare ad altri i requisiti di fecondità che essi stessi non possono o non vogliono fornire. Ovuli, sperma, embrioni, utero, mezzi tecnologici, tutto può provenire da persone che non sono quelle che desiderano effettivamente il bambino. Le persone implicate possono avere o meno relazioni di parentela con il bambino o tra di loro; possono essere sposate, non sposate, omosessuali o single; possono essere pagate o meno, vive o morte, in stato di coma o anche abortite o mai nate. La conservazione tramite il congelamento consente ai gemelli di nascere in momenti differenti e da genitori differenti, anche molti anni dopo la morte dei loro genitori genetici, e di nascere anche in generazioni differenti. Attraverso la manipolazione genetica, la partogenesi, la clonazione e altre chimere indotte le persone potranno avere in futuro un solo genitore genetico, ma anche più genitori genetici; ci saranno probabilmente molti gemelli, e si potrà decidere di far avere a questi bambini determinate caratteristiche umane o non umane, o di essere 'cannibalizzati' per ottenere materiale genomico in favore di adulti malati o di parti del corpo di loro familiari. A seconda delle richieste del mercato, donne in menopausa, madri surrogate, uomini, animali e macchine, potranno generare bambini; i bambini potranno essere creati in memoria di persone amate defunte e molto altro ancora potrà essere realizzato che per il momento non abbiamo nemmeno immaginato.

E i bambini? In un'epoca in cui il diritto degli adulti ad avere tutto quello che vogliono – case, automobili, televisori, tutto – su richiesta, in tutti i colori e i modelli che desiderano, oggetti da usare a volontà per poi sbarazzarsene quando non le si desiderano più, è stato esteso ad ogni cosa, in questa epoca i bambini stanno forse diventando l'ultimo prodotto, l'ultimo bene di consumo per le persone che hanno ormai tutto? Verranno "prodotti" sempre di più per soddisfare le preferenze della 'me-generation',

ed eliminati dalla società dell'usa e getta se non soddisfacenti?

Nel mio Paese una Corte Federale ha recentemente deciso che le donne sole e le lesbiche hanno il diritto di ricorrere all'inseminazione artificiale e alla fecondazione *in vitro,* e che è da considerare discriminatorio riservare tali pratiche alle coppie sposate o alle coppie conviventi eterosessuali. Ciò sembra voler dire che i mezzi per avere bambini, e conseguentemente i bambini stessi, sono beni e servizi a cui tutti devono avere la possibilità di accesso, quali che siano le circostanze. Nessuna voce si è levata in favore dei bambini in questo caso, salvo quella della Chiesa cattolica: nella circostanza, il silenzio del governo, dei tribunali e delle agenzie per i diritti umani è stato assordante. In un'epoca in cui la società dei consumi e l'ossessione dell'autonomia hanno invaso la culla e anche il genoma, si tende sempre più a considerare la paternità e la maternità non tanto come affidamento ricevuto quanto come progetto scelto, non tanto come dono quanto come oggetto di shopping.

Leon Kass descrive in questo modo la differenza: quando una coppia sceglie di procreare, essi si uniscono per dare o per rischiare di dare la vita ad un altro essere che è formato, esattamente come loro lo sono stati, da ciò che essi sono: esseri vivi, corporali, mortali, imperfetti, con le loro passioni. Essi accettano il sorgere di una nuova vita con tutte le sue caratteristiche di novità, comunque quel bambino si presenti. Abbracciare il futuro tramite la procreazione significa abbandonare alcuni dei nostri appigli. Perché i nostri bambini non sono solo nostri, non sono di nostra proprietà, non sono i nostri progetti. Essi scaturiscono dal passato, ma prendono una via inesplorata verso il futuro. D'altra parte nei concepimenti geneticamente controllati "noi diamo la vita a un essere non simile a quello che siamo, ma a quello che intendiamo e che desideriamo. Come per ogni prodotto da noi realizzato, non importa quanto eccellente sia, l'artefice si erge al di sopra non come un uguale ma come un superiore, trascendendolo con la sua volontà e la sua capacità creativa"[33].

La nuova genetica è quindi moralmente problematica, non solo perché sta sulla frontiera tra la vita e la morte nell'utero, ma anche perché tende a mercificare quei bambini di cui non minaccia le vite. Infatti può anche rappresentare facilmente un'altra grave imposizione da parte dei genitori delle loro preferenze sui bambini e un ulteriore rifiuto della tradizionale nozione secondo la quale "i bambini dovrebbero essere accettati dai loro genitori come un dono divino da amare solo per quello che sono in modo unico e non semplicemente perché si conformano alle speranze e alle aspettative dei genitori"[34]. La procreazione diventa semplice riproduzione, rimpiazzando l'essere *generato* con l'essere *fatto*, trasformando i bambini in prodotti dalla qualità controllabile, e le madri incinte in collaudatrici. E lo screening genetico ha il potere di distaccarci (sia in senso figurato che letterale) dai nostri bambini, rendendo ogni gravidanza 'incerta' e richiedendo alle madri un certo distacco fino a quando

tutto non viene giudicato buono e giusto.

Naturalmente la biotecnologia non riguarda solamente i provvedimenti riguardanti la vita e la morte. Mentre scrivevo questo documento sono stato colpito da una colica renale. Si tratta di un'affezione terribile e non c'è nessuna consolazione nel sapere che un parto è altrettanto doloroso! Ma la mia esperienza mi ha fatto conoscere le meraviglie delle moderne tecniche per il sollievo del dolore, della diagnostica radiologica, della chirurgia mininvasiva, dei trattamenti al laser, della litotripsia. I progressi della biotecnologia hanno permesso a un maggior numero di persone di vivere vite più sane e più a lungo, di essere curate da varie malattie e da vari spiacevoli sintomi, e di alleviare le loro sofferenze in diverse maniere. E gran parte di ciò ha aspetti veramente molto positivi[35]. Ma tutto ciò comporta propri dilemmi morali, quali ad esempio l'equa distribuzione delle risorse sanitarie[36].

Ancora più preoccupanti sono gli usi di quelle tecnologie che sembrano trattare il corpo come se fosse solo una cosa e non l'espressione concreta di una persona unica[37]. La strumentalizzazione del cadavere, e anche del corpo del donatore vivo consenziente, è un aspetto della raccolta di organi che deve ancora essere oggetto di una riflessione teologica appropriata[38]. Un altro esempio è costituito dall'utilizzo di farmaci, di ormoni o della chirurgia non per correggere difetti, ma solamente per eliminare i segni di un normale invecchiamento, per cambiare la forma del corpo, il colore o il sesso, secondo le preferenze personali. Cindy Jackson, proprietaria della fiorente 'Cosmetic Surgery Network' di Londra, ha avuto molti titoli nei giornali raccontando i nove anni durante i quali ha subito 37 operazioni e speso centinaia di migliaia di sterline per somigliare quanto più possibile alla bambola 'Barbie'. I chirurghi hanno rigirato le labbra di Cindy all'esterno e le hanno imbottite con il grasso del suo sedere. Le hanno allungato gli occhi, le hanno rotto e ricostruito la mandibola, segato il mento per ridurlo e iniettato del silicone nelle guance. Hanno trattato il suo viso con la dermoabrasione, effettuato due operazioni al naso, così come varie cure dentistiche cosmetiche e un trapianto di capelli. Operazioni di liposuzione sono state effettuate sui fianchi e sulle cosce e il seno è stato ingrandito. Cindy ha avuto tre lifting facciali e ne progetta altri con scadenza annuale. Da allora, molte donne si sono rivolte al chirurgo di Cindy per seguirne la formula e diventare dei 'cloni' di Cindy. Molto altro

si potrà fare in futuro nel campo dell'ingegneria del corpo.

Il campo di azione più importante per il futuro della biotecnologia della mezza età sarà comunque quello del controllo delle capacità umane quali la forza, l'agilità, i riflessi, le emozioni, la memoria, l'immaginazione, il desiderio, la libido, l'aggressività, il pensiero, la scelta, l'eloquio e l'azione[39]. Per il momento queste sono ancora a uno stadio primitivo, ma già disponiamo di una serie di tecniche chirurgiche quali quelle del cambiamento di sesso, la chirurgia estetica e ricostruttiva, nonché di tecniche farmaceutiche, in particolare quelle che prevedono l'uso di tranquillanti e di stimolanti, di antidepressivi ed eccitanti, di farmaci per 'espandere la conoscenza', di euforizzanti e di allucinogeni. Il futuro ci promette pillole per potenziare la memoria, pillole per controllare il carattere, pillole per indurre il piacere, e molto altro. Ai bambini iperattivi e con turbe, alle persone anziane nelle case di cura e alle persone emotive di mezza età vengono sempre più somministrati farmaci tranquillanti; gli steroidi anabolizzanti e altri farmaci per migliorare le prestazioni hanno guastato le recenti Olimpiadi nel mio Paese; l'assunzione di droghe per diletto è cosa comune e quasi sempre terribilmente nociva; e l'industria farmaceutica, sia quella legale che quella illegale, crea continuamente nuovi prodotti, nuovi mercati e nuove dipendenze. Per tutti quei bambini, adolescenti ed adulti, come per i bambini non nati prima di loro, esiste il rischio di essere trattati non come soggetti di attenzione e di cura, ma come oggetti di manipolazione, con o senza il loro supposto consenso. Invece del *proper loci* del rispetto, dell'amore e della cura, essi diventano il *locus* della soddisfazione delle preferenze edonistiche, della soddisfazione consumistica, o di manovre tecniche.

Come risultato di tutto ciò i professionisti cristiani della sanità possono di nuovo aspettarsi di dover subire pressioni e di essere emarginati – oppure di essere ammirati e lodati – quando si trovano su una nuova frontiera: *la frontiera tra il rispetto per la dignità della persona e la mercificazione delle persone*. Anche questa volta potrebbe trattarsi di un posto veramente solitario. E, ancora una volta, offre alla Chiesa una grande sfida pastorale ed evangelica: qual è il modo migliore di sostenere i professionisti della sanità che vivono su quella frontiera? Qual è il modo migliore di predicare la dignità di ogni essere umano, e di convertire e riconciliare coloro che trattano gli esseri umani come semplici merci?

3.3 Sulla frontiera tra la "morte naturale" e il "medicidio (l'omicidio medico)"[40]

L'idea che la morte possa essere 'domata' è molto forte nell'antica mitologia e nella scienza moderna. Sviluppi quali il trapianto di organi, gli organi artificiali, l'ingegneria genetica e altre ricerche intorno al rallentamento o all'arresto dell'invecchiamento – tutti molto promettenti in verità – sostengono non solo la promessa di far aumentare l'età media, affinché la maggioranza delle persone possa contare su una vita di durata normale, ma possa anche ottenere il massimo dell'aspettativa di vita. Secondo alcune stime sarà presto possibile aggiungere dai venti ai quarant'anni all'aspettativa di vita umana: la notizia della morte, nell'agosto 1998 di una donna francese di 122 anni, Jeanne Calment, potrà un giorno essere assolutamente comune. L'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede che il numero di centenari in Francia passerà dai 200 registrati nel 1950 ai circa 150.000 nel 2050[41]. Questi dati sollevano ogni sorta di domande su quando applicare e quando rifiutare i trattamenti per il mantenimento in vita, quanto a lungo prolungare la vita o forse prolungare la morte, senza parlare naturalmente del fardello che andrà ad aggiungersi al nostro sistema di cura degli anziani. Ma quello che mi interessa soprattutto in questa circostanza è che, come per gli sforzi della chirurgia estetica di cancellare i segni dell'invecchiamento, esiste l'idea doppiamente vana che qui sulla terra possano esistere la vita e la gioventù. Il fatto è che anche i giovani sacerdoti con facce da bambino sono soggetti ai calcoli renali: tutti dovremo morire e la morte, il nostro ultimo nemico, non può essere domata.

Naturalmente, l'altro modo di 'domare' la morte è quello di farla diventare parte dell'arsenale medico. In una regione del mio Paese, l'eutanasia volontaria è stata legale per un breve periodo negli anni '90, e in molte parti del mondo la campagna per la legalizzazione di tale pratica prosegue. L'assistenza cristiana agli anziani e ai moribondi subisce attualmente notevoli pressioni ed è probabile che molte altre ne subirà in futuro[42]. Anche dalla croce Cristo ha dimostrato la sua attenzione per un ladro morente; e mentre Cristo moriva, sua madre e il suo amato discepolo gli erano vicini. Il compito dell'assistenza sanitaria cristiana è di assistere anche quando non può curare. I cristiani sono sempre stati in prima linea nell'allestire ospedali per malati terminali, nelle cure specializzate per le persone morenti, compresa, anche se non solo, la sempre più concreta scienza delle cure palliative. Ma il compito di assistere al meglio i malati terminali costituisce una sfida particolare in un mondo sempre più incline alla discriminazione, all'abbandono, anche al 'medicidio' – l'omicidio medico – nei confronti dei malati terminali, mascherati da rispetto per i diritti, da pietà per coloro che non possono essere curati e dall'uso efficiente delle risorse. Ed è difficilissimo mantenere le proprie posizioni quando anche i teologi e i professionisti della sanità di buona volontà non si trovano d'accordo su questioni fondamentali quali l'obbligo di nutrire e di idratare i pazienti in stato di incoscienza[43].

Non ho bisogno di spiegare qui perché questi temi siano così importanti per noi. Sarà sufficiente dire che essenziale al rispetto del precetto di non uccidere e alla distinzione tra uccidere e lasciare morire dell'etica medica classica cristiana è un'alta visione della dignità e dell'eguaglianza umana, e delle nostre responsabilità morali nell'agire e nell'astenersi dall'agire al rispetto. Ciò mette il professionista della sanità cristiano in diretto conflitto con i valori di una cultura che dice che la felicità è

più o meno la soddisfazione e il controllo; che dice che le persone valgono per quanto producono, consumano o contribuiscono in qualche altro modo; che dice che la scelta è regina e che tutti possono scegliere come vivere *e morire*. Trovandosi *sulla frontiera tra la morte naturale e il 'medicidio'*, i professionisti sanitari cristiani possono, ancora sotto un altro aspetto, subire pressioni ed essere lasciati soli. Di nuovo questo ci sfida sia dal punto di vista pastorale che da quello evangelico: come possiamo predicare nel migliore dei modi la dignità degli anziani, delle persone deboli e dei moribondi, e convertire e riconciliare nel migliore dei modi coloro che pensano che la comodità e l'autodeterminazione prevalgono su tutto il resto e che l'omicidio medico, quindi, può essere giustificato? Come devono essere sostenuti quei professionisti della sanità che affermano la vita e che si trovano su questa frontiera – nella loro comprensione, la loro convinzione, nelle loro decisioni, nella loro perseveranza nell'assistere in modo moralmente sensibile malgrado l'ostilità offerta da alcuni?

4. Conclusione

Ho iniziato il mio intervento con la storia di Clare e Tom e del loro piccolino condannato a morte così poco tempo dopo la sua nascita. Io penso che quella storia riassuma in modo molto commovente le diverse frontiere sulle quali si trovano oggi i professionisti della sanità e i loro pazienti. Se guardiamo in una direzione, vediamo la sanità come una realizzazione puramente tecnica o un prodotto di mercato, fornita da semplici tecnici, 'prestatori di servizi' o 'killer a pagamento', e i cui limiti sono costituiti solo da ciò che è tecnicamente e politicamente possibile: si tratta, naturalmente, della sanità nella 'cultura della morte' e in definitiva non contempla né salute né assistenza. Ma se guardiamo dall'altra parte della nostra frontiera, vediamo la sanità come vocazione, portata avanti da persone che sono professionisti e persone sulla via della santità, e le cui attività, con i loro propri obiettivi, sono soggette alla morale comune: quest'ultima è la vera sanità, una parte della costruzione della 'civiltà dell'amore'. Tom e Clare, con il loro bambino e con coloro che lo hanno assistito, si trovavano su quella frontiera. Così come si trovavano sulle tre altre nuove frontiere tra la vita e la morte nell'utero, tra il rispetto per la dignità della persona e la mercificazione delle persone, tra la morte naturale e il 'medicidio'. Hanno dovuto compiere scelte molto difficili. E la loro storia si ripete migliaia di volte al giorno nel mondo nelle istituzioni sanitarie cristiane e nel lavoro dei professionisti cristiani della salute. Thomas Walter Ryan è nato il 18 dicembre 1996 ed è morto poco dopo. Ma la sua storia, e la storia della sua famiglia, continua. Nello stesso ospedale, esattamente un anno dopo, lo stesso identico giorno ma del 1997, alla presenza di alcune delle persone che avevano già assistito Thomas, è nato Isaac Peter Ryan, suo fratello. Isaac è vivo e sta bene...

P. Prof. ANTHONY FISHER OP
Vice-Presidente del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per il Matrimonio e la Famiglia, Melbourne
Vicario Episcopale per la Salute, Arcidiocesi di Melbourne

Note

[1] La storia della famiglia Ryan è raccontata più ampiamente in "Thomas Walter Joseph Ryan: celebration of a life", in *Bioethics Outlook* 8(2) (giugno 1997), pp. 1-3.

[2] Sulla vocazione della sanità si veda: Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari* (1995), 1-10. Ho esplorato più diffusamente alcuni di questi temi in: "Is there a distintive role for the Catholic hospital in a pluralist society?" in LUKE GORMALLY (ed), *Issue for a Catholic Bioethic* (Londra: Linacee Centre, 1999), pp. 200-230.

[3] *Mt* 15, 30-31.

[4] Conferenza Episcopale dei Vescovi Cattolici (USA), Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Services (1994).

[5] Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici doloris: Lettera Apostolica sul significato cristiano dell'umana sofferenza* (1984).

Vescovi del New Jersey, "The rationale of Catholic healthcare", in *Origins* 25(27) (21 dicembre 1995), pp. 449-452: "Siamo una comunità di fede, di culto, di amore fraterno e di cura, e sappiamo chi siamo e cosa diverremo, chi siamo attraverso la vita, la morte e la resurrezione di Gesù... [In lui riconosciamo] il Dio che ha sofferto insieme a noi... Nella sua risurrezione riconosciamo non soltanto il potere di Dio, ma anche la nuova vita donata da Dio... Dio dimora con noi e tra noi tramite il potere dello Spirito Santo e ciò ci rende realmente e veramente differenti... Noi che siamo stati toccati, salvati e cambiati da Dio dobbiamo rendere tutto ciò visibile non solo attraverso le nostre lodi a Dio piene di fede, ma anche con la nostra amorevole reciproca presenza e il nostro curarci reciprocamente. La sanità cattolica esiste in quanto segnale concreto di fede vivente; esiste 'per essere l'amore di Gesù per gli altri nell'ambiente sanitario'".

Vescovi USA, 1994: "Per i cristiani, il nostro incontro con la sofferenza e con la morte può assumere un significato positivo e distintivo attraverso il potere redentore della sofferenza e della morte di Gesù. Come dice San Paolo, 'portiamo sempre e dovunque nel nostro corpo, perché anche la vita di Gesù si manifesti nel nostro corpo' (*2 Cor* 4, 10). Questa verità non fa diminuire il dolore e la paura, ma conferisce fiducia e grazia per sopportare la sofferenza e per non esserne travolti. Il ministero della sanità cattolica costituisce una testimonianza della verità che, per coloro che sono in Cristo, la sofferenza e la morte sono i dolori della nascita di una nuova creazione. 'Ed egli sarà il 'Dio-con-loro'. E tergerà ogni lacrima dai loro occhi; non ci sarà più la morte, né lutto, né lamento, né affanno, perché le cose di prima sono passate'" (*Ap* 21, 3-4).

Cfr. JULIANA CASEY, *Food for the Journey: Theological Foundations of the Catholic Healthcare Ministry* (St. Louis Catholic Health Association, 1991); ALASDAIR MACINTYRE, "Can medicine dispense with a theological perspective on human nature?" in D. CALLAHAN e H.T. ENGELHARDT (eds), *The Roots of Ethics* (New York: Plenum, 1981), pp. 199-138.

[6] *Summa theologiae* Ia Iiae 25, I; 103-109; IIIia 25, ii.

[7] Vescovi USA (1997). Comitato Amministrativo della Conferenza Episcopale Cattolica (USA), *The Bishops' Pastoral Role in Catholic Healthcare Ministry* (1997) in *Origins* 26(43) (17 aprile), pp. 700-704, a p. 704.

Nell'Esortazione apostolica *Vita Consecrata*, sulla vita consacrata e la sua missione nella Chiesa e nel mondo (1996, § 83), Giovanni Paolo II descrive la *diakonia* di infermiere religiose in termini che potrebbero essere più generalmente applicati a tutti coloro che vivono il loro apostolato nella sanità cattolica: "La Chiesa guarda con ammirazione e gratitudine... [le persone] che, assistendo i malati e i sofferenti, contribuiscono in maniera significativa alla sua missione. Esse continuano il ministero di misericordia di Cristo, che 'passò beneficando e sanando tutti' (*At* 10, 38). Sulle orme di lui, divino samaritano, medico delle anime e dei corpi, e sull'esempio dei rispettivi fondatori e fondatrici... [esse] dovrebbero perseverare nella loro testimonianza d'amore verso i malati, dedicandosi a loro con profonda comprensione e partecipazione. Privilegino nelle loro scelte gli ammalati più poveri e abbandonati, come gli anziani, i disabili, gli emarginati, i malati terminali, le vittime della droga e delle nuove malattie contagiose".

[8] *Sap* 11, 6. Si veda *Carta* § 3; e BONIFACIO HONINGS, "The *Charter for Healthcare Workers*: A synthesis of Hippocratic ethics and Christian morality", in *Dolentium hominum* 31(1996), pp. 48-52.

[9] La letteratura sull'identità cattolica' delle istituzioni sanitarie è attualmente molto vasta. Si veda ad esempio: JOHN R. RAMOS *et al*, *The Search for Identity: Canonical Sponsorship of Catholic Healthcare* (St. Louis: Catholic Health Association, 1993); BENEDICT ASHLEY OP, "The documents of Catholic identity" in R.E. SMITH (ed), *The Gospel of Life and the Vision of Health Care: Procee-*

dings of the 15th Workshop for Bishops (Braintree: Pope John Center, 1996, pp. 10-16; JOHN BEAL, "Catholic hospitals: How Catholic will they be?" in *Concilium 1994-5: Catholic Identity* (Londra: SCM, 1995), pp. 81-90; JOSEPH BERNARDIN, "Crossroads for the Church's health care ministry", in *Origins* 22(24) (26 novembre 1992), pp. 409-411; Catholic Health Association (USA), "How to approach Catholic identity in changing times", in *Health Progress* (aprile 1994), pp. 23-29; JOHN E. CURLEY, "Catholic identity, Catholic integrity", in *Health Progress* (ottobre 1991), pp. 56-69; RICHARD MCCORMICK, "The Catholic hospital: mission impossible?" in *Origins* 24(39) (16 marzo 1995), pp. 648-653; THOMAS MURPHY, "What is the bottom line in Catholic healthcare?" in *Origins* 26(4) (13 giugno 1996), pp. 56-60; JOHN O'CONNOR, "The temptation to become just another industry: healthcare", in *Origins* 25(27) (21 dicembre 1995), pp. 452-454.

[10] Gli anatemi contro gli stregoni nell'Antico Testamento (*Lv* 20, 27; *Dt* 18, 10-14; *1 Cr* 10, 13-14; cf. *At*) e contro i farmacisti (φαρμακοις) nel Nuovo Testamento (*Ap* 21, 8; 22, 15) richiamano la nostra attenzione sui pericoli della 'medicina' che diventa 'magica'. Cfr. STANLEY HAUERWAS, "Salvation and health: why medicine needs the Church", in EARL SHELP (ed), *Theology and Bioethica: Exploring the Foundations and Frontiers* (Dordrecht: Reidel, 1985), pp. 205-224; e GILBERT MEILAENDER, *Body Soul, and Bioethica* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1995).

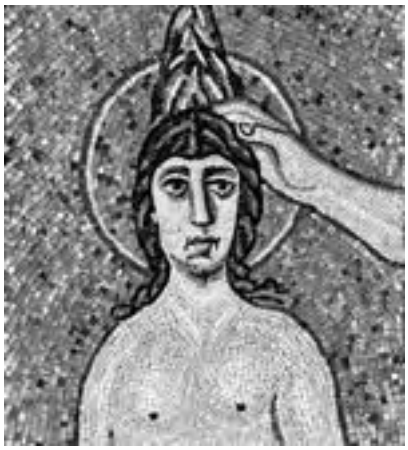
[11] *Lc* 5, 17-26; cfr. *Mc* 2, 1-12.

[12] Vescovi USA 1994; cfr. *Carta* § 3.

[13] *Carta,* §§ 108-113. Cfr. Vescovi USA 1994, in cui si afferma che "per i pazienti o i residenti cattolici, la preparazione ai Sacramenti costituisce una parte particolarmente importante del ministero della sanità cattolica. Nessuno sforzo deve essere risparmiato perché siano assegnati sacerdoti agli ospedali e alle istituzioni sanitarie affinché essi vi possano celebrare l'Eucaristia e dare i Sacramenti ai pazienti e al personale... Una cura particolare deve essere posta nel fornire e nel pubblicizzare le opportunità riservate ai pazienti o ai residenti di ricevere il sacramento della penitenza... In risposta ai desideri e alla condizione dei pazienti, tutti i responsabili della pastorale dovrebbero facilitare la presenza di sacerdoti che dispensino il sacramento dell'Estrema unzione dei malati, riconoscendo che attraverso tale Sacramento Cristo concede grazia e aiuto a coloro che sono gravemente malati o resi deboli dall'età avanzata... Tutti i cattolici in grado di ricevere la comunione dovrebbero ricevere il viatico quando si trovano in pericolo di morte, mentre sono ancora nel pieno possesso delle loro facoltà... I neonati in pericolo di morte, compresi i frutti di un aborto, dovrebbero essere battezzati quando questo è possibile... Quando un cattolico che è stato battezzato ma che non è stato cresimato si trova in pericolo di morte, qualsiasi sacerdote può cresimarlo". (Direttive 12-18).

[14] Vescovi USA 1994.

[15] Cfr. HONINGS 1996. STANLEY HAUERWAS, in *Suffering Presence: Theological Reflections on Medicine, the Mentally Handicapped and the Church* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1986), p. 81, ha osservato: "Per quanto [la medicina] possa diventare efficace, essa non può escludere in principio la necessità della preghiera. Infatti la preghiera non è un supplemento all'insufficienza delle nostre conoscenze e delle nostre pratiche mediche; non è nemmeno una polizza di assicurazione divina che garantisca che nostra tecnica medica funzionerà; la nostra preghiera è piuttosto il mezzo che abbiamo per rendere Dio presente in ogni caso, che la nostra tecnica medica ab-



bia successo o meno. In quest'ottica, il problema non è di sapere se le cure mediche e la preghiera siano antitetiche, ma di sapere come le cure mediche possano essere sopportate senza il sostegno costante della preghiera".

[16] Cfr. AUGUSTINE DI NOIA OP, "The virtues of the Good Samaritan: healthcare ethics in the perspective of a renewed moral theology", in *Dolentium hominum* 31(1996), pp. 211-214; ALASDAIR MACINTYRE, *Dependent Ration Animals: Why Human Beings Need the Virtues* (Londra: Duckworth, 1999) (e numerosi suoi lavori precedenti); GILBERT MEILAENDER, "Are there virtues inherent in a profession?", in EDMUND PELLEGRINO *et al* (eds), *Ethics, Trust and Professions* (Washington DC: Georgetown UP, 1991), pp. 139-155; EDMUND PELLEGRINO, "Toward a virtue-based normative ethics for the health professions", *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5 (1995), pp. 253-277 (e altri suoi diversi articoli sulla virtù).

[17] *Lc* 4, 18.

[18] *Mt* 4, 23; 9, 35.

[19] *Mt* 10, 7-8.

[20] GIOVANNI PAOLO II, "Allocuzione agli operatori sanitari del Mercy Maternity Hospital di Melbourne, 28 novembre 1986", in *Insegnamenti* IX/2(1986), p. 1734.

[21] Cfr. DIEGO GUILLEN, "The Hippocratic Oath in the development of medicine", in *Dolentium hominum* 31(1996), pp. 22-28.

[22] Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae:* Enciclica sul valore e l'inviolabilità della vita umana (1995) e innumerevoli discorsi sul tema della salute. Tra i contributi emananti dalla Congregazione per la Dottrina della Fede occorre citare la *Quaestio de abortu:* Dichiarazione sull'aborto procurato (1974), *Haec sacra congregatio*: Dichiarazione sulla sterilizzazione effettuata negli ospedali cattolici (1975), *Dichiarazione su alcune questioni riguardanti l'etica sessuale* (1976), *Jura et Bona*: Dichiarazione sull'eutanasia (1980), *Donum vitae*: Istruzione sul rispetto della vita umana alla sua origine e sulla dignità della procreazione (1986) e, più recentemente, gli interventi circa la terapia abortiva rispettivamente in Germania e in Austria. Alcuni di questi documenti e altri documenti del Magistero sono riuniti in: KEVIN O'ROURKE e PHILIP BOYLE (eds), *Medical Ethics: Sources of Catholic Teachings* (2ª edizione, Washington DC: Georgetown University Press, 1993).

[23] Cfr. BRUNO ZANOBIO, "The ethical dimension of Hippocratic medicine and its specific relationship to Christian morality", in *Dolentium hominum* 31(1996), pp. 29-32.

[24] Ho trattato più diffusamente alcuni di questi temi in: "Adult science and adolescent ethics: A response to John Henley", in HILARY REGAN *et al* (eds), *Beyond Mere Health: Theology and Health Care in a Secular Society* (Melbourne: Forum Teologico australiano, 1996), pp. 145-168; "The brave new world of genetic screening: ethical issues" in JOHN FLADER (ed), *Death or Disability? Proceedings of a Seminar at the University of Tasmania (*Hobart: University of Tasmania, 1996), pp. 16-43; e "The human genome project: hopes and fears", in *Philippiana Sacra* 30(90) (settembre-dicembre 1995), pp. 483-498.

[25] Si veda HAUERWAS 1986 e MACINTYRE 1999, cap. 1.

[26] Per maggiori dettagli su questo caso, si veda: ANTHONY FISCHER OP, "Ethical issues in genetic screening", in *Bioethics Outlook* 8(4) (dicembre 1997), pp. 1-12.

[27] GEORGE COLT, "Where you born that way?", in *Life* (aprile 1998), pp. 38-50.

[28] COLT 1998.

[29] Su questi temi si veda: *Carta* §§ 35-36, 42-46, 139-146.

[30] Per un resoconto commovente di questo terribile processo e delle sue conseguenze, si veda l'eccellente libro di MELINDA TANKARD REIST, *Giving Sorrow Words: Women's Stories of Grief After Abortion* (Sydney: Duffy & Snellgrive, 2000).

[31] Su questi temi si veda anche *Carta* §§ 15-20.

[32] Mi sono soffermato più ampiamente su questi temi in: "The brave new world of reproductive technologies", in *Philippiana Sacra* 30(89) (maggio-agosto 1995), pp. 277-292. Si veda anche: *Carta* §§ 21-24.

[33] Cfr. LEON KASS, "The wisdom of repugnance: why we should ban the cloning of humans", in *The New Republic* 216(22) (2 giugno 1997), pp. 17-26, a pp. 20-24.

[34] BENEDICT ASHLEY OP e KEVIN O'ROURKE, *Healthcare Ethics: A Theological Perspective* (4ª edizione, Washington DC: Georgetwon UP), p. 317; cfr. CDF 1986.

[35] Si veda anche: *Carta* §§ 56-58, 62-71.

[36] Fornisco un resoconto più completo di alcuni dilemmi in questo campo in: "Accountant, Pollster, Samaritan: three models of justice in health care resource allocation", in JOHN FLADER (ed), *Health Care in the Balance: Ethical Issues in Medical Funding* (Hobart: University of Tasmania, 1997), pp. 13-26; e il documento di prossima uscita *The Allocation of Healthcare: An Ethical Framework for Policy* (con Luke Gormally ed altri, Londra: Linacre Centre, per i Vescovi britannici).

[37] Si veda: *Carta* §§ 48-41.

[38] Alcune delle mie domande in "Contrasting ethical approaches to organ transplantation and xenotransplantation", in FAUSTO GOMEZ OP e ANNIEAL YU-SOLIVEN (eds), *Love and Life-Making, Confidentiality, Xenotransplants and Aging* (Manila: UST Department of Bioethics, 2000), 75-110.

[39] Su questi temi si veda: LEON KASS, *Toward a More Natural Science: Biology and Human Affairs* (New York: Free Press, 1985); *Carta* §§ 92-107.

[40] Si veda: *Carta* §§ 114-124, 130-138, 147-150. Ho esposto più diffusamente alcune di queste idee in: "Theological aspects of euthanasia", in JOHN KEOWN (ed.), *Examining Euthanasia: Legal, Ethical and Clinical Perspectives* (Cambridge: Cambridge University Press, 1995), pp. 315-332; e in "Why the Lords rejected euthanasia", in *Human Life Review*, 22(3) (estate 1996), pp. 15-23.

[41] Organizzazione Mondiale della Sanità, *Annual Health Report*, 11.05.97.

[42] Cfr. O'CONNOR 1995.

[43] Parlo più diffusamente di questo dilemma in: "On not starving the unconscious", *New Blackfriars*, 74 (marzo 1993), pp. 130-145; e "Should we starve the unconscious?", in *Australian Catholic Record*, 74(3) (luglio 1997), pp. 315-329.

TOMÁS BARRIENTOS FORTES

IV: La formazione dei futuri professionisti nel campo della salute

La formazione dei professionisti medici è sempre stata una delle prime attività delle Università, fin dalla loro creazione. Insieme alla teologia e alle scienze umanistiche, l'educazione medica vi occupava un posto rilevante.

Nel secolo XIX, durante la rivoluzione industriale e la modernizzazione sociale, l'educazione medica iniziò a trasformarsi cominciando ad integrare formalmente la metodologia scientifica per il suo espletamento. Con l'avvento degli anestetici e delle moderne teorie di asepsi e di antisepsi, si iniziò a includere le tecniche chirurgiche nel bagaglio terapeutico. Ciò motivò il fatto che la medicina dovesse essere insegnata non soltanto in modo teorico e individuale attraverso un tutor, come fino allora era comune che avvenisse, ma allo stesso tempo si richiedeva che l'alunno venisse a contatto con le scienze mediche basilari, arricchite dalle scoperte dell'epoca nel campo della fisiologia, della biochimica, dell'istologia e dell'infettivologia.

In America del Nord all'inizio del secolo XX Flexner, con il patrocinio della fondazione Carnegie, realizzò uno studio approfondito sulla realtà dell'educazione medica agli inizi del 1900. Flexner era perplesso per la grande varietà di programmi che, nella loro gamma ampiamente eterogenea, difficilmente assicuravano una formazione medica qualitativamente omogenea. Già in quell'epoca il concetto di qualità universale della medicina era visto come una meta da raggiungere, evitando che le scuole di medicina preparassero medici di qualità molto diversa, in quanto era difficile laurearli per una pratica sicura ed efficiente della medicina clinica.

L'impatto di Flexner nel delineare i programmi d'educazione medica fu importantissimo. Ma, alla sua epoca, la metà delle scuole di medicina degli Stati Uniti dovettero chiudere per mancanza di qualità nel loro curriculum educativo. Flexer insisteva sull'integrazione delle materie di scienze basilari all'inizio della carriera del medico. Dopo si sarebbe dovuto includere l'insegnamento delle scienze cliniche, insistendo sempre sul mantenimento della fisiopatologia dei quadri nosologici nelle scienze basilari. L'inclusione del laboratorio clinico e dell'immaginologia basilare, rappresentata inizialmente dalla radiologia semplice, fu il pilastro sul quale Flexner decise di basare la riorganizzazione dei piani educativi delle scuole di medicina della sua epoca. A poco a poco, l'influenza della medicina nordamericana andò espandendosi per il resto del mondo; questa espansione era sostenuta dagli eventi che seguirono alla Seconda Guerra Mondiale, in cui l'economia mondiale si ricostruì sotto una forte influenza nordamericana. Durante lo sviluppo della medicina della seconda metà del secolo XX, fu impressionante l'espansione della tecnologia medica tanto nell'area diagnostica quanto in quella terapeutica. La microtecnologia spinta dai progressi scientifici, frutto dell'era spaziale, e l'inizio dell'era elettronica e digitale furono i principali propulsori di questo cambiamento.

Le capacità di esplorare l'interno del corpo a livelli molecolari, rivoluzionarono tanto la conoscenza del corpo stesso nella sua architettura e nelle sue funzioni, quanto la conoscenza delle reazioni fisiopatologiche del corpo a stimoli nocivi di origine esterna e interna.

Con la scoperta della biochimica del meccanismo genetico si aprì la strada a tutta la capacità di analisi dello sviluppo delle cellule, dei tessuti e degli organi. Si iniziò a comprendere la relazione perfetta con cui il nostro creatore ci ha codificati per sviluppare il nostro corpo e le nostre funzioni vitali di adattamento a questo mondo.

La capacità risolutiva delle immagini del microscopio elettronico, unite alla possibilità di marcaggio molecolare con istochimica, e le tecniche di radioimmunoanalisi ci ha permesso di ubicare fisicamente tanto nelle diverse cellule corporali e nei suoi organelli, come nei microorganismi con cui entriamo in contatto, i siti specifici in cui si realizzano le reazioni fondamentali della biologia cellulare.

Le tecniche di ultrafiltrazione e di analisi spettrofotometrica hanno portato alla biologia molecolare attuale una diversità impressionante. La quantità di molecole di espressione nelle diverse cellule dell'economia corporale è amplissima, e la cosa più bella è che ogni molecola particolare è responsabile di un'azione biochimica originale e specifica che determina la progressione di una sequenza fisiologica normale.

Attualmente nella maggior parte delle patologie il concetto di malattia fisica deve essere spiegato a livello di ambito molecolare, giacché il suo trattamento sarà anche diretto a correggere questa alterazione cellulare con l'applicazione di medicine di grande specificità e attività sulle molecole o sui siti ricettori propri nell'organismo. Que-

sta stessa specificità ha fatto sì che le medicine attuali siano più efficaci, potenti e sicure in quanto i loro effetti secondari sono ridotti al minimo dalla specificità della loro azione.

Tuttavia la tecnologia medica si è sviluppata sotto uno stimolo economico terribile. Il costo dello sviluppo delle nuove tecnologie tanto diagnostiche quanto terapeutiche ha raggiunto cifre da record, rendendolo eccessivamente costoso per la popolazione in generale.

Una grande crescita ha interessato tutta la popolazione del mondo. Secondo dati delle Nazioni Unite oltre sei miliardi di esseri umani popolano il mondo. Tuttavia, malgrado si disponga già di risorse tecnologiche che ci permettono di praticare un'individuazione opportuna e azioni preventive nella quasi totalità delle malattie, non possiamo in generale applicarle alla popolazione mondiale.

Quanto detto affonda le proprie radici in parte nella cattiva distribuzione del reddito economico mondiale, in parte nelle caratteristiche socio-culturali delle diverse regioni del nostro pianeta. Attualmente, malgrado si disponga dei farmaci più sofisticati e degli strumenti per le immagini diagnostiche e terapeutiche più avanzati, oltre la metà delle consultazioni mediche in Nordamerica è di medicina alternativa. L'iridologia, la medicina magnetica, la medicina naturale, l'agopuntura, l'omeopatia, l'erboristeria, e altre pratiche non scientifiche della medicina, invece di andare diminuendo, sembrano in disinvolta ascesa. Ciò è dovuto in gran parte ad una mancanza di regolazione da parte delle Autorità sanitarie governative praticamente di tutti i Paesi del mondo. Non dobbiamo dimenticare che la maggior parte dei governanti non è medico e non conosce la portata di questi rami non scientifici della medicina alternativa. D'altro lato questi, per il fatto di essere "poco redditizi" e di "poco rischio", non hanno accaparrato l'interesse dei governanti perché li regolassero come finora hanno fatto con la medicina scientifica, che rientra nell'ambito dell'attenzione alle cure della salute mondiale. Non possiamo neanche negare che quanti praticano la medicina alternativa molte volte pongono maggiore enfasi sul rapporto umano che sul mezzo che utilizzano per effettuare il loro trattamento. Non c'è dubbio che nell'area della salute l'umanesimo continua ad essere preponderante nell'utilizzo degli strumenti curativi, sia di carattere scientifico che alternativo.

Per quanto detto è indispensabile orientare nuovamente l'educazione medica nell'uso razionale e nel costo utile delle risorse medico-diagnostiche e terapeutiche che oggi sono a disposizione della scienza medica.

Tale educazione non deve essere riservata unicamente alla formazione dei nuovi medici bensì, attraverso programmi di educazione medica continua, anche ai medici già laureati e che praticano quotidianamente la medicina clinica.

È difficile immaginare quale debba essere oggi il profilo dei medici. Tuttavia, perché la professione medica sopravviva nei tempi moderni, non si deve perdere di vista il fine primordiale della medicina che è quello di aver cura della salute dell'umanità, riconoscendo l'essere umano come Fine, e il resto degli elementi della medicina come Mezzo. In questo modo l'umanesimo sarà sempre la base della struttura medica, assicurando che l'individuo non passi mai in secondo piano e servendo da guida nell'etica quotidiana della pratica medica. Questa è una realtà che dovrà essere condivisa giorno dopo giorno da ciascuno dei medici che fa parte della comunità mondiale formata da coloro che servono la salute.

Tuttavia l'ambiente che ci circonda è cambiato. Questi cambiamenti si evidenziano in una maggiore popolazione, in una migliore gestione dell'informazione, in una migliore tecnologia e in una migliore qualità di vita. Purtroppo questa realtà è appannaggio solamente di un numero ristretto di persone e non ha raggiunto la maggior parte della popolazione mondiale. L'ingiustizia sociale nella ripartizione economica continua ad essere elemento di freno della stessa umanità per la promozione dei progressi più avanzati e attuali nella conoscenza e nella pratica della medicina.

Questa stessa ingiustizia nella distribuzione delle risorse mondiale si accentua nella particolarità di ognuno dei Paesi che integra il concerto mondiale delle nazioni. Per questo dobbiamo sempre riconoscere il progresso mondiale nella conoscenza e nelle risorse sanitarie della medicina, senza confonderli e mischiarli con la disponibilità degli stessi in un ambiente lo-

cale, proprio e caratteristico di ogni Paese del nostro pianeta. Non bisogna disprezzare i valori culturali e sociali propri di ogni comunità mondiale, ma cercare la maniera di incorporare i benefici del progresso medico senza disumanizzare l'individuo, la sua famiglia o la sua collettività.

La globalizzazione dell'educazione e della pratica medica non deve disprezzare questo aspetto tanto rilevante per lo sviluppo dell'umanità. La diversità di ambienti climatici e socio-economici porrà barriere all'applicazione mondiale dei principi medici di carattere particolare. Non bisogna contaminare l'educazione medica locale con l'universalizzazione di questi aspetti particolari che non corrispondono a tutte le realtà. In Messico utilizziamo comunemente un termine che esemplifica ciò che ho appena commentato, e cioè "adattare al tropico" *(tropicalizar)* l'applicazione delle conoscenze mediche universali, principalmente nei loro processi, non tanto nelle loro basi universali di conoscenza fondamentale. La storia dell'umanità ha documentato, per oltre 2000 anni, che i principi universali vengono costantemente ridefiniti e che il ricorrere ai dogmi di pratica scientifica o non scientifica della medicina ci porta spesso ad una loro obsolescenza temporale.

Una delle missioni che, come Chiesa, abbiamo nel campo della salute, è quella di favorire l'accesso a migliori servizi sanitari per tutte le popolazioni del mondo. Nostro Signore ci ha lasciato la missione apostolica di andare per il mondo a curare i malati nelle loro sofferenze e, quando possibile, nelle loro malattie, ad assisterli come ci insegna il Buon Samaritano, essendo solidali per rendere realtà questo mandato; impegnandoci nei confronti dei nostri fratelli, dando loro il meglio che abbiamo per la loro cura. Però, allo stesso tempo, riconoscendoci come una grande famiglia, tutti fratelli in Gesù Cristo, dal quale otteniamo le risorse e le ispirazioni per sconfiggere la malattia, e sovrapporci ad essa trovando in Lui ed attraverso di Lui tutte le risorse necessarie per la cura della nostra condizione umana e preparandoci alla vita eterna.

Oggi, con il fenomeno della globalizzazione, abbiamo infranto le barriere della non comunicazione, e siamo testimoni viventi della sofferenza umana mondiale. La Chiesa deve quindi agire secondo questi tempi che stiamo vivendo, tanto a livello universale – attraverso il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute – quanto attraverso ciascuno dei suoi vescovi nelle loro diocesi particolari, e delle organizzazioni religiose e laiche di ispirazione cristiana, emanate dalla società civile e che si impegnano apostolicamente nei confronti dei loro fratelli in seno alla Chiesa nell'edificazione di opere e servizi di carattere sanitario locale e universale.

Le Scuole di Medicina cattoliche non devono sottrarsi all'impegno di formare medici che conoscano a fondo il funzionamento e la struttura dell'essere umano, creato a immagine e somiglianza del suo Creatore; impegnati anche a cercare le opzioni migliori che permettano al loro prossimo di mantenersi sano e di recuperare quella salute che è stata perduta.

Si deve partire con l'insegnare il concetto di salute definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e che il Santo Padre ha completato con l'aggiunta dell'aspetto più importante, cioè il benessere spirituale, affinché si comprenda che la salute è il benessere fisico, sociale, mentale e spirituale dell'individuo e, quando ci riferiamo alla salute comunitaria, della sua comunità.

In questo modo, anche ai medici si insegnerà che la promozione della salute è un'opera che implica la partecipazione di tutta la comunità, locale e mondiale. Per questo motivo tale attività non può essere realizzata da un solo individuo. Da qui l'imperativo che le Scuole di Medicina promuovano la comunicazione e l'azione partecipativa dei loro studenti, a beneficio loro e delle loro comunità, insegnando a lavorare in équipe, tanto nel ruolo di collaboratori, quanto nella responsabilità di leader nei confronti dei propri colleghi, collaboratori e della comunità in generale. Tale atteggiamento di leadership deve essere promosso a partire dalla visione cattolica di servizio, fortemente ispirata alla dottrina sociale della Chiesa. Allo stesso tempo si dovrà educare il medico ad utilizzare gli strumenti di comunicazione che gli permettono di mantenersi in contatto con i propri pazienti, la propria comunità e il resto della professione medica in modo efficiente e aggiornato, approfittando delle opportunità che Dio ci fornisce giorno dopo giorno per il beneficio dei nostri pazienti. Allo stesso tempo condividere attraverso l'informazione medica la comunicazione tra i diversi specialisti in programmi di servizio medico di telepresenza, abbreviando le distanze tra i pazienti e i medici curanti, distribuendo meglio le capacità e rendendole accessibili a luoghi distanti e remoti. Comunicando in questo mondo con il mondo, si favorisce l'assistenza tra tutte le popolazioni dell'universo.

Solamente formando équipe di medici conoscitori della scienza medica e impegnati nelle loro comunità, sviluppando programmi che promuovano la salute individuale, familiare e collettiva delle loro particolari comunità, saremo sicuri di continuare a realizzare questo grande mandato che abbiamo ricevuto da nostro Signore Gesù 2000 anni fa. In questo modo si promuoverà il suo regno di pace e di giustizia affinché, attraverso la salute corporale e comunitaria di cui godiamo in questa vita, possiamo ottenere la salute eterna con Lui nella sua gloria e eternità.

Dott. TOMÁS BARRIENTOS FORTES
Direttore della Scuola di Medicina
Università di Anáhuac
Messico

RUDESINDO DELGADO PÉREZ

V: La formazione dei cappellani

Introduzione

Vorrei dividere l'esposizione del tema che mi è stato affidato in tre sezioni: in primo luogo, farò alcune considerazioni, poi fornirò delle ragioni sulla necessità e l'urgenza della formazione, esponendo i suoi fini e i contenuti fondamentali, indicandone alcune caratteristiche e segnalando le tappe e i mezzi; per finire presenterò alcune proposte di attuazione.

1. Considerazione

In primo luogo desidero fare alcune osservazioni per collocare e definire il tema, vederne la portata e comprenderne le carenze.

1. Mi focalizzerò sulla formazione dei cappellani, e cioè la formazione dei presbiteri cui è stata affidata la cura pastorale dei fedeli nell'ospedale. Non toccherò la formazione di coloro che, senza essere sacerdoti, prestano assistenza religiosa come membri del Servizio Pastorale, sebbene ciò che dirò sia in buona parte applicabile anche a loro. Questa formazione merita senza dubbio un'attenzione prioritaria perché si tratta di una chiave essenziale per raggiungere il rinnovamento dei Servizi di Pastorale.

2. Ho considerato i cappellani del primo mondo di cultura latina, giacché non dispongo di documentazione verificata sulla formazione dei cappellani di cultura anglosassone, né del Terzo Mondo. Limitazione importante, che spero diventi uno stimolo per futuri lavori in questo campo della formazione.

3. Ho optato per una messa a fuoco pratica, che si basa chiaramente su una riflessione ed illuminazione teorica.

4. Le fonti ispiratrici del mio intervento sono state i documenti del magistero della Chiesa sulla formazione dei presbiteri, le riflessioni e le esperienze sul tema portate avanti dalla Chiesa negli ultimi anni e la mia esperienza di cappellano e Direttore del Dipartimento di Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Spagnola.

2. Necessità ed urgenza della formazione del cappellano

Nella Chiesa, soprattutto a partire dal Concilio Vaticano II, la formazione è stata costante e ripetuta in tutti i campi e settori. C'è una chiara coscienza del fatto che la formazione e l'aggiornamento continuo sono un'esigenza che riguarda tutti coloro che esercitano una professione, adempiono un incarico o realizzano un lavoro, per essere efficienti ed aggiornati. Nel caso del sacerdote, la formazione gli è richiesta ed è espressione di fedeltà al suo ministero, del suo amore a Cristo e di un dovere di giustizia nei confronti del Popolo di Dio che ha diritto al servizio della Parola, dei sacramenti e della carità (PVD 72).

Per quanto riguarda i cappellani, la necessità della loro formazione è richiesta anche per i seguenti motivi.

1. Il cappellano realizza la sua missione in un'istituzione che ha sperimentato una grande evoluzione. L'ospedale è oggi un'istituzione secolarizzata, scientifico-assistenziale, ogni volta più complessa e costosa per la quale, prima o poi, passano tutti i cittadini. Deve conoscerla per prestare in modo efficiente un servizio. La buona volontà non basta.

2. L'ospedale è un luogo chiave per la nuova evangelizzazione. La Chiesa ha la sfida e l'opportunità di illuminare, con i valori del Vangelo e della sua ricca tradizione, il senso degli avvenimenti fondamentali dell'esistenza che si vivono nell'ospedale, e contribuire al chiarimento dei gravi problemi umani, sociali ed etici che in esso si presentano. Un mondo così necessita oggi dei testimoni e dei maestri migliori.

3. Il lavoro pastorale nell'ospedale moderno non è un compito facile, esso logora e può maturare o stressare le persone. L'ambiente secolarizzato e tecnologico che vi regna, l'indifferenza religiosa, il passaggio rapido e il cambiamento continuo dei malati da curare, il sovraccarico di lavoro del personale e del cappellano, il contatto giornaliero con le persone che soffrono, ecc. esigono preparazione, impegno, realismo, dedizione e cure.

4. La formazione è oggi maggiormente necessaria ed urgente perché un considerevole numero di cappellani non è stato a suo tempo preparato e messo in grado di lavorare per la pastorale nell'ospedale.

5. Solo una buona formazione permetterà ai cappellani di acquisire la necessaria capacità per collaborare nel centro con le persone e i servizi che si prendono cura del malato.

3. Fini e contenuti della formazione del cappellano

"Il significato profondo della formazione – dice Giovanni Pao-

lo II – è quello di aiutare il sacerdote ad essere e a svolgere la sua funzione nello spirito e secondo lo stile di Gesù Buon Pastore" (PDV 73). La formazione del cappellano non ha come finalità quella di conferirgli un ruolo, bensì di aiutarlo a crescere e a maturare umanamente e cristianamente, a configurare la propria identità, e a renderlo in grado di portare avanti in modo efficiente la propria missione[1].

a. Aiutare a maturare umanamente e cristianamente

Il primo obiettivo della formazione è *la persona stessa del cappellano.*

La formazione deve aiutare il cappellano a conoscere il proprio mondo interiore e le proprie risorse terapeutiche, ad integrare le sue difficoltà e le sue afflizioni, a riconciliarsi con la propria morte.

La formazione deve privilegiare nel cappellano la crescita di atteggiamenti personali maturi giacché l'amore di Dio si comunica specialmente attraverso la testimonianza e la manifestazione della propria vita.

Tra le qualità che il cappellano deve coltivare si possono elencare il rispetto profondo per l'altro, la disponibilità, la comprensione, la conoscenza dei propri doni e dei propri limiti, la capacità di stabilire un rapporto da persona a persona, la flessibilità, la discrezione, la disposizione a collaborare e a lavorare in équipe[2].

b. Configurare la propria identità di cappellano

"Il presbitero, con la sua presenza accanto al malato, *è segno della presenza di Cristo,* non solo come ministro dei Sacramenti, ma anche come servitore speciale della sua pace e della sua consolazione"[3].

Come servitore della parola, il cappellano annuncia la verità del Vangelo, applicandola alle circostanze concrete della vita dell'ospedale. Come servitore dei Sacramenti, presiede l'Eucarestia e celebra la Penitenza e l'Unzione degli infermi (PO 6). Come pastore inviato dal vescovo all'ospedale, ha la missione di esortare la fraternità cristiana tra tutti coloro che lavorano nell'ospedale o passano per esso, di creare un gruppo-équipe di pastorale e coordinarne le azioni, essendo vincolo di unità[4].

La formazione deve aiutare il cappellano a: 1. sentirsi ministro di Gesù Cristo, sacramento dell'amore di Dio per l'uomo, ogni volta che è mediatore e strumento vivo della grazia di Dio verso gli uomini (PDV 73); 2. maturare la coscienza che il suo ministero è radicalmente ordinato a convocare la famiglia di Dio come fraternità animata dalla carità e portarla al Padre per mezzo di Cristo nello Spirito Santo (PDV 74); 3. far crescere in sé la coscienza della propria partecipazione alla missione salvifica della Chiesa (PDV 75).

L'attenta contemplazione di Gesù, della sua vita, delle sue parole e dei suoi gesti, del suo modo di affrontare la sofferenza e la morte, il suo modo di agire e i rapporti con le persone, specialmente con i malati, aiuteranno il cappellano a configurare la sua identità di pastore e il suo stile di presenza accanto al malato e a disimpegnare fedelmente la sua missione nel nome del Signore, come amico e servitore della vita[5].

c. Appoggiarlo e perfezionarlo per disimpegnare in modo efficace la sua missione

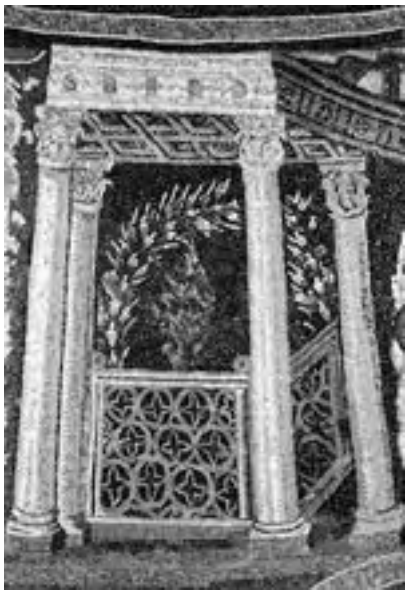
La formazione non si esaurisce in se stessa, ha una finalità pratica: preparare il cappellano per il disimpegno efficace della sua missione. Dunque, qual è la sua missione e quali sono le sue funzioni?

c.1. Evangelizzare la vita e la salute, la malattia e le cure, la sofferenza e la morte, così come l'assistenza

La formazione deve rendere il cappellano capace di entrare in un dialogo profondo con la cultura del mondo della salute e poter offrire il senso che il Vangelo, la teologia e il magistero danno a temi importanti come la difesa e la cura della vita; il contenuto umano di una vera qualità di vita; la salute come compito responsabile orientato alla crescita integrale della persona, il senso ecologico della salute intesa come armonia con l'ambiente in cui la vita si sviluppa; la visione cristiana della corporeità e il dominio del corpo; le possibilità umane e cristiane della malattia; il valore umano e cristiano della donazione di sangue e di organi; l'esperienza umana e cristiana della vecchiaia; il senso umano e cristiano del morire[6].

c.2. Visitare e accompagnare il malato e la sua famiglia nel processo della sua malattia, cura e/o morte

Il malato, e la sua famiglia, è il centro privilegiato dell'attenzione, della cura e la preoccupazione pastorale del cappellano. La visita e l'accompagnamento al malato devono ispirarsi allo stesso atteggiamento di Gesù ed offrire al malato l'aiuto di cui ha bisogno per vivere con buon senso le diverse



fasi della malattia, per lottare degnamente per la propria salute e per accostarsi alla morte con speranza.

La formazione deve aiutarlo a conoscere in profondità il mondo interiore del malato, i suoi bisogni, particolarmente quelli spirituali e religiosi. Deve inoltre abilitarlo alla relazione di aiuto pastorale che ha come obiettivi:

– comprendere meglio le necessità del malato, accogliere le sue domande, intuire quelle non espresse, condividere le sue speranze, le sue fatiche e le sue gioie;

– apprendere l'arte dell'ascolto e della comunicazione;

– saper iniziare, approfondire e concludere incontri pastorali;
– insegnare a camminare con il malato, a seguire e rispettare il suo ritmo;
– conoscere le risorse della fede cristiana per vivere la malattia e la morte.

Tra i malati ve ne sono alcuni che devono rappresentare la priorità per il cappellano: i malati terminali, quelli mentali, i malati di AIDS, gli anziani, i malati di altre confessioni, quelli lontani da casa e i malati non credenti. La formazione deve preparare il cappellano all'attenzione pastorale specializzata nei confronti di questi malati.

c.3. Celebrare la vita nei Sacramenti degli infermi: Riconciliazione, Comunione, Unzione e Viatico

La celebrazione dei Sacramenti occupa un posto privilegiato nella missione del cappellano. La formazione deve aiutarlo a comprendere il significato teologico di ogni Sacramento, a curarne con vero zelo la celebrazione, discernendo a livello pastorale le motivazioni del malato, cercando il momento opportuno, suscitando la partecipazione attiva del malato, spiegando la ricchezza espressiva di ogni Sacramento, incoraggiando, per quanto possibile, la celebrazione comunitaria e, soprattutto, la vicinanza di quei credenti, familiari, operatori o volontari che stanno accanto a lui "sacramentalizzando" con il loro servizio o il loro lavoro la presenza del Cristo sanante e salvatore[7].

c.4. Curare pastoralmente il personale del centro

L'attenzione pastorale rivolta agli operatori sanitari, in particolar modo a quelli cattolici, è un obbligo di primaria importanza che il cappellano a volte trascura. La formazione deve renderlo in grado di curarli nei loro bisogni spirituali e religiosi; aiutarli a scoprire meglio il senso del loro lavoro e il contenuto cristiano del loro servizio sanante, appoggiare i loro sforzi per umanizzare di più l'assistenza al malato e condividere con loro i gravi problemi che si pongono nell'esercizio della professione. Laddove ci sono religiose, il cappellano presterà loro un'attenzione speciale, valorizzando la loro presenza come un dono e contando sulla loro collaborazione per le attività del Servizio Pastorale[8].

c.5. Offrire consulenza etica ai malati, ai familiari, al personale e ai servizi del centro che lo richiedono

Nell'ospedale si vivono giornalmente i grandi interrogativi della scienza e si presentano problemi etici che riguardano i malati, i loro familiari, gli operatori sanitari e i diversi reparti e servizi. La formazione aiuterà il cappellano a contribuire alla loro comprensione e a chiarirli, collaborando nella formazione degli operatori ed offrendo la consulenza etica che gli è richiesta, così come parteciperà attivamente nei Comitati di Etica Assistenziale che si stanno sviluppando negli ospedali[9].

c.6. Collaborare nella progressiva umanizzazione dell'assistenza sanitaria

L'umanizzazione dell'assistenza è una delle grandi preoccupazioni, oggi, nel mondo ospedaliero. La formazione deve preparare il cappellano affinché possa collaborare mediante l'apporto della forza umanizzatrice dei valori evangelici (compassione, rispetto, aiuto reciproco, solidarietà, gratuità, riconciliazione...), lo svolgimento umano e competente delle proprie funzioni, l'attenzione verso coloro che soffrono maggiormente gli effetti della disumanizzazione, la partecipazione e l'appoggio alle azioni che si portano avanti nell'ospedale per ottenere un trattamento più umano, ecc.[10].

c.7. Promuovere un maggiore rapporto con le parrocchie

La comunità cristiana presente in un centro ospedaliero che accoglie e cura i malati, lo fa come prolungamento della comunità da dove essi provengono e cui ritornano. È necessario perciò un maggiore rapporto e una maggiore collaborazione tra entrambi, e ancora di più tenendo conto che il soggiorno dei malati nel centro sarà sempre più breve. La formazione aiuterà il cappellano a scoprire questa necessità e a rompere l'isolamento che non porta benefici a nessuno[11].

c.8. Costruire la comunità cristiana nell'ospedale

Il cappellano ha il compito di costruire e presiedere la comunità cristiana nell'ospedale – corpo assistenziale di Cristo – nel cui ambito ogni membro sviluppa il proprio carisma e lo mette al servizio della missione: evangelizzare. La formazione deve renderlo in grado di passare da un lavoro pastorale in cui il protagonista è quasi esclusivamente lui, ad una pastorale realizzata in comunione e con la corresponsabilità dei membri del Servizio Pastorale, dei cristiani che lavorano nell'ospedale, così come dei volontari. Allo stesso modo deve prepararlo ad organizzare la pastorale programmata, realizzata e valutata in gruppo in cui gli uni e gli altri, rispettando i propri carismi, si adoperino per superare gli individualismi[12].

4. Caratteristiche della formazione

Ogni formazione ha delle caratteristiche che la differenziano. Devono essere scelte quelle che rendano più facile il raggiungimento dei suoi fini e dei suoi obiettivi. Tenendo conto di ciò, la formazione specifica e continuata dei cappellani deve possedere le seguenti caratteristiche.

– **Integrale ed integrata**: che comprenda tutte le dimensioni della formazione e serva per integrare un'autentica spiritualità, un'accurata preparazione umana e teologica e una buona capacità tecnica nella comunicazione e nell'organizzazione.
– Che parta dalla vita (esercizio del ministero), la illumini e ritorni alla vita.
– **Teorico-pratica**: che coniughi il sapere e l'agire poiché nell'agire esprimiamo ciò che apprendiamo e dal nostro agire possiamo apprendere continuamente.
– **Attiva e personalizzata**: che il soggetto del processo formativo sia realmente il suo protagonista.
– **Partecipata e condivisa**: che si coltivi mediante lo studio personale e la riflessione condivisa nel gruppo.

– **Trasformatrice:** che l'aiuto sia un fattore di crescita della persona e dell'identità del cappellano, dei suoi atteggiamenti, delle sue conoscenze e delle sue debolezze.

– **Contestualizzata:** che si adatti alle situazioni concrete, al contesto sanitario in cui i cappellani lavorano, alle necessità dei destinatari del ministero.

– **Graduale:** che sia un processo che favorisca una crescita armonica, rispettando il ritmo delle persone ed evitando di bruciare le tappe.

– Che abbia Cristo come modello, lo Spirito come guida, e i malati come maestri.

5. Livelli o tappe della formazione

La formazione nella pastorale della salute comprende vari livelli che si sviluppano nelle tappe successive.

a. Formazione iniziale dei seminaristi

I suoi obiettivi principali sono due. 1. Sensibilizzare i seminaristi alla Pastorale della Salute e iniziare a renderli idonei, quando saranno presbiteri, a disimpegnare la missione che la Chiesa ha affidato loro, quella di "curare con sollecitudine i malati e gli agonizzanti" (PO 8). 2. Cogliere l'occasione delle possibilità che offre il contatto con i malati per chiarire, giudicare, rafforzare o modificare un'opzione di vita, cioè la loro vocazione. "La formazione della Pastorale sanitaria – dice Giovanni Paolo II – è per i candidati al sacerdozio un'autentica scuola di vita e un mezzo sicuro di maturità personale, poiché si ispira direttamente all'esempio di Cristo medico"[13].

Nei piani di studio non figura la Pastorale della Salute come argomento specifico, ma le sue tematiche sono presenti in altre materie come Sacra Scrittura, Cristologia, Sacramenti e Liturgia, Antropologia, Etica filosofica e morale, Pastorale.

Nella pratica alcuni seminari offrono una formazione iniziale di base mediante colloqui, incontri e corsi brevi, e promuovono esperienze pastorali nel campo dei malati: visitarli, portare loro la comunione, partecipare a campi di lavoro o volontariato nei periodi di vacanza...

In Spagna tutte le estati, dal 1995, si tiene un corso teorico-pratico sulla Pastorale della Salute, con un'accoglienza eccellente e con una valutazione molto positiva da parte dei candidati.

La formazione iniziale dei seminaristi in questo campo pastorale può essere vivaio per futuri cappellani, sempre più necessari se teniamo conto dell'età media, ormai avanzata, di quelli attuali.

b. Formazione specifica dei cappellani

È giusto riconoscere che, negli ultimi anni, si sono moltiplicate le iniziative e le attività di carattere formativo; e ciò grazie alla maggiore coscienza e al maggiore impegno dei cappellani, all'impulso che stanno dando alla formazione i diversi organismi di Pastorale della Salute e le associazioni dei cappellani, alle istituzioni che si stanno creando per la formazione in questa Pastorale, così come alle esigenze formative da parte dei centri ospedalieri.

È anche vero, però, che spesso si vedono sacerdoti inviati negli ospedali senza preparazione, e in alcuni casi senza vocazione, e che vengono lasciati alla loro sorte. Ciò si ripercuote negativamente tanto sulla presenza evangelizzatrice della Chiesa nell'ospedale, quanto sugli stessi sacerdoti che si vedono immersi in un mondo sconosciuto, che risulta loro quanto meno estraneo e a volte ostile, in cui devono portare avanti attività per le quali non si sentono preparati. Evidentemente questa situazione è grave e bisogna porre rimedio.

Nei Paesi di cultura anglosassone (Stati Uniti, Canada, Paesi del centro e del nord Europa, Filippine, ecc.), la formazione specifica è un requisito per poter esercitare come cappellano e ha delle caratteristiche che le provengono dal clima socioculturale, dalla sensibilità ecumenica e dallo spirito pragmatico. Pongono maggiore enfasi sulla Parola, nel dialogo pastorale nell'apprendistato con l'esperienza, nella professionalizzazione del cappellano, nell'apertura alla collaborazione interdisciplinare e nell'organizzazione del Servizio di Pastorale. Utilizzano il modello formativo chiamato CPE (*Clinical Pastoral Education*, Formazione Pastorale Clinica) che intende la formazione come processo costante di crescita in tre ambiti: *personale*, essere se stesso, crescere nella presa di coscienza degli aspetti deboli e in quelli forti della propria personalità e integrare gradualmente le "zone d'ombra"; *professionale*, saper fare bene il bene; *teologico*, riflettere teologicamente sulle proprie esperienze e scoprire le necessità spirituali delle persone, cercando di vedere con loro i segni della presenza di Dio negli avvenimenti umani[14].

Nei Paesi di cultura latina (mediterraneo-europea, e nell'America Latina), la formazione specifica non è un requisito obbligatorio per essere nominato cappellano, ma è un'esigenza cui bisogna dare una risposta. Il modello formativo non è quello dell'Educazione Pastorale Clinica, sebbene vada incorporando – adattate – alcune delle sue caratteristiche.

Nella Chiesa spagnola abbiamo realizzato un grande sforzo negli ultimi anni per la presa di coscienza e per facilitare la formazione dei cappellani. Dopo un'indagine in cui sono state segnalate le necessità formative, è stato elaborato un piano di formazione che comprendeva il programma dei temi, la celebrazione di uno o due corsi annuali in ambito nazionale per riflettere su di essi e la diffusione di materiale formativo per approfondirli mediante lo studio personale e la riflessione nelle riunioni e negli incontri diocesani. Si iniziò nell'anno 1983 e a partire dal terzo anno, i corsi vennero aperti a religiose operanti in ambito sanitario e ai laici che iniziavano a lavorare nei Servizi di Pastorale. Lo sviluppo di ogni tema inizia con un'analisi della realtà, segue l'illuminazione biblica e teologica, e conclude con la risposta pastorale. La metodologia coniuga le esposizioni dottrinali con il lavoro attivo personale e di gruppo. Nel 1987 i ve-

scovi della Commissione Episcopale di Pastorale hanno pubblicato gli "Orientamenti pastorali sull'assistenza religiosa nell'ospedale", che hanno segnato positivamente lo sviluppo della pastorale ospedaliera.

c. Formazione permanente dei cappellani

La formazione permanente, tra gli altri, ha i seguenti obiettivi.

1. Offrire un aiuto reciproco mediante la comunicazione delle proprie esperienze e riflessioni.
2. Far fronte ai rischi che comporta l'operato pastorale nell'ospedale: routine, stanchezza interiore, attivismo esagerato, ecc.
3. Aggiornarsi su quegli aspetti e temi formativi in modo da essere precisi.

Si porta avanti attraverso lo studio personale e la partecipazione a riunioni periodiche, giornate di studio, seminari o corsi, esperienze vissute insieme, esercizi spirituali, in attività della formazione permanente del clero, ecc.

Attualmente si dispone di mezzi diversi:

– Riviste specializzate come *Dolentium hominum, Aumôniers d'Hôpitaux, Insieme per servire, Labor Hospitalaria, Camillianum, Horizonte médico*, *Selare*, ecc.

– Bibliografia abbondante e di qualità sui diversi temi di Pastorale della Salute.

d. Formazione dei formatori

La domanda crescente di formazione e il miglioramento della sua qualità richiedono specialisti ben formati in Pastorale della Salute. Oggi esistono istituzioni adeguate a tal fine. Tra di esse si distingue l'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria "Camillianum". È un centro dei PP. Camilliani, approvato dalla Santa Sede nel 1987, di formazione teologica e di pratica pastorale per il mondo della salute, i cui risultati già si percepiscono nelle nostre Chiese locali. Conferisce i gradi accademici (Licenza e Dottorato in Teologia pastorale sanitaria) e con le sue diverse attività contribuisce al sorgere di una nuova cultura della vita per fare del campo sanitario il luogo privilegiato dell'evangelizzazione. È il primo e sino ad ora unico Istituto superiore teologico di questo genere.

6. Alcune proposte

La formazione dei cappellani è un compito e una responsabilità dei cappellani, così come degli organismi della Chiesa che si occupano di Pastorale della Salute nelle diocesi, nelle Conferenze Episcopali e nella Santa Sede. Vorrei presentare, dopo le precedenti considerazioni, alcune proposte concrete.

1. Realizzare uno studio profondo sulla situazione attuale della formazione dei cappellani.
2. Creare un servizio che stimoli la collaborazione e il coordinamento delle diverse istituzioni legate alla formazione degli operatori di Pastorale della Salute e che dia impulso e faciliti l'interscambio di esperienze formative, programmi, documentazione ed altri mezzi di tipo formativo.

3. Dare maggior rilevanza nei piani di formazione dei seminari ai contenuti teorici e pratici della Pastorale della Salute.
4. Sollecitare e facilitare la formazione iniziale e continuata dei cappellani e di tutto il personale del Servizio Pastorale, e sostenerli nello svolgimento della loro missione.
5. Appoggiare la creazione di scuole, centri di formazione di Pastorale della Salute e di altre iniziative destinate alla preparazione dei cappellani e degli altri operatori di Pastorale.
6. Stimolare permanentemente la riflessione teologico-pastorale sugli avvenimenti fondamentali che si vivono nel mondo sanitario: salute, malattia, sofferenza, morte, assistenza, cure, questioni di giustizia, ecc. coinvolgendo biblisti, teologi, catechisti e specialisti di Pastorale, così come gli operatori sanitari laici, le associazioni di malati e altri esperti.
7. Promuovere con decisione Servizi di Pastorale integrati per sacerdoti, religiosi e laici che lavorino in équipe, apportando la ricchezza e la complementarità dei propri carismi.
8. Costituire un'Associazione Internazionale di Cappellani.

Spero e mi auguro che queste proposte diventino presto una felice realtà, con lo sforzo e la collaborazione di tutti, affinché i Servizi di Pastorale negli ospedali siano Servizi qualificati, ecclesiali, coordinati con gli altri Servizi del centro e con la pastorale della Chiesa.

Termino con le parole che un amico sacerdote ha pronunciato per la morte di una malata che egli curò pastoralmente.

"Ieri, quando ti ho salutato... ricordi?, hai stretto le tue mani nelle mie. Io ti ho detto: '*Le sento molto fredde*'. E tu mi hai risposto: '**È lei che ha sempre le mani calde. Lei è il pastore**'. Senza saperlo, mi hai dato una delle definizioni più belle del sacerdozio. Essere sacerdote significa '*avere sempre le mani calde'*. Significa, in mezzo ad un mondo egoista, portare calore a tante persone che muoiono di freddo per mancanza di amore. Tu stessa sei morta rendendo grazie a Dio per esserti sentita circondata, sino alla fine, dall'amore dei tuoi.

"Congedandomi ti ho detto: '*Arrivederci!*'. E tu mi hai risposto: '*Arrivederci all'altra vita!'*. E in mezzo alla mia sorpresa e al mio stupore, alzasti il tuo braccio destro, facesti tre croci in aria e mi desti la tua benedizione. Uscii dalla tua casa con gli occhi gonfi di lacrime. Non potrò dimenticare mai questa benedizione tanto sorprendente e inaspettata. La porterò sempre nel mio cuore come

una reliquia preziosa, perché questa benedizione mi ricorda che il mio ufficio di sacerdote è benedire tutti, perdonare, servire, adoperarmi per gli altri... e portare nelle mie mani la fiamma sempre accesa di un amore sincero e disinteressato".

D. RUDESINDO DELGADO PÉREZ
Consulente Ecclesiastico Nazionale dell'Associazione di Operatori Sanitari PROSAC SPAGNA

Note

[1] COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, *La asistencia religiosa en el hospital,* Edice, Madrid 1987, n° 178.

[2] COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, o.c., n° 179.

[3] *Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos, Orientaciones doctrinales y pastorales del episcopado español,* n° 57.

[4] COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, o.c. n° 147.

[5] Cfr. per le questioni di base il Seminario di studio su "L'identità del Cappellano Cattolico nella Pastorale della Salute e la Sanità alle soglie del Terzo Millennio" organizzato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e celebrato a Roma il 22-23 novembre del 1999 in *Dolentium hominum,* n° 44, 2000/2.

[6] DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, *Congreso Iglesia y Salud,* Edice, Madrid 1995, p. 175.

[7] DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, o.c., p. 165.

[8] DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, o.c., p. 166.

[9] COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, o.c., n° 120 e ss.

[10] COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, o.c, nn° 135-136.

[11] DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, o.c., pp. 167.

[12] DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, o.c., 164.

[13] GIOVANNI PAOLO II, *Discorso all'Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari,* Roma 9/2/90.

[14] PANGRAZZI A., *Girasoles junto a sauces Sal Terrae,* Santander 1999, 61-62.

Bibliografia

Vaticano II: *Presbyterorum Ordinis*, Decreto sul ministero e la vita dei presbiteri; *Optatam totius*, sulla formazione sacerdotale.

Rituale della Unzione e Pastorale degli infermi. Praenotanda e Orientamenti dell'Episcopato spagnolo.

GIOVANNI PAOLO II, Esortazione apostolica *Pastores dabo vobis*, sulla formazione dei sacerdoti nella situazione attuale, 1992.

PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, *Carta degli Operatori Sanitari,* Città del Vaticano, 1995.

PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, *Formazione sacerdotale e pastorale sanitaria,* Città del Vaticano, 1990.

PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, Seminario su "L'Identità del Cappellano Cattolico nella Pastorale della Salute e la Sanità alle soglie del Terzo Millennio", in *Dolentium hominum* n° 44/2000.

COMISIÓN EPISCOPAL DEL CLERO (Conferencia Episcopal Española), *Congreso Espiritualidad sacedotal,* Edice, Madrid, 1989.

COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, *La asistencia religiosa en al hospital. Orientaciones pastorales,* Edice, Madrid, 1987.

DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, *Congreso Iglesia y salud,* Edice, Madrid, 1995.

CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana,* EDB, Bologna, 1989.

ALVAREZ F., Pastoral de la salud, un reto a la formación, in *Dolentium hominum,* n° 32/1996.

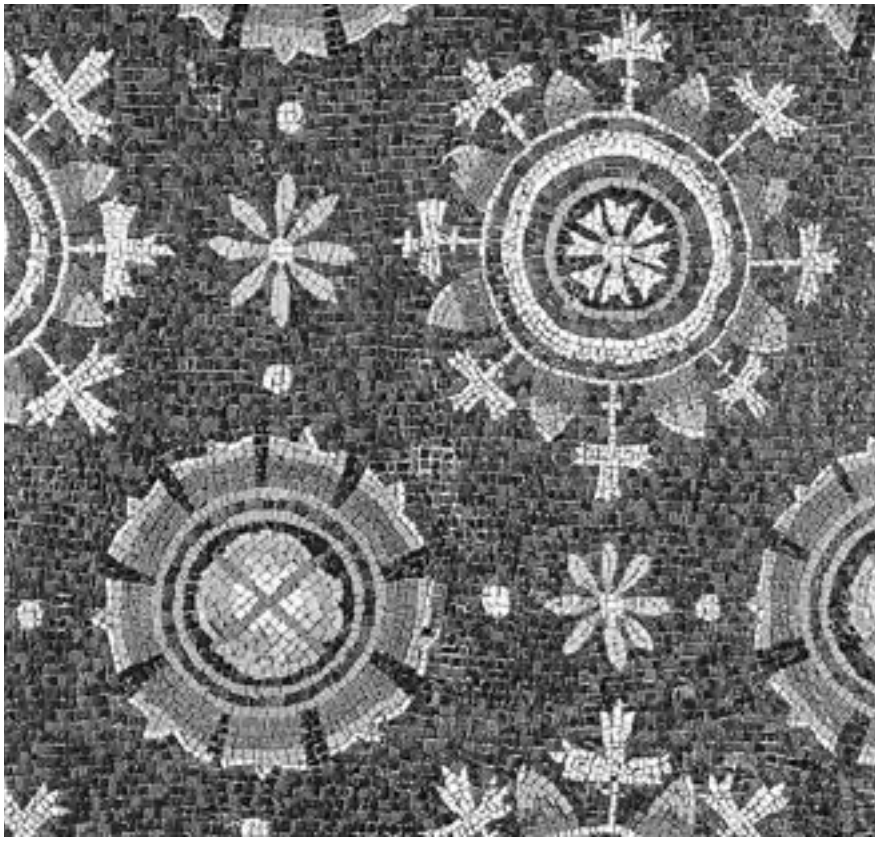
BRUSCO A. e SANDRIN L., *Il cappellano d'ospedale. Disagi e nuove opportunità.* Edizioni Camilliane, 1993.

BRUSCO A., *La humanización de la asistencia al enfermo,* Sal Terrae, Santander, 1999.

INSTITUTO INTERNACIONAL DE TEOLOGIÍA A DISTANCIA, *Plan de formación sistemática. Pastoral de la Salud,* Madrid, 1996.

NOUWEN H.J.M., *Un ministerio creativo,* PPC, Madrid, 1998.

PANGRAZZI A., *Girasoles junto a sauces,* Sal Terrae, Santander, 1999.

PANGRAZZI A., El cappelán, la asistencia religiosa y la cappellanía, in *Dolentium hominum,* n° 33/1996.

AA.VV., *Dizionario di teologia pastorale sanitaria,* Ed. Camilliane, Torino, 1997.