



DOLENTIUM HOMINUM

N. 48 — anno XVI — N. 3, 2001

**RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE**

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.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

- 4 **Pregiera a Maria Santissima**
Giovanni Paolo II

- 4 **Nomine Pontificie**

ARGOMENTI

- 6 **La percezione del dolore nel mondo buddhista**
Prof.ssa Elena De Rossi Filibeck

- 10 **Evangelizzazione nel mondo della salute mentale. Fondamenti e linee d'azione**
P. José Antonio Pagola

- 17 **Antropologia ed etica del morire**
Prof. José Garcia Ferez

- 20 **Il morire nella nostra società: aspetti filosofici ed etici**
Prof. Franco Davide Pilotto

TESTIMONIANZE

- 44 **Problemi della salute nel Burkina Faso**
P. Renato Di Menna, M.I.

- 49 **Il Beato Luigi Tezza, fondatore delle Figlie di San Camillo**
P. Angelo Brusco, M.I.

- 55 **La Pastorale della Salute nell'Arcidiocesi di Managua**

- 60 **Spagna: Dipartimento di Pastorale della Salute Giornata Mondiale del Malato «Pregare nella malattia» 11 febbraio 2002**

CONGRESSO INTERNAZIONALE DEGLI OSTETRICI E DEI GINECOLOGI CATTOLICI
ROMA, 17-20 GIUGNO 2001

- 64 **Indirizzo d'omaggio**
Dott. Gian Luigi Gigli

- 65 **Di fronte a tensioni e pressioni sociali, ai sanitari cattolici si apre la via dell'obiezione di coscienza che dovrebbe essere rispettata da tutti, in particolare dai legislatori**
Giovanni Paolo II

- 67 **Il Meeting Internazionale degli Ostetrici-Ginecologi Cattolici. Cronaca di un evento**
Dott. Gian Luigi Gigli

- 69 **Proteggere la vita umana in un mondo che cambia: la responsabilità degli ostetrici cattolici**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

- 74 **Una questione di coscienza**
Prof. Robert Walley

- 78 **L'importanza del ginecologo-ostetrico davanti alle sfide in ambito biomedico**
Dott. Gian Luigi Gigli

- 81 **Anno 2001, Attività del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute**
Mons. Krzysztof Nykiel

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
"Omaggio a San Marco, Tesori dall'Europa"
a cura di Hermann Fillitz, Giovanni Morello
Electa

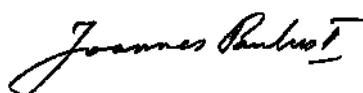


Preghiera a Maria Santissima “Salute degli infermi”

*O Vergine Maria, “Salute degli infermi”,
che hai accompagnato Gesù sulla via del Calvario,
e sei restata accanto alla croce su cui moriva tuo Figlio
partecipando intimamente ai suoi dolori,
accogli le nostre sofferenze e uniscile a quelle di Lui,
perché i semi gettati durante il Giubileo
continuino a produrre frutti abbondanti negli anni che verranno.
Madre tenerissima, con fiducia ci rivolgiamo a Te.
Ottienici dal tuo Figlio di poter presto tornare,
pienamente ristabiliti, alle nostre occupazioni,
per renderci utili al prossimo col nostro lavoro.*

*Resta intanto accanto a noi nel Momento della prova
e aiutaci a ripetere ogni giorno con Te il nostro sì,
sicuri che Dio sa trarre da ogni male un bene più grande.
Vergine Immacolata, fa’ che i frutti dell’Anno Giubilare
siano per noi e per quanti ci sono cari
pegno di rinnovato slancio nella vita cristiana,
perché nella contemplazione del Volto di Cristo Risorto
troviamo l’abbondanza della misericordia di Dio
e la gioia di una comunione più piena con i fratelli,
primizia della gioia senza fine del Cielo. Amen!*

Dal Vaticano, 11 Febbraio 2001



Nomine Pontificie

Il Santo Padre ha confermato, per un altro quinquennio,
Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute,
L'Eccellentissimo Monsignor Javier Lozano Barragán

Il Santo Padre ha confermato, per un altro quinquennio,
Segretario dello stesso Pontificio Consiglio,
L'Eccellentissimo Monsignor José Luis Redrado Marchite, O.H.

Il Santo Padre ha confermato, fino al compimento del 70° anno di età,
Sotto-Segretario del medesimo Pontificio Consiglio,
il Reverendo P. Felice Ruffini, M.I.

Argomenti



*La percezione del dolore
nel mondo buddhista*

*Evangelizzazione nel
mondo della salute mentale.
Fondamenti e linee d'azione*

*Antropologia ed etica
del morire*

*Il morire
nella nostra società:
aspetti filosofici ed etici*

La percezione del dolore nel mondo buddhista

6

Per introdurre l'argomento del nostro incontro mi sarà consentita una riflessione forse ovvia ma basilare, secondo la quale il dolore, nell'accezione più ampia del termine, è sperimentato in diversi gradi da tutti gli esseri umani, senza distinzione alcuna. La percezione del dolore e la risposta individuale o collettiva che vi si dà varia invece da persona a persona, da popolo a popolo, tanto che a ragione si parla di una antropologia del dolore. Facendo mie le riflessioni dei filosofi su tale termine, dirò che il dolore è quanto di più proprio, individuale e intransferibile possa darsi nella vita degli uomini. Al tempo stesso però, essendo una esperienza che induce inevitabilmente chi soffre a porsi l'interrogativo del perché la sofferenza colpisca proprio lui e non altri, il dolore diventa oggetto di riflessione, spingendo chi soffre a dire del proprio dolore e ad evadere dalla prigione della solitudine a cui il dolore condanna per effetto della sua intrinseca natura. Nella testimonianza del dolore, s'intrecciano in modo indissolubile l'individuale e l'universale senso del soffrire, perché chi parla del proprio dolore ne parla in un mondo in cui sono già presenti categorie mentali e verbali predisposte ad essere intese dagli altri. La dimensione universale, che è presente in ogni esperienza individuale di dolore, permette a chi soffre di comunicarlo in uno scenario già preesistente. Si tratta di scenari di senso che rendono il patire più sopportabile, perché all'interno di essi il dolore viene giustificato e compreso.

Ciò vale per tutti gli uomini, siano essi figli della cultura occidentale o di quelle orientali. L'umanità in tutta la sua storia, provata dall'esperienza del dolore, si cimenta con esso cercando risposte diverse, ma

pur sempre tentate attraverso la visione del dolore come di una occasione di prova e di giudizio per l'intero senso della propria esistenza.

La letteratura sull'argomento è assai vasta. Basterà qui, come esempio, per capire con quali temi ci stiamo confrontando, citare il filosofo Salvatore Natoli, secondo il quale vi sono sostanzialmente due grandi forme culturali mediante cui l'Occidente ha interpretato il patire: la tradizione del mondo greco, caratterizzata dal significato della tragedia, da cui scaturisce la visione dell'eroe che sfida il dolore, e la tradizione ebraico-cristiana, secondo la quale l'uomo deve resistere al dolore aspettando la salvezza.

Nel mondo contemporaneo, egli nota, le visioni ideali sono state sostituite dalla fede nella tecnica.

Un atteggiamento tipico della nostra società occidentale, sempre più lontana dalle proprie radici religiose, è quello che vede nei mezzi della tecnica la soluzione del dolore, considerando soltanto la parte malata di una persona sofferente.

Il dolore tende così ad essere rimosso, ad essere sottratto alla vista e affidato ai competenti, a volte anche negato. Lo scenario in cui campeggiano la scienza e la tecnica si ispira al dominio e all'annientamento del dolore. Grazie alla possibilità dei moderni mezzi terapeutici, la scienza e la tecnica hanno il potere di far variare la soglia del dolore e perciò di decidere dei livelli di percezione della sofferenza. Seguendo fino in fondo l'idea del dominio sulla sofferenza si può addirittura giungere ad ipotizzare un mondo senza dolore: la tecnica potrà darci quanto Dio ci ha negato. Anticamente non si poteva variare il corso naturale della vita degli uomini, mentre proprio

quest'ultima eventualità si è dischiusa nel mondo attuale.

Sia ben chiaro che qui non si vuole affatto sminuire il grande valore benefico degli alti livelli scientifici raggiunti dalla medicina occidentale, ma soltanto cercare di individuare le ragioni per cui oggi molti si interrogano sulla validità di una fede riposta esclusivamente nei mezzi della tecnica.

Non è quindi un caso che io sia stata invitata a parlare qui e non è certo perché il Buddismo o il Tibet siano di moda, ma perché nelle persone più sensibili e attente alla problematica del dolore cresce l'interesse verso possibili alternative interagenti con la moderna tecnica in aiuto di chi soffre e verso il mondo culturale da cui tali alternative provengono.

Parlando di percezione del dolore nel mondo buddhista sono obbligata ad una precisazione che determini meglio ciò che qui si intende con tale espressione.

Il Buddismo è una religione ricca di 25 secoli di storia che, sorta in India approssimativamente nel quinto secolo prima di Cristo, si sparse in tutta l'Asia, conoscendo adattamenti molteplici a seconda dei luoghi di diffusione. Gli adattamenti furono possibili poiché il Buddismo non predicava principi teologici, ma anzi proponeva la superiorità della prassi sulla teoria, lasciando che uomini di diverse culture e tradizioni religiose s'incontrassero sul piano dell'esperienza. È sufficiente soffermarci sul nucleo della predicazione più antica del Buddha storico, che consiste nelle cosiddette Quattro Nobili Verità, fondamento di tutte le varie scuole del Buddismo, per comprendere immediatamente come il dolore sia considerato fatto centrale dell'esistenza. L'ordine con cui il Buddha, chiamato anche

«Medico di tutte le genti», enuncia le sue verità, ricorda non a caso lo schema diagnostico dell'antica medicina indiana, secondo cui occorre in primo luogo identificare il male e la sua eziologia, poi accertarne la curabilità ed infine prescrivere quanto era necessario alla guarigione.

Per analogia a questo schema, il male è qui inteso come pena e dolore esistenziale: la prima nobile verità dice infatti che tutto è dolore. La seconda nobile verità individua nel desiderio, nell'attaccamento all'esistenza la causa del male. La terza nobile verità considera la soppressione o la cessazione del desiderio come la cura ai mali dell'esistenza. In-

sale dolore per tutti i possibili mutamenti.

Se si segue la via indicata dal Nobile Ottuplice Sentiero l'agire, che per i buddhisti è considerato corporale, vocale e mentale (si agisce cioè bene o male con il corpo, con la parola, con la mente), non sarà mosso dai tre impulsi negativi quali l'odio, l'avidità e l'ignoranza, e non produrrà conseguenze negative, ma al contrario genererà compassione per tutti gli esseri viventi, capace di suscitare in chi la sperimenta un grande desiderio di raggiungere la salvezza o illuminazione. Per i buddhisti, i nostri atti ci seguono sia in questa che nella vita futura, per cui la meta è quella di sfuggire

te. Anzi, in tutto il mondo orientale antico la medicina è considerata una tra le scienze più importanti, insieme all'astrologia, alla grammatica, alla logica.

Tuttavia la prospettiva terapeutica e il modo di prepararsi alla morte tengono profondamente conto della visione religiosa della vita, tanto che la medicina non è considerata una disciplina con una propria autonomia culturale, ma è parte del vasto sistema concettuale nato dalla predicazione del Buddha.

Il punto centrale di riferimento è il concetto di mondo, inteso come mentale e fisico al tempo stesso. La vita non è appannaggio esclusivo degli individui ma è un fenomeno globale, che accomuna tutte le forme esistenti in un unico progetto che è mentale nella sua essenza ultima: la natura della mente è la natura di tutte le cose. È soprattutto il punto di vista tibetano sul dolore e i rimedi ad esso predisposti che qui sarà illustrato, nella consapevolezza di non tradire il tema dell'argomento iniziale, poiché la tradizione medica tibetana è parte integrante del Buddismo tibetano. In tale tradizione confluiscono anche le conoscenze derivanti dalla medicina indiana e cinese. Inoltre, penso sia interessante ricordare che dopo la conquista araba della Persia anche un remoto influsso della medicina greca giunse in Tibet durante il periodo della monarchia, la cui cronologia va dal settimo al nono secolo. Fonti storiche parlano di un *Ga le nos* alla corte di un re tibetano insieme ad un medico indiano e a un altro cinese. Il nome ricorda chiaramente il Galeno di Pergamo vissuto nel secondo secolo dopo Cristo: non è improbabile ritenere che un medico persiano appartenente alla scuola medica di ispirazione greca, e quindi indicato come Galeno, sia giunto fino a Lhasa.

La medicina tibetana considera il paziente nell'interezza della sua persona, i cui aspetti fisici, emotivi e spirituali sono inseparabilmente unificati nell'essere individuale. Inoltre, l'uomo è visto come parte



fine, riguardo alla prescrizione necessaria alla guarigione, la quarta nobile verità indica la via che conduce alla cessazione del desiderio e quindi del dolore.

Questa via consiste in un'articolata prassi ascetica denominata «Nobile Ottuplice Sentiero», che ha come base iniziale e fondamentale il regolare la propria vita su saldi principi morali (non uccidere, non rubare, non mentire, non commettere adulterio...). Ricordo che il Buddismo è stato definito anche una filosofia etica.

Nella speculazione buddhista è importante la distinzione tra il dolore per i dolori, immediatamente percettibile e sperimentato da tutti, anche se limitato ad alcuni eventi quali la malattia, la vecchiaia e la morte, e il più sottile e univer-

ad un convulso giro di esistenze, arrestando il movimento e gustando la pace della liberazione. Liberazione dal ciclo delle nascite e delle morti per conseguire il Nirvana, che è uno stato indicibile.

Quando mi riferisco al mondo buddhista intendo tutto quel mondo culturale che identifica la propria visione di fede e di vita con i principi «grosso modo» sopra esposti. Il Buddismo percepisce quindi tutta la realtà dell'esistenza umana indissolubilmente legata al dolore. In una simile visione la malattia, la vecchiaia e la morte sono accettate in quanto fatti ineluttabili, come ineluttabile è il dolore. Questo però non vuol dire affatto che avendo coscienza della ineluttabilità di tali eventi si rinunci alla cura o non si tema la mor-

organica dell'universo biologico e cosmico, soggetto a tutte le immutabili e irrevocabili leggi di natura: il microcosmo di un individuo è l'esatta replica del macrocosmo dell'universo. Un essere umano è il prodotto della congiunzione temporanea di cinque ordini di fenomeni in costante mutamento: corpo, sensazioni, percezioni, impulsi e coscienza. La coscienza è il principio che accentra tutte le informazioni sensoriali, ed è quindi la sede del pensiero discorsivo. Sostenuta da un subconscio condizionato dalle azioni passate, è proprio questa coscienza che trasmigra da una esistenza a un'altra, quando, nel momento della morte, gli elementi che costituiscono il corpo si disintegrano. In tutti i suoi aspetti, dal più grossolano al più sottile, sostanzialmente il corpo non è altro che un aggregato complesso e diversificato dei cinque elementi che compongono tutto l'universo: terra, acqua, fuoco, vento e spazio. Cercando di precisare meglio, per i tibetani il corpo funziona grazie alla presenza di sette costituenti: essenza nutritiva, sangue, carne, tessuto adiposo, ossa, midollo e fluido rigeneratore; di tre funzioni secrete: feci, sudore e urina; e di tre cosiddetti umori: vento, bile e flemma. Gli umori sono intesi sia fisicamente, come soffio del respiro, bile accumulata nella cistifellea e secrezioni mucose nello stomaco, sia come una derivazione degli elementi cosmici in rapporto alle loro qualità: vento è espressione dell'elemento aria con caratteristiche di leggerezza, mobilità, ecc.; bile è espressione dell'elemento fuoco, con caratteristiche di calore, fluidità, ecc.; la flemma è espressione degli elementi terra e acqua con caratteristiche di pesantezza, lentezza, morbidezza, ecc. I tre umori regolano con la loro armonica coesione la salute dell'organismo influenzando i sette costituenti e le tre funzioni secrete. La medicina tibetana studia e cura in primo luogo l'atteggiamento mentale del paziente nel suo rapporto con i tre umori del corpo, poiché la salute mentale e corporale dipendo-



no dallo stato di armonia e dall'equilibrio dei cinque elementi, che possono essere turbati da cause esterne o interne, come pensieri o azioni malvagie. I Tibetani credono che quando l'odio, l'avidità o l'ignoranza disturbano i tre umori (vento, bile e flemma) si determina l'insorgere di una malattia. Perciò la medicina tibetana è stata definita a ragione una delle più antiche medicine olistiche e psicosomatiche che si conoscono e che vengono ancora praticate.

La diagnosi si basa in primo luogo sulle informazioni raccolte interrogando il paziente a proposito dei sintomi, tastandogli il polso, esaminando la lingua e l'urina. Per quanto riguarda il metodo di cura, non esiste un trattamento che possa considerarsi strettamente organico; la terapia consiste nell'intervenire sul paziente con la prescrizione di una dieta adeguata, con consigli di comportamento, con la somministrazione di medicine e con un trattamento medico esterno. È interessante sapere che prima di qualsiasi cura occorre praticare il rito religioso appropriato. Esiste una vastissima letteratura al riguardo, nella quale è corretto includere tutti quei testi tibetani chiamati «Rituali di lunga vita» ed anche «Preghiere e riti per il mantenimento della buona salute»: al di là di un aspetto che a noi può sembrare magico-religioso, fanno ben comprendere come la prevenzione sia il primo scopo della medicina tibetana.

Le sostanze base della medicina tibetana (se ne contano 2294) sono erbe, pietre preziose, minerali, succhi e secrezioni di piante e di animali. Le medicine preparate con queste sostanze vengono poi prescritte come decotti, polveri, pillole, sciroppi, oli minerali, ceneri. I testi tibetani di medicina contengono le spiegazioni per combattere ben 1616 malattie, con l'indicazione di oltre mille medicinali. La somministrazione dei medicinali è considerato un metodo leggero mentre il salasso, l'incisione, la moxibustione e la pratica dell'ago d'oro sono considerati un metodo forte di cura.

Esiste poi il metodo considerato violento, che consiste in operazioni di piccola chirurgia, quali la rimozione di corpi estranei, la cauterizzazione da ascessi, il raschiamento di tessuti gravemente danneggiati.

Secondo testimonianze di chi ha vissuto nel centro medico di Dharamsala in India, residenza del Dalai Lama e di molti profughi, i Tibetani considerano una virtù la capacità di sopportare il dolore fisico e affrontano queste operazioni chirurgiche senza anestetici. Sarebbe però riduttivo non accennare a quell'aspetto del Buddismo tibetano che trova nella pratica meditativa il suo punto più elevato e che irradia tanto fascino e suggestione nel nostro Occidente.

Mi riferisco in particolare al Tantrismo, intendendo con ciò tutto quel complesso di istruzioni e metodi sulla concentra-

zione spirituale che potenziano al massimo le possibilità della mente umana e che sono di grande importanza anche per la visione medica di cui caratterizzano la parte più spirituale e mentale. Con la tecnica meditativa tantrica si arriva a generare, ad esempio, quello che i Tibetani chiamano il *gTum mo*, ovvero la pratica del calore psichico che è in grado di far aumentare anche la temperatura corporea, rendendo possibile la sopravvivenza, per chi sa praticarlo, in situazioni estreme; ed ancora la pratica chiamata *bCud len* che permette di vivere senza cibo per un determinato periodo, assumendo soltanto delle pillole fatte con minerali polverizzati o petali di fiori. Sempre grazie alla meditazione tantrica si possono produrre i cosiddetti semi di beatitudine, forse assimilabili a quelle sostanze che noi chiamiamo endorfine e che garantiscono una spontanea protezione nei confronti del dolore sia psichico che fisico.

Attraverso le tecniche meditative inoltre si giunge a visualizzare ciò che i Tibetani chiamano la Luce Chiara. Con tale espressione si intende il livello più raffinato della mente, che diventa manifesto solo quando tutti gli elementi grossolani che compongono il corpo hanno cessato le loro funzioni attive: una condizione che si raggiunge normalmente al momento della morte, ma che può essere indotta intenzionalmente con la tecnica meditativa. La più profonda distanza che separa il mondo buddhista tibetano da quello occidentale contemporaneo è sicuramente la visione della morte. Non soltanto per la credenza nel ciclo samsarico, ma soprattutto per l'atteggiamento che i Tibetani hanno nei confronti della morte.

In Tibet si è sviluppato nel corso del tempo quella che potremmo definire una vera e propria *ars moriendi*. In Occidente è molto noto il *Bar do thos grol* ovvero il Libro tibetano dei morti, testo che la tradizione tibetana fa risalire all'ottavo secolo della nostra era. La traduzione del titolo significa: «Autoliberazione nel-

l'udire durante il periodo intermedio». Il periodo intermedio si riferisce a quel tempo che per i Tibetani intercorre tra la morte fisica e la rinascita successiva e che può essere paragonato a quelle esperienze pre-morte che in Occidente sono oggetto di ricerca scientifica. Chi muore conserva un principio cosciente sul quale il lama che lo assiste può intervenire con la recitazione del testo. Mediante la lettura, chi muore, se si è adeguatamente preparato in vita, può essere guidato verso una conoscenza liberatoria che gli permette di realizzare una rinascita adeguata, se non addirittura la completa liberazione dal ciclo esistenziale. Per concludere ricorderò quanto scritto in proposito dal XIV Dalai Lama del Tibet: «La meditazione sulla morte e sull'impermanenza dovrebbe essere ispirata da un grande piacere. È molto importante avere la consapevolezza della morte: se una persona è preparata da lungo tempo, non sarà sconvolta dal suo arrivo, mentre se una persona evita la questione della morte cercando di dimenticarla, allora ne sarà colta impreparata e ne sarà spaventata quando arriverà il momento».

Non sarà sfuggito ai presenti come, per alcuni aspetti, la visione cristiana e la visione buddhista della vita, della morte e del dolore, seppure profondamente diverse, abbiano dei punti di contatto. Non sarà fuor di luogo evocare il grave pericolo di estinzione che minaccia le tradizioni religiose, culturali e mediche dei



Tibetani come anche lo stesso popolo tibetano in quest'ora tragica della sua storia. Sotto un altro profilo, oserei ricordare come pure l'annuncio cristiano, che nel campo dell'assistenza ai malati è stato capace di suscitare esempi sublimi di umanità, rischia sempre più di essere emarginato nel mondo attuale. Vorrei citare a conclusione del mio intervento quanto scritto da Cristina Campo nella prefazione al libro *Nato in Tibet* di Chogyon Trungpa, in cui ravvisava nell'oblio della dimensione verticale del pensiero la responsabilità di tanti mali nella nostra cultura contemporanea.

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

Relazione presentata al Convegno organizzato dall'Ospedale S. Pietro di Roma sul tema «Dolore cronico maligno e benigno»; Roma, 14 marzo 1998.

Bibliografia

- MASARAKI G. L., *Tibet. Magia e medicina*, Istituto Riter, Milano 1989.
- SOGYAL RINPOCHE, *Il libro tibetano del vivere e del morire*, Ubaldini ed., Roma 1994.
- NATOLI S., *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli ed., Roma 1987.
- VAIDYA BHAGAWAN DASH, *Encyclopaedia of Tibetan Medicine*, 3 voll., Delhi 1994.
- VAIDYA BHAGAWAN DASH, *Materia Medica of Tibetan Medicine*, Delhi 1994.
- GYURME DORJE, YURI PARFIONOVIC, FERDINAND MEYER, *Antica medicina tibetana*, Zanfi ed., Modena 1994 (versione italiana a cura di Antonella Comba).
- NAMKAI NORBU, *Il libro tibetano dei morti. Magia e Religioni*, Newton Compton ed., Roma 1983.
- TENZIN GYATSO XIV DALAI LAMA, *La perfetta Felicità*, Studio Tesi ed. 1995, traduzione italiana di Federica Meret da: «Path to bliss: a practical guide to stages of meditation», Ithaca 1991.
- EVANS-WENTS W. Y., *Lo yoga tibetano e le dottrine segrete*, Ubaldini ed., Roma 1973.
- YESHI DONDEN-JAMPA KELSANG, *Il tantra della medicina tibetana*, Ubaldini ed., Roma 1980.
- CHOGYAM TRUNGPA, *Nato in Tibet*, Collana Documenti di cultura moderna, Borla ed., Torino 1970.
- DE ROSSI FILIBECK E., *Catalogue of the Tucci Tibetan Fund in the Library of IsMEO*, vol. I, Rome 1994.
- PIANTELLI M., *Il buddhismo indiano, in Storia delle religioni. Religioni dell'India e dell'estremo oriente*, a cura G. Filoramo, Laterza ed., Bari 1996.

Evangelizzazione nel mondo della salute mentale. Fondamenti e linee d'azione

10

Per i seguaci di Cristo, la sua opera è il modello ispiratore e il criterio decisivo per configurare l'azione evangelizzatrice e per captare lo spirito che deve animarla. Solo alla luce del suo operato potremo fondare l'evangelizzazione nel mondo della salute mentale e suggerire alcune linee d'azione.

I. L'opera di Gesù nel mondo dell'infermità mentale

Gesù annuncia e offre la salvezza di Dio, non in un modo qualunque, ma generando salute e facendo il bene nel mondo della malattia e della sofferenza. Gesù si fa presente là dove la vita appare più deteriorata, tormentata e sciupata, e solo a partire da un'azione liberatrice e benefattrice a questi uomini e a queste donne egli annuncia a tutti che Dio è Salvatore, Amico della vita e della felicità ultima di ogni essere umano.

In concreto, indicherò quattro aspetti dell'opera di Gesù nel mondo dell'infermità mentale: 1) «Fare posto». Gesù accoglie questi malati e fa loro posto nella sua vita; 2) «Salvare il perduto». Gesù si sforza di salvare colui che sembra perduto; 3) «Difendere il debole». Gesù difende il derelitto, vittima del male; 4) «Comunicare con l'escluso». Gesù incorpora nella convivenza i malati esclusi dalla società.

1. La cura del malato mentale di Gerasa

Prima di studiare l'opera di Gesù, ci soffermeremo su un episodio conosciuto: «la cura del posseduto di Gerasa», che appare nella tradizione sinottica (Mc 5, 1-20; Mt 8, 28-34; Lc 8, 26-39). Si tratta di una scena sorprendente in cui si manifesta, con tratti nitidi, l'a-

zione evangelizzatrice di Gesù nel mondo misterioso e tormentato della malattia mentale (gli «indemoniati» secondo la mentalità dell'epoca).

La situazione del malato è tragica. Egli è vittima di uno «spirito immondo», cioè lontano dal Dio Santo, privo di Dio; «correva per i monti», in uno stato di solitudine totale e selvaggia; «aveva la sua dimora nelle tombe», escluso dal mondo dei viventi; «legato con ceppi e catene» da una società che pensava soltanto a difendersi da lui; un malato irrecuperabile, «nessuno era riuscito a domarlo»; viveva «urlando» discorsi insensati, incapace di comunicare con gli altri; «percuotendosi con pietre», vittima della propria violenza.

Gesù lo incontra, e il malato gli grida a gran voce: «Che c'è fra me e te, Gesù, Figlio del Dio Altissimo?». Cosa ha a che vedere Gesù, il Figlio di Dio, con questo mondo oscuro e doloroso della malattia mentale? Gli evangelisti descrivono dettagliatamente l'opera di Gesù: gli chiede il nome, vuole aiutarlo a recuperare la propria identità: «Qual è il tuo nome?». Il malato risponde: «Legione è il mio nome, poiché siamo molti». È un uomo diviso, frammentato dalla malattia; dentro di lui c'è un mondo confuso di divisione e di dolore. Gesù gli dice: «Esci da quest'uomo, spirito immondo». Fai posto allo Spirito di Dio, fai posto alla riconciliazione, alla pace, alla liberazione interiore, alla crescita di questa persona.

Luca ci descrive bene la trasformazione del malato. Quando la gente arriva, trova l'uomo «seduto ai piedi di Gesù», «vestito e sano di mente». Quelli che lo avevano visto riferirono «come l'indemoniato era stato guarito». Gesù introduce in quella vita un nuovo

equilibrio, lo toglie da uno stato infraumano, gli fornisce una nuova qualità di vita. Ma, inoltre, gli comunica la sua Parola, gli regala la fede. L'indemoniato non solo è curato, è un uomo «salvato». È un discepolo di Gesù.

Infine, Gesù lo incorpora nuovamente nella società. Lo strappa dalla solitudine delle montagne e dalle tombe ove prima trascinava la sua esistenza; lo toglie dall'isolamento e dalla segregazione e lo riporta alla vita, alla casa, alla convivenza. «Va' a casa tua dai tuoi e annuncia loro quanto il Signore ha fatto e come ha avuto pietà di te» (Mc 5, 19). Ed egli se ne andò per la Decapoli proclamando «quanto Gesù gli aveva fatto» (Mc 5, 20). Quell'uomo si trasforma in Vangelo, in Buona Novella di Dio. In lui si manifesta la «misericordia» di Dio per l'essere umano.

2. Gesù si avvicina al mondo dell'infermità mentale

È la prima cosa che dobbiamo annotare. Gesù si avvicina ai malati, ma, più concretamente, si avvicina ai malati di mente. Nella lunga lista di malati di cui Gesù si prende cura, si parla costantemente di questi malati, considerati in quell'epoca come posseduti da Satana e da spiriti cattivi. Gesù curava i malati, ma cacciava anche i demoni. Percorreva la Galilea «annunciando il vangelo del Regno e guarendo fra il popolo ogni malattia e infermità... Condussero a lui malati di ogni genere: sofferenti di infermità e dolori vari, indemoniati e paralitici ed egli li guarì» (Mt 4, 23-24. Cfr Mc 1, 34 e Lc 6, 18-19).

Per comprendere bene questo gesto di Gesù, dobbiamo ricordare come era considerata la malattia mentale nella società del tempo. Nella menta-

lità semitica, ogni malato è un uomo che è stato abbandonato dallo Spirito di Dio, quel soffio vitale con il quale Dio sostiene ogni persona. Per questo, il malato è sempre una persona minacciata nel suo stesso essere, una persona che cammina verso la morte, che

sa a un male inspiegabile e misterioso, che genera paura e risulta minaccioso. Pertanto, il malato di mente è un uomo abbandonato da Dio e posseduto dal male, qualcuno da cui bisogna difendersi e fuggire.

In questo contesto socio-religioso, Gesù «fa posto» nella

un'ossessione. Gesù parla nelle sue parabole della «pecorella smarrita», del «figliol prodigo», della «dramma perduta» (Lc 15). Egli si sente inviato alle «pecore disperse della casa di Israele» (Mt 15, 24) e proclama che «il Figlio dell'uomo è venuto a cercare e a salvare ciò che era perduto» (Lc 19, 10). Gesù, l'amico della vita, si avvicina al mondo del malato per salvare ciò che è perduto, la salute deteriorata, la vita sciupata. Egli è la speranza dei perduti.

Per questo incontriamo Gesù tra i malati di mente, tra gli alienati, tra coloro che si sono travati, che hanno perduto il senso della loro vita e anche la loro identità, tra i posseduti dal male, i condannati all'insicurezza e alla paura, tra coloro che sperimentano il proprio male come qualcosa di irrimediabile. Tra coloro che studiano «la tendenza verso il basso» propria di Gesù, C.H. Dodd segnala l'«inedito interesse per il perduto», L. Boff nota che Gesù si dirige di preferenza verso «i non uomini». Se Gesù si avvicina ai malati di mente è solo perché è mosso dal suo amore sviscerato per questi esseri perduti e dalla sua passione per strapparli dal potere disintegratore del male. La prima comunità cristiana è rimasta con questo ricordo: «Dio ha consacrato in Spirito Santo e potenza Gesù di Nazaret, che passò facendo del bene e sanando tutti quelli che erano sotto il potere del diavolo, perché Dio era con lui» (At 10, 38). Questo è Gesù: pieno dello Spirito di Dio, va liberando e sanando gli oppressi dal male e dalla divisione interiore («diavolo» = «colui che separa»).

Vorrei ricordare che, nei vangeli, gli indemoniati (infermi psichici, epilettici, ecc.) non sono mai descritti come peccatori, uomini moralmente cattivi, bensì come vittime indifese del male. Per questo, la lotta di Gesù non è contro il peccato di questi uomini, ma contro il male che li tormenta e li distrugge.

Gesù li libera dalla solitudine e dall'isolamento. Li libera dalla confusione interiore, dalla divisione e dall'aliena-



va cadendo nell'oblio di Dio. Perciò, l'ebreo ammalato vive la propria malattia come un'esperienza di impotenza e di abbandono e, cosa più terribile, di abbandono e rifiuto da parte di Dio. In qualche modo, ogni malattia è un castigo o una maledizione di Dio, e il malato un uomo «ferito da Yahveh».

La situazione del malato di mente è ancor più tragica. Costui è rimasto tanto vuoto dello Spirito di Dio, tanto abbandonato, che la sua persona è stata invasa da Satana e dagli spiriti maligni. Satana è il Male per antonomasia, la personificazione di tutto ciò che distrugge i piani salvifici di Dio, colui che distrugge l'essere umano e che lo tormenta. Gli ebrei parlano di Satana quando si riferiscono a una persona sottomes-

propria vita a questi uomini e a queste donne che non hanno posto nella società e, apparentemente, neanche nel cuore di Dio. È questo il dato fondamentale. Il malato di mente è il prototipo dell'«abbandonato». Gesù accoglie e fa posto proprio a questi malati che vivono nel mondo, senza che il mondo sia per loro una casa, a coloro che non hanno posto da nessuna parte, i malati rifiutati, che non sanno a chi ricorrere, che si scontrano giorno dopo giorno con le barriere alzate da coloro che sono sani, che sono sicuri. Gesù mostra loro che non sono soli e abbandonati.

3. Gesù salva la vita perduta del malato di mente

Salvare ciò che è perduto è un altro aspetto di Gesù, quasi

zione. Li libera dal tormento della malattia, dalla paura di Dio. Infonde nella loro vita «pace», «shalom», cioè benedizione, grazia, benessere, sicurezza, fiducia nel futuro. È ciò che Gesù poneva in ogni malato: «va' in pace e sii sanato dal tuo male» (Mc 5, 34). Gesù, pieno di Dio, trasmette vita, salute e benedizione nel malato di mente: «Ora il Figlio di Dio è apparso per distruggere le opere del diavolo» (1 Gv 3, 8).

4. *Gesù difende il malato debole*

Altro aspetto fondamentale di Gesù: difendere sempre il debole, l'indifeso, colui che non può farsi valere. Gesù parla molte volte dei «piccoli», di coloro che non sono grandi in nessuna cosa, che non hanno potere né forza per difendersi. «Guardatevi dal disprezzare uno di questi piccoli» (Mt 18, 10); «Proprio questo è il volere del Padre vostro che è nei cieli: che neanche uno di questi piccoli si perda» (Mt 18, 14); «In verità vi dico: tutto quello che avete fatto a uno dei più piccoli di questi miei fratelli, l'avete fatto a me» (Mt 25, 40).

Per questo, vediamo Gesù difendere i malati di mente, che non hanno prestigio né potere alcuno, senza immagine e senza identità, poveri non solo nell'avere, ma poveri della povertà dell'essere, poveri di una vita cosciente e affettiva, senza il potere di un discorso coerente, isolati e divisi dal male.

Gesù li difende di fronte a quella società che li esclude e li condanna a vivere in luoghi solitari; li difende dalle leggi e dai tabù che li disprezzano come impuri. Non ha paura di toccarli e di liberarli dall'impurità e dal disprezzo. Si impegna tanto nella loro difesa che presto identificano anche lui con gli indemoniati: «È posseduto da Belzebù e scaccia i demoni nel nome del principe dei demoni» (Mc 3, 22). Viene preso per pazzo e indemoniato: «È posseduto da uno spirito immondo» (Mc 3, 30).

Però Gesù difende questi uomini e queste donne deboli dalla forza del male. Vede

questi malati come vittime di qualcosa di «forte» che è entrato in loro e li ha schiavizzati. Egli si sente «più forte» per liberarli dal male. «Nessuno che sia penetrato nella casa di un uomo forte può depredare i suoi beni, se prima non abbia legato quel forte» (Mc 3, 27). Gesù impiega tutta la sua autorità e la sua forza per liberare questi malati dal loro male: «comanda agli spiriti immondi e questi gli ubbidiscono» (Mc 1, 27).

5. *Gesù introduce il malato nella società*

In Israele il malato di mente è il prototipo dell'escluso. Posseduto da Satana, egli viene considerato impuro. Non appartiene alla comunità santa, al popolo di Dio. Non conosce la Legge né la compie. Non può entrare nel Tempio. È escluso dalla società, condannato a vivere in luoghi solitari, lontano dalle città abitate, è marchiato socialmente e religiosamente.

I vangeli segnalano ripetutamente lo sforzo di Gesù per reintegrare i malati nella società. Così dice al paralitico guarito: «Sorgi, prendi il tuo lettuccio e vattene a casa» (Mc 2, 11). La stessa cosa succede con l'indemoniato di Gerasa. Gesù lo fa uscire dalla solitudine delle montagne, lo fa uscire dall'isolamento e dalla segregazione e lo riporta alla vita.

Il malato manifesta il suo desiderio di restare con Gesù ma questo preferisce che egli torni a casa. Ha sofferto abbastanza lontano dai suoi. Bisogna che torni a casa e racconti che il Signore ha avuto pietà di lui. Il ritorno alla vita normale è considerato come una grazia di Dio. «Va a casa tua dai tuoi e annuncia loro quanto il Signore ha fatto e come ha avuto pietà di te» (Mc 5, 19).

6. *L'annuncio di salvezza di Dio*

L'opera di Gesù nel mondo del malato di mente non è un'azione medica tra le tante. Non viene riprodotta un'attività curativa. Gesù le dà un si-

gnificato più profondo ed evangelizzatore. «Se io scaccio i demoni in virtù dello Spirito (Lc = il dito) di Dio vuol dire che realmente è giunto a voi il Regno di Dio» (Mt 12, 28).

Con la sua azione sanante e umanizzatrice, Gesù è segno che Dio non abbandona questi malati. Non sono perduti e abbandonati. Dio è vicino. Definitivamente, il Dio del bene e non del male, il Dio della creazione, della salute, della vita, non il Dio della distruzione, della malattia, della morte. L'obiettivo ultimo dell'azione sanante di Gesù è mostrare che anche in questo mondo oscuro e doloroso dell'infermità mentale Dio regna come amico dell'essere umano.



II. Grandi linee d'azione

L'opera di Gesù permette di tracciare alcune linee basilari dell'azione evangelizzatrice nel mondo della salute mentale.

1. *Avvicinarsi al malato di mente*

La prima è, senza dubbio, suscitare all'interno della Chiesa una maggiore sensibilità e un cambiamento di mentalità, che ci avvicinino al mondo del malato di mente e della sua famiglia.

1.1. *Sconosciuti e temuti*

Oggi le comunità cristiane stanno facendo uno sforzo molto significativo nel mondo dei malati più bisognosi e meno assistiti. Tuttavia, se si fa

eccezione per la dedizione generosa di alcuni ordini e congregazioni religiose e di alcuni gruppi più sensibilizzati, i malati di mente sono i grandi assenti dalla preoccupazione evangelizzatrice della Chiesa e delle comunità cristiane.

Senza dubbio è cresciuta la sensibilità nei confronti di chi soffre di depressione, di demenza senile, dell'alcolizzato o del tossicodipendente colpito nella sua personalità, ma non si osserva, almeno non nella stessa misura, un cambiamento di atteggiamento e una maggiore vicinanza al malato di mente. Essi sono i più bisognosi, ma anche i più sconosciuti e temuti. Tra questo mondo di sofferenza, di oscurità, di solitudine e distruzione, e la vita delle comunità cristiane sembra alzarsi una specie di muro invisibile che impedisce di avvicinarsi al malato di mente e di comprendere il suo dolore, che ostacola la comunicazione evangelica, la presenza evangelizzatrice.

1.2. Superare connotazioni negative

Alla radice di questo distanziamento dal malato di mente opera un insieme di connotazioni negative che è necessario affrontare in maniera più positiva e cristiana.

C'è, in primo luogo e da tempo immemorabile, l'immagine di pericolosità, associata all'infermità mentale, che spinge rapidamente all'isolamento e alla custodia del malato per difendere la società dalla sua minaccia. Una conoscenza più rigorosa e uno spirito più vicino a quello di Gesù dovrebbero portare le comunità cristiane ad adottare una posizione più realistica e differenziata, e un atteggiamento di maggiore accoglienza.

In secondo luogo, la manifestazione più importante dell'infermità mentale sono le turbe comportamentali. Ed è proprio questa alterazione del comportamento, deviato da ciò che si considera «normale», a creare insicurezza e ad impedirci o a renderci difficile l'avvicinarsi alla realtà dolorosa del malato di mente, intenti come siamo a difendere la nostra «normalità». Una sa-

na conoscenza delle nostre debolezze e un'accettazione più realistica dei nostri limiti, insieme ad un amore radicale per questo essere umano, ci permetterebbe di avvicinarci a lui in una maniera più accogliente e comprensiva.

D'altra parte, è facile considerare il malato di mente come una persona incapace di ogni comunicazione vera e crescita personale. Ciò che può essere vero in alcune delle diverse varietà o fasi della malattia mentale, esteso, tuttavia, in forma globale ed erronea ad ogni malato e a tutti i campi dell'esperienza umana, si trasforma in un ostacolo per un avvicinamento maggiormente umano e costruttivo. L'atteggiamento di Gesù, di «cercare

muovere una campagna di sensibilizzazione e di cambiamento di atteggiamento di fronte al malato di mente; un avvicinamento più reale al mondo della salute mentale (ospedali psichiatrici, unità psichiatriche dell'Ospedale generale, moduli di salute mentale, ecc.); una migliore conoscenza dei malati che appartengono alla propria comunità cristiana; un contatto più stretto con le famiglie che soffrono con un essere amato malato, ecc. Si tratta, in definitiva, di «fare posto» al malato di mente nel cuore della Chiesa e in seno alla comunità cristiana.

1.4. Necessità di formazione

Un sano avvicinamento al mondo dell'infermità mentale



e salvare colui che si è perduto», darebbe vita a un atteggiamento molto diverso.

Infine, a tutto ciò si somma l'idea generalizzata che la malattia mentale sia incurabile, che poco o nulla si possa fare. Indipendentemente da ciò che gli esperti e gli specialisti possono dire e fare nei singoli casi, occorre ricordare che, quando non si può curare, si può e si deve accompagnare, alleviare, difendere, amare.

1.3. Dare impulso all'avvicinamento

Animare nella Chiesa un processo di avvicinamento al mondo del malato di mente abbraccia diversi aspetti. Ne segnaliamo alcuni. In primo luogo rivedere il posto che occupa nel ricordo e nell'attenzione delle comunità cristiane; pro-

richiede un minimo di rigore e di competenza; apprendere la relazione più sana e benefica per il malato; sapersi collocare alla giusta distanza; sviluppare uno stile di comunicazione positiva; collaborare in una terapia di sostegno.

Tutto ciò richiede abilitazione. La buona volontà non basta. Con la migliore delle intenzioni, si può interferire o ostacolare il lavoro terapeutico. I collaboratori nella Pastorale della Salute Mentale devono acquisire una minima formazione specifica per conoscere le possibili reazioni ed atteggiamenti del malato, e il modo più adeguato per accedere a una relazione positiva. Di qui la necessità di una collaborazione stretta ed efficace tra psichiatri ed esperti della salute mentale, con gruppi e



persone che si avvicinano al malato da una prospettiva differente e non specializzata, di amicizia umana e cristiana. Tale collaborazione o «alleanza» al servizio del malato, in cui ciascuno conserva la propria identità e responsabilità, costituirebbe, a mio parere, uno dei segni più positivi di vero interesse per l'attenzione integrale al malato psichico.

Per quanto riguarda i cristiani, medici o personale curante, che lavorano nel campo psichiatrico, oltre a tutto ciò che possono insegnarci, e che è molto, hanno anche il diritto di trovarci al loro fianco di fronte ad altri credenti, per cercare insieme il senso evangelizzatore del loro lavoro e per illuminare i problemi che la salute mentale pone a una visione cristiana dell'esistenza.

2. Introdurre la benedizione di Dio

Non basta essere più presenti nel mondo dell'infermità mentale. È necessario chiederci come deve essere questa presenza e cosa bisogna adottare perché sia evangelizzatrice, come quella di Gesù.

2.1. Verso un atteggiamento evangelizzatore

L'avvicinamento al malato di mente può avere accenti diversi. Se il malato provoca sfiducia e timore a causa della sua pericolosità, si svilupperà soprattutto un atteggiamento di vigilanza e cautela. Se si desidera contrastare la sua condotta deviata, si svilupperanno misure di carattere correttivo, dirette a diminuire e ad attenuare la malattia. Se si cerca

di recuperare aspetti sani del malato e dare impulso alla sua crescita e al suo sviluppo, si promuoverà un trattamento terapeutico. Senza negare la pertinenza di queste azioni in ogni caso, e rispettando la competenza degli esperti in assistenza psichiatrica, l'atteggiamento evangelizzatore tiene presente, prima di tutto, un essere umano povero e dolente, bisognoso di amore e di benedizione. Senza negare le strade dell'assistenza psichiatrica o della saggezza psicologica, bensì includendole, esiste un cammino per giungere alla vita spezzata del malato di mente: la compassione attiva, l'amore paziente, la comunicazione che trasmette benedizione.

2.2. Imporre la benedizione di Dio

Benedire (dal latino «benedicere») significa letteralmente «parlare bene», dire cose buone a qualcuno e, soprattutto, dirgli il nostro amore, esprimergli il nostro desiderio di bene. Secondo la psichiatra e psicoanalista francese Françoise Dolto, «benedire» è fare bene. È come dire: «Desidero per te il bene. Penso a te, non penserò altro che al bene per te». Questo è ciò che è importante: la certezza che un essere umano riceva benedizione (*Concilium*, 198 – marzo 1985, 254). Si tratta quindi di essere insieme ai malati di mente in un atteggiamento di benedizione, che significa lasciare lo stigma di essere malnati, malfatti, maledetti; segnare con la benevolenza quanti sembrano segnati solo dalla maledizione; segnare con amore quanti sembrano segnati dal male.

E «benedire in nome di Dio». Comunicare con gesti, parole e atteggiamenti l'amore di Dio che non abbandona queste vite rotte e stigmatizzate. Dirgli che è benedetto, che Dio si accorge di lui, lo distingue e lo ama infinitamente. Restituirgli la sicurezza che è un essere amato da Dio con amore insondabile e gratuito.

Per questo, benedire è far sì che il malato sia avvolto dall'amore, pur se non è in grado di captarlo in maniera cosciente. Porre in questa vita un

amore silenzioso, riconosciuto solo da Dio; porre amore gratuito che illumini questa vita a volte tanto cupa e impenetrabile; porre pace e grazia dove appare solo male in eccesso.

Naturalmente, la benedizione non è un gesto isolato. Essa ha bisogno di essere mantenuta. Il malato necessita di prove costanti che è accettato e amato. Necessita di parole e di gesti benefattori, di comunicazione, compagnia, cure, accoglienza e tranquillità. Il malato ha bisogno di sapere in qualche modo che, qualunque cosa faccia e dica, ci saranno sempre per lui grazia e misericordia, ci sarà sempre qualcuno che si curerà di lui e cercherà il suo bene.

2.3. Lo stile della benedizione

La benedizione esige uno stile di attuazione. In primo luogo, come sostegno di tutta l'attenzione e la cura al malato, l'amore gratuito. Un amore che non si può basare sulla reciprocità né esigerla. Chi cura questi malati e vive con loro benedecendo, non agisce per interesse personale, e nemmeno per risentimento o timore. Colui che benedice non ha paura. Ha solo amore per la ricerca del bene del benedetto.

Questo amore è fatto di rispetto totale per la persona malata, non per la sua maturità umana né per la sua dignità morale, ma semplicemente perché è persona, immagine del Dio vivo, figlio amato del Padre. Chi benedice, sta attento al mistero profondo di cui è portatore ogni essere umano e ancor più questo malato, a volte senza libertà interiore, trasformato in qualcosa di estraneo e oscuro per se stesso.

Chi benedice, agisce ascoltando con compassione la sofferenza del malato, questa vita trasformata in tormento. Chi ama questo malato, cerca di raccogliere il messaggio globale di questa persona malata, ciò che vuole dirci (benché il suo discorso non sia articolato), ciò che vuole e ciò di cui ha bisogno.

D'altra parte, l'avvicinamento al malato di mente, come ad ogni essere radicalmente bisognoso, ci rende umili. Non sono possibili né un esito

sicuro né dei risultati spettacolari. Non possiamo estirpare il male alla radice. Non possiamo salvare. Chi benedice in nome di Dio, lavora con umiltà e pazienza, a partire dalla fede e dalla speranza in Dio, unico Salvatore definitivo dell'essere umano.

3. Difendere il malato di mente

L'opera evangelizzatrice nel mondo del malato di mente può concretizzarsi nel compito di difendere il malato di mente dandogli un posto più umano e degno nella Chiesa e nella società.

3.1. La difesa dei diritti

Una Chiesa fedele allo spirito di Gesù, e alcune comunità cristiane ispirate dalla sua opera, devono saper difendere la dignità e la primazia della persona ammalata di fronte a tutto ciò che può essere dimenticanza, emarginazione, abuso o insensibilità.

Ciò significa, in concreto, difendere il diritto del malato a un'assistenza sanitaria adeguata; il diritto alla migliore qualità di vita possibile; il diritto a un'attenzione terapeutica individualizzata; il diritto a una cura integrale delle sue diverse necessità familiari, sociali, religiose; il diritto a vedere rispettati i suoi valori etici e religiosi.

Non si tratta di difendere il malato in maniera teorica, come dal di fuori, bensì di collaborare in tutto ciò che possa significare un miglioramento nella prevenzione, nel trattamento, nella riabilitazione, nell'attenzione integrale e nell'integrazione sociale dei malati. Il ruolo del volontariato è risultato decisivo in molti paesi europei per ottenere miglioramenti che non sarebbero stati possibili senza questa collaborazione.

3.2. L'integrazione sociale

Un'azione evangelizzatrice ispirata a Gesù implica di promuovere la comunione con questi malati discriminati ed emarginati in molti modi. Non basta difendere «la deistituzionalizzazione della psichiatria» per reinserire e integrare i malati nella società. È

necessario tutto un lavoro di sensibilizzazione e di mentalizzazione per cambiare l'atteggiamento sociale di fronte al malato di mente. È necessario accogliere e stare vicino a questi malati, senza emarginarli; sostenere la famiglia e offrirle le risorse e l'aiuto necessari, come primo sostegno all'integrazione; prendersi cura dei malati psichici senza casa, che transitano da una parte all'altra.

Le comunità cristiane e i collaboratori della Pastorale della Salute hanno qui un grande compito da realizzare nell'ordine della sensibilizzazione, dell'aiuto alle famiglie, della collaborazione con le Associazioni di familiari di malati psichici, ecc. Senza dubbio, una delle forme migliori per contribuire all'integrazione sociale dei malati di mente è quella di fargli posto nella comunità cristiana, di restituire loro il «diritto di membri della comunità», aprendo loro le porte delle parrocchie, invitandoli a partecipare alla vita della comunità e agevolandone la presenza nelle celebrazioni, negli incontri o nelle attività dalle quali non c'è ragione per cui debbano essere esclusi.

3.3. L'attenzione religiosa

Uno dei luoghi ove la Chiesa può meglio mostrare il volto evangelico ed evangelizzatore nei confronti di questi malati è nell'accoglienza religiosa. Senza dubbio le situazioni sono differenti. Gli esperti parlano di malati in cui la vita religiosa appare praticamente intatta, malati in cui il religioso è un'ossessione, ma-



lati dalla condotta religiosa fuorviata o estinta. Bisognerà poter contare sull'assistenza di quanti si sforzano di aiutare il malato a recuperare la sua salute. Bisognerà collaborare con loro per agire nel modo più sicuro e benefico per il malato. Però non bisognerà mai dimenticare che dall'azione di Gesù spicca un criterio generale: bisogna superare tutto ciò che significa emarginare, isolare, distanziare, proibire, e promuovere, invece, ciò che riguarda il convivere, l'avvicinare, l'accogliere, l'integrare.

Da una prospettiva credente, quel che conta in tutto questo è rimuovere gli ostacoli e aiutare umilmente affinché anche in questa persona avvenga l'incontro del mistero di Dio con il mistero dell'uomo. Questa è la cosa primaria e decisiva. Rispetto a tutte le impostazioni che si possono fare sul fatto che ci sia soggetto di vita religiosa, e in concreto soggetto capace di ricevere i sacramenti, leggerò soltanto le parole del sacerdote e psichiatra Mariano Galve, con cui mi identifico totalmente: «rimango sbigottito quando sento che vengono negati i sacramenti per "mancanza di soggetto". E vi dirò perché... In psichiatria, il soggetto è qui, di fronte, ossessivamente presente, con una realtà che non si può mascherare né elaborare, in modo crudele e sfrontato. Certamente nella maggior parte dei casi, quando non è un soggetto schivo e irraggiungibile, inintelligibile e evanescente, è un soggetto meschino, vuoto e ritorto. È un soggetto ambiguo, sconsigliato e distrutto. Però c'è soggetto, e un soggetto evangelico... "Non sono venuto per curare i sani, ma i malati... Sono venuto per raccogliere ciò che era perduto"» (in *Objetivos y actividades del quehacer pastoral en psiquiatría*, novembre 1986).

Tre campi meriterebbero qui una riflessione più profonda: 1) il Sacramento della riconciliazione come luogo di accoglienza e di pacificazione, luogo per la benedizione e la grazia, campo propizio per la restaurazione profonda della persona (autostima, amicizia

con Dio); 2) la celebrazione dell'Eucaristia con i suoi diversi aspetti: accoglienza e partecipazione dei malati come membri dell'assemblea; azione di grazie a un Dio amico; ascolto della Buona Novella di Gesù; avvicinamento a comunicare con Cristo; ricevimento della benedizione di Dio; 3) la preghiera con i malati e per i malati. L'aiuto a trovare la giusta preghiera, accompagnare nell'orazione, invocare e ringraziare insieme a Dio. Ascoltare insieme la sua Parola.

4. Sostenere la famiglia

Si parla di reinserimento e di riabilitazione sociale dei malati di mente, ma questo è difficile se non si sostiene di più la famiglia, primo e principale ambito di riferimento, in genere, per il reinserimento. Le famiglie hanno bisogno di maggiori risorse e di maggiore sostegno per essere un supporto efficace nella riabilitazione del malato.

4.1. La situazione delle famiglie

Senza dubbio, la situazione delle famiglie è molto diversa così come i suoi atteggiamenti di fronte al familiare ammalato. Però è possibile segnalare alcuni aspetti abbastanza comuni.

Molte famiglie si sentono sole o con poco sostegno per far fronte ai problemi che sorgono con la malattia di uno dei suoi membri (genitore, figlio, ecc.).

Dall'altra parte, la famiglia si sente spesso «contrassegnata» di fronte agli altri. Si teme «cosa diranno» e si cerca di nascondere la malattia come una cosa disonorevole per tutti.

Possono anche suscitare un sentimento di colpevolezza. La malattia può essere un fenomeno ereditario; si possono rimproverare di non averla individuata prima o di non averla curata seriamente, ecc.

In alcuni casi, può apparire anche la paura del malato per la sua pericolosità e per i problemi che crea nell'ambiente familiare e in quello che lo circonda.

Nascono anche difficoltà di

tipo economico, problemi lavorativi e amministrativi, consulte con i medici, ecc.

Il Dott. V. Beramendi descrive bene l'impotenza o la paura che nascono, spesso, in tutta questa dinamica familiare: 1) paura per l'ammissione (il malato rovina la famiglia, bisogna nascondere, cosa succederà?); 2) paura durante l'ammissione (paura che non venga curato, paura per la dimissione dall'ospedale, per le reazioni del malato, visite non desiderate, ecc.); 3) paura dopo la dimissione (rischi di convivenza, paura per le conseguenze impreviste della condotta del malato, paura che non sia ben curato, ecc.).

In questa situazione, ci sono famiglie che curano bene il proprio malato, con amore, pazienza, competenza, collaborando positivamente con i medici. Ma ci sono anche famiglie in cui il malato è un peso insopportabile, che non riescono a trattarlo, i cui membri vengono colpiti negativamente e, a loro volta, favoriscono il peggioramento del malato.

4.2. Il sostegno alle famiglie

Le comunità cristiane devono stare molto vicino a queste famiglie. Questo è, a volte, uno dei campi d'azione più importanti per la comunità parrocchiale.

Per prima cosa conoscere le famiglie, avvicinarsi e ascoltare i loro problemi. Cercare le misure e i canali per stare loro vicino e per accompagnarle

per risolvere i diversi problemi o, almeno, per alleviare la situazione.

Le forme e i modi di aiuto sono molteplici. Non ci sono ricette. È necessario vedere in ogni caso i bisogni a cui rispondere. Può essere necessario liberarle dall'isolamento e fornire loro sicurezza; informarle dei loro diritti e difenderle concretamente; aiutarle nella cura del malato e nella realizzazione delle diverse incombenze; metterle in relazione con le Associazioni di Familiari di Malati Psichici.

Desidero ricordare anche i malati psichici senza tetto, il cui numero è in costante aumento e che necessitano di sostegno terapeutico e di essere seguiti da vicino. L'aiuto materiale della Caritas non è sufficiente, ma è necessario un intervento più specializzato.

Concludo con la testimonianza del marxista Lucio Lombardo Radice, che descrive nel seguente modo uno degli aspetti più caratteristici del cristianesimo: «Da un punto di vista cristiano è importante dedicarsi a una creatura umana, curarla ed amarla, per quanto questa nostra dedizione sia improduttiva. Per il cristiano è importante dare tutto il suo tempo con gioia e allegria al malato incurabile, e darglielo "gratuitamente", per il cristiano è importante accompagnare con amore e pazienza l'anziano, già "inutile", nel suo cammino verso la morte, è importante curare con bontà gli esseri umani "ultimi", i più infelici e imperfetti, incluso quelli in cui risulta quasi impossibile discernere i tratti umani» (*I marxisti e la causa di Gesù*, 26-27).

P. JOSÉ ANTONIO PAGOLA
Diocesi di San Sebastián
Spagna



I. La morte e il morire umani

1. *L'essere umano di fronte alla morte*

Che l'uomo sia un essere mortale è chiaro. Si tratta di un fatto naturale di fronte al quale non possiamo fare nulla, benché alcuni, come Walt Disney, preferiscano essere ibernati a -196°, nella speranza che in qualche decennio o qualche secolo la scienza medica potrà riportarli in vita.

Heidegger diceva che l'uomo è un essere-per-la-morte e che non solo muore, ma sa anche di dover morire. Alcuni adagi che figurano in certe antiche meridiane come: «tempus fugit» (il tempo è breve), o anche «carpe diem» (cogli l'attimo) o «memento mori» (ricorda che devi morire), ci ricordano che prima o poi ci toccherà morire, che come siamo venuti al mondo così ce ne andremo. A ragione Quevedo diceva che «l'uomo è l'essere che vive tra la culla e il lenzuolo funebre».

2. *Malattia e morte nella cultura attuale*

Parlare della malattia e della morte non piace a nessuno, come se fossero temi tabù e intoccabili. Tuttavia parleremo proprio della malattia e della morte.

Il mondo della malattia è un mondo difficile ma appassionante. Difficile perché è un mondo in cui ci muoviamo alle soglie dei dualismi (speranza/disperazione, senso/senza-senso), ma appassionante perché entriamo nelle viscere stesse dell'essere umano. Con il mondo della morte avviene un po' lo stesso. La morte è sempre qualcosa che ci coglie di sorpresa. È prematura, non sappiamo quando giungerà e sta proprio qui il suo carattere di angoscia. La morte, pertanto, si impone su di noi, dispo-



ne di noi. Ed è ugualmente una realtà che ci incute paura: della solitudine, del dolore, dell'insoddisfazione di una vita mal condotta e senza possibilità di ricomporla, della colpevolezza di aver agito male contro qualcuno, ecc.

La morte è qualcosa di scomodo, fa paura pensarci, pensiamo che tocchi gli altri e mai noi, ma è una realtà inevitabile, qualcosa di naturale nell'esistenza di tutti gli esseri viventi. C'è inoltre un dato curioso e ambivalente in molti esseri umani di fronte alla morte: da un lato c'è il desiderio di sapere e, dall'altro, il timore di sapere, cioè la paura di conoscere, ma anche la paura dell'ignoto.

3. *Il malato terminale*

Oggi si calcola che l'87% dei decessi nel mondo, principalmente nei paesi più industrializzati, dipenda da malattie croniche o terminali. Tuttavia, e nonostante il fatto che a livello medico non ci sia unanimità di criteri per identificare un paziente come «terminale», possiamo dire che una situazione terminale è quella in cui la vita di una persona giunge al termine principalmente perché presenta uno stato clinico irreversibile, cioè non esiste

nessuna azione terapeutica che possa evitare il progressivo deterioramento organico fino alla morte. Tra i criteri che servono a diagnosticare la sindrome di malattia terminale si possono elencare i seguenti:

- a) malattia incurabile ad evoluzione progressiva
- b) previsione di sopravvivenza inferiore a un mese (o a 6 mesi al massimo)
- c) inefficacia comprovata dei trattamenti
- d) perdita della speranza di recupero.

II. Vivere il morire

Platone diceva ai suoi discepoli: «esercita la tua morte», «pratica il morire». Quotidianamente sperimentiamo piccole morti, piccoli segnali (ad esempio la morte di una persona cara, la perdita del nostro lavoro abituale, la rottura o la separazione affettiva, ecc.), fino al punto che si può parlare di un morire quotidiano, da un lato, e di un morire finale, dall'altro.

Sul morire finale possiamo dire molto, ma sulla morte quasi nulla, salvo ciò che alcuni traggono dalla parapsicologia e altri dalla fede. Diceva Unamuno che non gli importava morire, ma l'angoscia di



«non esistere», di smettere di esistere per sempre; di qui la sua sete di immortalità, di non scomparire eternamente.

Con tutto ciò, è necessario accettare la finitudine umana e affrontare la morte come qualcosa di inevitabile. Però se bisogna scegliere tra l'assurdo di non credere in nulla e quello di credere in qualcosa, ritengo sia preferibile la seconda cosa, perché dall'assurdo non nasce nulla, mentre dalla credenza nasce qualcosa di valido: il mistero.

1. Spiritualità e trascendenza

In tutte le epoche e culture l'essere umano ha avuto la necessità di credere in qualcosa che andasse al di là della vita quotidiana. Di qui i culti, i riti funebri, ecc. Ogni uomo si è chiesto, si chiede e si chiederà quale sia il significato della vita, ma anche il significato della morte. Inoltre, nella misura in cui invecchiano, le persone si afferrano maggiormente alle proprie «credenze» e si interrogano sull'esistenza di un'altra vita. Nell'età adulta o, meglio ancora, nella maturità dell'anzianità avviene una rinascita della spiritualità.

Tale spiritualità non è altro che la ricerca del significato della propria esistenza, un modo di collegare il nostro «io superiore» al nostro «io interiore», o a ciò che alcuni chiamano Dio. La spiritualità può essere un impulso verso questa trascendenza, ma in molti casi non è altro che un mero aiuto e una mera consolazione nei momenti difficili, soprattutto quando si vive la morte

da vicino (ad esempio la morte di qualcuno per un incidente stradale, la malattia terminale di un familiare o quando si sente, a causa dell'età avanzata, che manca poco per lasciare questo mondo).

Dobbiamo anche dire che la morte è buona maestra di vita. Quando la si guarda in faccia, la vita si trasforma in un'esperienza unica. In questo senso possiamo affermare che la morte può dare significato alla vita. La morte ci rimette alla vita, ci ricorda che il nostro tempo è limitato, caduco e, pertanto, bisogna approfittarne. Di qui l'importanza di godere della vita.

Dobbiamo dire qui che è più importante saper vivere il tempo che abbiamo, che voler vivere il maggior tempo possibile (è più importante la qualità della quantità). Uno può morire a 30 anni e aver vissuto molto o a 90 e non aver assaporato nella vita le cose importanti. Per questo bisogna aspirare a ciò che disse Neruda alla sua morte: «confesso di aver vissuto».

2. Affrontare la sofferenza

La sofferenza è un'altra realtà umana inevitabile. Segnaliamo alcune chiavi per cercare di viverla in maniera sana.

– *Eliminare per quanto possibile la sofferenza.* La prima cosa che bisogna fare con la sofferenza è sopprimerla, laddove è possibile. E molto più se si tratta di una sofferenza inutile.

– *Assumere la sofferenza inevitabile.* Nella vita c'è un tipo di sofferenza che risulta di per sé inevitabile: malattia, vecchiaia, disgrazia, perdita di persone care, ecc. Questi momenti svelano il lato oscuro e doloroso della vita. Tale sofferenza si può alleviare o attenuare, ma non si può sopprimere, perché è parte della stessa esistenza.

– *Affrontare la sofferenza con realismo.* Di fronte alla sofferenza, invece di fare bei discorsi o teorie, bisogna agire contro di essa. Invece della passività o della rassegnazione, bisogna adottare un atteggiamento realistico: lottare

contro di essa, mediante l'ottimismo e la speranza (ad esempio, il malato che si rassegna e si deprime, trascorrerà la propria malattia peggio di quello che assume un atteggiamento contrario).

– *Non chiudersi nel dolore.* Se il malato si chiude nel proprio dolore, si deprime di più. Di fronte al rischio di restare offuscato dalla sua sofferenza, deve lottare per spezzare il circolo che l'imprigiona.

– *Aiutare a cercare un senso al dolore.* Aiutare il malato a trovare un senso alla sua sofferenza lo mette in grado di affrontare e di vivere in maniera più sana la propria malattia. Però il problema non è, come dirà Viktor Frankl, soffrire, ma soffrire senza senso. Forse non sarà facile cercarlo e, meno ancora, trovarlo, ma vale la pena di provare.

3. Attenzione al moribondo

L'ultima dimostrazione di rispetto e di affetto nei confronti del moribondo è «restare con lui», condividere i suoi momenti, permettergli di mostrarsi così come è e di morire a modo suo (non secondo il nostro). Ma è necessario avvertire che il moribondo ha due necessità fondamentali: primo, la necessità di sentire la vicinanza di qualcuno nel momento della morte (benché ci sia chi dice che chi appartiene alla cultura latina preferisca morire solo e raccolto) e, secondo, la necessità di poter elaborare la sintesi definitiva della propria vita. Quali elementi configurano questa attenzione al moribondo?

– *Comunicazione con lui.* Verbale: dargli serenità e mostrare affetto. Non verbale: espressione corporale, sguardo. Come dice l'adagio spagnolo: «un gesto vale più di mille parole».

– *Silenzio.* Restare in silenzio al suo fianco può essere un'esperienza preziosa.

– *Tatto.* Il contatto corporale è importante per i bambini appena nati, per lo sviluppo mentale ed emotivo della persona e anche per chi si trova al termine della propria vita. L'esperienza ci insegna che quasi tutti

si afferrano alle mani e ciò perché la carezza è il modo più diretto per condividere l'amore.

– *Speranza*. Conserva sempre la speranza di recuperare la salute, di vivere un po' di più o di fare una morte tranquilla.

4. L'esperienza del lutto

Il lutto è la reazione naturale di un essere umano di fronte alla morte di una persona cara. Tale reazione può essere un lungo viaggio, di due giorni, di due anni, o anche di tutta la vita. Vale la pena di segnalare quali potrebbero essere le fasi principali per le quali suole passare una persona che sperimenta il lutto.

– *Shock (commozione)*: sentimento di incredulità: «non è vero», «non ci credo», «non è possibile che stia succedendo a me».

– *Tappa di rabbia*: aggressività, angoscia, confusione, autorimproveri, ecc. (si produce la solitudine e l'isolamento).

– *Tappa di disperazione*: si va prendendo coscienza del fatto che il defunto non tornerà più (tristezza profonda e pianto incontrollato).

– *Tappa di riorganizzazione*: si tratta di ricomporre pezzi e adottare nuovi modelli di vita senza il defunto (si riallaccia la vita sociale).

Anche il lutto per qualcuno rappresenta un atto d'amore. Condividere ed aiutare una persona nel suo lutto è fondamentale per far sì che accetti e assimili il fatto che il defunto non starà più fisicamente con lei, anche se sarà presente spiritualmente (chiaramente non è come Patrick Swayze nel film «Ghost»), dentro il suo cuore.

III. Verso una morte dignitosa

1. Considerazioni etiche

Esiste una concezione popolare di cosa sia la buona e la cattiva morte. La buona morte sarebbe la morte senza dolore, morire di ciò che si intende volgarmente per morte naturale, di

vecchiaia. La cattiva morte significherebbe morire soffrendo o di morte non desiderata.

Ci sono molti autori che hanno studiato il tema e hanno dato una serie di criteri, più o meno personali, alla questione. Però, malgrado questa disparità di impostazioni, possiamo sintetizzare quelli che per molti sono i diritti fondamentali per una morte degna.

– Diritto a sapere che si sta per morire (diritto a conoscere la verità).

– Diritto ad esprimere la propria fede (rispetto per i valori e i credo).

– Diritto a mantenere la coscienza chiara (morire coscienti, con gli occhi aperti), anche se c'è chi preferisce non sapere nulla e morire tranquillo.

– Diritto a non soffrire senza giustificazione o senza necessità.

– Diritto a morire «naturalmente», senza prolungare la vita né abbreviarla.

– Morire mantenendo un contatto umano con le persone vicine (calore umano).

2. Prepararsi a morire: *credere, sperare, amare*

È difficile dire «addio», però dobbiamo imparare a separarci dai nostri cari. Per la dottoressa svizzera, residente nell'Unione Europea, E. Kubler-Ross, morire significa abbandonare il corpo fisico, come una farfalla abbandona il suo bozzolo di seta. Si tratta di passare a un nuovo stadio di coscienza in cui lo spirito continua ad esistere. La stessa au-



trice afferma anche che le persone, quando sono alle soglie della morte, vedono una luce abbagliante e in essa i propri cari che sono morti, in un atteggiamento che sembra voler dare il benvenuto a colui che si congeda dalla vita. Di fronte a questa descrizione, bisogna tenere ben presente che la fede non è, in nessun modo, fantascienza.

La morte fa parte della nostra esistenza. Ci sono persone che la mascherano, che la truccano o l'occultano e altre che la accettano e basta. Però per accettare il morire è necessario «acclimatarsi», comprendere ciò che ci succederà, e questo a partire dalla fede, dalla speranza e dall'amore, ingredienti che non solo rendono più facile accettare questa realtà, ma in definitiva la colmano di significato e di realizzazione personale. Però cosa credere? Cosa sperare? Cosa amare? Sono tre verbi che interpellano e preoccupano tutti coloro che vogliono affrontare personalmente questo tema. Il prima di... e il dopo... saranno fortemente impegnati di senso se si tiene conto di queste tre categorie. Il «prima di» perché preoccupa il quotidiano in tutte le dimensioni della persona (biologica-funzionale, psicologica, sociale e spirituale) e il «dopo» perché a priori non si sa nulla e la persona si incammina irrimediabilmente verso il momento finale.

Questa integrazione del qui e ora, e del lì e poi, passa, come abbiamo detto, per il credere, lo sperare e l'amare. Avere fede nel fatto che la morte non è il termine di tutto, sperare che qualcosa di buono uscirà da tutto ciò e amare perché è la cosa più importante della vita. Inoltre, quando si pronuncia l'ultimo addio, l'amore è realmente l'unica cosa che resta.

Prof. JOSÉ GARCIA FEREZ
Aiuto Professore nella Facoltà
di Teologia dell'Università
Pontificia Comillas,
Segretario della Cattedra di Bioetica
e del Master di Bioetica
della stessa Università,
Professore di Bioetica
presso il Centro di
Umanizzazione della Salute
Spagna

Il morire nella nostra società: aspetti filosofici ed etici

1. Il morire nella storia

La morte non è solo un fatto biologico, ma anche un evento culturale che viene vissuto e trasmesso nell'ambito dell'immaginario collettivo, oltre ad essere un problema politico, in quanto provoca la funzione dello Stato in una società democratica e pluralistica nella quale, sul piano giuridico, vengono a confrontarsi/scontrarsi le diverse concezioni. Ma il problema della morte, sia sul piano definitorio che su quello rivendicato a livello personale quale diritto su commissione, trova un significato dalla domanda filosofica che cerca di comprendere la complessità della condizione umana, il senso del suo esistere e del suo morire nell'ambiguità propria di una società dove valori e disvalori si intrecciano e si contrastano drammaticamente: per esempio il senso della potenzialità oggettuale, l'efficienza tecnologica, il progresso scientifico e la distruttività, la necrofilia, la programmazione ed il decreto della vita e della propria ed altrui fine¹.

La morte rappresenta un evento incomprensibile e indefinibile per l'uomo contemporaneo, soprattutto alla luce della pretesa onnipotenza della tecnologia biomedica. Nel medioevo veniva infatti suggerito sia agli operatori sanitari che ai familiari e allo stesso morente di evitare la corsa sfrenata alle cure per ristabilire la salute fisica, ma piuttosto preparare il morente ad entrare coscientemente nella dimensione spirituale. In altri termini la morte rappresentava l'epifenomeno di un processo esistenziale, o meglio processo di morire graduale. Il morire era una vera *ars vivendi*, nel senso che ogni attimo di vita andava vissuto globalmente nella sua pienezza e nella preparazione ad una



nuova modalità di vivere in un orizzonte metafisico: la vita spazio-temporale era un *carpe diem* per e rispetto alla vita spirituale. A questo proposito gli anglosassoni distinguono il morire come processo (*dying*) rispetto alla morte come evento (*death*). La vita umana fisica è caratterizzata da un teleologismo: la morte, e da un *locus epistemologicus* quale momento di riflessione ontologica, cioè dell'essere che si realizza attraverso il vivere. Infatti la morte rappresenta l'elemento caratteristico di questa realizzazione umana, oltre che di un'apertura trascendentale. Infatti sia in ambito psicologico, che in quello filosofico la morte è il destino imperscrutabile dell'umanità: rappresenta la fine della biografia terrena ma anche l'espressione potenziale della libertà metafisica. La morte secondo la legge positiva fa perdere ogni diritto e dovere, ma non il diritto seppur inconscio di vedere rispettato il proprio cadavere; inoltre può diventare momento di massima espressione di libertà di dono di sé per gli altri, come avviene nella donazione di organi. Con la morte finisce lo stesso processo percettivo ed esperienziale, almeno nel sen-

so positivistico dell'accezione, mentre la morte rappresenta la trasfigurazione del morire in vivere storico (cioè vivere è morire, e morire è vivere) o in una dimensione escatologica. L'uomo in ogni epoca storica non ha mai temuto la morte come evento, ma il processo del morire sia sul piano fisico (paura del dolore, della sofferenza), sia sul piano psicologico e sociale (senso di privazione degli affetti familiari, dei beni economici, ecc.). Tali paure vengono umanamente rimosse dall'uomo, e concentrate nell'evento morte, anche perché questo limite esistenziale è stato sempre più modificato e programmato dalla tecnica medica (vedi l'evoluzione della rianimazione medica).

Philip Ariès² ha individuato quattro modalità di vivere l'evento della morte nella storia dell'umanità:

1) Morte addomesticata propria dell'uomo dell'epoca medioevale. L'uomo è consapevole della sua finitudine e destino di morte, anzi lo vive come un evento naturale, legato all'età cronologica di ogni persona da un andamento stagionale: c'è l'età della nascita (primavera), della vigoria psicofisica (estate), del declino senile (autunno) e della fine del percorso esistenziale terreno (inverno). L'uomo conscio di questa ciclicità della vita attendeva la morte con tranquillità, sostenuto e circondato dall'affetto dei suoi familiari e conoscenti. È una morte addomesticata, nel senso che non è subita ciecamente ma nemmeno un evento esistenziale irrilevante.

2) Morte di sé o propria morte: l'uomo del XII-XVII secolo scopre la morte come limitazione di sé rispetto ai grandi ideali e progetti. Questa coscienza di se stesso avviene perché viene meno il processo

di socializzazione della morte stessa: l'uomo lasciato solo alla sua fredda razionalità, a volte senza nessun sostegno della fede, scopre il suo limite esistenziale, avvertendo che il trapasso è personale e non può essere trasformato dalla ragione stessa. Il XVII secolo è l'epoca del razionalismo, delle scoperte scientifiche, della fiducia nel progresso, che tuttavia è impotente nel distanziare forze naturali opposte: *eros* e *thanatos*, vita e morte. Quando quest'ultima prende il sopravvento, lascia il soggetto nella disperazione e nella paura. Paura soprattutto di essere sepolti vivi; ne è la prova il rito della «conclamatio»: per lascito testamentario, il cadavere veniva chiamato tre volte prima di procedere alla sepoltura.

3) Morte dell'altro: propria del XVIII secolo, in piena epoca romantica, la morte era vissuta come perdita dell'altro, assumendo un carattere reificato dai riflessi sociali. Coloro che circondavano il morente, piangevano ed esorcizzavano la morte con pratiche religiose (preghiere, voti) in quanto veniva meno il loro possesso affettivo, relazionale. Era una forma di socializzazione della morte come reazione al depotenziamento personale dei congiunti, una specie di intolleranza per la separazione.

4) Morte proibita propria del '900, tipica dell'era positivista e delle scoperte scientifiche della medicina sperimentale e della biotecnologia, in grado di fare diagnosi precise, a volte fatali e con un notevole valore prognostico. La morte prevista preoccupa, fa paura, pertanto è meglio non parlarne, tenerla nascosta o quanto meno velarla non solo al malato ma a volte anche ai familiari più stretti. La morte alla luce della medicina è divenuta sinonimo di sconfitta, che va mascherata dietro un lenzuolo bianco, una sala di degenza per il transito, dove non spaventa gli altri e nella solitudine e isolamento quasi non ci si accorge dell'accaduto. La morte è diventata un fatto personale, dove anche esteriormente ogni manifestazione

sociale e partecipata è stata relegata alle cosiddette «pompe» delle imprese funebri. Lo stesso processo del morire è sempre meno partecipato, affidando il morente a strutture all'uopo istituite, quali gli hospice, le residenze per terminali, per anziani.

A queste quattro modalità, oggi assistiamo ad una nuova tendenza:

5) Il ritorno della morte, evidenziato a due livelli:

a) interesse speculativo. L'interesse per la morte coinvolge diversi ambiti speculativi: storico, antropologico, psicologico, sociologico, ecc., quale reazione all'inversione tanatologica della rimozione, della negazione o della ideologizzazione della morte. L'analisi storiografica di P. Ariès, che sopra abbiamo accennato, è significativa dell'interesse per il vissuto del morire e della morte, quale evento fenomenologico personale, sociale ed escatologico. L'autore ha tradotto le riflessioni degli autori americani sull'argomento nella realtà europea, sottolineando l'atteggiamento della tabuizzazione della morte propri della nostra epoca. Alle stesse conclusioni arrivarono altri due storici J. McManners³ e M. Vovelle⁴. In ambito psicologico, in Italia F. Campione ha organizzato un centro universitario, a Bologna, di studi sulla morte e problematiche connesse (es. lutto, suicidio, eutanasia), da cui è nata la Rivista di Tanatologia (Zeta). L'autore si propone di riscoprire la morte, contrastando l'inversione tanatologica propria dell'uomo moderno, che cerca di rimuovere e negare razionalisticamente la morte, traducendo il morire come modalità di vivere: la morte è una realtà umana, che pur nella sua difficoltà di comprensione, appartiene all'esistenza e all'essere-nel-mondo. In ambito sociologico, N. Elias⁵, partendo dal binomio invecchiare-morte tipico della nostra società industrializzata, rimarca come la morte sia diventata un fatto personale, un evento solitario che seppur protetto dalle istituzioni del «welfare state» e anestetizzato dai progressi della scienza me-

dica, sia l'espressione di un processo di controllo delle emozioni e delle affettività che caratterizza la fase attuale della civiltà: «La rimozione sociale, l'atmosfera di malessere che spesso oggi circonda gli ultimi istanti della vita, non sono certamente d'aiuto per gli uomini. Forse dovremmo parlare con più franchezza della morte, smettendo di considerarla un mistero. La morte non cela alcun mistero, non apre alcuna porta: è la fine di una creatura umana. Ciò che di essa sopravvive è quanto essa ha dato agli altri uomini e ciò sarà conservato nella loro memoria. L'etica dell'*homo clausus*, dell'uomo che si sente solo, decadrà rapidamente se cesseremo di rimuovere la morte accettandola invece come parte integrante della vita»⁶.

b) Curiosità esistenziale. Alla tendenza della rimozione e negazione della morte fanno specie alcuni fenomeni tipici dei nostri tempi. Assistiamo ad una crescente domanda circa il dopo la morte: consulti di veggenti, di medium, riviste di parapsicologia, movimenti religiosi che predicano la reincarnazione, studi di pre-morte, ecc. A questo proposito sono note le ricerche di A. Moody jr⁷ sull'esperienza di pre-morte «ideale» o «completa». Queste ricerche sono interessanti e indicative del nuovo interesse per l'evento morte, seppur siano discutibili i suoi risultati sia dal punto di vista scientifico che filosofico. Infatti, i pazienti in preda al dolore e alla sof-



ferenza insopportabili, posso-
no alterare temporaneamente
le loro facoltà percettive-co-
scienziali dei messaggi ester-
ni, che durante i processi ela-
borativi interiori portano ad
errori di decodificazione. In
questi casi, non siamo di fron-
te a persone morte nel senso
bio-funzionale del termine,
trattasi di morti cliniche, mol-
to simili ad altre situazioni fi-
siologiche o patologiche della
psiche, quali il sogno, la schi-
zofrenia, l'isteria, la sugge-
stione. Quanto riferito dai «pa-
zienti morti» di Moody, in
realtà è esperienza del morire,
cioè di attimi anticipatori della
morte, ma non della morte rea-
le. Quindi i risultati pubblicati
dall'autore sono situazioni li-
mite di esperienze del morire,
che a nulla contribuiscono ad
apportare informazioni sull'al-
dilà. In sintesi il risveglio per
la morte rappresenta l'altro
aspetto negativo della rimo-
zione, e cioè il parlarne con fi-
nalità esorcizzanti, anziché vi-
verla nella propria coscienza
come fatto naturale dell'esi-
stenza umana.

La nostra società invece ne-
cessita di una euristica della
morte e del morire: proprio
questo processo ed evento bio-
logico e biografico permette di
capire il senso del vivere, il
valore della vita, della malattia
e della sofferenza, quale ten-
sione dell'essere alla realizza-
zione globale di sé, alla re-
sponsabilizzazione del proprio
agire, delle proprie scelte e
delle conseguenze non solo
per sé ma anche per ogni uo-
mo. Cicerone sosteneva che
«Tota philosophorum vita
commemoratio mortis est»,
cioè la morte dovrà diventare
momento di riflessione e di
consapevolezza del limite del-
la propria condizione umana,
delle proprie azioni e riscoper-
ta del valore della vita.

Tanatologia filosofica e coscienza dell'uomo contemporaneo

Nella nostra società secola-
rizzata non c'è più spazio per
riflettere e parlare della morte,
in quanto la cultura mondana
della bellezza esteriore, del
benessere fisico ed economi-

co, delle scoperte della chirur-
gia estetica e della cosmetolo-
gia sono in grado di maschera-
re ogni realtà ultima. Il nostro
mondo culturale ha lasciato
spazio all'incertezza e agli ar-
tifizi anziché valorizzare la na-
turalità e certezza dei processi
vitali umani. Lo stesso lin-
guaggio dell'incontro dram-
matico con la morte è stato ta-
buizzato, sempre più nei ne-
crologi si evita di usare il so-
stantivo morte, con frasi più
addolcenti quali «si è addor-
mentato», «se n'è andato», «ci
ha lasciato», «è scomparso»:
c'è una tendenza ad annuncia-
re la morte della morte. Invece
i filosofi sono meno preoccupati
dei tabù linguistici, e han-
no riservato alla loro specula-
zione razionale molto spazio
al problema della morte, alla
sua comprensione e giustifica-
zione. In particolare si sono
preoccupati dell'argomento



Martin Heidegger (secondo il
quale il «vivere-per-la-morte»
costituisce il senso autentico
dell'esistenza), ma soprattutto
Søren Kierkegaard (1813-
1855). Le opere in cui Kierke-
gaard si sofferma su questa te-
matica sono molte, e vanno
dal *Concetto dell'angoscia*, al
Diario sino a uno dei *Tre di-
scorsi per occasioni immagina-
rie*, che pubblicò nell'aprile
del 1845. Questi vede nel
mondo moderno una diffusa
superficialità e un diffuso in-
differentismo nei confronti del
senso della vita, dei valori cri-
stiani, e intravede nella morte
(anzi nel pensiero della morte)
l'elemento propulsore in gra-
do di scuotere l'uomo dal suo
torpore mondano della quoti-
dianità. Nell'opera *Accanto ad
una tomba*⁸, il filosofo non in-
tende proporre un invito a im-

parare a morire, né suggerire
elementi consolatori per la
morte, ma suscitare nel lettore
quelle riflessioni che lo portino
a una vita più autentica, che
gli facciano capire come la
morte possa essere la sua vera
ed unica maestra. La sua im-
postazione metodologica è
una vera maieutica per impa-
rare a vivere, per cogliere nel-
l'orizzonte della morte il vero
senso della vita e della respon-
sabilità verso di sé e verso gli
altri. È il «pensiero della mor-
te» che fa sì che l'uomo viva
un'esistenza che porti i carat-
teri della serietà e non quelle
della vacua fatuità. Il filosofo
sostiene che «la serietà della
morte non inganna, perché
non è la morte la cosa seria,
ma il pensiero della morte. Se
dunque tu, mio caro uditore,
terrai fermo a questo pensiero
e, nel pensarlo, non ti preoccupi
d'altro che di pensare a
te stesso, allora grazie a te
questo discorso senza autorità
diventerà una cosa seria. Pen-
sarsi morti in prima persona è
la serietà, essere testimoni del-
la morte di un altro è stato d'a-
nimo»⁹. La morte, sostiene, è
serietà, non tanto per il fatto
esteriore della morte di qual-
cuno, ma piuttosto perché
«può insegnare che la serietà
sta nell'intimo, nel pensiero;
può insegnare che è solo un'il-
lusione guardare con malinconia
o indifferenza a ciò che è
esteriore... la serietà della
morte è diversa dalla serietà
della vita, che trae così facil-
mente in inganno»¹⁰, quali gli
stati d'animo, i sentimenti di
pietismo, i ricordi, che con il
tempo svaniscono e fanno di-
menticare la serietà della mor-
te e non incidono nella propria
vita se non immergendola e
celarla nello spersonalismo
della quotidianità. La morte,
afferma ancora Kierkegaard, è
maestra di serietà ed è il pen-
siero della morte ad indicare
«la giusta direzione nella vita
e la giusta meta verso cui indi-
rizzare il viaggio. E nessun ar-
co si lascia tendere così tanto,
nessun arco sa imprimere tan-
ta forza alla freccia, come il
pensiero della morte sa solle-
citare il vivente, sempre che
sia la serietà a tenderlo»¹¹. Il
pensiero della morte non deve
distrarre l'uomo ai piaceri sen-

suali della vita sperdendosi nella quotidianità, così pure non dovrà coltivare l'idea romantica di morte, come unico luogo di felicità, ma motivarlo ad impegnarsi nella vita senza sprecare il tempo a disposizione. La morte per chi vive seriamente non è un narcotico, che inibisce, ma una «fonte di energia come nient'altro e rende vigili come nient'altro»¹². L'educazione alla vita d'altronde deve fondarsi sulla realtà e serietà esistenziali propri del pensiero della morte, usando gli strumenti limitati e finiti propri dell'incertezza offerti dalle contingenze umane e storiche. Kierkegaard afferma «l'uomo serio è colui che viene educato dall'incertezza alla serietà in forza della certezza... il discente si preoccupa, infatti chi non si preoccupa non può imparare, di questo o di quell'oggetto con tutta l'anima, e in realtà anche la certezza della morte è un oggetto di cui preoccuparsi. Ora il discente che se ne preoccupa si rivolge al maestro della serietà, e di conseguenza la morte non è niente di spaventoso se non per l'immaginazione». La morte infine è la cosa più certa, ma nello stesso tempo è l'unica cosa in cui non c'è nulla di certo: nessun uomo infatti, conosce il momento esatto in cui l'incontrerà. «La certezza della morte determina una volta per tutte il discente nella serietà, ma l'incertezza della morte: è il sorvegliante quotidiano... Serietà diventa quindi vivere ogni giorno come se fosse l'ultimo e al contempo come se fosse il primo di una lunga vita»¹³. Puntuale è anche la critica di Kierkegaard verso coloro che tendono a spiegare e in qualche modo giustificare la morte: «per quanto concerne la morte, non ci si deve affrettare ad avere un'opinione. L'incertezza della morte si prende costantemente e in tutta serietà la libertà di verificare se chi ha un'opinione abbia veramente questa opinione, ovvero se la sua vita ne sia espressione»¹⁴, in altri termini distingue tra ciò che è la morte nell'opinione degli intellettuali, e come vivono la morte, proprio in modo analogo alle aspre critiche che Kierkegaard

rivolge al cristianesimo: distingue nettamente «il sapere cos'è il cristianesimo» (la cosa più facile) dall'«essere cristiani» (la cosa più difficile). D'altronde già nella sua opera *Il concetto dell'angoscia*¹⁵, individuava la morte come progettazione verso la Trascendenza, verso l'«Altro» che costituisce la fine delle possibilità (della vaghezza delle incertezze). La morte è il prezzo del peccato, e rappresenta l'incontro del singolo con il tempo e con l'eternità. L'angoscia della morte viene finalizzata alla trascendenza.

In Martin Heidegger, come già accennato, la vita ha senso solo se è finalizzata alla morte. Nella sua opera *Essere e Tempo*, Heidegger tratta della fenomenologia dell'uomo. L'essere non si rivela mai direttamente, in modo immediato, ma attraverso l'essere di un



qualsiasi ente (uomo, cane, casa, ecc.). Possiamo comprendere la natura dell'essere partendo dall'essere di un particolare ente, spogliandolo di quanto non gli appartiene, e si schiuderà l'essere in se stesso. «Ma noi diamo il nome di "ente" a molte cose e in senso diverso. Ente è tutto ciò di cui parliamo, ciò a cui pensiamo, ciò nei cui riguardi ci comportiamo in un modo o nell'altro; ente è anche ciò che noi siamo e come noi siamo. L'essere si trova nel che-è, nell'esser-così, nella realtà, nella semplice presenza, nella sussistenza, nella validità, nell'Esserci, nel "c'è". In quale ente si dovrà cogliere il senso dell'essere? Da quale ente prenderà le mosse l'aprimiento dell'essere? Il punto di partenza è indifferente o un determinato ente pos-

siede un primato per quanto concerne l'elaborazione del problema dell'essere?»¹⁶. L'ente privilegiato per comprendere il senso dell'essere spetta all'uomo, in grado di porsi la domanda dell'essere, in quanto ha con l'essere un rapporto particolare. L'uomo pertanto è la porta di accesso all'essere, a patto che la nostra conoscenza dell'uomo sia priva di ogni errore. Il filosofo nella sua analisi antropologica individua nell'uomo alcuni elementi fondamentali e tipici del suo essere, che chiama «esistenziali»¹⁷:

– Essere-nel-mondo: intendendo per mondo l'insieme degli interessi, di preoccupazioni, di affetti, di desideri, di conoscenze in cui l'uomo è immerso. L'uomo inserito sempre in situazioni, l'autore lo chiama *Dasein*, esserci, cioè la condizione di situazionalità in cui l'uomo si trova quotidianamente;

– Esistenza: l'uomo nella situazionalità non si trova in modo statico, ma è proiettato al futuro, cioè aperto a diventare qualcos'altro. Ogni azione è finalizzata a quanto l'uomo vuole essere domani. Quindi l'esistenza rappresenta le possibilità dell'essere dell'uomo, è l'uomo fuori di sé: questa è l'essenza o natura dell'uomo;

– Temporalità: l'uomo è un esistente perché legato essenzialmente al tempo. È la temporalità dell'esser-ci che genera il tempo e non viceversa il tempo a rendere l'esser-ci temporale. L'uomo non si arena nell'essere, ma nel suo vero essere egli si trova già ora oltre se stesso, proiettato nelle sue future possibilità. In questo senso l'uomo è esistente, in quanto la situazionalità presenti con il bagaglio di esperienze passate, vengono proiettate nel futuro: l'uomo è futuro. Nel realizzare queste possibilità, l'uomo quindi parte da una situazione di fatto cui è inserito già ora, e in questo senso è stato: il passato si presenta quale contingenza statica al presente dell'uomo, che proietta nel futuro delle possibilità realizzabili. La temporalità quindi unifica l'esistenza (possibilità del futuro), essere di fatto (presente) ed essere decaduto (passato), che costituiscono i tre ele-

menti della totalità strutturale dell'uomo.

Ad ognuna di queste tre stasi temporali corrispondono tre modalità di conoscere dell'uomo:

- passato attraverso il sentire
- presente attraverso il discorrere
- futuro attraverso l'intendere.



Tra l'Essere-nel-mondo (primo esistenziale) e l'Esistenza (secondo esistenziale) esiste un clivus di contrasti con possibili condizionamenti nella manifestazione dell'essere. Fissarsi nell'Essere-nel-mondo porta l'uomo ad arrestarsi nel passato; invece polarizzandosi nell'esistenza, il tutto viene proiettato nel futuro. In base a quale tendenza condizionante (diremo al senso che vorrà dare alla sua vita) prevarrà nella vita dell'uomo, questi condurrà una vita rispettivamente inautentica o autentica. Heidegger considera una vita inautentica quella vita che si lascia gestire dalla situazione, dalla «chiacchiera», dall'essere-nel-mondo, dalla cura per le cose e dai rapporti anonimi della massa. L'inautenticità della vita è dominata dai rapporti anonimi della massa, che appiattiscono l'espressione della vita stessa e l'aspirazione al sapere. Dall'altra parte, la vita autentica il soggetto se la determina gradualmente secondo un definito piano attivo, che sente la responsabilità dell'incessante appello del futuro, unico luogo di realizzazione delle sue possibilità.

Pianificare e costruire con-

sapevolmente un senso alla vita può renderla autentica, può schiudere le sue possibilità, sottraendola dalla quotidianità della situazione e dall'indeterminatezza.

L'uomo è un pro-getto esistenziale, attuazione di possibilità: se l'Esserci vuole conquistare la sua autenticità dovrà assumere la sua possibilità più propria che è la morte. È autentica la vita di colui che orienta la sua esistenza verso la morte. L'essere-per-la-morte costituisce l'esistenziale oltre al quale non esistono altre possibilità. La morte è, anche per Heidegger, un fatto personale, come è mia la vita così pure anche la morte mi appartiene, in quanto possibilità ultime dell'esistenza. Essa è il traguardo della propria esistenza. L'uomo nel suo «essere-nel-mondo», nel suo «esserci», nel suo essere «gettato» nel mondo e nel suo «essere in situazione», è alla scoperta dell'«Essere» che si nasconde dietro la «cura» quotidiana nell'uso delle cose. L'uomo tende, allora, alla verità come rivelazione di ciò che si nasconde. In questa ricerca, l'uomo ritrova l'autenticità dell'«esserci», se finalizza la sua progettualità alla morte, il cui fine implicito non significa un «essere-alla-fine» dell'esserci, ma un essere «per la fine»¹⁸. Heidegger prima di specificare l'Esserci come essere per la morte, ribadisce che è nella morte dell'altro, che mi è prossimo, che si realizza la prima tappa di comprensione del fenomeno centrale dell'esistere, ossia il passaggio dall'impersonale «si muore» al morire in quanto tale. Però per Heidegger «nessuno può assumere il morire dell'altro», siamo vicini all'altro che muore, ma è lui a morire.

In *Essere e Tempo*, Heidegger afferma che la morte è una «possibilità», anzi è la possibilità estrema, la possibilità dell'assoluta impossibilità, che fa parte integrante della costituzione dell'«esserci» stesso dell'uomo. L'Esserci autentico anticipa emotivamente la sua possibilità ultima divenendo un «essere per la morte».

Come in Kierkegaard, la serietà del pensiero della morte

può determinare angoscia, anche se questa non deve impedire alla persona di costruire una vita responsabile, consapevole e realizzata; così per Heidegger l'uomo diventa consapevole della sua possibilità ultima della morte, e gli procura angoscia in virtù della «nullità possibile delle possibilità dell'uomo e dell'intera forma dell'uomo». A tale possibilità l'uomo non può sottrarsi, pena la negazione del carattere del suo essere. La morte per l'uomo significa il raggiungimento della Totalità della sua vita. La morte è la possibilità stessa rispetto alla quale si definiscono l'autenticità dell'esistenza umana. L'esistenza autentica è quella che si anticipa nella morte, quella che assume la morte come la possibilità più propria del vivere. Per Heidegger, l'esserci non può essere considerato come una totalità perché è affetto da una potenzialità, la cui effettualità appartiene al modo stesso di essere nell'esistenza umana. Questa diventa «autentica», solo se mantiene lo sguardo fisso alla morte che la sovrasta, sulla propria finitudine. L'esistenza autentica richiede, dunque, la progettazione e l'anticipazione della morte. La vita umana diventa totalità mediante la morte che la limita, la informa, la preserva dallo snaturarsi e dallo sfigurarsi¹⁹. La morte secondo Heidegger, non è più, come nella tradizione cattolica, l'inizio di un discorso circa l'aldilà, ma diventa l'occasione per un discorso circa la vita, e precisamente per caratterizzarla nella sua radicale finitudine.

In questa ottica radicalmente laica, Heidegger rifiuta il suicidio, considerandolo fuga dall'impegno e dalla progettazione. Senz'altro, la concezione heideggeriana della morte è essenzialmente individualistica. Essa, tuttavia, supera l'angoscia non mediante artifici dialettici, ma attraverso l'uscita dalla chiacchiera, dall'inautentico, dall'artificiosità propria della società tecnologica.

L'alternativa agli esiti nichilisti di Heidegger è la proposta della filosofia cristiana, che non si limita alla semplice indagine sulla morte, attraverso

la ragione, sulle vie della fede offre pure degli orientamenti all'uomo, che lo liberano dalle angosce noetiche, migliorando la qualità del suo esistere. La fede proposta dai filosofi, non è un oblio nelle rappresentazioni teologiche, ma una apertura alla verità che trascende la pura istanza veritativa della ragione.

Gabriel Marcel ha espresso con estrema chiarezza la correttezza filosofica della immortalità individuando nell'amore e nella fedeltà fra due esseri umani il segno della resistenza ontologica della morte e l'inclinazione alla durata. «Lo spirito di verità, porta anche un altro nome, ancora più rivelatore: esso è spirito di fedeltà, e sempre più mi convinco che quello che questo spirito esige da noi è un rifiuto esplicito, una negazione precisa della morte... Amare un essere, significa dire: "tu non morrai". Per me questa... è un'affermazione assoluta»²⁰.

Crederci che vi sia un oltre al divenire incerto del mondo è un rischio, ma rifiutare questo rischio preparerebbe una strada che conduce al nulla e alla perdita totale di sé. La morte non è più un enigma ma un mistero, una verità più grande di noi ma non a noi del tutto sconosciuta, una verità che si innesta nel cuore della vita che è destinata all'eternità. Proprio di fronte alla morte dell'altro, la fede può porre domande alla capacità di pensare filosoficamente. «La fede non teme le grandi domande della ragione; teme soltanto le domande piccole, coltivate sotto la dittatura mortificante della banalità. È di domande grandi, invece, che a questo punto abbiamo disperato bisogno, anche a costo di trovare, alla periferia della fede, abitata dalla ragione, solo risposte piccole. Sono le domande grandi, in ultima analisi, che rendono grandi anche le risposte piccole»²¹.

2. La morte: problema neurofilosofico

La definizione della morte è un argomento che non coinvolge solo conoscenze scientifiche neurofisiologiche, ma

che provoca anche domande filosofiche: è un tema che vede coinvolta a pieno titolo la riflessione bioetica: chi è l'uomo o meglio la persona? Quando l'uomo muore? Quali sono i parametri per definire la persona e di conseguenza la sua non-persona propria del cadavere? La persona va ricercata nella sostanzialità ontologica oppure nel sostanzialismo qualitativo di una sua funzione quale la coscienza? L'antropologia di fondo per definire la vita di una persona si rifà al principio della sacralità della vita oppure al principio utilitaristico della qualità della vita? Ovviamente il riferimento utilitaristico avrebbe il vantaggio di considerare morto e quindi da eliminare ogni soggetto che non solo ha perso la ragione (comatoso, anziano demente) ma anche chi possiede questa funzione solo a livello potenziale (embrione, anencefalo, handicappato). Considerando che l'uomo è un sinolo di materia (corpo) e forma (anima razionale), cioè la dimensione fisica è congiunta e sostiene la dimensione psichica, nell'evento morte quando il corpo cessa di esistere come tale, vengono meno pure le attività psichiche. Questa definizione di morte salvaguarda la definizione psico-fisica dell'uomo e la rilevazione del dato fisico della morte risulta determinante per definire la morte come sistema integrato²².

In campo bioetico sono tre le definizioni di morte che prevalgono²³:

a) morte cerebrale inizialmente descritta come coma dépassé secondo la celebre pubblicazione della Commissione di Harvard²⁴ (1968). Successivamente il dibattito si fece più acceso, e studiosi come il filosofo tedesco Hans Jonas rivendicava la definizione di morte con il criterio cardiologico, intravedendo la morte dell'organismo come morte di un tutto, cioè non solo la necrosi dell'encefalo ma la scomparsa della triade di Bichat, cioè la funzione cardiaca, respiratoria e cerebrale. Si sostiene che

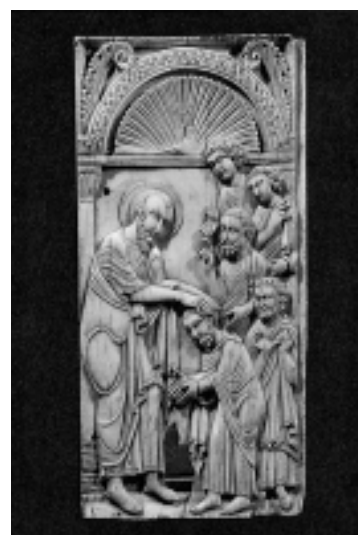
– nella morte cerebrale a venire meno non sono queste funzioni, ma la loro capacità

di esprimersi spontaneamente, quindi non si avrebbe la scomparsa del tutt'uno,

– inoltre riproporrebbe la classica distinzione cartesiana corpo-cervello, *res extensa-res cogitans*, anziché considerare l'identità dell'intero organismo,

– la definizione di morte cerebrale non sottostà ad una interpretazione filosofica ma ad un orientamento utilitaristico, di reclutamento di organi da trapiantare, velando di una falsa tranquillità la coscienza degli operatori sanitari che la persona dichiarata morta lo è realmente.

b) morte corticale: questa definizione, pur fondandosi su dati empirici, presenta un carattere prettamente filosofico, e viene sostenuta soprattutto da vari studiosi come Veatch, Engelhardt, Defanti. Questi autori definiscono la morte della persona come la scomparsa delle funzioni cerebrali superiori, quali l'attività di coscienza, le funzioni razionali quali il pensiero, la relazionalità sociale e la sua articolazione attraverso il linguaggio. La morte corticale comporta la incapacità di realizzare atti personali e quindi non sarebbe più persona. Naturalmente questi atti sono espressione di attività della persona, cioè co-



stituiscono la personalità, e non sono costitutivi della persona stessa. Questa definizione di morte è molto pericolosa perché rischia di dichiarare morta una persona quando non lo è.

c) morte cerebrale: il principio di unificazione e di integrazione dell'organismo umano è da ritrovarsi nel cervello globalmente. Quindi la morte è identificata nella morte non solo della corteccia (deputata alle funzioni superiori quali l'attività di coscienza) o del tronco encefalico (deputato alle funzioni omeostatiche cardiorespiratorie, metaboliche, ecc.²⁵) ma di tutto il cervello. Il concetto di morte basato sulla morte del tronco, è un concetto metafisico (capacità di integrazione), sottostante al corrispondente principio secondo il quale il tutto è più della mera somma delle parti costitutive (perciò morte non è cessazione di una attività o di una funzione del corpo umano, ma il venir meno della persona, cioè la perdita di quell'elemento che conferisce unitarietà all'organismo, cioè del sistema nervoso)²⁶. Il giudizio medico si propone invece di verificare l'assenza delle funzioni vitali, cioè il decesso di una persona. Tale definizione è stata pure accolta in Italia dal Comitato Nazionale per la Bioetica (1991) che definì la morte come la perdita totale ed irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale individuabile nel cervello, determinato da un «danno cerebrale organico, irreparabile, dove il supporto artificiale è avvenuto in tempo a prevenire o trattare l'arresto cardiaco anossico».

Criteri di accertamento della morte

Mentre la definizione di morte della persona spetta alla filosofia, l'accertamento del venir meno dell'unità del complesso integrato della persona spetta alla medicina. Carrasco De Paula afferma che «Non può essere oggetto di diagnosi l'attimo della morte, poiché essa non è evidente né verificabile. Di conseguenza, si deve mantenere l'asincronia fra l'istante drammatico della separazione dell'anima (intesa come momento di separazione della forma razionale o forma integrante e integrata della razionalità) dal corpo e il mo-

mento nel quale risulta manifesto l'avvenuto decesso (stato di disintegrazione). Lo sviluppo tecnologico potrà accorciare il lasso di tempo che divide i due episodi, ma difficilmente questo sparirà completamente. Diagnosticare la morte significa verificare non il distacco dell'anima bensì l'assenza di segni di vita organizzata»²⁷. La nostra legislazione italiana considera morta una persona quando viene accertata la morte cerebrale (stato di morte): il cervello è il principio di unificazione e di integrazione dell'organismo umano che è da ritrovarsi nel cervello globalmente. Per evitare manipolazioni e abusi su cadaveri in stati particolari di vita, cercando di normare dati scientifici inerenti la confusione esistente tra morte cerebrale, morte cardiaca, comi, S.V.P., la legge n. 578 del 29/12/1993 «norme per l'accertamento e la certificazione della morte», all'art. 1 definisce la morte come «la cessazione irreversibile di tutte le funzioni cerebrali» dovuta a danneggiamento irreversibile primitivo del cervello o secondario ad arresto cardiocircolatorio e mancato afflusso di sangue all'encefalo con arresto di tutte le sue attività: una persona è morta quando il suo cervello è morto. La morte, precisa C. Manni, non è un evento istantaneo, ma un processo evolutivo, che può precedere anche di molto la completa necrosi dell'organismo; è il momento in cui si registra la perdita irreversibile di integrare e coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo, momento generalmente definito col termine di «morte cerebrale», idoneo all'espianto di organi. Per evitare equivoci legati a tale dizione, è più esatto parlare di «morte encefalica», cioè di quella condizione in cui la necrosi cellulare è estesa a tutto il cervello. Altre morti cerebrali, come quella troncoencefalica (criterio assunto dal Regno Unito per la diagnosi di morte su base neurologica) o quella corticale sono del tutto equivoche, sobillando pericolosi astensionismi terapeutici nei confronti di persone ancora vive²⁸. Questa precisazione può contrastare con

quelle correnti di pensiero che vorrebbero equiparare la morte fisica alla perdita solo di alcune pur importanti capacità del paziente come quella della morte troncoencebrale o di quella corticale, favorendo argomenti a sostegno dei movimenti proeutanasici. Va distinta quindi la morte cerebrale dal coma irreversibile, poiché in quest'ultima situazione clinica esistono ancora dei neuroni che continuano a funzionare e il soggetto non è quindi morto. Nella morte cerebrale invece tutte le cellule del cervello sono distrutte.

Coerentemente con il concetto di morte encefalica, sono stati elaborati alcuni criteri per accertarla. Questi criteri sono stati poi recepiti dalle legislazioni per regolare una materia così rilevante.

Le concrete modalità diagnostiche con cui documentare l'irreversibile cessazione delle funzioni encefaliche sono specificate nel Decreto applicativo della legge del 14 aprile 1994.

In caso di arresto cardiaco basta l'accertamento effettuato mediante elettrocardiogramma per almeno venti minuti. Dopo questo periodo possiamo infatti esser certi che l'anossia ha prodotto alterazioni irreversibili e totali a livello del sistema nervoso centrale.

Nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, la diagnosi certa di morte richiede il rilievo simultaneo e protratto per almeno 6 ore di alcuni specifici segni clinico-strumentali, che il Comitato Nazionale di Bioetica ha così enunciato: uno stato di coma non rispondente agli stimoli esogeni, arilessia tendinea dei muscoli scheletrici innervati dai nervi cranici e quindi assenza dei riflessi troncoencefalici (fotomotore, corneale, oculoencefalici e oculo vestibolari, faringeo e tracheale), atonia muscolare, assenza di attività elettrica cerebrale attraverso la registrazione EEG, assenza di respirazione spontanea.

Devono essere escluse condizioni che potrebbero indurre in errore (ipotermia artificiale, sostanze deprimenti il SNC, patologie endocrine...). Nei

bambini sotto i 5 anni si richiedono 12 ore di osservazione e 24 ore nei bambini al di sotto di un anno.

Attualmente alcuni sofisticati esami strumentali sono in grado di confermare la diagnosi di morte cerebrale in tempi anche più brevi, dimostrando in modo inequivocabile l'assenza della circolazione cerebrale e quindi l'impossibilità che il sangue possa raggiungere il parenchima cerebrale: angiografia cerebrale (in condizioni normali il flusso ematico è pari a 50 ml/100 gr.

metafisiche le affermazioni della scienza, d'altra parte in una gnoseologia realista la comprensione del composto umano non può prescindere dagli apporti forniti dalle scienze empiriche. Dal punto di vista strettamente pratico possiamo tuttavia far nostre le osservazioni contenute a questo proposito nella Carta degli Operatori Sanitari: la fede e la morale fanno proprie queste conclusioni della scienza.

Si esige però, dagli operatori sanitari, l'impiego più accurato dei diversi metodi clinici

funzione di relazione e di adattamento con l'ambiente della persona (temperatura, pressione arteriosa, attività metabolica), la *diagnosi di morte*, secondo la normativa italiana, consiste nel rilevare una lesione irreversibile di tutto l'encefalo, che deve risultare danneggiato al fine di eliminare ogni dubbio circa la possibilità di vita. La diagnosi di morte viene effettuata dal medico curante, che generalmente è il rianimatore, e consiste nella definizione eziopatogenetica della lesione, e cioè sulla diagnosi esatta della malattia che ha causato la morte cerebrale. Effettuata la diagnosi di morte, il medico rianimatore comunica alla direzione sanitaria il potenziale donatore affinché venga nominato il *collegio medico per l'accertamento di morte*. Tali sanitari dovranno essere dipendenti di struttura pubblica, non dovranno appartenere né all'équipe deputata al prelievo né a quella deputata al trapianto e sono: un medico legale o un medico della direzione sanitaria o un anatomopatologo, cioè conoscitore delle normative in merito ai trapianti; inoltre sarà presente un medico anestesista, un neurofisiopatologo o un neurologo o neurochirurgo in grado di interpretare correttamente un tracciato elettroencefalografico. La durata del periodo di osservazione ai fini dell'accertamento della morte è di 6 ore per gli adulti ed i bambini di età superiore a 5 anni, di 12 ore per i bambini di età compresa tra 1 e 5 anni e si protrae a 24 ore nei bambini di età inferiore ad un anno. La presenza simultanea dello stato di incoscienza, di assenza di riflessi del tronco e di silenzio elettrico cerebrale documentato da EEG, all'inizio, a metà e alla fine del periodo di osservazione, permetterà di certificare la morte. La commissione medica nominata per l'accertamento della morte, dopo il periodo di osservazione dovrà confermare la diagnosi di morte formulata dal curante e comunque coinciderà cronologicamente con l'inizio dell'osservazione: il principio della collegialità e dell'unanimità permetteranno



di tessuto/min.; quando questo valore si abbassa a meno di 15 ml/100 gr di tessuto/min. assistiamo alla morte di tutta la popolazione neuronale), flussimetria Doppler, scintigrafia cerebrale con Tecnezio 99m, SPECT (tomografia computerizzata ad emissione di singoli fotoni).

Il preciso rapporto fra morte dell'organismo, morte encefalica e morte della persona è ben lungi dall'essere chiarito in tutti i suoi aspetti: se da una parte bisogna evitare accuratamente di ribaltare in verità

e strumentali per una diagnosi certa di morte, al fine di non dichiarare morta e trattare come tale una persona che non lo sia²⁹.

Considerato che dal punto di vista fisiologico l'encefalo svolge due attività importanti, ossia l'elaborazione dei contenuti di coscienza (area corticale), cioè consapevolezza del proprio essere ed esistere in relazione con l'ambiente circostante (fisico, relazionale), e l'attività omeostatica (tronco encefalico) che oltre a regolare lo stato di veglia svolge una

la formulazione della morte clinica e giuridica. Quindi la morte è identificata nella morte non solo della corteccia (deputata alle funzioni superiori quali l'attività di coscienza) o del tronco encefalico (deputato alle funzioni omeostatiche cardiorespiratorie, metaboliche, ecc.) ma di tutto il cervello. Tale definizione è in sintonia con quanto stabilito dal Comitato Nazionale per la Bioetica (1991) che definiva la morte come la perdita totale ed irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale individuabile nel cervello, determinata da un «danno cerebrale organico, irreparabile, dove il supporto artificiale è avvenuto in tempo a prevenire o trattare l'arresto cardiaco anossico».

Interpretazioni ontologiche e biologiche

La consapevolezza dei problemi filosofici implicati dalla definizione di morte cerebrale ha portato a discutere i criteri per la perdita della personalità e a proporre la perdita della personalità, o della identità personale, quale parametro valido per la determinazione della morte. Le definizioni che fanno appello alla perdita della personalità sono state descritte come definizioni ontologiche³⁰ e contrapposte alle definizioni biologiche espresse in formulazioni che fanno riferimento al cervello nel suo complesso o al tronco cerebrale. I sostenitori della definizione e determinazione della morte basata su criteri ontologici fa riferimento alla perdita

sono essere conservati biologicamente per anni, invece di poche ore o giorni come nel caso della morte cerebrale totale... ciò offrirebbe la possibilità che parti o corpi di morti neocorticali possano essere donati e conservati per ricerche a lungo termine, in banche di organi, o per altri fini come test farmacologici o produzioni di composti biologici³¹. I sostenitori delle tesi ontologiche hanno pure cercato di descrivere le qualità minime necessarie in termini di facoltà psicologiche per definire la personalità di un soggetto. La perdita delle funzioni cerebrali superiori implica la perdita della continuità dei processi psichici, allora una ridefinizione della morte cerebrale deve porre l'accento sulla perdita dell'identità personale. Le definizioni ontologiche non danno alcuna importanza alla persistenza di funzioni diverse quali la respirazione spontanea o il battito cardiaco. I neurologi e i filosofi sostenitori della tesi della morte cerebrale trovano riferimenti alle parti superiori o inferiori del cervello, responsabili, rispettivamente, delle funzioni cognitive e integrative. Le definizioni ontologiche si concentrano principalmente sulle prime, mentre le definizioni biologiche si indirizzano sulle seconde. Tra i neuroscienziati vi è accordo sul fatto che tali funzioni "cerebrali superiori" come la coscienza o la cognizione possono non essere mediate a rigore dalla corteccia cerebrale, ma è probabile che esse rappresentino l'esito di complesse interrelazioni tra il tronco cerebrale e la corteccia. Il cervello superiore controlla il movimento ed il linguaggio. La sua azione coinvolge il contenuto della coscienza (comprendendo in senso ampio la somma totale della dotazione cognitiva e affettiva dell'individuo). Il contenuto della coscienza deve essere distinto dalla capacità di coscienza, determinata dalle strutture del tronco cerebrale. Le parti superiori del tronco cerebrale attivano gli emisferi cerebrali e sono responsabili della generazione della facoltà della coscienza psicologica. Non-



3. Problemi definitori della morte

Prenderemo in considerazione alcuni tentativi di ridefinizione della morte basati su fondamenti ontologici; cioè, in termini di perdita della personalità o dell'identità personale, secondari alla perdita delle strutture neuropsicologiche deputate alla coscienza e alla cognizione. Le formulazioni ontologiche sono teoricamente insoddisfacenti, come pure le formulazioni ontologiche e biologiche non sono in competizione tra loro, la morte del tronco cerebrale infatti implica anche la perdita della coscienza e della cognizione.

delle funzioni cerebrali superiori proprie dei soggetti in stato vegetativo persistente e di varie forme di anencefalia. Talvolta vengono usati in questo contesto sinonimi ambigui e fuorvianti come «morte neocorticale» o «sindrome pallida». Smith, nel 1988, sosteneva la definizione ontologica di morte e descriveva i benefici di una tale ridefinizione per il reperimento di organi per trapianti.

Il criterio della morte neocorticale, avrebbe il vantaggio di aumentare in modo significativo la disponibilità e l'accesso ai trapianti, poiché i pazienti (inclusi gli anencefalici) dichiarati morti in base alla definizione neocorticale pos-

stante la capacità di coscienza (una funzione del tronco cerebrale) non corrisponda al contenuto della coscienza (una funzione del cervello superiore), è fondamentale precondizione di quest'ultimo. Se non esistesse la funzione del tronco cerebrale, non ci sarebbe vita affettiva, cognitiva, attività di pensiero o sentimenti e interazione sociale.

La Gervais afferma come «l'assenza permanente della coscienza» sia la «misura della morte nell'uomo»³², cioè definisce la morte basata sulla cessazione delle funzioni neocorticali, comprendendo pure i neonati anencefalici e i pazienti in stato vegetativo persistente. L'autrice identifica la morte neocorticale (un concetto neuropatologico) e stato vegetativo persistente (un concetto clinico), quantunque il primo non venga mai definito in modo chiaro. Infatti i parametri che soddisfano il concetto di morte neocorticale richiedono un elettroencefalogramma piatto, mentre sono ben pochi i pazienti in stato vegetativo persistente che soddisfano questo requisito. La morte neocorticale è una variante molto rara di stato vegetativo persistente, dato che la grande maggioranza di quest'ultimo tipo di pazienti non ha subito insulti ipossici o ischemici di gravità tale da rendere piatto l'elettroencefalogramma. L'autrice critica la formulazione centrata sul tronco encefalico perché presumibilmente fondata su considerazioni biologiche.

La formulazione centrata sul tronco cerebrale è stata pure criticata anche da altri sostenitori della posizione ontologica: Green e Wikler³³ sostengono che la continuità psicologica, determinata dalla funzione del cervello superiore, è necessaria per la conservazione dell'identità personale. Quindi per questi autori la continuità dell'identità personale sarebbe il parametro definitorio della vita nell'uomo. Pertanto la morte rappresenterebbe la perdita della funzione psichica. La perdita della capacità di attività psichica, quando la morte cerebrale priverebbe il corpo dei suoi tratti

psicologici allora si verificerebbe la morte, non in virtù di ragioni morali né biologiche, ma per semplici considerazioni ontologiche. Va notato che non c'è nulla, nell'appello a considerazioni ontologiche, che possa invalidare la formulazione della morte centrata sul tronco cerebrale.

Il concetto di morte centrato sul tronco cerebrale, comporta necessariamente la perdita di tutte le funzioni cognitive, ed è compatibile con i criteri di personalità propri della definizione ontologica: con la morte del tronco cerebrale non c'è né la capacità né il contenuto della coscienza. Le divergenze tra formulazioni ontologiche e biologiche consistono nello status delle funzioni residuali, quando cioè il danno sia limitato alle regioni superiori e la maggior parte del tronco cerebrale sia invece intatto. La diversità tra le due formulazioni è stata acutamente descritta da A. Earl Walker³⁴:

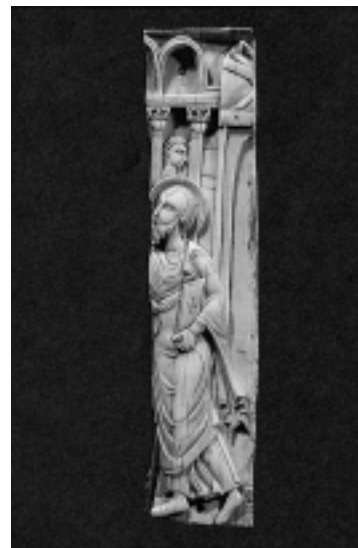
“È stato affermato da parte di alcuni che una persona con mancanza completa di reattività intenzionale, ma ancora in grado di respirare e di mantenere alcuni riflessi spinali o del tronco cerebrale, dovrebbe essere considerata legalmente morta. Eppure, questi individui, che vegetano senza mostrare alcun segno di riconoscimento o risposta all'ambiente, ovviamente non hanno un cervello morto. È una pura congettura che il grado di attività funzionale mediata dal tronco cerebrale e dal midollo spinale sia sufficiente per la capacità di riconoscimento e reazione all'ambiente da parte dell'individuo. I bambini anencefalici, nati privi di sostanza cerebrale al di sopra del tronco cerebrale, sono capaci di muoversi, di compiere certi movimenti delle braccia e delle gambe che appaiono intenzionali e di reagire con risposte motorie elaborate; tuttavia, la vita di cui sono dotati per breve tempo questi bambini è di qualità completamente diversa dalla vita degli esseri umani adulti, ma resta aperta la domanda se sia molto diversa da quella di un neonato normale.

L'esistenza di differenze nella qualità della vita, non sono

in grado di ridefinire la morte: variazioni di qualità della vita si manifestano come forme dell'essere in vita, con una funzione continuativa del tronco cerebrale possono esservi reazioni osservabili e registrabili seppur non intenzionali”.

Indeterminatezza del concetto di identità personale

Gli argomenti assunti a definizione della morte in termini di identità personale spesso evidenziano una «essenza», la cui perdita determina la perdita dell'identità. La personalità è la manifestazione delle potenzialità proprie della persona, quindi la personalità è una categoria o predicazione, anche se la più importante, della sostanza personale ma non l'unica. Le argomentazioni



sull'identità personale sono vaghe e per quanto riguarda la morte cerebrale hanno determinato indubbe confusioni tra la morte di una persona e la morte del corpo di quella persona.

L'identità personale, cioè la personalità è una qualità, affine ad altre come spirito, coraggio, volontà, cuore e anima, tutte attribuite a un essere umano tramite convenzioni sociali, non tramite il riferimento alla struttura fisica di un soggetto. È proprio perché la personalità è connessa con il complesso dei rapporti e degli atteggiamenti giuridici e politici espressi nella vita sociale che vige un disaccordo sulla determinazione del mo-

mento in cui un essere può diventare una persona o cessare di esserlo. I teologi cattolici individuano le origini dell'identità personale nel concepimento in quanto potenzialmente presente, mentre alcuni filosofi pongono il suo emergere in uno stadio molto posteriore di sviluppo nell'infanzia. Secondo Kushner³⁵: la personalità si acquisisce e si sviluppa solo gradualmente nel corso dello sviluppo fetale e infantile. Il processo del divenire una persona è lungo e anche alla nascita il neonato ha solo alcuni tratti caratteristici della personalità adulta, quali desideri, voleri, frustrazioni e sentimenti. Occorrerà tempo per sviluppare le facoltà più



complesse nel corso dell'integrazione del bambino con il suo ambiente psico-socio-relazionale.

In una critica del rapporto della Commissione di Harvard (*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School*, 1968), Hans Jonas³⁶ ha individuato nel documento la riproposta del dualismo cervello-corpo laddove viene adottato il coma irreversibile come concetto di morte. Ma le osservazioni di Jonas sono ancora più efficaci se applicate ad alcune delle attuali teorie dell'identità personale.

Mi pare che dietro la definizione proposta della morte, indipendentemente dalla sua evidente motivazione pragmatica, si celi un curioso *revenant* del vecchio dualismo anima-corpo. Esso riappare ora come dualismo di cervello e corpo. In analogia col precedente esso sostiene che la vera persona umana è costituita (o è rappresentata) dal cervello, di cui il

resto del corpo è un semplice strumento. Pertanto, quando il cervello muore è come quando si rende l'anima: ciò che rimane sono «spoglie mortali». Ora, nessuno vorrà negare che l'aspetto cerebrale è decisivo per definire la qualità umana della vita di quell'organismo che è l'uomo. Questo era il senso della mia posizione, quando insistevo sul fatto che la perdita irreversibile e completa delle funzioni cerebrali non dovrebbe autorizzarci a ritardare la morte del resto dell'organismo, che di tale perdita è la conseguenza naturale. Ma negare che il corpo extracerebrale sia una componente essenziale dell'identità della persona non è meno esagerato per il cervello di quanto lo fosse per l'anima cosciente. Il corpo è unicamente il corpo di questo cervello, e di nessun altro. Ciò che è soggetto al controllo centrale del cervello, l'organismo corporeo, è tanto caratteristico della mia persona, «mio», unico per la mia identità (si pensi alle impronte digitali), impossibile da scambiare, quanto lo stesso cervello che controlla (e che è a sua volta controllato). La mia identità è l'identità dell'intero organismo, anche se le funzioni più elevate della mia persona risiedono nel cervello... Perciò, per quanto il corpo del comatoso – anche se con l'aiuto della tecnologia – ancora respira, pulsa e funziona, dev'essere considerato come ciò che perdura del soggetto... e come tale ha ancora diritto all'inviolabilità che le leggi di Dio e degli uomini hanno accordato a tali soggetti. Questa inviolabilità impone che non lo si usi come mero strumento.

Una delle più evidenti anomalie nei concetti di morte orientati sulla persona è che i loro sostenitori non considerano la distinzione tra l'assenza di risposte all'ambiente propri della morte del tronco cerebrale e i casi in cui il danno è confinato alle regioni superiori del cervello. La maggior parte delle versioni orientate sulla persona si riferiscono alla mera assenza di esperienza, alla mancanza della coscienza e delle capacità cognitive. Ma non è chiaro se, nel determina-

re la morte, questa perdita di reattività psichica all'ambiente abbia un'importanza maggiore di altre privazioni. Si assume semplicemente che tutto ciò che conta è l'interruzione della continuità psichica.

Alcune società attribuiscono alla continuità psichica più importanza di altre. Inoltre, anche ciò che vale come perdita della continuità psichica appare culturalmente relativo. L'importanza data alla continuità psichica (capacità di esperire) è la risultante del contesto culturale di appartenenza, e come tale presenta una relatività spazio-temporale. Se quest'ultima fosse elevata a criterio esclusivo, un medico che eserciti in un contesto sociale multiculturale, abituale al giorno d'oggi, si troverà di fronte problemi quasi insormontabili al momento di decidere se procedere alla rianimazione o meno. Ma anche se si riuscisse a determinare, con un grado di precisione soddisfacente, che l'identità personale è perduta, che «X non è più tra noi», questa non sarebbe ancora una buona ragione per formulare una diagnosi di morte. Significherebbe al massimo «X non è più tra noi nel senso che non è più quello che una volta conoscevamo».

La definizione di morte centrata sull'identità personale incontra difficoltà nei casi limite, come gli anencefalici o gli affetti da demenza grave. Le somiglianze tra stato vegetativo persistente e demenza grave sono molto più strette di quelle tra perdita della funzione del tronco cerebrale e stato vegetativo persistente. Vi sono inoltre obiezioni cliniche a una diagnosi di morte in presenza di un persistente funzionamento del tronco cerebrale. Non è ancora chiaro se frammenti di coscienza o di consapevolezza possano essere mediati dalle strutture subcorticali. In particolare, è difficile dimostrare la totale assenza di sensibilità con una perdurante funzionalità del tronco cerebrale.

Mentre la morte del tronco cerebrale è relativamente semplice da diagnosticare, lo stesso non può dirsi per la morte

concepita in termini di perdita delle funzioni superiori. Diagnosticare uno stato vegetativo persistente può presentare delle difficoltà, e non dovrebbe essere sottovalutato il problema della diagnosi di assenza di autoconsapevolezza. A differenza dei test clinici per la morte del tronco cerebrale, che è un fenomeno univoco, i test per l'autoconsapevolezza possono portare a risultati differenziati. Alcuni pazienti in stato vegetativo persistente mostrano una considerevole mole di attività comportamentale organizzata in risposta a stimoli improvvisi o nocivi. Quasi tutti riacquistano i cicli sonno/veglia; molti mostrano manifestazioni facciali di interesse e alcuni mostrano perfino fluttuazioni emotive con occasionali lacrimazioni o sorrisi di tipo infantile in risposta a stimoli non verbali. Altri sbattono le palpebre regolarmente di fronte a una minaccia visiva, sbarrano o chiudono gli occhi in risposta a rumori improvvisi o dimostrano riflessi di brancolamento o suzione.

Per gli operatori sanitari e i familiari di questi pazienti, queste manifestazioni comportamentali sono indicative della persistenza della vita e suggeriscono che non possono escludersi con certezza livelli residui di autoconsapevolezza. I parametri clinico-strumentali per stabilire la perdita irreversibile della coscienza richiedono definizioni più accurate. Nonostante il recupero da stati vegetativi persistenti sia raro, le possibilità residui conseguenti a danni confinati alle regioni superiori del cervello, impongono una ricerca clinica e una riflessione filosofica per poter sentenziare la diagnosi di assenza irreversibile dell'autoconsapevolezza.

Stanley³⁷ ha affermato che «non c'è al momento alcun semplice test operativamente valido per lo stato vegetativo persistente», ma che «vi è certezza circa la non reversibilità della morte del tronco cerebrale, certezza che invece manca nel caso della decorticazione».

Le prognosi di morte del tronco cerebrale e di stato vegetativo persistente, rispettivamente, presentano analogie

solo nel periodo iniziale. La morte del tronco cerebrale può essere determinata con assoluta precisione entro poche ore o pochi giorni al massimo. Ma per lo stato vegetativo persistente la prognosi di irreversibilità della cognizione e delle altre funzioni intellettuali non può essere determinata con un sia pur minimo grado di certezza se non molto più avanti nel decorso della malattia del paziente.

Non c'è disaccordo insanabile tra la formulazione ontologica della morte da parte della Gervais e la formulazione centrata sul tronco cerebrale, nel senso che entrambe pongono l'accento sulla perdi-

centrata sul cervello superiore, e le loro conseguenze in termini di prelievo degli organi.

La prima posizione consiste nella tesi che la morte del tronco cerebrale è la morte della persona. I sostenitori di questa tesi affermano che, una volta soddisfatti i criteri per la morte del tronco cerebrale, non vi sono ulteriori obblighi etici del tipo che sarebbe appropriato avere nei confronti di una persona ancora viva.

La seconda posizione sostiene che la morte del tronco cerebrale è la morte della persona ma non necessariamente quella del corpo, che potrebbe continuare a «vivere» con l'aiuto di sofisticate tecnologie



ta irreversibile della coscienza. Ma a differenza della Gervais, i sostenitori della formulazione centrata sul tronco cerebrale pongono un eguale accento sulla perdita delle capacità omeostatiche, quali la respirazione e il battito cardiaco, cioè di tutte le funzioni organismiche. La tesi della Gervais³⁸, sulla morte umana, quale stato di «incoscienza permanente», implica l'inclusione tra i morti anche i soggetti in stati vegetativi persistenti e gli anencefali.

Problemi della morte neocorticale

Tre sono le posizioni etiche e filosofiche che vanno considerate, se vogliamo valutare i meriti rispettivi della formulazione della morte centrata sul tronco cerebrale e di quella

mediche. In questo senso, una diagnosi di morte del tronco cerebrale non determina la morte, ma indica semplicemente l'appartenenza a una categoria di esseri cui si consente di morire. Questa posizione viene respinta in quanto la morte del tronco cerebrale soddisfa tutte le condizioni necessarie e sufficienti per una diagnosi di morte.

La terza posizione equipara la morte del tronco cerebrale e lo stato vegetativo persistente di conseguenza: non vi sono problemi etici di classificazione delle due condizioni di morte in questione. Questi sostenitori affermano che la capacità di agire morale è legata all'integrità e alla continuità dell'identità personale, che a sua volta dipende dal substrato biologico responsabile della

conservazione delle funzioni cognitive. Pertanto, né un cadavere né un paziente in stato vegetativo persistente sono capaci di azioni morali rilevanti. Peraltro, andrebbe osservato che l'incapacità di dare inizio a un agire moralmente signifi-



cativo, o anche di reagire o essere consapevoli di tale agire, non è motivo per escludere un soggetto dall'appartenenza alla comunità morale e negare il diritto ad un'attenzione moralmente significativa. Secondo Gillett³⁹ la capacità di esprimere e sviluppare la personalità dipende in modo cruciale dal funzionamento integro del cervello (in particolare di quelle aree che risultano più gravemente danneggiate nei casi di trauma o ischemia anossica), che permette all'individuo di interagire con gli altri e con il mondo circostante in modo ricco e complesso. Una volta che questa condizione cruciale sia venuta meno, siamo giustificati a pensare che il corpo non possa più essere considerato come il luogo di quella attività che chiamiamo «espressione dell'identità personale». Se il cervello ha smesso di funzionare e non vi sono prospettive di tornare a un livello di funzionamento adeguato a sostenere tale attività, allora la libertà di persona dotata di un corpo è stata distrutta.

Questo comporta la rivendicazione del diritto dell'eutanasia, e l'estensione della definizione di morte agli stati vegetativi persistenti e a tutti gli altri casi in cui non si repu-

tano più sussistere le condizioni per una vita eticamente rilevante. Lamb⁴⁰ sostiene che, mentre c'è una chiara distinzione tra criteri di eutanasia e la proposta di criteri per la diagnosi di morte, c'è un senso in cui questa distinzione può perdere la sua rilevanza. Se i criteri, in entrambi i casi, vengono basati sulla perdita di significato e della capacità di apprezzare la vita – perdita della personalità –, allora, una volta che si affermi che questi criteri sono stati soddisfatti, poco importa quale descrizione venga data di fatto per l'insieme di azioni (o omissioni) che conducono alla estinzione delle funzioni vitali residuali. In tali casi, infatti, la linea di confine cruciale verrebbe attraversata nel momento in cui si giudicasse che una vita ha perduto il suo significato.

Secondo Rachels⁴¹ occorre fare una netta distinzione tra essere vivi in senso biologico e avere una vita nel senso sociale e morale. Secondo lui l'essere vivi in senso biologico è relativamente poco importante. La vita, al contrario, è significativa per le sue aspirazioni, decisioni, attività, progetti e relazioni umane. Una volta persa la propria vita, per così dire, l'essere vivi (come un paziente affetto da morbo di Alzheimer) è di scarsa importanza morale. L'impostazione di Rachels è di chiaro orientamento eutanasi eugenistico. Solleva dei dubbi: cosa è significativo e per chi? Secondo quali regole sociali? Il significato è tale perché riferito ad un'essenza fondamentale: la vita. Il significato della vita non può essere motivo di valutazione né personale, né sociale; la vita può semplicemente essere valorizzata per la sua essenzialità. Ma contro questa tesi va sottolineato che i criteri che soddisfano il concetto biologico (morte del tronco cerebrale) sono precisi e oggettivi; mentre i criteri dell'avere una vita sono indeterminati e soggetti a una varietà di interpretazioni sociali e personali. Gillett distingue l'essere vivi in senso «eticamente interessante».

Scrivi Gillett⁴²:

«Quando il corpo di una

persona è piombato in uno stato incapace di sostenere più oltre la sua vita come persona, abbiamo tutte le ragioni per dire che la sua anima si è distaccata, qualsiasi siano le nostre convinzioni metafisiche... Senza «impegnarsi» con la definizione di morte, possiamo decidere che questa persona non sia più viva in senso eticamente interessante. Una volta presa questa decisione, non abbiamo più tra le mani una persona come paziente da curare, ma un corpo nei cui confronti il nostro ex paziente non ha più ulteriore interesse. È un atteggiamento disimpegnato utilitarista sociale...».

Gillett si muove chiaramente in un quadro concettuale dualistico cartesiano nell'accoglimento della perdita di certe strutture connesse con la coscienza come definizione di morte, ossia non-senso di vivere. Ma la specificazione esatta delle strutture interessate e dell'entità del danno che devono subire è estremamente difficile da formulare. Inoltre, non è chiara la ragione per cui si dovrebbe dare alla coscienza un simile primato etico. Benché connessa a interazioni eticamente significative, come il comportamento intenzionale e la responsabilità, essa non rappresenta la totalità di ciò che ha importanza etica. Chi è debole e privo di aiuto suscita negli altri esseri morali un bisogno di rispetto e di assistenza.

Nelle sue riflessioni Lamb osserva come siano molti i contesti sociali in cui si potrebbe invocare un criterio che soddisfi il concetto di «non essere più vivo in un senso eticamente interessante», ma non si può raggiungere un livello di precisione e di certezza tale da giustificare l'impiego di questi criteri in situazioni in cui si tratta di decidere se autorizzare la sospensione della terapia o l'espanto degli organi a fini di trapianto. Estendere la definizione di morte fino a includere la decorticazione (o la perdita di personalità in questo senso) esige che ci confrontiamo con un gran numero di implicazioni che appaiono contrarie alla pratica clinica corrente e ai modi di sentire pub-

blici più diffusi, inclusa l'implicazione secondo cui tutti quei pazienti che versano in stato vegetativo persistente sono eticamente indistinguibili dai cadaveri. Le componenti affettive e cognitive della coscienza possono essere essenziali per una vita significativa e piacevole, ma non sono condizioni necessarie e sufficienti per una diagnosi di morte.

In sintesi, la nozione di morte cerebrale è tutt'altro che accettata universalmente, bensì sottoposta a molte definizioni e diversi criteri di accertamento: ricordiamo soprattutto, per l'influenza che hanno avuto, il *Report of Ad Hoc Committee* dell'Harvard Medical School del 1968 e *A Proposed Uniform of Death Act* della President's Commission del 1981.

La scuola neurologica inglese ritiene che, per avere morte cerebrale, sia sufficiente la morte anche del solo tronco dell'encefalo. Tuttavia, nel coma da lesione primitiva del tronco, spesso si dimostra la persistenza di potenziali evocati visivi e di attività elettrica corticale spontanea: l'assenza di funzione del resto dell'encefalo dipende dalla mancanza di input dal tronco e non da un deficit funzionale intrinseco.

In una rara situazione patologica, la sindrome *locked in*, si ha lesione parziale del tronco: la persona, pur non potendo comunicare con il mondo esterno, resta in qualche modo cosciente ed è veramente come prigioniera, chiusa dentro se stessa.

La morte del solo tronco encefalico è dunque insufficiente per poter dichiarare morto tutto l'organismo.

Altri Autori, soprattutto americani, identificano la morte cerebrale con la morte corticale, anche in presenza di strutture troncoencefaliche integre e funzionanti. In questa condizione clinica, detta stato vegetativo persistente, o coma apallico o coma vigile, permangono attive le capacità di regolazione (centrale) omeostatica dell'organismo e la capacità di espletare in modo integrato le funzioni vitali, inclusa la respirazione autonoma: non si ha dunque la perdita totale e irreversi-

bile dell'unitarietà funzionale dell'organismo⁴³. Va inoltre sottolineato il fatto che questo stato non è sempre irreversibile e si segnalano casi di recupero parziale della vita di relazione.

L'idea sottesa in questa posizione è che un individuo sia una persona soltanto se può svolgere alcune funzioni ritenute caratteristiche dell'uomo, come l'essere autocosciente o responsabile. Questa discriminazione fra gli esseri umani in base alle loro prestazioni, benché prestazioni tipicamente umane, è inaccettabile.

La posizione che esige la perdita irreversibile di tutte le strutture encefaliche sembra più persuasiva e si armonizza con una visione globale dell'uomo come unità psicofisica, nella quale le funzioni fisiche e mentali sono espressioni distinte, ma interconnesse della persona. Perciò sarebbe preferibile tradurre l'inglese *brain death* non «morte cerebrale», ma «morte encefalica», con preciso riferimento a tutte le strutture encefaliche e non al solo cervello.

Considerazioni conclusive: la posizione personalista

La persona umana è sinolo di materia e forma⁴⁴, perciò va considerata nella sua componente materiale (essere biologico) e nella sua forma spirituale (relazionale-razionale o essere essente). A ragione l'uomo vive questa condizione di esistenza incarnata: l'uomo è uno spirito incarnato.

La morte non può essere descritta solo in termini di decomposizione organismica della materia vivente, ma anche e soprattutto in termini di distruzione dell'esistenza umana, cioè di eclissamento di ogni manifestazione della sua presenza personale nel mondo.

La morte è umana proprio per il suo carattere spirituale-formale, altrimenti sarebbe un processo di corruzione materiale. Solo l'uomo è un essere mortale, mentre qualsiasi altro ente, in virtù della mancanza della forma razionale, è destinato a perire (pianta, animale). Heidegger sostiene che «mortalità sono gli uomini. Si chiamano mortali perché possono

morire. Morire significa essere capaci della morte in quanto morte. Solo l'uomo muore. L'animale perisce. Esso non ha la morte in quanto morte né davanti a sé né dietro di sé. La morte è lo scigno del nulla... I mortali ora li chiamano mortali non perché la loro vita terrena finisce, ma perché essi sono capaci della morte in quanto morte»⁴⁵.

Ramon allora conclude che «ogni ente sostanziale materiale, in quanto composto di materia prima e forma sostanziale, è soggetto alla corruzione, cioè alla mutazione sostanziale: separazione della forma sostanziale (di natura razionale) dalla materia prima. Le cause materiali, modificando le proprietà accidentali oltre il limite, le rendono incompatibili con la forma sostanziale con nuove forme sostanziali. L'uomo è uomo per la forma sostanziale umana: l'anima spirituale; il cadavere non è uomo perché informato da un'altra forma sostanziale (non razionale) che non è quella dell'uomo; la forma sostanziale si è separata dalla materia prima. La morte è crisi dell'unione sostanziale che è ogni uomo, dolorosa perché il corpo è conaturato allo spirito»⁴⁶.



La morte è quindi un evento processuante sostanziale, cioè una mutazione sostanziale che limita due stati: l'ente sostanziale precedente e il successivo. Ecco perché la morte non può configurarsi né con il processo del morire, né con lo stato di cadavere, ma è un eventostantaneo, dove le cause mate-



riali modificando le proprietà accidentali rendono incompatibile il sinolo sostanziale, determinando l'insorgenza di un nuovo ente con nuove forme sostanziali. Il corpo umano non è una oggettivazione materiale connessa ad una forma spirituale, ma un corpo soggettuale, cioè avente un carattere psichico che lo lega al mondo in un rapporto particolare proprio della soggettività umana. Anzi, la funzione soggettuale del corpo, attraverso la sua forma esprime la condizione esistenziale e umana. La morte distrugge non solo la componente biologica (corpo) ma anche quella formale, cioè la sua esistenza personale e relazionale. Il corpo è la soggettualità della dimensione razionale, cioè la mediazione di qualsiasi espressione e realizzazione dell'uomo nel mondo. Da queste premesse si comprende la drammaticità della morte, in quanto rappresenta la fine drammatica dell'esistenza umana, in quanto separazione-distacco dal mondo umano (= corpo) della sua forma psichica. La drammaticità della separazione della forma dal suo corpo, però, apre un varco dell'immortalità: a livello fenomenologico la razionalità si inserisce nella temporalità della storia e si immortala; a livello teologico si schiude la dimensione escatologica della trasfigurazione e della resurrezione. Quindi l'anima

umana (la sostanza umana) presenta il carattere dell'immortalità. Le finalità della tanatologia non sono quelle di valutare che il corpo sia morto, ma che tutto l'uomo è morto, cioè l'essere umano nella sua integrità o tensione unitiva come spirito nel mondo. Pertanto, accertare e certificare la morte in questa ottica significa affermare questa separazione irreversibile e totale della forma spirituale dalla materia biologica, e conseguentemente non possono equipararsi alla stessa stregua i pazienti in stato di coma o in stato vegetativo persistente, dove pur sempre conservano la forma umana (o sostanzialità umana). La dimensione corporea non è responsabile solo dell'essere nel mondo con la sua forma personale, ma è pure soggetta all'essere-per-la-morte, in quanto cause materiali determinano quel limite di incompatibilità con la forma sostanziale e perciò la scomparsa/comparsa di un nuovo ente sostanziale: il corpo cadaverico.

4. Problemi etico-filosofici legati al fine vita

Abbiamo già sottolineato come nella società odierna sia cambiato il significato dell'evento morte, non solo a livello di vissuto ma anche a livello di argomentazione epistemo-

logica. Questo è dovuto al mutamento del paradigma all'interno del quale viene interpretata la morte e alle difficoltà connesse alla definizione di morte nell'ambito medico-legale (morte cardiaca, morte cerebrale, morte corticale). Contesti culturali e modelli epistemologici hanno favorito comportamenti sociali divergenti, dalla rimozione del problema, al riduzionismo scienziato irrispettoso della componente spirituale o non biologica dell'uomo, alle espressioni ideologiche e pseudoreligiose celanti la realtà, approfittando della debolezza degli stati psichici dei loro aderenti. Questi atteggiamenti, diffusi attraverso i mezzi di informazione, hanno contribuito a diffondere stati di incertezza e di insicurezza nei metodi e nei mezzi di accertamento della morte, riflessi nella scarsa adesione alla donazione d'organi, la rivendicazione dell'eutanasia come diritto. L'alterazione del paradigma di riferimento del significato e vissuto della morte è riscontrabile, anzi accreditabile, a tre livelli⁴⁷:

1. socio-culturale: l'imporre del razional-secolarismo e la soppressione della dimensione escatologica propria della fede cristiana. La morte, da momento di transito da una vita ad un'altra, viene vissuta come conclusiva della vita. La quotidianità empirica intramondana si impone come unico orizzonte ontologico dell'uomo: non esiste speranza per la trascendenza;

2. disponibilità della vita: sinora la vita rivestiva un carattere sacrale, che vedeva l'uomo come gestore della sua vita affidata, mentre Dio era l'unico che poteva disporre della vita. La negazione di Dio, l'individualismo negante ogni forma di relazione sociale, il soggettivismo imperante hanno favorito un solipsismo esperienziale con conseguente rivendicazione di un diritto personale anziché un diritto sociale proprio di uno Stato di diritto;

3. orizzonte ontologico: l'uomo, quale essere nel mondo o «esserci», ha coscienza della sua finitudine e della sua mortalità o «essere per la morte». Tale consapevolezza costitui-

sce l'esperienza autentica propria dell'essere umano, mentre è assente in ogni altro vivente. L'uomo è consapevole della sua morte non tanto come trasformazione biologica, quanto come morte umana. L'autenticità viene assunta a norma significativa questa consapevolezza umana. L'autenticità è la consapevolezza della limitazione propria dell'uomo, che non ha altri significati se non quelli intrinsecamente propri. La morte, conseguentemente, rappresenta il limite esperienziale possibile dell'umano, oltre il quale esiste una vacuità di senso e di significato possibili. Essa rappresenta un annichilimento di significato e delle realtà simboliche sinora validate, quali la morte come passaggio, l'ultramondanità, l'eternità. In questo orizzonte assiologico, non può trovare spazio la buona morte, perché l'attributo di senso è sempre riferito a qualcosa che ha una dimensione temporale e spaziale, cioè che ha una certa continuità di significato. Con la morte non esisterebbe il tempo né lo spazio, per cui suo unico riferimento è il non-essere proprio dell'annichilimento, dell'inautenticità. Quindi il non senso delle espressioni buona/cattiva morte, in quanto inautentiche secondo la visione del secolarista, non potevano che lasciare spazio alla dignità del morire.

Ovviamente l'attribuire dignità ad un'azione implica un

riferimento etico che comprende responsabilità, capacità e consapevolezza di gestione. Le conseguenze di questo aprodo argomentativo non potevano che essere di chiaro stampo utilitarista, come le loro rivendicazioni secondarie: non degne vengono considerate le vite prenatali, gli handicapati mentali, ecc. Pertanto gli stessi significati eutanasia, malattia/salute, cambiando il loro paradigma interpretativo, si presentano all'uomo con forme incisive e sempre meno scandalose rispetto al passato.

Quale significato di eutanasia

L'originario significato etimologico dell'eutanasia, dal greco *eu-thânatos*, morte buona, ha virato di contenuti e significati diversi in questi ultimi anni.

Oggi, grazie alle novità delle tecnologie mediche, è possibile sia prolungare artificialmente la vita di un paziente terminale (accanimento terapeutico), sia procurare la sua morte anticipatamente (eutanasia).

L'eutanasia, infatti, è procurare deliberatamente in modo diretto o indiretto la morte, cioè porre fine alla vita di una persona con ogni azione commissiva od ommissiva compiuta

- per compassione
- per alleviare la sofferenza
- per assecondare la volontà del malato.

Addirittura la cultura occidentale, enfatizzando il diritto all'autodeterminazione del paziente e il dovere dei sanitari, soprattutto i medici, al rispetto del principio di beneficiabilità, reclama il diritto all'eutanasia.

Il voler porre fine ad una vita o realizzare la richiesta di porre fine alla vita, seppur indegna agli occhi dell'utilitarismo odierno, non può essere accolta né dal diritto né dal pietismo psicologico.

Un diritto è umano in quanto appartenente all'essere, e questi, in virtù del paradigma ontologico dell'esserci-per-l'altro, costituisce la coesistenza che sola può legittimare una scelta. Se nell'ambito del rapporto contrattuale medico-malato il principio di autodeterminazione può giustificare la richiesta eutanasi, nell'ambito dell'alleanza terapeutica la condivisione costitutiva di esperienze dell'essere non può pretendere di dare risposte a tale richiesta. Questo vale sia per l'eutanasia procurata che per il suicidio assistito, e ancor più per quelle condizioni nelle quali i sanitari ritengono la vita del loro paziente indegna di essere vissuta secondo il paradigma utilitarista: il *telos* intrinseco della natura e la coesistenza richiedono l'essere-accanto e le cure psico-assistenziali e palliative. Il secolarismo postmoderno, proteso a valutare la vita da un punto di vista efficientistico e in termini di di-

VOCABOLARIO DELLA DOLCE MORTE

Eutanasia attiva o positiva o diretta	L operatore sanitario interviene direttamente per procurare la morte di un paziente
Eutanasia passiva o negativa o indiretta	Consiste nell'astensione da interventi sanitari che potrebbero mantenere in vita un paziente
Eutanasia volontaria o voluntary	Quella richiesta a volte ripetutamente dal malato
Eutanasia non volontaria o non-voluntary	Il paziente non può formulare la richiesta perché persona incapace
Involuntary	L intervento sanitario finalizzato a sopprimere la vita nonostante l'espresso dissenso del paziente
Distanasia	Astensione da interventi sanitari di prolungamento della vita non rispettosi della dignità del paziente
Suicidio medicalmente assistito o physician assisted suicide (p.a.s.)	La soppressione della vita del paziente conseguenza diretta di un atto suicida del paziente, ma consigliato e/o aiutato da un operatore sanitario

gnità di essere vissuta, cioè gestita in modo responsabile, ha influenzato il concetto stesso di prestazione sanitaria. Tale prestazione deve essere orientata a tutelare la qualità delle espressioni categoriali della vita, più che la stessa quale valore fondamentale. Qualità della vita, significa una vita declinata secondo il parametro del benessere scelto consapevolmente dal soggetto stesso.

La scelta consapevole impone al personale sanitario di rispettare la volontà del malato, sfuggendo ad ogni tentativo di paternalismo.

Ogni trattamento deve essere accompagnato dal consenso informato del paziente, ma la volontà dello stesso non può reprimere il diritto del medico che dovrà sempre realizzare un intervento terapeutico, e non una mera applicazione tecnologica finalizzata al puro prolungamento di funzioni biologiche o alla cessazione anticipata delle stesse. Il consenso informato del paziente e le finalità sananti proprie dell'atto medico devono guidare i sanitari anche nel caso del paziente incapace di intendere e volere (per età, per patologia).

L'incapacità di intendere e volere non deve essere assunta a criterio per procurare la morte del paziente, ma il principio etico e deontologico del fare-il-bene ad un malato, quale condivisione di esperienze, dovrà rifiutare ogni tentativo proeutanasico.

Lecaldano⁴⁸ ribadisce come «ciascuno dispone completamente, e solo lui può disporne, della propria vita. Per ciascun essere umano vale il principio: la mia vita è del tutto mia e sono l'unico a poterne disporre».

Questa libertà, legata all'autonomia di potersi togliere la vita, è del tutto infondata, in quanto la libertà è realizzazione di uno stato esistenziale e non la sua soppressione. Con la morte non esprimiamo la nostra libertà, anzi la neghiamo, nel senso che la morte pone fine ad ogni diritto. Spesso viene confuso il significato di autarchia e autonomia. L'autarchia consiste nel disporre di sé in modo totale, pertanto un soggetto non deve rendere

conto a nessuno di ciò che fa: è un vero suicidio sociale, nel senso che chiude quella dimensione relazionale-sociale che è iniziata dal giorno del suo concepimento. Mentre accettare la dimensione relazionale significa legarsi, ma anche raggiungere la vera autonomia, libertà. D'altronde la condizione di libertà non esisterebbe se non nella misura in cui un soggetto si confronta con gli altri. Questa è una libertà costruita e realizzante⁴⁹. Inoltre la nostra vita è indisponibile, ci viene solo affidata perché venga realizzata nel vissuto corporeo di ogni uomo. Le scienze umane (antropologia, sociologia) hanno sempre



riconosciuto l'uomo come un bene non solo per sé ma in una prospettiva relazionale. La forza sociale, il prestigio politico-economico rappresentano la qualità di coesione e di collaborazione tra i membri di un gruppo. La stessa teologia cattolica ha da sempre proclamato questa apertura bidimensionale: uomo-uomo, uomo-Dio. Con l'avvento del soggettivismo estremo l'uomo ha trasformato l'orizzonte esperienziale in un solipsismo esistenziale. L'esistenza umana, cioè l'essere-nel-mondo, implica un superamento di sé per aprirsi all'altro-da-sé. Questa premessa a giustificazione dell'atteggiamento di rifiuto per ogni forma di autolesionismo, nei casi estremi intenzionale a porre fine alla propria vita, come avviene nel suicidio. La tradizione culturale premoderna ha sempre proclamato l'indisponibilità della vita e di conseguenza la sua fine programmata. Questo a conferma del carattere non solipsistico dell'esi-

stenza umana. L'esistere umano, cioè la sua apertura all'altro-da-noi, comporta una responsabilità, se non di ordine religioso, sicuramente di ordine socio-giuridico. Infatti è un imperativo per l'uomo impegnarsi a mantenere e rispettare questa rete relazionale per il bene-essere dell'umanità, cioè tutelare la vita quale condivisione di esperienze.

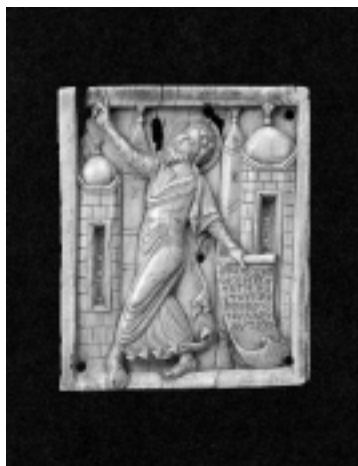
Lo stesso Codice Civile Italiano all'art. 5 prevede e vieta ogni attività medica che possa determinare una menomazione permanente, cioè che possa alterare la vita umana nella sua integrità e dignità. Lo stesso principio di beneficiabilità non può interpretarsi nel fare agli altri ciò che chiedono, nella fattispecie procurare la morte oppure aiutare a morire. La beneficiabilità obbliga intrinsecamente l'operatore sanitario a fare del bene al paziente, nel senso di procurargli dei benefici a difesa della sua vita e della sua dignità, qualunque sia lo stato esistenziale. La stessa Costituzione Italiana è *pro-life*, quando riconosce come diritto fondamentale la tutela e la dignità della vita umana. Infatti l'art. 2 «...riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità...»; in base all'art. 3 «tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli... che... impediscono il pieno sviluppo della persona umana...»; secondo l'art. 27 «la responsabilità penale è personale... le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità... non è ammessa la pena di morte...»; con l'art. 32 «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo... Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Gli stessi codici di comportamento professionale degli

L EUTANASIA NEL MONDO

CALIFORNIA (1976)	Depenalizzazione dell'eutanasia, riconoscimento del Natural Death Act e dei Living Will (testamenti biologici).
ZURIGO CANTONE SVIZZERO (1977)	Approvazione di una legge sull'eutanasia.
STATO DI WASHINGTON (1990)	Dopo il caso Cruzan, veniva approvato il Patient Self Determination Act, che per veniva respinto con un referendum del 1991.
OLANDA (1993)	Depenalizzazione dell'eutanasia. Nel 2001 è stata legalizzata l'eutanasia praticata da un medico su richiesta del paziente, affrancando l'operatore sanitario dalla responsabilità penale. La richiesta del paziente deve essere volontaria, ben ponderata, lucida, ripetuta e durevole; le sue sofferenze devono essere insopportabili e senza alcuna prospettiva di miglioramento. Il medico di fiducia deve esaminare il problema con un altro collega, segnalando poi l'intervento ad un apposita commissione di esperti, che valuterà se sono state seguite le procedure previste dalla legge.
AUSTRALIA TERRITORI DEL NORD (1995)	Legalizzazione dell'eutanasia, considerandola un diritto sub conditione, ma veniva abrogata con una legge federale del 1997.
STATI UNITI CORTE SUPREMA (1997)	Una sentenza escludeva l'inserimento nella costituzione del diritto a scegliere modi e tempi della propria morte. Restava la discrezionalità di ogni singolo Stato a legiferare in merito all'eutanasia e al suicidio assistito. L'Oregon ha autorizzato il suicidio assistito dallo stesso anno: i farmaci letali vengono prescritti dal medico ma non somministrati.
GIAPPONE	L'eutanasia è permessa se ci sono quattro circostanze: — il paziente soffre di un dolore fisico insopportabile — la morte è inevitabile e imminente — tutte le misure possibili sono state approntate per eliminare il dolore — il paziente ha espresso chiaramente il suo consenso.
ITALIA	Non esiste una legge che depenalizzi o legalizzi l'eutanasia. Nel 1984 l'on. Fontana presentò una proposta di legge "sulla dignità della vita e la disciplina dell'eutanasia passiva", priva di sviluppi a tutt'oggi. Unici elementi di regolamentazione della materia sono gli artt. 579 e 580 del Codice Penale e il Codice di deontologia medica.
FRANCIA	Il 3 marzo 2000, il Comitato Etico Nazionale Francese per la prima volta parlò di "eccezione d'eutanasia", cioè una possibile depenalizzazione del reato in casi particolari. Secondo il Comitato, la proposta di un'eccezione di eutanasia sarebbe "in grado di dare ragione alle giuste convinzioni degli uni e degli altri, togliendo il velo d'ipocrisia e di clandestinità che copre certe pratiche attuali". Le confessioni religiose esistenti, a parte quella protestante, hanno espresso parere negativo a questa posizione. La chiesa cattolica francese non condivide l'eccezione di eutanasia "un'eccezione giuridicamente riconosciuta condurrebbe rapidamente all'oblio progressivo di un principio giudicato tuttavia come fondamentale". Nonostante tutto, l'eutanasia è illegale, ma il Codice Penale distingue tra eutanasia attiva (provocare direttamente la morte = omicidio) ed eutanasia passiva (l'assenza dell'azione terapeutica).
GERMANIA	Nel 1998 la corte d'appello di Francoforte ha stabilito che l'eutanasia può essere, in linea di principio, autorizzata solo se corrisponde alla volontà del paziente e dovrà comunque essere approvata dai tribunali tutori.
GRAN BRETAGNA	L'eutanasia è illegale, ma in certi casi la giustizia ha autorizzato ad abbreviare la vita di malati tenuti in vita artificialmente. Per la prima volta, nel 1996, un paziente è stato autorizzato a morire.
DANIMARCA	Il malato inguaribile può fermare il trattamento medico. Dal 1992 i danesi possono fare un testamento medico che i medici devono rispettare.
SVEZIA	L'assistenza al suicidio è un delitto non punibile. Il medico può, in casi estremi, spegnere le macchine che aiutano la respirazione.
CINA	Nel 1998 il governo ha autorizzato gli ospedali a praticare l'eutanasia per i pazienti in fase terminale di una malattia inguaribile ⁵⁰ .

operatori sanitari, ribadendo il noto imperativo etico di Ippocrate «non darò a nessuno alcun farmaco mortale neppure se richiestone...», obbligano i loro aderenti all'astensione da ogni pratica eutanasi. Il codice deontologico dei medici del 1998 mentre ribadisce all'art.14 che «Il medico deve



astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita», all'art. 36 insiste che «il medico, anche se richiesto dal malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte». Molto categorico è pure il codice deontologico degli infermieri del 1999, che all'art. 4.17 afferma che «L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dall'interessato, dai familiari o da altri».

Aspetti morali dell'eutanasia

Il manifesto sull'eutanasia (*The Humanist*, luglio/74) è stato sottoscritto da importanti scienziati e nobel, tra cui Jack Monod. Quest'ultimo, convinto che l'universo e lo stesso uomo sono sorti per caso e dalla necessità, afferma che l'uomo è arbitro di se stesso, solo in questo mondo senza alcun riferimento etico e normativo, pertanto «ha diritto a morire con dignità... libero di decidere ragionevolmente della propria sorte... bisogna fornire il mezzo di morire dolcemente e facilmente... quando la vita

ha perduto ogni dignità, significato, prospettiva d'avvenire». Melina⁵¹ definisce tale affermazione una «retorica della morte», che si può articolare in retorica sulla morte, quale oggetto di un discorso formale e vuoto, o un tipico discorso persuasivo, proprio della retorica platonica, che la morte si propone per convincerci ad accettarla senza impegnarci intellettualmente e filosoficamente ma puntando sull'emozionismo del momento. È un tentativo di addomesticare la morte, mentre occorre precisare che la morte è prima di tutto un fatto e non un diritto: l'uomo ha diritto a tutelare e difendere la vita che gli è stata donata, la morte non è dell'uomo e non deve essere nell'uomo, ma rappresenta qualcosa che sopraggiunge quando meno se l'aspetta.

Il vecchio motto litanico latino «A subitanea et improvvisa morte libera nos, Domine» invece ci chiarisce il significato di morire con dignità e conseguentemente il valore e il significato del «diritto alla buona morte», cioè una morte in serenità con se stessi, con gli altri e, se credenti, con Dio, alleviati da dolori e sofferenze.

Su questa linea si trovano i documenti del magistero ecclesiale *Iura et bona* (1980), la recente enciclica *Evangelium vitae* (1995) e la *Carta degli operatori sanitari* (1995), che ribadisce che il sanitario ha il compito di «essere al servizio della vita e assisterla sino alla fine» (n. 148), e che praticando o ammettendo l'eutanasia «non è più assoluto garante della vita: da lui l'ammalato deve temere la morte» rappresentando per la ricerca scientifica e per la medicina in particolare «un momento di regresso e di abdicazione, oltretutto un'offesa alla dignità del morente e alla sua persona» (n.150).

L'uomo contemporaneo considera il dolore e la sofferenza una realtà misteriosa e difficile da accettare e da vivere.

Di fronte alle sofferenze fisiche, psichiche o morali, l'uomo tende ad assumere atteggiamenti disparati:

a) di rifiuto (rifugiandosi nel piacere, nelle fughe e nelle evasioni)

b) di sopportazione fatalistica (rinuncia alle cure)

c) di lotta contro la sofferenza, utilizzando ogni soluzione tecnico-medica disponibile

d) valorizzazione, quale strumento di crescita personale, di comprensione del senso della vita e di accettazione consapevole come evento biografico personale.

Le diverse modalità di affrontare la sofferenza, il processo del morire e l'evento morte dipendono dai riferimenti:

– antropologici: il significato assunto dal sostantivo persona, il concetto e la definizione di vita e della malattia (malattia come castigo, la morte come disgrazia e maledizione), il bagaglio culturale del soggetto (la morte come gesto eroico, oppure la morte come fallimento dell'uomo);

– psicologici (approccio cognitivo-psicologico): la tragicità del distacco da una persona cara, favorisce sentimenti di paura dell'ignoto, l'insorgenza di meccanismi reattivi di negazione e proiezione (il mio parente non è poi così grave come un altro, e poi quello è più anziano, oppure non si è sottoposto ad una data terapia). La morte come evento misterioso e doloroso viene vissuta come scomoda, ingenerando pure incapacità di accettazione realistica e cioè la sua elaborazione (lutto);

– teologici: in particolare la teologia cattolica considera la morte come passaggio-nascita ad una vita migliore e momento di incontro con la divinità.

Conseguentemente occorre al paziente sofferente o in fase terminale della sua malattia favorire momenti di sostegno, e di accoglienza della sofferenza e della morte, in quanto la salute, la malattia e la morte sono elementi costitutivi della finitudine umana, cioè sono parte della nostra vita. Occorre conoscerli e comprenderli, accettarli-accolglierli, anzi renderli più umani attraverso una presenza umana attenta e premurosa sia dei familiari che degli operatori sanitari che si adoperano con le loro prestazioni assistenziali e terapeuti-

che (cure palliative) ad alleviare la sofferenza (la presenza dei familiari e degli operatori sanitari diventa ascolto e terapia); il che è essenziale per rendere l'evento morte il meno doloroso possibile e il più naturale.

Quindi una morte meno isolata, ma un evento che sia compresenza e compartecipazione dei familiari, di un pastore di anime se il malato è un credente, dei professionisti della salute (medici e infermieri), in un ambiente accogliente presso il proprio domicilio o in strutture adeguate (per es. ospedale o hospice).

Sofferenza e richiesta eutanasica

La malattia comporta sofferenza e rappresenta una sfida per la persona, alterando il suo vissuto esistenziale: affetti, lavoro, relazioni sociali quali segni di travaglio interiore. Il primo mutamento, alla comparsa della malattia, riguarda lo *status* del paziente: da sano diventa malato ed è spinto ad adattarsi ad una condizione nuova che lo porta ad affrontare problemi interni di tipo psicologico e spirituale, ed esterni di tipo comportamentale.

Con il sopraggiungere della malattia il soggetto deve ripiegarsi sul proprio corpo, deve ascoltarlo, controllarlo e cogliere i messaggi che gli manda.

La persona di fronte alla sofferenza si struttura (o destruttura) in una serie di fasi reattive cronobiologiche, con riferimento ai meccanismi di difesa che caratterizzano ognuna di esse.

Per Kübler-Ross l'approcciarsi dell'*exitus* finale è caratterizzato da una serie evolutiva di reazioni emotive, non sempre sequenziali e obbligatorie:

- un primo momento caratterizzato dalla fuga nella negazione e nell'isolamento, ad esempio il malato gira di medico in medico nella vana ricerca di qualcuno che possa fare una diagnosi più favorevole;

- un secondo momento caratterizzato da una rabbia che si sfoga contro tutti e dall'in-

terrogativo: perché proprio a me?

- un terzo momento caratterizzato dal «venir a patti», cioè dalla negoziazione con il destino o con Dio;

- un quarto momento caratterizzato dalla depressione in cui la rabbia è sostituita da un sentimento di perdita e di separazione;

- infine, se il malato ha avuto la fortuna di trovare qualcuno che lo abbia aiutato, è possibile raggiungere l'accettazione della morte.

Così per la Kübler-Ross l'angoscia della morte non è indominabile, ma l'uomo è in grado di dare un senso anche a questa esperienza⁵². A questo proposito risulta interessante uno studio riportato da Tambone e condotto dall'Università Campus Biomedico circa la relazione tra malattia-morte e richiesta eutanasica⁵³. Tutte le richieste eutanasiche risultarono motivate dallo stato di salute del paziente: nessuno richiedeva l'eutanasia solo per il desiderio di morire, ma la pratica eutanasica veniva letta come soluzione al proprio stato di sofferenza. In particolare la richiesta di eutanasia era connessa a tre fattori: il dolore fisico, lo stato di depressione, la paura di essere di peso alla famiglia, che contribuiscono a diventare dolore totale. Questi fattori impongono agli operatori sanitari e agli esperti di politiche sanitarie tre ordini di riflessioni.

- a) Avere la pretesa di rivendicare il diritto all'eutanasia non può essere considerato tale. Infatti le motivazioni alle richieste eutanasiche sono richiami dei pazienti ad essere

ascoltati, sono grida di aiuto. Un desiderio non può convertirsi in diritto, così da ottenere la legittimazione pubblica delle azioni e dei mezzi adottati per realizzarli. Tale tendenza è favorita dall'atteggiamento permissivo del potere politico che, manipolando gli spazi massmediologici, alla ricerca di consenso popolare, è disposto a ratificare esigenze personali supportate dall'emotivismo sociale proprio di certe situazioni esistenziali, quali la sofferenza, la paura dell'ignoto e del mistero che accompagna la morte, piuttosto che farsi promotore di norme a difesa di valori quali la vita. Invece è legittimo il diritto di morire dignitosamente, inteso come processo umano naturale che giunge alla fine dell'esistenza umana, mentre non può essere considerato un diritto il desiderio della morte: un diritto l'abbiamo nei confronti di una cosa o di un'idea o di una professione di fede, ma non su un evento riferito a un'entità indisponibile come è la nostra vita.

- b) L'ammissione dell'eutanasia rappresenta la capitolazione della finalità della medicina, che se non proprio a guarire almeno deve mirare a curare una persona malata. La morte non previene, né cura la malattia, ma elimina la persona: questo rappresenta il depotenziamento della presunta onnipotenza della medicina. A ragione Spagnolo sostiene che «...l'essenza della professione medica è quella di curare, di dare la vita, non distribuire la morte... la morte... non si configura mai come gesto medico»⁵⁴.

- c) La richiesta di eutanasia invece è provocazione per tutta l'umanità a rispondere alla domanda di aiuto nei confronti di dolori insopportabili, dell'isolamento, dell'indifferenza altrui, alla inconsapevolezza dei limiti terapeutici ed assistenziali degenerando in forme eutanasiche o di accanimento terapeutico. Occorre saper affrontare non solo i bisogni fisici e psichici, attraverso un'adeguata terapia antalgica, ma anche i bisogni spirituali del paziente favorendo l'esteriorizzazione a qualsiasi forma di apertura al trascendente⁵⁵.



A sollevare la questione eutanasia o accanimento terapeutico è soprattutto lo *Stato Vegetativo Persistente (SVP)*⁵⁶ conseguente ad un grave insulto traumatico o ad un incidente vascolare del cervello. Il soggetto, dopo una fase di coma più o meno prolungato, entra in uno stato clinico che si caratterizza per l'assenza completa delle funzioni degli emisferi cerebrali (la corteccia deputata alla funzione della coscienza psicologica), mentre risulta risparmiato il tronco encefalico (che controlla la funzione respiratoria, cardiaca, termoregolatrice). Questa situazione può essere *transitoria* (entro 30 giorni) con ritorno dello stato di coscienza; oppure, superati i 30 giorni, si parla di SVP. Quest'ultimo può essere l'anticamera di una ripresa tardiva della coscienza, con restituzione di solito incompleta delle funzioni, oppure l'approdo definitivo del paziente allo *Stato Vegetativo Permanente*, praticamente irreversibile quando lo SVP perdura oltre dodici mesi dopo una lesione traumatica o tre mesi dopo una lesione non traumatica. Il paziente in SVP respira, deglutisce, reagisce alla luce e al dolore, ha un ritmo sonno-veglia, anche se è in stato completo di incoscienza. Quindi si tratta di un individuo vivo e non ancora morto. In questa situazione clinica, mentre c'è accordo a non ricorrere a particolari trattamenti, persistono divergenze circa le cure assistenziali da apportare in questi stati per assicurare la sopravvivenza e un certo grado di decoro e rispetto del paziente. Faggioni⁵⁷ sostiene che ad oggi non sarebbe possibile l'assoluta irreversibilità tra semplice persistenza e permanenza, pertanto interventi assistenziali in termini di cura non dovrebbero mai essere interrotti. La Pontificia Accademia delle Scienze^{58, 59} a tal proposito distingue:

– trattamento (*treatment*): si intende qualunque intervento medico (chemioterapia, radioterapia) o chirurgico, di diversa complessità tecnica e di costi economici e umani, dispo-

nibile ed appropriato per trattare un dato caso clinico, finalizzato alla guarigione, al miglioramento o alla stabilizzazione delle condizioni psichiche di un paziente: nel caso di coma persistente c'è accordo di non intervenire con trattamenti particolari;

– cura (*care*), cioè ogni intervento medico, psicologico ed assistenziale finalizzato a mantenere le condizioni psichiche del paziente nel migliore stato fino al momento della morte. Tra le cure ricordiamo l'idratazione, l'alimentazione, la sedazione del dolore e la prevenzione della formazione delle piaghe da decubito che vanno sempre attua-

ormai arrivato alla fine della sua esistenza. Ma per lo stesso principio della coesistenza umana, un paziente non può rivendicare il diritto all'eutanasia, né all'accanimento terapeutico, ma vige il dovere della tutela di questa coesistenza su cui si fonda la società. La stessa medicina riveste il suo carattere terapeutico nel momento in cui procura *salus* al malato secondo la legge della natura. Nei confronti di una malattia incurabile, la medicina offre le sue competenze, e le sue limitazioni non si configurano come sconfitte ma riconoscimento dei suoi limiti costitutivi. In questo senso si collocano le cure assistenziali pro-



te⁶⁰. D'altronde il magistero ecclesiale si era espresso in tal senso nel 1981, quando definiva i mezzi minimali obbligatori⁶¹ quali appunto alimentazione, e ribadiva l'obbligo stretto di proseguire ad ogni costo l'applicazione di tali mezzi.

La medicina ippocratica, che spesso gli operatori sanitari dimenticano, sosteneva «*medicus curat, natura sanat*». L'intervento terapeutico trova le sue limitazioni proprio quando il paziente si trova in stato terminale e deve lasciare spazio al teleologismo intrinseco della natura dell'essere. Nell'ottica del rapporto medico-malato, fondato sull'alleanza dei due attori, nessuno può predominare sull'altro, ma, in virtù del principio costitutivo e direttivo della natura umana, il medico non può prendere iniziative né per accorciare né per allungare inutilmente la vita del paziente,

porzionali e le cure palliative. Queste prestazioni sanitarie, pur non apportando la guarigione, alleviano le sofferenze e a livello simbolico realizzano quell'essere con gli altri, attraverso l'essere-accanto, superando il clima solipsistico diffuso nel malato terminale, realizzando la coesistenza costitutiva dell'essere. La morte così diventa compartecipazione, cioè esperienza umana relazionale.

La citata *Dichiarazione sull'Eutanasia, Iura et Bona*⁶² (1980) affermava come «nell'imminenza di una morte inevitabile, nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non ha moti-

vo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo». La *Carta degli Operatori Sanitari* del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari al n. 120 ribadisce che «l'alimentazione e l'idratazione, anche artificialmente amministrate, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato, quando non risultino gravose per lui: la loro indebita sospensione può avere il significato di una vera e propria eutanasia».

I sostenitori della qualità della vita⁶³, quale parametro di sensatezza e di diritto a trattamenti ad una persona malata, criticano i difensori dell'etica della sacralità della vita, in quanto intravederebbero nel rifiuto all'accanimento terapeutico l'assunzione della qualità della vita come elemento discriminante nelle opzioni terapeutiche. Però l'errore della loro logica interpretativa starebbe nel considerare la sacralità della vita in un'ottica materialistica. In realtà i sostenitori della sacralità della vita considerano la vita del soggetto umano come un valore trascendentale, che si manifesta nella quotidianità in virtù di quella coesistenzialità costitutiva di ogni uomo, mentre la componente biologica rappresenterebbe una categoria empirica della vita stessa. Così inteso, il valore vita è distinto dal mero rilievo biologico, anzi lo supera e gli conferisce un orizzonte di senso, e nei confronti del malato terminale autorizza la coscienza morale dell'operatore sanitario ad abbandonare le cure sproporzionate.

Per quanto riguarda le cure sproporzionate, riporto per esteso il n. 120, già precedentemente citato, della *Carta degli Operatori Sanitari* del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, che dice:

«Consapevole di non essere «né il signore della vita, né il conquistatore della morte», l'operatore sanitario, nella valutazione dei mezzi, «deve fare le opportune scelte, cioè rapportarsi al paziente e lasciarsi determinare dalle sue reali condizioni»⁶⁴.

Egli applica qui il principio – già enunciato – della “proporzionalità nelle cure”, il quale viene così a precisarsi: “Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo”⁶⁵.

L'alimentazione e l'idratazione, anche artificialmente amministrate, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato quando non risultino gravose per lui: la loro indebita sospensione può avere il significato di vera e propria eutanasia».

Prof. FRANCO DAVIDE
PILOTTO

Dirigente Medico Az. USL 15
Regione Veneto,
laureato in Filosofia
e licenziato in Teologia,
Professore a contratto di Bioetica
alla Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università di Padova e Verona

Note

¹ E. FROMM, *Anatomia della distruttività umana*, trad. it., Milano, 1975.

² P. ARIÈS, *Storia della morte in occidente*, BUR, Milano, 1998.

³ J. McMANNERS, *Morte e illuminismo. Il senso della morte nella Francia del XVIII secolo*, Il Mulino, Bologna, 1984.

⁴ M. VOVELLE, *La morte e l'occidente. Dal 1300 ai giorni nostri*, Laterza, Bari, 1986.

⁵ N. ELIAS, *La solitudine del morente*, Il Mulino intersezioni, Bologna, 1999.

⁶ Op. cit., p. 82.

⁷ R. A. MOODY, *La vita oltre la vita. Studi e rivelazioni sul fenomeno della sopravvivenza*, Mondadori, Milano, 1977.

⁸ S. KIERKEGAARD, *Accanto ad una tomba*, Il Melangolo, Genova, 1999.

⁹ Op. cit., p. 41.

¹⁰ Op. cit., pp. 38-40.

¹¹ Op. cit., p. 53.

¹² Op. cit., p. 52.

¹³ Op. cit., pp. 70-71.

¹⁴ Op. cit., p. 76.

¹⁵ S. KIERKEGAARD, *Il concetto di angoscia*, Sansoni, Firenze, 1966, p. 9.

¹⁶ M. HEIDEGGER, *Essere e tempo*, Longanesi & C., Milano, 1976, p. 22.

¹⁷ Nella filosofia heideggeriana la nozione di esistenza definisce l'essenza singolare dell'uomo, che esiste stando fuori nell'essere. Di questa esistenza indaga gli esistivi (i modi in cui l'uomo decide in rapporto alle possibilità alternative dell'esistenza) e gli esistenziali (le strutture che qualificano l'esistenza stessa, come la situazione affettiva, la comprensione, l'angoscia), da cui la distinzione tra ontico: concreto, contenutistico, esistitivo; e ontologico: strutturale, formale, esistenziale. L'esistenza può perciò venire intesa come fatticità o dattità di fatto, come fenomenalità ontica esteriore: l'ente, che è in forza dell'essere, esiste in quanto appare e si dà determinatamente, nella sua determinatezza e concretezza. Cfr. *Essere e Tempo* § 4.

¹⁸ M. HEIDEGGER, *Essere e tempo*, Longanesi & C., Milano, 1976 (§§ 45-53).

¹⁹ Nel suo libro M. HEIDEGGER, *Il concetto di tempo*, Adelphi, Milano, 1998, ribadiva: «Nel mio esistere, infatti, io sono sempre “ancora in cammino”. Rimane sempre qualcosa che non è ancora arrivato alla fine... Prima di questa fine, esso non è mai propriamente ciò che può essere; e se lo è, allora non è più... La fine del mio esserci, la mia morte, non è qualcosa per cui a un certo momento un decorso continuo di colpo si arresta, bensì una possibilità in cui l'esserci comunque sa: è l'estrema possibilità di se stesso, che egli può cogliere e fare propria come imminente. L'esserci ha in sé la possibilità di incontrare la propria morte come l'estrema possibilità di se stesso. Questa estrema possibilità d'essere ha il carattere di essere imminente come certezza, e tale certezza è a sua volta caratterizzata da una completa indeterminatezza... Che cos'è l'avere ognora la propria morte? È un precorrimiento dell'esserci che va al suo non-più, come possibilità estrema di essere se stesso che è imminente nella sua certezza e completa indeterminatezza. L'esserci in quanto vita umana è primariamente un essere-possibile, è l'essere della possibilità del non-più, certo eppure indeterminato... Questo precorrere non è altro che il futuro unico e autentico del proprio esserci» (pp. 48-49).

²⁰ G. MARCEL, *Homo viator*, Roma, 1967, p. 170.

²¹ L. ALICI, *Filosofia della morte*, p. 92, in AA.VV., *La dignità degli ultimi giorni*, Cinisello Balsamo, 1998.

²² I. CARRASCO DE PAULA, *Morte cerebrale: aspetti etico-filosofici*, in *Medicina e Morale*, 1993, 5, 892.

²³ P. CATTORINI, *Sotto scacco. Bioetica di fine vita*, Liviana Medicina, Napoli, 1993.

²⁴ La Commissione Harvard delinea pure i criteri di identificazione della morte: assenza di ricettività e di responsività, assenza dei movimenti spontanei, apnea, assenza di riflessi (cefalici ed artuali), EEG piatto (*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School, A definition of Irreversible Coma*, in «JAMA» 6 (1968), pp. 337-338).

²⁵ A questo proposito è riconosciuta l'entità nosografica quale troancoencefalite edematosa, peraltro in alcuni casi reversibile con le cure mediche. Questo a conferma della sicurezza dell'assunzione del criterio di morte cerebrale totale, quale parametro per dichiarare morto un organismo umano.

²⁶ F. D'AGOSTINO, *Morte*, in F. COMPAGNONI (ed.), *Etica della vita*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Milano), 1996.

²⁷ I. CARRASCO DE PAULA, Op. cit. p. 894.

²⁸ G. PERICO, *La nuova legge sull'ac-*

certamento di morte, in «Aggiornamenti sociali» 45 (1994), pp. 405-416.

²⁹ Carta cit., n. 129.

³⁰ K.G. GERVAIS, *Redefining Death*, New Haven, Yale University Press, 1987.

³¹ D.R. SMITH, *Legal issues leading to the notion of neocortical death, in Death: Beyond Whole Brain Criteria*, (a cura di) Richard M. Zaner, Dordrecht, Kluwer, 1988, p. 129.

³² K.G. GERVAIS, *Redefining Death*, New Haven, Yale University Press, 1987, p. 11.

³³ M.B. GREEN – D. WIKLER, *Brain Death and personal identity in Medicine and Moral Philosophy*, a cura di Marshall Cohen, Thomas Nagel e Thomas Scanlon, New Jersey, Princeton University Press, 1981.

³⁴ A.E. WALKER – D.M. FENNY – D.A. HOVDA, *The electroencephalographic characteristics of the rhombencephalotomized cat*, in «Electroencephalography and Clinical Neurophysiology», 57 (1984), pp. 158-165.

³⁵ T. KUSHNER, *Having a life versus being alive*, in «Journal of Medical Ethics», 10 (1984), pp. 5-8.

³⁶ H. JONAS, *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, Il Mulino, Bologna, 1991, p. 218.

³⁷ J.M. STANLEY, *More fiddling with the definition of death?*, in «Journal of Medical Ethics», 13 (1987), p. 22.

³⁸ K.G. GERVAIS, *Redefining Death*, New Haven, Yale University Press, 1987, p. 175.

³⁹ G.R. GILLET, *Why let people die?*, in «Journal of Medical Ethics», 12 (1986), p. 84.

⁴⁰ D. LAMB, *I confini della vita. Morte cerebrale ed etica dei trapianti*, Il Mulino, Bologna, 1987.

⁴¹ J. RACHELS, *La fine della vita*, Son-da, Milano, 1989, pp. 11-12.

⁴² G.R. GILLET, *Why let people die?*, in «Journal of Medical Ethics», 12 (1986), p. 85.

⁴³ Sullo stato vegetativo persistente (SVP) e in particolare sul caso clamoroso di Nancy Cruzan, che divise l'opinione pubblica USA alla fine degli anni '80: C. MANNI, *Sindrome apallica*, in S. LEONE, S. PRIVITERA, *Dizionario di Bioetica*, Acireale-Bologna, 1994, pp. 904-907; A. PUCA, *Il caso di Nancy Beth Cruzan*, in «Medicina e Morale» 42 (1992), pp. 911-931.

⁴⁴ Secondo la dottrina aristotelica l'anima (o forma sostanziale) rappresenta la forma del corpo, inseparabile ed inconcepibile senza il suo rapporto con l'organismo. D'altronde Boezio definisce persona ogni sostanza individuale di natura razionale, per cui la natura razionale non comporta solo ciò che è accertabile funzionalmente o empiricamente, ma ciò che è argomentabile razionalmente entro una concezione dell'essere e dei suoi gradi di perfezione. F. Compagnoni a tal proposito riprende la teoria ileomorfica e propone una lettura fenomenologica: «Considerato nella sua manifestazione, il corpo dell'uomo non può essere distinto in contrapposizione all'anima. Quello che l'uomo sperimenta nel corpo umano vivo è l'unità operativa delle sue componenti le quali non sussistono, né possono nemmeno esistere nella loro distinzione. Nel corpo organico ci troviamo di fronte non a dei componenti chimici o a sistemi parziali, ma a un organismo vivente, che non sussiste se non durante l'unione integrata dei vari elementi e organizzazioni parziali. Ciò permette di parlare di una teleologia interna al corpo umano nel senso che ogni parte semplice o complessa è organizzata finalisticamente alla sopravvivenza e al benessere, alla costanza nell'esistenza di

questo corpo. Il principio organizzatore (*morphé, entelécheia* di Aristotele) è quello che viene chiamato anima nell'uomo, e che in questo senso almeno ha sì una prevalenza di finalità rispetto al corpo, ma non certo temporale né spaziale. Il corpo umano (Leib) è il risultato dell'azione dell'anima sulla materia; questa mantiene molti aspetti di materialità, di corporeità (Körper), ma quello che esso ha di vivente, e di vivente umano, è l'effetto di due concausalità, che separate sono pensabili e quindi definibili e descrivibili con grande difficoltà... Il fatto stesso che un organismo umano ricambi continuamente attraverso il metabolismo le componenti chimico/fisiche e rinnovi la maggior parte delle proprie cellule senza che con questo si tratti propriamente del suo nuovo corpo, è un indizio che è la *psyché* che si produce e si mantiene il proprio corpo. Quest'ultimo è lo stesso... in quanto è unito e organizzato sempre dalla medesima anima, che è umana e personalmente individuale... L'anima può quindi divenire termine per indicare quell'aspetto della sostanza-vivente-umana cui attribuire la causalità dell'attività del soggetto: la conoscenza astrattiva e la volizione di oggetti non immediati le si possono attribuire. Il corpo fisico, invece, può essere termine di attribuzione dell'estensione e quindi della possibilità di essere percepito, prima sensorialmente, ma in seguito anche conosciuto in modo intellettuale»; vedere F. COMPAGNONI (ed.), *Etica della vita*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Milano), 1996, pp. 33-56. Quindi la morte va intesa nella sua totalità di sistema integrato, quale viene considerata in diverse legislazioni internazionali: la morte del sistema nervoso-corpo.

⁴⁵ M. HEIDEGGER, *La cosa*, in *Saggi e discorsi*, Mursia, Milano, 1976, p. 119.

⁴⁶ R. LUCAS LUCAS, *Antropologia e problemi bioetici*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Milano), 2001, pp. 147-148.

⁴⁷ L'impostazione metodologica delle riflessioni che seguono, hanno preso spunto dall'accurata analisi condotta da F. D'AGOSTINO, *Bioetica*, G. Giappichelli Editore, Torino, 1996, a cui si rimanda per un maggiore approfondimento.

⁴⁸ E. LECALDANO, *Questioni etiche sui confini della vita*, in A. DI MEO, C. MANCINA, *Bioetica*, Laterza, Roma-Bari, 1986.

⁴⁹ X. THÉVENOT, *La bioetica*, Queriniana, Brescia, 1990.



⁵⁰ Dati ricavati e integrati da L'Anco-ra 6-2001.

⁵¹ L. MELINA, *Bioetica*, Piemme, Casale Monferrato, 1998.

⁵² F. PILOTTO, *Come affrontare la sofferenza umana: problemi psicologici ed etici*, in «Impegno Ospedaliero», XXII, 7 (2001), pp. 3-8.

⁵³ V. TAMBONE, *Problemi di bioetica e deontologia medica*, Società Editrice Universo, Roma, 2000.

⁵⁴ A. SPAGNOLO, *Perché non condivido l'eutanasia*, «Le Scienze», 88 (1996), pp. 52-53.

⁵⁵ M. PORTIGLIATTI BARBOS, *Eutanasia*, in «Professione», 7 (2000), pp. 5-9.

⁵⁶ C. DEFANTI, *Stato Vegetativo Persistente e Morte Corticale*, «Le Scienze», 88 (1996), pp. 40-44.

⁵⁷ M. FAGGIONI, *Stato vegetativo persistente*, «Studia Moralia», XXXVI/2 (1998), pp. 523-552.

⁵⁸ PONTIFICIA ACADEMIA SCIENTIARUM, CHAGAS C. (ed.), *Working Group on the Artificial Prolongation of Life the Determination of Exact Moment of Death*, Città del Vaticano, 1985, trad. M. Morgante, *L'eutanasia è un crimine*, editrice elle di ci, Leumann (Torino), 1986, pp. 46-47.

⁵⁹ Pio XII nel 1950, a proposito delle prestazioni sanitarie da garantire ai malati terminali, prendendo come riferimento solo il mezzo distingueva:

- mezzi ordinari (obbligatori): idratazione, alimentazione, cure igieniche;
- mezzi straordinari (facoltativi): interventi chirurgici, chemioradioterapici, che contribuiscono a determinare dolore, rischio e costi eccessivi. Oggi preferiamo distinguere:

- mezzi proporzionati
- mezzi sproporzionati

prendendo in considerazione non solo il mezzo, ma anche lo stato clinico e i reali benefici che concretamente apportano al paziente. Nel caso del paziente in SVP l'idratazione, l'alimentazione e l'igiene personale costituiscono cure ordinarie proporzionate, finalizzate ad evitare l'anticipazione della morte, lasciando il naturale decorso della malattia di base.

⁶⁰ S. LEONE, *Il malato terminale*, San Paolo, 1996.

⁶¹ Pontificio Consiglio «Cor Unum», *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, 27 maggio 1981, Edizioni Dehoniane Bologna, 1982, p. 19.

⁶² Congregazione per la dottrina della fede, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, cap. 4, Edizioni Dehoniane, Bologna, 1982, p. 11.

⁶³ M. MORI, *Il filosofo e l'etica della vita*, in A. DI MEO, C. MANCINA, *Bioetica*, Laterza, Bari, 1989, p. 95.

⁶⁴ Cf. GIOVANNI PAOLO II, *A due gruppi di lavoro promossi dalla Pontificia Accademia delle Scienze*, 21 ott. 1985, in «Insegnamenti» VIII/2 (1985) 1082, n. 5.

⁶⁵ SCongr.DotFede, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, in «AAS» 72 (1980), p. 551. Cf. EV, 65.

Testimonianze



***Problemi della salute
nel Burkina Faso***

***Il Beato Luigi Tezza,
fondatore delle Figlie
di San Camillo***

***La Pastorale della Salute
nell’Arcidiocesi di Managua***

***Spagna:
Dipartimento di Pastorale
della Salute***

Conosco il Burkina Faso dal 1974. L'ho frequentato fino al 1980 come superiore provinciale dei religiosi camilliani e successivamente vi ho vissuto come residente dal settembre del 1981 al dicembre del 1996. Vi ho vissuto come sacerdote, ma attento ai problemi e alle necessità del Paese e delle popolazioni che vi abitano.

Nell'esposizione dell'argomento mi limiterò a parlare di quattro aspetti della salute nel Burkina Faso: innanzi tutto darò alcune informazioni per determinare il contesto sanitario, in secondo luogo rileverò le influenze del territorio e del deterioramento ambientale sulle malattie del Paese e infine parlerò della prevenzione e delle cure delle malattie e delle difficoltà economiche da superare per attuare una programmazione globale e sistematica di lotta contro le malattie.

1. Alcune informazioni per determinare il contesto sanitario del Burkina Faso

Agli inizi degli anni '90, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) sottolineava i seguenti punti preoccupanti della situazione sanitaria del momento: il ritorno del paludismo e più generalmente la recrudescenza di diverse malattie tropicali che si credevano sradicate; la cecità endemica di adulti e di bambini in molte zone rurali dei Paesi in via di sviluppo; l'assenza di una politica farmaceutica a dimensione mondiale e una demografia non responsabile con i due aspetti contraddittori dell'invecchiamento nel Nord e della crescita spontanea nel Sud.

È opinione comune che questi punti rimangono ancora

preoccupanti. Essi riguardano tutto il mondo; ma non credo di sbagliare affermando che riguardano il continente africano in modo particolare. La Quarta Conferenza dei Ministri della Sanità dell'OUA, celebrata a Swaziland agli inizi del 1991, ha descritto con vigore la «supermortalità africana». In tutti i Paesi in via di sviluppo, si affermava, le malattie infettive e parassitarie sono all'origine di una gran parte dei decessi prematuri: l'opinione comune ritiene che in Africa la quota di tali decessi raggiunga senz'altro la metà del totale.

Oltre le malattie infettive e parassitarie e il ritorno del paludismo, si deve sottolineare anche il ritorno del colera, che oltre l'America Latina interessa alcuni Paesi dell'Africa, e la dracunculosi o verme di Guinea che interessa una ventina di Paesi dell'Africa.

A questo quadro devo aggiungere altre malattie che hanno la reputazione di essere moderne o importate dal Nord. Mi riferisco alla tubercolosi, alla poliomielite, alla meningite, al tetano, alla pertosse, alla difterite, al morbillo. Alcune di queste malattie nei Paesi europei non costituiscono più un grave problema, mentre nel continente africano sono ancora mortali (per esempio la meningite e il morbillo). Spesso si dice che gli africani non hanno malattie di cuore perché non sono sottoposti agli stress della vita europea. Questa convinzione è falsa. Sfortunatamente le malattie di cuore hanno in Africa una presenza e un avvenire: accanto ai casi di cardiopatie dovute soprattutto al sottosviluppo, come quelle delle valvole e del muscolo cardiaco, si incontrano anche malattie attribuite allo sviluppo, come l'angina pectoris e l'infarto del miocardio. Ricordo inoltre l'ipertensione arte-

riosa, che interessa dal 10 al 15% dell'insieme delle popolazioni africane.

Non posso non parlare della presenza della malattia del secolo, l'AIDS. Secondo le indicazioni divulgate dalla Nona Conferenza Internazionale sull'AIDS celebrata a Kampala (Uganda), nei Paesi subsahariani questa malattia è in fase di crescita.

– Oggi nei Paesi subsahariani su 560 milioni di abitanti si contano 11 milioni di persone con il virus dell'HIV, dei quali 7 milioni sono malati conclamati di AIDS. Ciò corrisponde al 60% dei casi mondiali. Nell'anno 1994 sono stati contati 2 milioni di nuovi casi, quasi sempre per trasmissione eterosessuale. I più colpiti sono i giovani. La grande differenza fra zone urbane e zone rurali tende a ridursi a causa degli spostamenti crescenti delle persone. L'aumento della malattia si traduce in sovraccarico di ricoveri ospedalieri: in alcune città i malati di AIDS occupano la metà dei posti letto a disposizione.

– Si possono individuare tre gruppi di Paesi nei quali l'infezione da HIV infierisce con particolare intensità. Essi totalizzano il 90% dei casi di sieropositività africana. Il primo gruppo è quello costituito dai Paesi dell'Africa Centrale e dell'Est (Uganda, Etiopia, Kenya, Ruanda, Sudan e Zaire). Sono Paesi dove l'infezione è stata notata già dagli anni '70 e ora vi si rileva più di un terzo dei casi. Il secondo gruppo è costituito da Paesi situati ad ovest del continente (Costa d'Avorio, Burkina Faso, Ghana e Togo). In questi Paesi si rileva circa il 15% dei sieropositivi africani. I Paesi dell'Africa Australe (Botswana, Malawi, Mozambico, Africa del Sud, Tanzania, Zambia, Zimbabwe) ne contano circa il 40%.

Un punto di riferimento significativo per indicare lo stato di salute di un popolo è l'indice della «speranza di vita», ossia la durata media della vita di un popolo. A tale proposito sono indicativi i seguenti dati: nel 1994, nei Paesi industrializzati, la speranza di vita era

ossia per comprendere il quadro sanitario nel quale è situato il Burkina Faso, ritengo sufficiente quanto ho esposto. Passo ora a trattare il secondo aspetto, quello delle relazioni che intercorrono tra territorio, deterioramento ambientale e malattie.



di 77 anni; nell'America Latina di 68 anni; nell'Asia dell'Est e Pacifico di 66 anni; nell'Africa del Nord e nel Medio Oriente di 64 anni; nell'Africa Subsahariana di 51 anni, ma nel Burkina Faso di 47 anni. Le differenze della mortalità infantile sono ancora più significative: mentre nei Paesi industrializzati si deplorano 7 decessi per ogni mille bambini nati vivi, se ne piangono 38 in America Latina, 84 nell'Asia del Sud e 107 nell'Africa a sud del Sahara. Per quanto riguarda la mortalità infantile, la situazione nel Burkina Faso è migliore che negli altri Paesi subsahariani: essa è di 89 decessi su mille. Questa situazione permane anche se si considera la mortalità dei bambini inferiori ai cinque anni: mentre nei Paesi subsahariani considerati globalmente il tasso di tale mortalità è di 177 su mille, nel Burkina Faso resta a 169 su mille.

Gli studiosi delle cause delle malattie e dello stato di salute dei diversi popoli hanno fatto ricerche e confronti su una trentina di fattori ritenuti tradizionalmente indici di salute. Per questa mia relazione,

2. Territorio, deterioramento ambientale e malattie

In questo secondo punto mi propongo di rilevare alcune relazioni causali tra territorio e malattie. Secondo una informazione dell'O.M.S., l'80% della morbosità mondiale è causata da carenza in materia d'acqua e da insalubrità ambientale. Relativamente darò qualche informazione su territorio, acqua e malattie, e su deterioramento ambientale e salute.

a. Territorio, acqua e malattie

Nella zona equatoriale e tropicale, il clima caldo e umido favorisce la pullulazione di alcune specie di insetti e l'insorgere delle malattie di cui essi sono vettori: la tripanosomiasi, il paludismo e la febbre gialla. Nella stessa zona, la produzione alimentare, benché regolare, è composta soprattutto da farinacei. Ne consegue la carenza proteica che predispone gli abitanti del luogo alle malattie endemiche.

Nella zona tropicale a stagioni alterne la diffusione delle malattie vettoriali è causata

dalla qualità dell'acqua. Durante la stagione secca i posti d'acqua divengono rari e l'acqua diviene stagnante, trasformandosi in focolai di malattie. Durante il periodo delle piogge le erbe crescono e favoriscono lo spostamento dei vettori di malattie. Si assiste allora alla recrudescenza del paludismo e di diverse altre affezioni: la bilharziosi l'onchocercosi e la salmonellosi.

Nella zona arida o semiarida si riproducono gli stessi fenomeni delle zone a stagioni alterne. Tuttavia questa è caratterizzata da una stagione secca più lunga e rigorosa e da un periodo più corto di piogge con anni di siccità. Se gli anni di siccità si succedono, la scarsità del raccolto produce la malnutrizione proteico-calorica che impoverisce l'organismo ed accresce la ricettività delle diverse malattie locali, in particolare quelle che mettono in gioco l'immunità a mediazione cellulare come il morbillo, le gastroenteriti, la tubercolosi e la lebbra. In questa zona, inoltre, gli sbalzi di temperatura sono responsabili di numerose affezioni dell'apparato respiratorio e i venti di sabbia costituiscono un'aggravante per le congiuntiviti e il tracoma.

La situazione ambientale del Burkina Faso partecipa delle caratteristiche di queste due ultime zone, particolarmente al Centro e al Nord del Paese.

C'è chi afferma che l'acqua sporca può contenere i germi di oltre venti malattie contagiose. A questo proposito mi limito ad un esempio: le malattie diarroiche.

Le malattie diarroiche – come la dissenteria da ameba e bacillare, o la gastroenterite – sono soprattutto malattie infantili, molto comuni in questi Paesi. Ogni anno per mancanza di acqua pulita, esse causerebbero la morte a circa 6 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni. Nelle zone aride o semiaride, la grande concentrazione umana attorno ai rari posti d'acqua moltiplica i rischi delle malattie diarroiche: questi posti d'acqua infatti servono per tutti gli usi.

È in questo contesto che bisogna inquadrare la situazione

sanitaria del Burkina Faso. Nonostante gli sforzi fatti sul piano dell'igiene e della cura delle malattie, nel Burkina Faso il fattore predominante dell'alta mortalità prematura resta la prevalenza delle malattie infettive e parassitarie connesse con gli ambienti insalubri e l'acqua inquinata; cioè in relazione con le malattie diarroiche, l'ameba e i parassiti intestinali. A ciò bisogna aggiungere le epidemie di morbillo, di meningite e di paludismo (la percentuale totale dei decessi ne attribuisce il 16,42% al paludismo). A queste cause, oggi bisogna aggiungere i decessi dovuti all'AIDS. Precedentemente ho situato il Burkina tra i Paesi che contengono il 15% dei sieropositivi africani.

Dopo queste considerazioni si può dire che la lotta contro le grandi endemie o epidemie che minacciano i Paesi subsahariani comincia dalla conoscenza delle relazioni intercorrenti tra l'uomo, l'ambiente e la malattia. Lo studio di queste «ecologie mediche» permette di comprendere le differenze delle prevalenze di una endemia e di studiarne la prevenzione e la lotta, anche attraverso modifiche delle condizioni ambientali.

b. Deterioramento ambientale e salute

Il deterioramento ambientale costituisce un fenomeno che riguarda direttamente il Burkina Faso. Il Burkina Faso, infatti, è un Paese del Sahel, un Paese perciò minacciato dalla desertificazione. Le cause principali a cui si attribuisce la desertificazione sono: il supersfruttamento delle terre coltivate, il pascolo libero, il disboscamento non pianificato e le erosioni delle piogge torrenziali o dell'irrigazione mal fatta.

Tra le cause nominate, il disboscamento merita un'attenzione particolare. Esso dipende dallo sfruttamento industriale del legno a scopo d'esportazione, dal bisogno energetico delle popolazioni urbane e rurali, dal dissodamento per bisogno di nuove terre coltivabili; ma esso implica anche modificazioni imprevedibili dell'ecosistema a livello

locale, regionale e mondiale.

Nei riguardi degli effetti particolari del disboscamento osserviamo che le modifiche che esso produce nell'ecologia forestale incidono a loro volta sui comportamenti dei vettori delle malattie. La gente nuova che arriva nelle terre disboscate vi introduce nuove malattie. Queste infetteranno facilmente gli autoctoni non immuniz-



zati, e viceversa gli autoctoni trasmetteranno le loro malattie ai nuovi arrivati. Un esempio di febbre gialla dovuta al disboscamento è stata l'epidemia che colpì la Nigeria nel 1986-87. Morirono 12.000 persone e si calcola che i colpiti furono almeno 50.000.

In conclusione posso dire che la degradazione del territorio influisce direttamente sulla salute quando provoca l'apparire di un nuovo fattore patogeno; vi influisce indirettamente quando, provocando l'abbassamento delle disponibilità alimentari, un prolungamento del tempo lavorativo o la rarefazione di beni essenziali, come l'acqua potabile o i materiali da costruzione, causa conseguentemente la debilitazione delle persone e le predispone così a tutte le malattie di cui abbiamo parlato.

3. Prevenzione e cure delle malattie

Quando nel 1958 il dottor Carrol Berohorst lasciò gli Stati Uniti per andare a curare gli indiani del Guatemala, si ispirava al semplice principio che «le malattie si vincono cu-

rando le malattie». Ma una quindicina d'anni più tardi esprimeva la sua disillusione constatando che i malati, una volta curati e guariti, tornavano alla loro povertà e alla loro malattia; bisognava perciò assumere una mentalità più larga e considerare che la salute esige che la persona abiti in un contesto ambientale favorevole alla salute.

Oggi, per rendere un ambiente favorevole alla salute, si considerano prioritarie le seguenti condizioni: l'educazione sanitaria, e in particolare quella della donna; l'accesso all'acqua potabile, la bonifica del territorio e la diffusione delle «cure sanitarie primarie». A queste tre condizioni prioritarie si devono aggiungere l'igiene alimentare e il senso di responsabilità in materia demografica, o meglio in materia di densità delle popolazioni.

Ho nominato per prima l'educazione sanitaria e in particolare quella della donna.

Sono le donne, infatti, che riproducono biologicamente e culturalmente la società. Esse sono mamme e allo stesso tempo educatrici e infermiere della loro famiglia. Se educate sanitariamente bene, esse miglioreranno positivamente i comportamenti sanitari di tutta la famiglia. L'esperienza dimostra che l'educazione sanitaria delle mamme costituisce un elemento decisivo per la salute del bambino: nella misura in cui la loro formazione sanitaria cresce, si abbassa immancabilmente il tasso della mortalità infantile in qualunque situazione socioeconomica la loro famiglia si trovi.

Una condizione ugualmente prioritaria per la vittoria sulle malattie è la bonifica del territorio e l'accesso all'acqua potabile. Oltre cento relazioni su questo tema (Esrey, 1991) dimostrano che una bonifica di ambiente ha ridotto spesso del 50% la mortalità infantile dovuta a malattie diarroiche. Alcune volte questa percentuale, con il concorso di altre condizioni positive, ha raggiunto l'80%. Allo stesso modo un migliore approvvigionamento d'acqua nelle campagne ha dato luogo ad una riduzione di

casi di infestazione di verme di Guinea. In Nigeria, per esempio, nel 1989 ne furono dichiarati 640.000 casi; nel 1991, dopo un miglioramento dell'approvvigionamento d'acqua, coniugato con la cura del male e uno sforzo di educazione sanitaria, ne furono dichiarati soltanto 282.000 casi.

Il concetto di «cure sanitarie primarie» è stato definito ad Alma-Ata (Russia) nel corso di una conferenza internazionale alla quale partecipavano 134 Stati membri dell'O.M.S. Le «cure sanitarie primarie» propongono due tipi di interventi: le attività relative allo sviluppo economico e sociale, come la promozione di migliori condizioni ambientali, alimentari e igieniche; e la diffusione di servizi sanitari scientificamente validi e socialmente accessibili a tutte le famiglie della comunità. In tale contesto la dichiarazione di Alma-Ata raccomandò di favorire la partecipazione degli abitanti dei villaggi sia attraverso la promozione dell'educazione sanitaria, sia con il ricorso ad ausiliari sanitari localmente disponibili.

Nella stessa occasione furono istituite campagne generalizzate di vaccinazione contro le malattie più frequenti nei Paesi dell'Africa Subsahariana.

Concludo questo punto con una nota sul problema della demografia.

In relazione a tale argomento l'Africa si presenta con strane particolarità: a differenza degli altri continenti, in essa non si rileva nessuna correlazione evidente tra l'abbassamento della mortalità infantile (1960: 183; 1994: 89) e l'abbassamento della natalità (1960: 49; 1994: 47). Ancora più strana è la constatazione che neppure l'istruzione della donna incide in modo significativo sull'abbassamento della natalità. E non è tutto: il tasso attuale della crescita delle popolazioni africane è il più alto del mondo e, allo stesso tempo, la densità di popolazione è tra le più deboli.

Ciò significa che non si può trattare della demografia africana limitandosi al problema della natalità: è necessario domandarsi anche se l'Africa è

sufficientemente abitata. La densità di popolazione infatti incide sullo sviluppo: senza un minimo di densità, specialmente in agricoltura, non si produce nessuna pressione innovatrice.

4. Programmazione sanitaria e limiti economici

Le considerazioni fatte fin qui ci danno allo stesso tempo un quadro della situazione e gli orientamenti su ciò che si dovrebbe fare per migliorare la situazione sanitaria burkinabè sia a livello curativo sia a livello preventivo. A livello curativo essa è stata determinata con precisione nelle dichiarazioni di Alma-Ata e di Bamako. Queste raccomandavano la divulgazione delle «cure sanitarie primarie» e la divulgazione delle medicine essenziali con denominazione originaria. Aggiungo che nel Burkina Faso è in atto un piano di riorganizzazione sanitaria attraverso una decentralizzazione che intende coinvolgere direttamente i cittadini nella tutela della propria salute. Questa riorganizzazione prevede l'istituzione di regioni sanitarie articolate in distretti sanitari.

Un distretto sanitario è costituito da un certo numero di dispensari e di centri sanitari che fanno riferimento ad un centro medico, detto «migliorato», fornito di poliambulatori, sale di degenza, maternità e S.M.I., deposito farmaceutico e un'antenna chirurgica per i casi urgenti. Questo centro medico «migliorato» è situato normalmente in un luogo di facile accesso per i dispensari e i centri sanitari periferici. A livello preventivo, come è stato detto nelle pagine precedenti, gli esperti in materia propongono come prioritari l'educazione sanitaria, l'accesso all'acqua potabile, la bonifica del territorio, dell'ambiente e le vaccinazioni generalizzate. Tutto ciò rivela che gli africani conoscono bene la loro situazione sanitaria e i rimedi necessari per migliorarla.

Come si spiega allora che «la speranza di vita» resta ancora intorno ai cinquant'anni?

In altre parole, come si spiega che delle popolazioni africane rimangono ancora deboli? C'è un nostro proverbio che ci dà una risposta: «La salute non ha prezzo, ma ha un costo», e malauguratamente questo costo della salute è superiore alle disponibilità economiche del Paese di cui sto parlando, come di tutti gli altri Paesi situati a sud del Sahara. Alcune considerazioni ce ne daranno la conferma: il paludismo per esempio costituisce ancora un problema serio per la salute nel Burkina Faso. Esso è all'origine del 40% delle febbri di coloro che accedono ai dispensari. Alcune ricerche sul paludismo fatte in questo Paese ci rivelano che i casi di paludismo diminuirono del 15% negli anni tra il 1973 e il 1981, ma a partire da quella data aumentarono di nuovo in maniera molto rilevante. Le stesse ricerche ci dicono che un caso tipico di paludismo, considerando le spese dirette e quelle indirette, viene a costare il prodotto di 12 giorni lavorativi. Se si considera che il salario mensile medio nel Burkina non arriva a 200.000 lire italiane e che i burkinabè salariati non arrivano ad un quinto della popolazione, si ha già un'indicazione sufficiente per farsi un'idea delle difficoltà economiche che ogni cittadino burkinabè incontra nella tutela della propria salute.



Non esamino il costo di altre malattie perché le valutazioni in questo campo restano sempre poco precise, tuttavia aggiungo una valutazione ge-

nerale che feci nel 1993, e che ritengo ancora valida per il suo contenuto globale se viene considerata nel nuovo contesto. Nel frattempo infatti gli abitanti del Burkina sono aumentati e la moneta locale ha avuto una forte svalutazione.

Situavo la mia valutazione nell'ambito della gestione 1991. Il budget nazionale di quell'anno nel Burkina Faso ammontava a 176 miliardi 535 milioni di franchi locali. La popolazione era di circa 9 milioni. Supponendo per ogni burkinabè una ricetta medica di 5.000 franchi locali, la somma necessaria per pagare le sole medicine ammonterebbe oggi a 45 miliardi di franchi. Questa somma equivale a un quarto della spesa totale del Paese e a 7 volte e mezzo il budget totale per la sanità del 1991. Evidentemente si è molto distanti non soltanto dalle somme necessarie per realizzare un progetto globale di bonifica, ma anche dai costi delle medicine quotidiane. Questa situazione del Burkina riguarda anche altri Paesi subsahariani; infatti un'analisi del budget degli stati africani mette in evidenza la scarsità degli stanziamenti che i governi africani riservano per la salute. Il rapporto della Banca Mondiale del 1985 presenta la struttura in percentuale delle spese pubbliche totali di 19 Paesi africani come segue:

Servizi sanitari	5,6%
Servizi collettivi e sicurezza sociale	4,7%
Educazione	16%
Difesa	11,4%
Servizi economici ed altri	62,3%

È evidente che le difficoltà che il Burkina Faso deve affrontare per la propria situazione sanitaria sono effettive. E non soltanto i suoi mezzi finanziari sono veramente scarsi; si deve aggiungere che niente e nessuno incoraggia questo Paese ad assumere i problemi sanitari come veramente prioritari. Alla ricerca di una sua autonomia economica, il Burkina è costretto ad orientarsi piuttosto verso attività produttive; le banche infatti concedono le loro facilitazioni solo in relazio-



ne alla capacità di restituzione e alla garanzia che i prestiti saranno adoperati secondo le loro indicazioni.

Si tratta di una situazione difficile, di fronte alla quale poco possono realizzare la laboriosità e la creatività burkinabè senza un sostegno efficiente e importante della solidarietà dei popoli fratelli. È necessario che i Paesi industrializzati prendano coscienza che i problemi della bonifica del territorio con l'accesso di tutti all'acqua potabile e l'arresto della desertificazione esigono l'impegno di tutti gli abitanti della Terra, non soltanto degli africani. Se essi non si decideranno a seguire con determinazione la via di un'autentica e solidale condivisione, lo stato di salute del continente africano resterà debole e vulnerabile. Ma non si deve dimenticare che tale situazione e le cause che la producono, per esempio la desertificazione, possono avere delle risonanze negative per tutto il nostro pianeta.

Concludo con due citazioni, una di un laico e l'altra del Papa: «Nell'economia mondiale – lamenta Bernard Hours, ex presidente di Medicus Mundi – vige una gestione planetaria dei sistemi sanitari patrocinata dalla Banca Mondiale. Secondo tale gestione saranno adottati sempre più spesso criteri di profitto. La politica dei donatori multilaterali si orienterà verso collaboratori ritenuti di fiducia e sicuri. Presto una O.N.G. si vedrà concedere la gestione sanitaria di interi distretti e ciò – conclude Hours – non man-

cherà di provocare cambiamenti negli atteggiamenti delle associazioni che si occupano dello sviluppo sanitario».

Ma i cristiani non possono e non devono condividere questa mentalità che sacrifica i diritti della persona umana di fronte all'utile per l'utile. A loro il Papa ricorda che: «Esiste qualche cosa che è dovuto all'uomo perché è uomo, a causa della sua dignità e somiglianza di Dio, indipendentemente dalla sua presenza o meno sul mercato, da ciò che possiede, e quindi può vendere, e dai mezzi di acquisto di cui dispone. Questo qualcosa non deve essere mai disatteso, ma esige piuttosto rispetto e solidarietà (espressione sociale dell'amore) che è l'unico atteggiamento adeguato davanti alla persona». «I poveri – continua il Papa nell'Enciclica *Centesimus annus* – chiedono il diritto (...) di mettere a frutto la loro capacità di lavoro, creando così un mondo più giusto e per tutti più prospero. L'elevazione dei poveri è una grande occasione della crescita morale, culturale ed anche economica dell'intera umanità».

P. RENATO DI MENNA, M.I.

Il Beato Luigi Tezza, fondatore delle Figlie di San Camillo

Il giorno 4 novembre Giovanni Paolo II ha elevato all'onore degli altari il sacerdote camilliano Luigi Tezza, fondatore delle *Figlie di San Camillo*. Unito alla serie gloriosa degli uomini e delle donne che, lungo i secoli, hanno raggiunto la santità attraverso l'esercizio della misericordia verso gli ammalati, il nuovo beato si presenta al Popolo di Dio come un interprete originale del carisma della carità verso chi soffre nel corpo e nello spirito.

Nato a Conegliano (Treviso) il 1° novembre 1842, Luigi Tezza morì a Lima il 26 settembre 1923. La sua esistenza è stata un lungo, movimentato, autentico *pellegrinaggio per la missione*. Dei suoi 82 anni di vita, infatti, 42 li trascorse in Italia, 19 in Francia e 23 in Perù. Svariate le attività da lui compiute nell'Ordine dei Ministri degli Infermi (Camilliani): fu educatore, responsabile di comunità, fondatore d'un Istituto religioso, ministro dell'amore misericordioso verso gli ammalati, direttore d'anime e riformatore della vita religiosa.

*A Verona e a Roma:
il ministero della formazione*

Entrato all'età di 15 anni nel seminario camilliano di Vero-

na, ebbe la fortuna di formarsi in un contesto dove la vita religiosa era ritornata allo spirito originario del Fondatore San Camillo, con l'osservanza della vita comune perfetta e l'esercizio del ministero negli ospedali.

Ordinato sacerdote nel 1864, trascorse i primi anni del suo ministero presbiterale a Verona e a Roma, impegnato nella formazione dei candidati alla vita consacrata e sacerdotale.

In Francia: fedeltà e creatività

Inviato in Francia, nel 1871, contribuì in maniera determinante allo sviluppo di quella fondazione, iniziata due anni prima. Durante il suo mandato di superiore provinciale, la provincia camilliana francese dalla diocesi di Autun si estese a Lione, Lille, Cannes, Théoule-sur-Mer, Tournai (Belgio).

Allo sviluppo geografico corrispose anche creatività e ampiezza di visione nelle scelte pastorali. Fedele al carisma camilliano, infatti, il Tezza non esitò a prendere decisioni che si allontanavano dalla lettera della tradizione, rimanendo però aderenti al suo spirito. Egli concordava con l'opinione di uno dei suoi maestri, secondo il quale "da San Camillo potremo e dovremo dedurre la carità, ma i mezzi per esercitarla nelle circostanze nostre, converrebbe che li apprendessimo dal particolare spirito che il Signore potrebbe voler infondere nei nostri cuori per sovvenire ai bisogni presenti". Esempio significativo di tale discernimento dei segni dei tempi è stata la decisione di creare e gestire opere socio-sanitarie proprie. Tale modalità, che era contraria alla tradizione dell'Istituto e alla volontà di San Camillo, avrebbe avuto un seguito in tutto l'Ordine camilliano.

*Ai vertici
dell'Ordine camilliano*

Nel 1889 il Tezza venne eletto Vicario, Procuratore e Consigliere generale dell'Ordine camilliano. Quel ruolo gli permise di influire positivamente affinché venisse estesa a tutto l'Istituto la riforma della vita religiosa già attuata a Verona e in Francia. Infatti, la vita comune perfetta venne sancita dal Capitolo generale del 1898 e la cura dei malati negli ospedali riprese vigore in tutto l'Ordine.

Durante il periodo romano, durato fino al 1898, egli abbinò alle sue responsabilità di Vicario generale una intensa attività pastorale e diede origine alla Congregazione delle Figlie di San Camillo.

*L'ospedale:
mio vero paradiso in terra*

Al Padre Tezza fu chiesto di risiedere nell'ospedale di San Giovanni in Laterano, svolgendo anche, a tempo parziale, il ministero di cappellano. I Camilliani vi avevano assunto l'assistenza spirituale nel 1836², svolgendo il ministero in forma esemplare.

In quell'ospedale, il Tezza ebbe modo di esercitare con continuità il carisma proprio dell'Ordine. Negli anni precedenti, infatti, non gli era stato possibile consacrare molto tempo al ministero diretto con i malati, a causa degli impegni nell'attività formativa e di governo.

Lo spirito e le linee metodologiche che guidavano l'accompagnamento spirituale dei malati in quel tempo sono deducibili da alcuni manuali scritti da religiosi camilliani. Uno di essi, *Practica visitandi infirmos*, pubblicato nel 1630 da P. Giacomo Mancini – che aveva conosciuto personalmente San Camillo, traman-



dandone lo spirito nel suo volume –, non solo costituiva la sintesi della teoria e prassi dell'Ordine camilliano in quel tempo, ma rimaneva anche “un punto fermo di riferimento per gli scritti successivi che riguardano l'assistenza dei malati”³. Infatti, altri autori camilliani del '600, la cui opera ebbe un influsso sull'agire pastorale fino agli inizi del '900, erano chiaramente dipendenti dal Mancini.

Nel libro del Mancini, accanto a tante indicazioni da lui suggerite ai lettori, ormai superate, si trovano numerosi elementi originali e innovativi.

Molto appropriatamente, egli sottolinea la necessità di una preparazione specifica all'esercizio dell'assistenza spirituale dei malati. Si tratta, infatti, di un ministero che domanda una buona preparazione non solo teologico-morale ma anche pratica.

Se l'accentuazione della dimensione sacramentale, presente nell'opera, è rilevante, essa però non toglie spazio né alla necessaria conoscenza della persona e dei suoi bisogni né alla considerazione degli atteggiamenti interpersonali e dialogici del sacerdote. L'autore invita l'operatore pastorale ad armarsi di prudenza e di soavità e a impegnarsi a stabilire una buona relazione con il malato prima di proporgli la preghiera e i sacramenti. Anche il tono della voce e lo stile della conversazione hanno la loro importanza.

Per accompagnare il malato non occorrono prediche né discorsi altamente teologici, bensì suggerimenti veicolati con tono placido e soave. Può contribuire all'efficacia dell'accompagnamento spirituale anche il creare un'atmosfera appropriata con musiche e canti scelti allo scopo e la ripetizione di frasi bibliche centrate sull'amore del Signore.

La relazione pastorale non deve terminare con la celebrazione dei sacramenti, bensì è necessario che continui ad opera dello stesso sacerdote o di altre persone.

La visione del Mancini, in cui l'assistenza del malato è chiamata ad essere un *ministero di consolazione* diretto a

tutta la persona, in vista della sua salvezza, trovava certamente un'eco positiva nello spirito del Tezza, sia per la sua personalità sia per l'educazione che aveva ricevuto. Il suo incontro con i malati era arricchito da quella sensibilità e affettività che dava colore e sapore al suo rapporto con le persone care.

I malati del San Giovanni erano diventati poco a poco i beneficiari della sua *carità pastorale*, impregnata di affetto. Interrogato perché al mattino, aprendo la finestra della sua stanza, ispirasse profondamente, egli rispose che voleva riempire il petto del *profumo di carità* che saliva a lui dalle finestre della corsia sottostante. Tale reazione echeggia quella di San Camillo che, passando vicino all'ospedale di Santo Spirito, si fermava per sentirne la *fragranza*. In una lettera scritta alcuni anni dopo il Tezza esprimeva il rammarico di “aver lasciato l'Ospedale, mio vero paradiso in terra”.



Le Figlie di San Camillo

Il progetto, però, in cui il Tezza ha investito le maggiori energie durante il periodo romano, e che si è mantenuto più visibile nel tempo, è stata la fondazione della Congregazione delle *Figlie di San Camillo*.

Coltivata per lunghi anni, tale iniziativa prese l'avvio da un incontro con Giuditta Vannini (Giuseppina, dopo la professione), una giovane donna alla ricerca della propria vocazione. Insieme a lei, il Tezza trasmise il carisma camilliano della carità misericordiosa verso gli infermi ad altre persone, che lo avrebbero arricchito ed ampliato. Infatti, dal “tronco fecondo e benedetto” dell'Ordine camilliano prendeva vita,

sviluppandosi poi autonomamente, il germoglio di una nuova Famiglia religiosa.

Lo stretto legame tra l'Ordine camilliano e la Congregazione delle Figlie di San Camillo non vuole però significare che il Tezza e la Vannini abbiano compiuto una semplice trasposizione del carisma di San Camillo, travasandolo, per così dire, da un istituto all'altro.

Certamente, il carisma di San Camillo costituisce la grande riserva di energia spirituale, da cui i due Fondatori attingono generosamente l'ispirazione e la particolare modalità di fare esperienza del Signore. Ma, come un fiume che trae la sua origine da un lago, s'incammina per percorsi propri e originali, così il carisma camilliano, assimilato dal Tezza e dalla Vannini, assume caratteristiche originali, grazie all'influsso di molteplici fattori di ordine personale, storico e culturale.

Limitando la sottolineatura ad uno dei tratti di tale origina-

lità, potremmo dire che, attraverso l'Istituto fondato dal Tezza, il carisma camilliano è vissuto al femminile, con tutto ciò che questo comporta di significativo⁴.

Già San Camillo, invitando i suoi religiosi a servire i malati con cuore di *madre*, aveva avuto l'intuizione che la cura degli infermi deve fare appello a quelle qualità e a quegli atteggiamenti che sono tipici del *genio femminile*: la ricettività, la disponibilità, la tenerezza, l'accoglienza, la capacità di ascolto, l'intuizione, la sensibilità nel cogliere le situazioni, l'attitudine a farsi carico dei problemi altrui, l'inclinazione a offrire il proprio aiuto...

Significativa resta una regola da lui redatta: “Prima ognu-

no domandi grazia al Signore che gli dia un affetto materno al suo prossimo, acciò possiamo servirlo con ogni carità così dell'anima come del corpo, perché desideriamo con la grazia di Dio servire a tutti gli infermi con quell'affetto che suole un'amorevole madre al suo unico figlio infermo".

Nella Congregazione fondata dal Tezza, questo aspetto del carisma camilliano viene approfondito e dilatato. Alle sue Figlie, egli domanda d'incontrare nel malato lo Sposo – l'infermo, non è forse *icona* di Cristo? – e di servirlo con cuore di *madre*.

Alcune espressioni della *Mulieris Dignitatem* di Giovanni Paolo II consentono di comprendere la profondità e l'attualità del messaggio del Tezza. Se "Dio affida ogni uomo a tutti e a ciascuno", afferma il Papa, "questo affidamento riguarda in modo speciale la donna – proprio a motivo della sua femminilità – ed esso decide in particolare della sua vocazione" (n. 30). Questo vale soprattutto in un contesto socio-culturale in cui i successi della scienza e della tecnica, favorendo un progresso disomogeneo, possono "comportare anche una graduale scomparsa della sensibilità per l'uomo, per ciò che è essenzialmente umano. In questo senso – continua il Pontefice – soprattutto i nostri giorni attendono la manifestazione di quel 'genio' della donna che assicuri la sensibilità per l'uomo in ogni circostanza: per il fatto che è uomo!" (*ibid.*).

Dando vita ad un nuovo Istituto religioso, il Tezza ha offerto alla Chiesa un forte richiamo a rendere più viva e sensibile l'attenzione alle persone nelle quali il Cristo continua a vivere, nel tempo, la sua passione.

È quanto ha espresso in un illuminato discorso alle Figlie di San Camillo Giovanni Paolo II: "Il vostro carisma del servizio ai malati che vi distingue nella Chiesa, anche in forza di un quarto voto, è un dono e un compito che vi colloca al cuore della vita e della missione della Chiesa, che è Sacramento, segno e strumento cioè dell'amore di Dio verso tutto

l'uomo e tutti gli uomini, con particolare attenzione ai piccoli, ai malati, ai peccatori"⁵.

La Chiesa non ha forse bisogno di sviluppare in misura sempre più intensa e significativa la *dimensione mariana*, fatta di "silente vicinanza nel dolore", di grandezza che si fa accoglienza e servizio verso i poveri, i deboli, le vittime della malattia e della morte?

L'impegno di donne consacrate è tra i più idonei a rispondere a tale necessità. "La Figlia di San Camillo, infatti, rappresenta quella Madre Chiesa che accoglie e circonda di attenzioni gli afflitti e i deboli, che cerca con ogni premura di sollevare gli indigenti, servendo in loro lo stesso Cristo. In tal modo contribuisce 'al bene e alla promozione di tutta la famiglia umana le cui gioie e speranze, tristezze e angosce trovano eco nel suo cuore'⁶."

Attraverso la presenza e l'opera delle sue amate *Figlie*, il carisma del Tezza, e della cofondatrice Giuseppina Vanini (proclamata Beata nel 1995), ha raggiunto 17 paesi in quattro continenti.

Affrontando le sfide del mondo della salute e della sofferenza attraverso una varietà di ministeri, sulla scia dei loro Fondatori, le mille *Figlie di San Camillo* offrono un efficace contributo all'evangelizzazione attraverso la via della carità misericordiosa e sono un richiamo costante alla presenza di Cristo in chi soffre.

La missione a Lima

Terminato il suo mandato di Consigliere generale, nel 1898 il Tezza torna in Francia. Si tratterà di un breve soggiorno, perché due anni dopo sarà chiamato ad andare in Perù in qualità di visitatore generale della comunità camilliana di Lima.

Nella capitale peruviana i camilliani, presenti da poco più di due secoli, avevano intessuto una storia ricca di luci e di ombre. Sempre fedeli al carisma camilliano, si erano dedicati con grande ardore al servizio dei malati gravi e moribondi, impegnandosi anche a livello accademico nell'università cittadina. Purtroppo le

travagliate vicende politiche del continente sudamericano e il distacco da Roma, voluto dalla monarchia spagnola, non mancarono di suscitare numerose crisi e un certo degrado nell'osservanza della vita religiosa.

Quando nel 1897 la fondazione peruviana si unì nuovamente a Roma, era necessaria la presenza e l'azione di qualcuno che indicasse i passi da compiere per il ritorno ad uno stile di vita conforme alle esigenze religiose. Il Padre Tezza fu scelto per questa missione.

Nello svolgere questo compito egli mise a frutto le ricche doti della sua personalità, che la lunga esperienza di formazione e di governo avevano affinato, armonizzando felicemente dolcezza e fermezza, comprensione e confronto. Il progetto di riforma ebbe un esito felice, riportando la comunità camilliana al suo primitivo spirito.

Il progetto di riforma del Tezza, infatti, non era solo rivolto all'interno della comunità. Egli puntava anche a riconquistare quel prestigio morale di cui la comunità aveva goduto nel passato presso la popolazione.

Forte dell'esperienza vissuta in Italia e in Francia, il Tezza si impegna quindi a potenziare il già lodevole servizio prestato dai religiosi nell'assistenza dei malati nelle case private, promuovendo anche quello esercitato negli ospedali. Si era, infatti, reso conto che in nessun luogo d'Europa "il nostro ministero era così ben compreso ed apprezzato" come a Lima.

Osservando il vasto campo di lavoro nel mondo della sofferenza e della salute, egli elabora un piano ambizioso, consistente nella istituzione di una cappellania in grado di rispondere alle necessità pastorali dei cinque ospedali e ospizi della città. Ciò avrebbe consentito di ripristinare il prestigio dell'Ordine in Lima. L'idea piace alle autorità ecclesiastiche e l'invio, nel 1902, di sei confratelli dall'Europa lo rende fattibile.

Le domande di avere i camilliani come assistenti spirituali negli ospedali non si fan-

no attendere: l'ospedale militare nel 1901, gli ospedali francese e italiano nel 1902; nel 1903 è la volta del Dos de Mayo con 600 letti, nel 1905 del S. Anna con 500 letti, nel 1904 del Rifugio degli incurabili con 200 letti. Dalla casa della Buenamuerte la carità camilliana raggiunge i principali luoghi del dolore per portarvi sollievo e garantire l'accompagnamento spirituale.

L'assistenza negli ospedali era accompagnata da quella nelle case private. San Camillo chiamava questo ambito del ministero il *mare magnum*, campo sterminato d'azione. In Europa i camilliani erano chiamati *i padri del bel morire*. Anche il titolo dato alla casa di Lima – il convento della *Buenamuerte* – sottolineava l'importanza data all'assistenza dei morenti, soprattutto a domicilio. Si trattava di un lavoro apostolico molto esigente, tenendo conto del numero limitato dei religiosi. I parroci lasciavano volentieri questo ministero ai camilliani, per cui le chiamate erano numerose e provenienti dalle "quattro estremità della città".

Il Tezza non si è limitato a potenziare l'assistenza spirituale dei malati della città, realizzando un progetto intelligente ed efficace che consentiva di raggiungere molte istituzioni sanitarie e innumerevoli domicili, ma si è anche coinvolto direttamente nel servizio degli infermi, dimostrando di trovarsi a casa sua in questo tipo di apostolato, anche se esso non è stato il ministero da lui più esercitato.

Già nel 1901 è documentato il suo ministero in un Lazzeretto della città, che raccoglieva le vittime del vaiolo e della febbre gialla. Vi andava tutti i giorni, mettendo in pratica il quarto voto con il quale si era obbligato a servire i malati anche con rischio della vita. La sua carità trasformava quel luogo rifuggito dai più in un suo "giardino di riserva", dove poteva trovare sollievo.

Più tardi si occupò dell'assistenza dell'ospedale italiano e di un carcere. Dai registri dei battesimi è documentata la sua presenza anche nell'ospedale Dos de Mayo.

A questo ministero nelle istituzioni sanitarie aggiungeva la visita nelle case private. Dal registro delle visite degli anni 1908-1914 risulta che egli incontrò 1192 malati nelle case private. Qualche volta arrivava a visitare fino a 11 malati al giorno in diverse parti della città.

Non esitava ad entrare nei cosiddetti *callejones*, che costituivano l'*habitat* comune a gran parte della popolazione. Si trattava di agglomerati di abitazioni intorno ad un corridoio comune, al termine del quale vi era un solo distributore d'acqua e un solo servizio igienico per tutte le famiglie. Molto spesso, in questi luoghi funestati dalla povertà prosperavano l'alcolismo, l'ignoranza, la promiscuità, i conflitti. Le abbondanti elemosine che riceveva dai suoi penitenti andavano abitualmente a terminare in quelle famiglie abbandonate, trasformandosi in cibo, vestiti e medicine.

Direttore spirituale

All'assistenza ai malati, a Lima egli abbinò anche un'intensa attività d'accompagnamento delle persone attraverso il sacramento della riconciliazione e la direzione spirituale.

Accanto alle confessioni nella Chiesa del convento e negli ospedali, che lo occupavano per molte ore, egli disimpegnava il compito di confessore di molti Istituti religiosi femminili e di collegi. L'arcivescovo Mons. Tovar lo volle padre spirituale dei candidati al sacerdozio nel Seminario Conciliar di S. Toribio.

Molti religiosi e laici lo cercavano per la direzione spirituale. Allo svolgimento di questo ministero lo abilitavano sia le sue qualità personali che la preparazione dottrinale. Il suo carattere dolce e affabile, unitamente alla sicurezza dei principi e alla prudenza dei consigli, gli guadagnava la stima e la fiducia della gente. A molti testimoni del processo di Lima, la figura e il modo di interagire del Tezza ricordavano San Francesco di Sales.

Non mancavano, infatti, affinità con il santo vescovo di Ginevra. In ambedue vi era la

convinzione che l'efficacia della grazia di Dio, trasmessa attraverso il sacramento della riconciliazione e l'accompagnamento spirituale, dipende, seppure in maniera non determinante, anche dalle qualità umane del confessore o direttore di spirito. L'accettazione, il rispetto, la comprensione e la compassione, infatti, si trasformano in veicoli dell'amore misericordioso del Signore, rendendolo più credibile agli occhi del penitente.

Nella Chiesa locale

Anche a livello di Chiesa locale, l'azione del Tezza è stata rilevante. Il prestigio acquistato presso le autorità ecclesiastiche è documentato da una serie di incarichi importanti assegnatigli: membro del Consiglio di Amministrazione della diocesi nel 1902; Consultore del Concilio provinciale di Lima nel 1909; membro del Consiglio di Vigilanza della diocesi nel 1910; infine, Consultore teologo dell'Assemblea episcopale nel 1919, quando stava per raggiungere gli 80 anni.

Il passaggio all'altra riva

L'itinerario esistenziale del Tezza terminò il 26 settembre 1923. Egli si spense dolcemente dopo una lunga malattia.

La morte del Tezza ebbe una risonanza in tutta la città di Lima. Anche se da alcuni anni egli viveva nell'isolamento dell'infermità, la partecipazione ai funerali superò ogni attesa. Erano presenti autorità religiose e civili e i rappresentanti di tutti gli Istituti religiosi.

La scomparsa del Tezza fu l'occasione per dare voce pubblica al riconoscimento del valore della sua persona e della santità della sua vita. Tra le espressioni più ricorrenti emergeva quella che lo proclamava "l'apostolo di Lima". Coloro che lo avevano conosciuto più da vicino, come consigliere o direttore spirituale, non esitarono a esaltarne la santità. Il convincimento che il Tezza avesse raggiunto la perfezione della carità si estese poco a poco anche nel-

l'opinione pubblica, resistendo all'usura del tempo.

*In viaggio...
anche dopo la morte*

Le spoglie mortali del Tezza furono trasportate dal cimitero di Lima a Buenos Aires, nella cappella della comunità delle *Figlie di San Camillo* di quella città. Il convoglio partito dalla capitale peruviana giunse a Buenos Aires il 24 gennaio 1947, accolto con gli onori civili e militari.

Il 15 dicembre 1999, ebbe luogo un'ulteriore traslazione della salma, da Buenos Aires a Grottaferrata (Roma), nella Casa generalizia delle Figlie di San Camillo, dove già riposano le spoglie mortali della Beata Giuseppina Vannini.

Tale vicinanza è simbolo suggestivo di quell'amore tanto ricco umanamente e tanto spiritualmente profondo che aveva mantenute unite queste due persone nella realizzazione di un comune progetto: il servizio all'uomo sofferente, icona di Cristo.

Solo a Gesù crocifisso

Lo sfondo su cui si disegna tutta la sua vita spirituale è costituito dall'abbandono al Signore e alla sua volontà. Su tale sfondo emerge la croce, attraverso cui il Cristo realizzò il piano di salvezza voluto dal Padre. Essa occupa uno spazio rilevante nella vita spirituale del Tezza, come l'aveva occupato in quella di San Camillo. Il fondatore dell'Ordine camilliano aveva fissato nel voler vivere "solo a Gesù crocifisso" l'obiettivo fondamentale della sua esistenza.

Ciò che lega la persona umana alla croce è la sofferenza nelle sue molteplici espressioni. Nell'esperienza del dolore, il Tezza ha visto una delle strade maestre per unirsi al Cristo e imitarlo nel suo amore⁷.

Anche in questo egli si pone sulla scia del suo Fondatore. Il contatto con il francescanesimo aveva indicato a Camillo la strada dell'adeguamento a Cristo attraverso una vita di penitenza, per cui i patimenti

ra da giovane e sempre rimasto vivo nella sua coscienza.

Il soffrire non solo unisce a Gesù, ma diventa anche sorgente di atteggiamenti di compassione, comprensione e partecipazione alla sofferenza degli altri, trasformando la persona in un *buon samaritano*. In questa prospettiva, il ferito diventa anche guaritore.

Anche nel Tezza sono presenti i frutti di una integrazione riuscita del proprio soffrire, per cui a ragione egli può essere definito un *guaritore ferito*, cioè una persona capace di trasformare l'esperienza personale del dolore in fonte di guarigione per gli altri. E tale integrazione delle proprie ferite è da considerarsi come uno dei fattori più importanti che concorrono a spiegare la sua sensibilità verso i sofferenti.

Un "Cuore" ardente di amore

Unendosi al Cristo crocifisso, il Tezza incontra la fonte dell'amore, simboleggiata dall'immagine del cuore. La *devozione al Cuore di Gesù*, che



Il filo d'oro: la spiritualità

La vita del Beato Tezza è stata movimentata e segnata da avvenimenti sconvolgenti. A Verona (1866), a Roma (1870), in Francia (1880) egli ha conosciuto i drammatici momenti della soppressione degli Istituti religiosi. Più tardi, a Roma, ingiuste accuse lo hanno separato dalle *Figlie di San Camillo*. Inoltre, l'attività lavorativa era talmente intensa da causare dispersione.

In mezzo a questo turbinio di esperienze e di lavoro egli è riuscito a unificare la sua vita grazie al *filo d'oro* di una ricca spiritualità.

personalità – non solo quelli implicati nella *morte a se stessi*, ma anche quelli fisici – costituiscono un mezzo efficace per imitare Gesù sofferente. Camillo non abbandonerà mai tale percorso, ma lo approfondirà progressivamente.

Seguendo l'esempio del Fondatore, il Tezza rapporta costantemente alla croce gli aspetti negativi della propria vita – lutti, momenti di depressione, conflitti fuori e dentro la comunità... –, nella convinzione che, uniti alle sofferenze di Cristo, essi non mancheranno di produrre frutti. È questo un motivo ricorrente nelle sue lettere. Un motivo appreso anco-

nell'800 si era affermata vigorosamente, diventa così un elemento importante per vivere ed esprimere la sua spiritualità.

Egli avvertì subito che tale devozione trovava una risonanza positiva nel suo spirito. Infatti, ben ancorata su solide basi teologiche, essa faceva appello anche alla dimensione affettiva, tanto sviluppata nella sua personalità.

Il Cuore di Gesù diventa il *luogo* dove egli vuole abitare e crescere, trovando rifugio e consolazione nei momenti di difficoltà, e dove avviene l'incontro con gli altri, in modo particolare con le sue *Figlie*. Il

suo amore per esse, infatti, “ha come unica sorgente” il Cuore di Gesù e “per unico alimento il suo inesauribile amore”⁸.

Se vari sono i modi che consentono di entrare nel cuore di Gesù, quello che il Tezza privilegia è l'Eucaristia. Attraverso quel sacramento le ricchezze dell'amore di Dio vengono trasmesse alla creatura umana, trasformandola.

Amore soprannaturale

La devozione al Cuore di Gesù consente al Tezza di sviluppare, anche se in modo frammentario, una ricca spiritualità delle relazioni interpersonali e dell'amicizia, collegandosi così con grandi figure di santi e sante del passato, tra cui Francesco di Sales. “Nel cuore adorabile del Divin Maestro, egli scrive alle *Figlie*, sia il nostro continuo ritrovo dove fin d'ora possiamo pregustare un saggio dolcissimo dell'amore che beatifica e dove sono e sarò sempre”⁹.

Il Tezza avvertiva che, visse nel Cuore di Gesù, le relazioni interpersonali e l'amicizia vengono impregnate di amore soprannaturale o *agape*, che non distrugge l'affettività, bensì la purifica e la sublima.

Viste in questa luce, acquistano un significato tutto particolare le qualità che caratterizzavano il Tezza nei suoi rapporti interpersonali. L'esortazione del Cristo: “Imparate da me che sono mite ed umile di cuore”, è forza trasformante del suo carattere e del suo vivere le relazioni con gli altri.

Anche la fraternità, vissuta dalle sorelle nelle comunità, deve abbeverarsi alla fonte dell'amore di Cristo: “Siate un cuor solo ed un'anima sola nel Cuore Sacratissimo di Gesù. In questa unione troverete sempre, con l'abbondanza delle consolazioni, forza e coraggio”¹⁰.

Contemplativo nell'azione

L'unione con il Signore, mediata da una profonda devozione alla Vergine, raggiunta attraverso la preghiera e favorita da una sana ascesi, spingeva il Tezza a volgersi verso

il prossimo con amore generoso. Il ministero da lui compiuto è quindi da vedersi come una espressione significativa della sua spiritualità.

Nel servire i malati, nell'accompagnare spiritualmente i confratelli e le persone che a lui si rivolgevano, egli faceva esperienza di Dio. In questo egli trovava un sommo maestro in San Camillo, per il quale il servizio prestato al malato si trasformava in un atto di culto reso a Dio. Nella visione di fede del Santo, il malato diventava *sacramento della presenza di Cristo*. In lui, Camillo vedeva riaperte e doloranti le piaghe del suo Crocifisso Signore.

Questa dimensione *mistica* del servizio al malato faceva del Tezza un *contemplativo nell'azione*.

“Additare la santità”

All'inizio del nuovo millennio, emerge discreto e coraggioso l'invito di Giovanni Paolo II a programmare la presenza e l'azione della Chiesa nel mondo “nel segno della santità”¹¹.

Ideale di perfezione a cui tutti sono chiamati, la santità non comporta uno stile di vita eccezionale, bensì la capacità di vivere la propria vita ordinaria, penetrandola intensamente dei valori evangelici della giustizia, della pace, della riconciliazione, dell'amore.

Insieme agli altri beati e santi, Luigi Tezza, con la sua vita e la sua testimonianza presenta “una *misura alta* della vita cristiana ordinaria”¹². In



questo risiede l'aspetto più prezioso della sua eredità spirituale.

Se per la sua scelta di vita il Tezza parla in modo particolare alle persone consacrate, il suo messaggio però riesce ugualmente significativo per tutti i cristiani e gli uomini di buona volontà, soprattutto per quanti tra di loro sono impegnati nel mondo della sofferenza e della salute.

Dalla sua testimonianza di vita, infatti, giungono messaggi semplici e profondi che risuonano positivamente nel cuore e nello spirito di chi vive a contatto con la sofferenza e lavora per la promozione della salute.

Sono inviti a mantenere viva e calda la propria umanità, ad amare la vita e a rispettare la persona umana resa fragile dalla malattia, a trovare nel dono generoso di sé la ricompensa del proprio agire. A diventare consapevoli che una sola è la risposta all'amore di Dio: l'amore.

P. ANGELO BRUSCO, M.I.
Professore all'Istituto Internazionale
di Teologia Pastorale Sanitaria
“Camillianum”

Note

¹ APL, 280/274.

² Cfr. M. VANTI, *Cento anni dei CC. RR. Ministri degli Infermi nell'Arcispedale del SS. Salvatore a S. Giovanni in Laterano, 1836-1936*, Roma, 1936.

³ E. SAPORI, *L'opera “Practica visitandi infirmos” del Padre Mancini Giacomo M.I. – Una proposta di pastorale sanitaria nell'Italia del seicento*, in “Camillianum”, 22 (2000), p. 311.

⁴ Cfr. C. PETRETTO, *Il femminile del carisma camilliano*, in “La vita consacrata nel mondo della salute, gesto e annuncio del vangelo della misericordia”, Quaderni del “Camillianum”, n. 4, Roma, 1992.

⁵ Gli insegnamenti di Giovanni Paolo II, Vol. XIII,1 (1990), 1991, p. 815.

⁶ R. PESCE, *Le Figlie di San Camillo*, in A. BRUSCO, F. ALVAREZ, *La spiritualità camilliana. Itinerari e prospettive*, Camilliane, Torino, 2001, p. 422.

⁷ Cfr. G. TERENGI, *La croce di Cristo nell'esperienza spirituale di San Camillo de Lellis*, Camillianum, Roma, 1996.

⁸ AFSC 1A 087.

⁹ AFSC 1A 082.

¹⁰ AFSC 1A 064.

¹¹ *Novo millennio ineunte*, Lettera Apostolica al termine del Grande Giubileo dell'Anno 2000, n. 30.

¹² *Ibid.*, n. 31.

La Pastorale della Salute nell'Arcidiocesi di Managua

Per Pastorale della Salute intendiamo l'azione evangelizzatrice di tutto il popolo di Dio, impegnato nel promuovere, curare, difendere e celebrare la vita, rendendo presente la missione liberatrice e salvifica di Gesù.

Per realizzare questa missione, nell'Arcidiocesi di Managua ci sono due commissioni che lavorano in modo particolare nel campo della salute. La prima è la Commissione Arcidiocesana di Promozione Sociale (COPESA), che ha programmi di salute, di abilitazione per agenti comunitari, levatrici od ostetriche, di attenzione medica, donazione di medicinali, attenzione alle vittime di fenomeni naturali, ecc.

La seconda è la commissione di pastorale dei malati e degli ospedali che ha un programma pastorale per gli anni 2001-2003.

Nella prima parte riferiremo sui lavori realizzati dalla commissione di promozione sociale dal 1996 al 2001. Nella seconda presenteremo il programma pastorale 2001-2003 della commissione di pastorale dei malati e degli ospedali.

I. RAPPORTO DEL LAVORO REALIZZATO NEGLI ANNI 1996-2001

Caratteristiche generali

Il Nicaragua è situato nell'America Centrale. La sua popolazione è stimata in 4.806.700 abitanti ed è composta maggiormente da bambini (il 45% della popolazione ha meno di 15 anni).

Il 59% del territorio nazionale è occupato principalmente da insediamenti urbani (località con oltre mille abitanti e qualche infrastruttura di sviluppo sociale).

La casa è l'unità familiare in cui i nicaraguensi si organiz-

zano per supplire alle proprie necessità morali, spirituali e materiali. Il 31% dei capi famiglia sono donne le quali prendono le principali decisioni nella casa, i cui membri sono in media 5,5 persone.

Non tutte le case sono dotate di servizi igienici e sanitari; il 64% dispone di acqua potabile attraverso la rete pubblica; poco meno di un quarto delle abitazioni eliminano gli escrementi in condizioni accettabili.

Negli ultimi anni, la mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni è diminuita del 60%; ciò nonostante, nell'area rurale il 32 per mille dei nati vivi muore per malattie infettive-contagiose. L'attenzione prenatale e al momento del parto è prestata da personale professionale soltanto al 60% delle partorienti.

Le malattie più comuni in questa età sono le infezioni respiratorie acute, la diarrea, la denutrizione, i problemi della pelle. Esse costituiscono una delle priorità del Ministero della Sanità.

La media nazionale del tasso di analfabetismo, nella popolazione di 10 e più anni di età, è di 24,6% e raggiunge il 24,8% nella popolazione rurale, fattore questo fortemente associato alle cause principali di malattia e di morte.

L'analfabetismo o l'istruzione insufficiente sono fattori condizionanti della mortalità e della morbidità in generale, perché pregiudicano la percezione delle malattie, l'efficacia delle misure terapeutiche, il riconoscimento per tempo delle complicazioni, la comprensione delle istruzioni e la possibilità di leggere indicazioni e raccomandazioni.

Secondo gli indici di povertà, il 48% dei nicaraguensi sono poveri e una parte di questi, equivalente al 17% della popolazione del paese, sono al



di sotto della soglia di povertà.

Le politiche pubbliche messe in atto negli anni '90 hanno avuto come obiettivo la diminuzione della spesa pubblica, per ridurre il deficit fiscale. A tali condizioni, la partecipazione di diversi organismi nel campo sociale ha dato priorità soprattutto all'educazione basilare con diverse alternative formali e non formali, il controllo epidemiologico, la salute preventiva e la nutrizione; l'obiettivo dell'infrastruttura sociale, che contempla l'abitazione, l'acqua, il risanamento rurale e urbano marginale e la rete di protezione sociale, è quello di ridurre l'impoverimento umano, in quanto assicura un'assistenza temporanea focalizzata sull'estrema povertà.

La Commissione Arcidiocesana di Promozione Sociale ha come finalità la promozione di opere sociali nell'Arcidiocesi di Managua per rafforzare l'auto-sostegno e lottare contro la povertà.

Tra i suoi obiettivi specifici troviamo:

- migliorare il livello di vita dei settori più bisognosi;
- promuovere e organizzare le comunità affinché siano capaci di partecipare responsabilmente al proprio sviluppo;

- abilitare leader del maggior numero possibile di comunità;
- promuovere la salute attraverso l'abilitazione di agenti comunitari, di levatrici, l'attenzione medica e la donazione di medicinali a dispensari parrocchiali e rurali;
- promuovere lo sviluppo socio-economico delle comunità povere attraverso progetti sociali a beneficio della maggioranza realizzati sotto la responsabilità delle organizzazioni comunitarie.

Programma di salute

Ha tre assi principali di attività: abilitazione, attenzione medica e donazione di medicinali.

Abilitazione di agenti comunitari

Dopo un'analisi della situazione sociale del nostro paese, l'abilitazione rappresenta un'attività prioritaria del programma. Essa è diretta agli abitanti delle comunità rurali e semi-rurali dell'Arcidiocesi. Negli ultimi anni sono stati abilitati 3.500 operatori sanitari, i quali hanno seguito lezioni sulla salute preventiva, le malattie infetto-contagiose, come prevenirle e prestare le prime cure prima che le persone si rechino al centro sanitario, vaccinazioni, salute e ambiente, primi ausili, metodi naturali per una paternità responsabile, cura dei bambini, nutrizione (alimentazioni alternative).

Tali lezioni sono state impartite da personale medico della COPROSA, del Ministero della Sanità e della Croce Rossa Nicaraguense.

Per ottenere il certificato di agente comunitario, bisogna seguire un corso di 165 ore, al termine del quale ci sono prove scritte e pratiche presso le unità sanitarie più vicine.

Questa iniziativa si è rivelata un successo, giacché questo gruppo di persone presta la propria opera in giornate di prevenzione promosse dal Ministero della Sanità lavorando direttamente in attività di promozione, controllo di malattie trasmesse da vettori e atten-

zione primaria in materia di sanità.

Alcuni di questi agenti comunitari, grazie al lavoro che realizzano volontariamente, hanno potuto accrescere il proprio sviluppo personale, per il bene della comunità.

Abilitazione di levatrici od ostetriche

Nell'area rurale esse attendono al 65% dei parti, costituendo un gruppo di rilevante importanza nel campo della salute, poiché le donne in età fertile ricorrono a loro per un'attenzione prenatale, per il parto e la cura dei neonati; l'80% di queste levatrici od ostetriche hanno oltre 65 anni e praticano la medicina naturale.

Data la loro importanza nella comunità, sono stati formati 3 gruppi nei diversi dipartimenti dell'Arcidiocesi: Managua, Masaya e Carazo. Essi si occupano della dotazione di materiali di sostituzione periodica per l'attenzione del parto, impartiscono lezioni sullo sviluppo embrionale, la gravidanza normale, le malattie durante la gravidanza e i segnali di rischio, l'attenzione del parto e del neonato, la promozione dell'allattamento materno esclusivo, l'importanza della vaccinazione, i cambiamenti di quegli atteggiamenti e costumi che mettono a rischio la salute della donna e del bambino; sono stati stabiliti con le unità sanitarie indici di riferimento e contro-riferimento, la partecipazione nell'analisi della mortalità materna e dei bambini nel campo della salute che li riguarda, e attività di prevenzione.

Vengono realizzate con loro visite a domicilio di donne con gravidanze a rischio che non desiderano ricorrere al sistema sanitario. In questo modo è diminuita la mortalità materna e infantile nelle comunità in cui vivono.

Attenzione medica e donazione di medicinali a dispensari parrocchiali

L'attenzione medica si attua in 56 dispensari parrocchiali,

in maggior parte diretti da sacerdoti, religiose, comitati parrocchiali e movimenti ecclesiali. Ognuno di questi dispensari dispone di servizi di laboratorio, odontologia, cure, specializzazioni. Tale lavoro viene realizzato da medici che lavorano volontariamente o dietro compenso da parte di alcuni pazienti. La quota di tali compensi è equivalente a 1 dollaro USA.

Viene prestata attenzione medica, forniti i medicinali, si fanno conversazioni educative e vengono distribuiti complementi alimentari alle persone con problemi di denutrizione, agli anziani e principalmente ai bambini.

Con alcuni di loro si realizza un programma di dispensariato per persone affette da malattie croniche come asma, artrite, epilessia, ipertensione arteriosa, diabete. In questi programmi educativi le persone vengono divise per patologie, ricevono informazioni basilari sulla loro malattia, su come convivere ed evitare le complicazioni.

Il programma include materiale educativo, conversazioni, alternative nutrizionali, consulenze mediche, medicinali, prove di laboratorio.

Donazione di medicinali

Riceviamo medicinali da parte di AmeriCares, una fondazione americana senza fini di lucro, la cui attività principale è la donazione di medicinali a 130 paesi del mondo. Oltre ai medicinali, tale organismo ci fornisce anche materiale di sostituzione periodica e supplementi alimentari.

Riceviamo aiuti anche da Action Medeor, organismo tedesco che dona medicinali e materiale di sostituzione periodica, come avvenuto durante l'uragano Mitch e il terremoto di Masaya nel luglio 2000.

Attenzione di COPROSA alle vittime di fenomeni naturali

COPROSA, a metà del 1998, ha organizzato laboratori a livello delle parrocchie ubicate lungo le coste del Lago

di Managua. Tra i temi affrontati, la difesa civile e l'organizzazione in caso di disastro naturale; come risultato, quando l'uragano Mitch ha colpito il paese, la popolazione ha potuto coordinare l'evacuazione evitando così perdite umane.

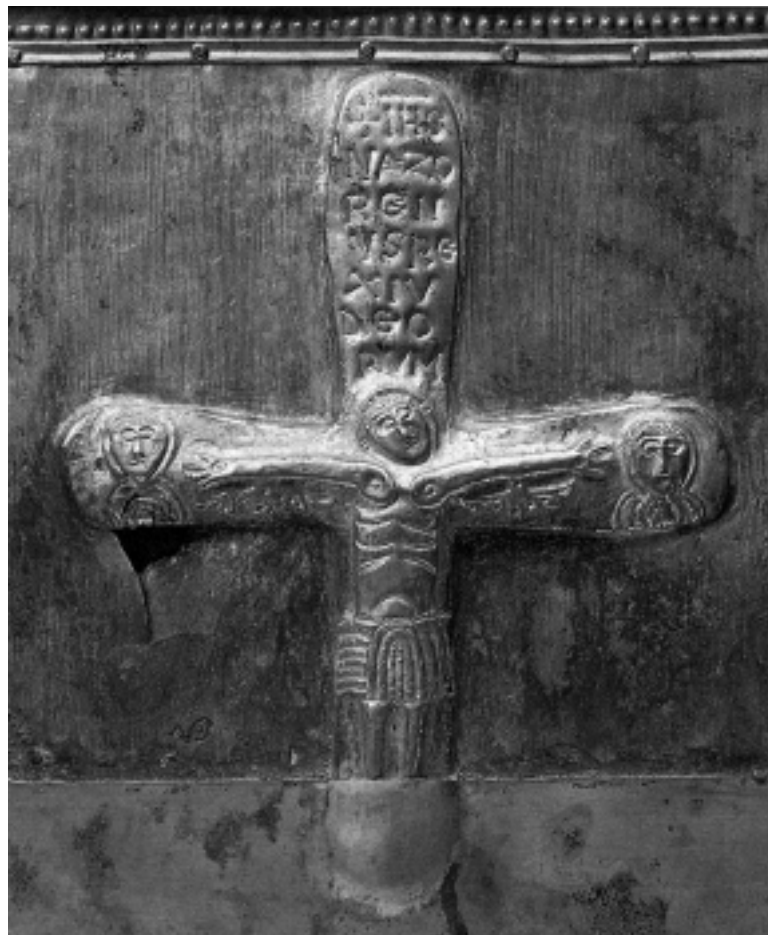
A livello arcidiocesano, i luoghi colpiti sono stati le coste di Managua, Mateare, Tipitapa, San Francisco del Carnicero; l'Asentamiento Humano Nueva Vida ha messo in atto con loro programmi integrali di sviluppo umano sostenibile.

Sono state fornite cure mediche e medicinali direttamen-

to, le malattie per trasmissione sessuale, l'educazione nei metodi naturali per la pianificazione della famiglia.

Sono stati formati gruppi di operatori comunitari in ognuno dei luoghi colpiti, che attualmente partecipano direttamente con le unità sanitarie più vicine per quanto riguarda le vaccinazioni, la pulizia e il trasferimento dei pazienti malati ai centri sanitari.

Sono stati richiesti a diversi organismi internazionali (Caritas) aiuti per la costruzione di abitazioni degne, il rimboschimento, l'attenzione medi-



te alle persone colpite nei 6 mesi successivi all'uragano. Tra queste persone sono state riscontrate malattie respiratorie acute, diarrea, malattie della pelle (funghi, impetigine), disturbi nervosi, ecc.; sono stati distribuiti cibo, medicinali e abiti a 3.340 famiglie.

Sono stati realizzati corsi di medicina preventiva, durante i quali sono stati trattati temi quali la prevenzione delle malattie trasmissibili, la gestione della spazzatura, l'educazione ambientale, il rimboschimen-

ca, l'educazione ambientale, corsi di abilitazione tecnica (cucito, bellezza, carpenteria).

Il meccanismo realizzato con loro nella costruzione è stata la partecipazione della comunità con la manodopera.

COPROSA, a livello nazionale, ha portato aiuto con la consegna di medicinali, abiti e alimenti ai principali dipartimenti colpiti dal fenomeno naturale: Chinandega, Matagalpa, Leon, Esteli, Boaco, Chontales, Jinotega e la Costa Atlantica.

II. PIANO PASTORALE 2001-2003

Introduzione

L'uomo è chiamato alla gioia, ma fa quotidiana esperienza di tantissime forme di sofferenza e di dolore. La Chiesa partecipa alle sofferenze dei fratelli ammalati, e invita i suoi figli ad associare le loro malattie alla passione redentrice di Cristo. «La Chiesa conta su di voi per insegnare al mondo intero cos'è l'amore. Faremo tutto il possibile perché troviate il posto di cui avete diritto nella società e nella Chiesa» (CL, 53).

La Chiesa, «che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sua sofferenza. In tale incontro l'uomo diventa la via della Chiesa ed è, questa, una delle vie più importanti» (*Salvifici Doloris* 3). L'uomo che soffre è la via della Chiesa, poiché prima di tutto è la via dello stesso Cristo, il buon samaritano, che «non passò oltre» ma ebbe compassione e, avvicinandosi, vide le sue ferite (Lc 10, 32-39) e si prese cura di lui.

È urgente e necessario che l'eredità che la Chiesa ha ricevuto da Cristo, «medico del corpo e dello spirito», sia valorizzata e arricchita sempre più mediante un recupero e una azione pastorale diocesana decisa per e con i malati e coloro che soffrono, tanto negli ospedali quanto nei letti delle loro case, mediante la pastorale dei malati a livello della parrocchia.

In questa azione pastorale rinnovata, uno dei fondamentali obiettivi «è di considerare il malato, il portatore di handicap, il sofferente non semplicemente come termine dell'amore e del servizio della Chiesa, bensì come soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza» (CL, 54)

Essere Chiesa diocesana, oltre ad un regalo di Dio, è anche un bel compito da svolgere. Per questo la nostra Chiesa deve essere servitrice costante del Regno di Dio, proclamando

dolo e rendendolo presente nella nostra realtà, rispondendo a quanto c'è in ogni momento di più urgente, opportuno ed efficace come risposta salvifica di Dio alla realtà dura e in cambiamento degli uomini e delle donne amati da lui, soprattutto di coloro che soffrono nel corpo e nello spirito.

La Chiesa annuncia e offre la salvezza per mezzo della predicazione e della vita sacramentale, ma anche mediante l'efficacia invisibile dei suoi dolori. Per questo, come madre e maestra, non resta estranea alla sofferenza dei suoi figli: «le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini sono pure le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce della Chiesa» (GS, 1).

La pastorale dei malati e degli ospedali è una delle forme di presenza della Chiesa nell'opzione preferenziale per i poveri. Sua Santità Giovanni Paolo II ha detto che gli ospedali sono luoghi privilegiati per conoscere ed amare Gesù nel dolore e nella piccolezza di ogni persona.



Nel nostro Sinodo Arcidiocesano la pastorale dei malati e degli ospedali ha come *obiettivo generale*:

- evangelizzare il mondo ospedaliero dell'Arcidiocesi alla luce del Vangelo, collaborando nella formazione delle coscienze, nell'esperienza di fede e nella promozione umana allo scopo di formare comunità cristiane.

Ha invece come *obiettivi specifici*:

- annunciare negli ospedali

e tra i malati ricoverati il messaggio del Vangelo, mettendo l'accento sull'amore di Dio per il malato;

- animare e coordinare nell'ambito parrocchiale e arcidiocesano le visite ai malati negli ospedali;

- giungere al cuore dei malati tanto della parrocchia quanto degli ospedali mediante l'eucaristia, centro della nostra fede e azione nella vita di ogni malato.

Piano di lavoro della pastorale dei malati e degli ospedali

La pastorale ospedaliera deve essere animata da persone idonee con la vocazione e la debita preparazione per prestare questi servizi negli ospedali, nei manicomi e nei lebbrosari.

La parrocchia, il luogo di incontro dove i cristiani vivono la loro comunione superando i limiti propri delle piccole comunità, e dove si insegna per mezzo dell'eucaristia a praticare nel sentimento e nella vita quotidiana la carità semplice delle opere buone e fraterne, è chiamata a testimoniare l'amore per i malati; per questo la pastorale dei malati a livello parrocchiale ha come *obiettivo generale*:

- integrare in modo affettivo ed effettivo i laici impegnati della parrocchia a vivere la solidarietà cristiana con quanti provano situazioni particolari di sofferenza, e in particolare con gli ammalati.

Ha invece come *obiettivo specifico*:

- promuovere programmi illuminati dal Magistero della Dottrina Sociale della Chiesa per sensibilizzare e formare nei laici impegnati e in altri settori della parrocchia una coscienza di sostegno e solidarietà verso i malati ricoverati. Ha infine le seguenti *linee d'azione*.

Promuovere e consolidare la pastorale dei malati nella parrocchia:

- organizzare équipe che visitino tutti i malati della parrocchia. A questo scopo la pastorale per i malati della parrocchia promuoverà tali équipe

pe di pastorale per le diverse zone in cui è divisa la nostra arcidiocesi;

- elaborare una mappa per zone e settori delle case dove ci sono ammalati, affinché siano facilmente identificabili dal sacerdote, dagli operatori pastorali laici e dai ministri dell'eucaristia.

Pianificare una strategia di attenzione ai malati:

- classificare i malati in base al tipo di malattia e alle loro necessità basilari;

- promuovere la fede cattolica e la conversione mediante la parola di Dio, affinché, attraverso la preghiera e i sacramenti, possano migliorare la loro salute o accettare la loro situazione come partecipazione alle sofferenze di Cristo, in comunione con tutti coloro che soffrono per varie cause;

- stabilire un calendario di visite ai malati per settori, in cui siano stabiliti il giorno e l'ora della visita;

- organizzare presso i malati «la pastorale missionaria dei malati» e affidare loro compiti specifici di intercessione mediante la preghiera per attività ordinarie o straordinarie realizzate nella parrocchia o per diverse necessità nella vita della Chiesa;

- organizzare una pastorale di consolazione che possa giungere a tutti i parrocchiani che vivono situazioni di sofferenza: invalidi, anziani abbandonati, famiglie angustiate per la malattia o la morte di una persona cara.

Formare équipe di pastorale dei malati:

- formare laici impegnati che visitino i malati, tanto a livello di parrocchia quanto a livello di zone; realizzare incontri di queste équipe pastorali delle parrocchie mediante formazione catechetica, studi dei documenti ecclesiali, organizzazione della pastorale, aspetti umanitari, ritiri, assemblee;

- formare ministri straordinari dell'eucaristia sulla catechesi e la celebrazione della parola diretta in particolare ai malati;

- accompagnare i malati nella loro solitudine, perché sentano la pace, la consolazio-

ne e l'amore di Dio, mediante la solidarietà affettiva e caritativa della comunità parrocchiale;

– promuovere e animare la partecipazione dei laici nella pastorale ospedaliera dell'arcidiocesi (organizzata per zone).

Compiti specifici

a livello delle parrocchie:

– coordinare l'attività con altri ministeri pastorali: dispensario parrocchiale, ministri dell'eucaristia, pastorale familiare, comunità giovanile, pastorale sociale;

– mantenere i contatti con il parroco per l'amministrazione del sacramento della riconciliazione, l'unzione dei malati, l'eucaristia per coloro che lo chiedono e ne hanno bisogno;

– evangelizzare, oltre al malato, la sua famiglia perché anche loro sentano la presenza speciale e la forza di Dio nelle situazioni più difficili della vita e della morte;

– coordinare diverse attività con i malati: celebrazione della Giornata Mondiale del Malato l'11 febbraio, celebrazione dell'eucaristia con i malati nella parrocchia, celebrazioni diverse che siano orientate all'attenzione pastorale del malato;

– possedere le conoscenze basilari delle malattie per poter prendere le necessarie precauzioni con i fratelli ammalati, senza cadere nell'apatia e nell'indifferenza;

– aiutare per quanto possibile il malato: stabilire nella parrocchia una giornata specifica delle celebrazioni dell'eucaristia, la giornata caritativa con il malato, per aiutarlo in talune necessità basilari.

Pastorale ospedaliera

La Chiesa ha una buona novella da far risuonare all'interno del mondo ospedaliero, «luogo della sofferenza», soprattutto in una società edonistica che, avendo smarrito il senso del soffrire umano, censura ogni discorso su tale dura realtà della vita. «L'annuncio di questa buona novella diventa credibile allorquando non risuona semplicemente sulle labbra, ma passa attraverso la testimonianza della vita, sia di

tutti coloro che curano con amore i malati, gli handicappati e i sofferenti, sia di questi stessi, resi sempre più coscienti e responsabili del loro posto e del loro compito nella Chiesa e per la Chiesa» (CL, 54).

È urgente una pastorale ben organizzata negli ospedali; essa ha già iniziato a dare frutti nella vita di quanti vi lavorano. Oggi nei nostri ospedali sono numerosi i fedeli laici, uomini e donne, che rendono presente Gesù buon samaritano negli ammalati e che soffrono rivelando e comunicando l'amore di cura e consolazione di Gesù Cristo.

Obiettivo generale:

– portare il Vangelo ai diversi ospedali della nostra Arcidiocesi, affinché alla luce del Vangelo si manifesti l'amore di Cristo e della Chiesa per gli ammalati e la solidarietà cristiana per tutti gli uomini e le donne che soffrono nel corpo e nello spirito.

Obiettivi specifici:

– annunciare negli ospedali il messaggio di amore e di speranza di Gesù a coloro che soffrono;

– animare e coordinare il lavoro pastorale insieme ai sacerdoti e ai laici impegnati.

La pastorale ospedaliera dovrà inoltre adottare le seguenti linee d'azione.

Promuovere la pastorale dei malati negli ospedali:

– organizzare attività religiose negli ospedali: visite settimanali, attenzione del malato mediante la confessione, unzione dei malati e celebrazione dell'Eucaristia in ogni ospedale;

– organizzare piccole équipe di laici che visitino insieme al sacerdote i malati negli ospedali, li animino e stiano loro vicini;

– integrare i fedeli laici delle parrocchie vicine agli ospedali, come parte dell'impegno con il Signore nell'apostolato per i malati delle loro parrocchie.

Pianificare una strategia di attenzione ai malati:

– promuovere la fede della

Chiesa e la conversione del malato mediante la proclamazione della Parola di Dio, affinché con la preghiera e i sacramenti possa migliorare il proprio stato di salute, o trovare la forza per saper accettare la sofferenza come un momento di incontro con il Signore;

– redigere un calendario di visite negli ospedali, per zone, stabilendo il giorno e l'ora perché i sacerdoti e i laici possano dedicare del tempo all'incontro con i malati;

– organizzare per la pastorale dei malati e degli ospedali un piccolo gruppo di laici che abbiano il compito specifico di intercedere con la preghiera per tutti i malati degli ospedali e delle parrocchie.

Formare équipe di laici che visitino gli ospedali:

– accompagnare i ministri dell'eucaristia mediante una formazione permanente sul ruolo che svolgono nel lavoro con i malati portando loro l'eucaristia;

– formare laici che visitino i malati mediante incontri per zone pastorali, affinché svolgano un ruolo preponderante nella vita dei malati;

– lavorare con il personale medico e ospedaliero attraverso conferenze, ritiri, seminari, sermoni ed eucaristia.

Compiti specifici:

– coordinare le attività pastorali a beneficio dei malati con altri ministeri della diocesi: apostolato dei malati, ministeri di predicazione, pastorale familiare, pastorale dei giovani, pastorale sociale;

– mantenere un'assistenza assidua ai malati mediante l'amministrazione del sacramento della riconciliazione, l'eucaristia e l'unzione dei malati che lo necessitano;

– possedere le conoscenze basilari delle malattie per poter prendere le necessarie precauzioni in occasione delle visite ai malati negli ospedali;

– aiutare i malati o l'ospedale in talune necessità basilari come: pigiama, medicine, viveri, ecc.

ARCIDIOCESI DI MANAGUA
Nicaragua

Spagna: Dipartimento di Pastorale della Salute

Giornata Mondiale del Malato

«Pregare nella malattia»

11 febbraio 2002

Orientamenti

Perché è stato scelto questo tema?

1. La malattia è uno degli «avvenimenti fondamentali dell'esistenza» (*Dolentium Hominum* 2), un'esperienza complessa che contrasta il desiderio di vivere, che mostra la fragilità e la caducità umana e che introduce quanti la vivono in un mondo carico di interrogativi, diverso ed estraneo.

2. Tutti ci possiamo ammalare. Pertanto dobbiamo essere consapevoli della realtà e fare nostra la prospettiva della malattia, sapendo che essa reclama libertà e significato, che può essere vissuta come opportunità e sfida o come negatività, e che può anche essere ignorata o negata come se non dovesse mai bussare alla nostra porta.

3. Nell'esperienza della malattia, allo stesso modo, è possibile che la persona scopra, in modo più contundente, la propria radicale solitudine e i propri limiti, la propria condizione di essere unico e irripetibile e, pertanto, la sfida della nostra responsabilità di fronte ad essa. In questa situazione, che spesso presuppone una rottura con la vita ordinaria e un certo sradicamento, è frequente che si pongano interrogativi di ogni tipo: alcuni di questi alla ricerca di significato; altri che reclamano una risposta; altri ancora che guardano al passato; alcuni, al contrario, al futuro. Probabilmente in tutti si rispecchia la condizione originale e privilegiata dell'uomo: un essere cioè aperto alla trascendenza e, allo stesso tempo, intessuto nella fragilità, indigente e capace di pienezza.

4. Il tempo della malattia, che sia cronica o acuta, più o meno grave, è un tempo di pausa e di inquietudine, di ombra e di speranza, in cui tutto è

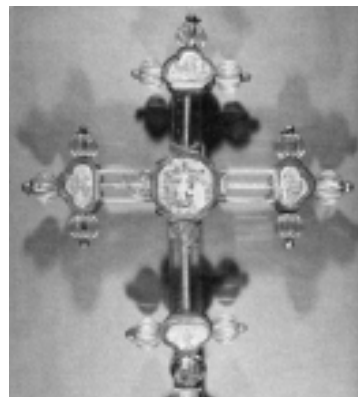
sottoposto alla prova. Vivendolo, l'uomo sperimenta il limite e, spesso, anche nuove possibilità. È un tempo vissuto in altro modo. A volte, un tempo di grazia, di incontro con la propria verità e con quella di Colui in cui viviamo, ci muoviamo ed esistiamo.

5. Dio non ha voluto abbandonare l'uomo di fronte alla sofferenza e alla malattia. La Sacra Scrittura ci mostra grandi oranti che, nella loro vita, hanno sperimentato il passaggio per i «deserti». In Gesù, i nostri dolori sono stati attenuati e la nostra disperazione si è trasformata in Buona Novella. La croce gloriosa di Gesù Cristo ha supposto la vittoria di Dio sul dolore, sulla malattia e sulla morte.

6. La storia della salvezza e della spiritualità cristiana di ieri e di oggi ci presenta uomini e donne che, nel realismo della vita, hanno preso consapevolezza del proprio essere, lasciando che Dio fosse il Dio delle loro vite. Nella pedagogia occulta, nelle esperienze delle avversità, Dio ha rivelato loro il suo volto e il suo disegno di salvezza. Non hanno chiesto di essere salvati dalla sofferenza e dalla malattia, ma di essere salvati in esse, trovando così grazia nella disgrazia.

7. *Pregare nella malattia* è stata una costante della fede proclamata e celebrata dalla Chiesa. Questa è stata sempre presente nel momento della malattia. Così è impensabile una tradizione liturgica della Chiesa al margine di questa situazione esistenziale, intorno alla quale è stata elaborata e vissuta tutta una spiritualità e privilegiate le diverse dimensioni e forme di preghiera. Per molti credenti questo tempo è stato, malgrado tutto, un'opportunità per ridestare la fede assopita e accogliere nuovamente l'offerta ecclesiale di salvezza.

8. *Pregare nella malattia* pone certamente nuove sfide di ogni tipo, però non invano la preghiera è condizionata da molteplici fattori. Il mondo della salute e della malattia è un buon campionario di questi condizionamenti. Per molti, la preghiera ha smesso di essere «interessante» perché non è «utile»; per altri continua ad essere una questione privata e intima. Bisogna evangelizzare e purificare la preghiera, affinché accompagni, desti e apra strade alla sete di Dio, all'ansia di pienezza e di salvezza che abita, a volte in incognito, nel cuore di molti.



9. *Pregare oggi nel mondo della malattia* riveste un'importanza particolare all'interno della missione evangelizzatrice della Chiesa. La sua immensa ricchezza salvifica, salutare e terapeutica si esprime proprio nella carità e nella preghiera, nella testimonianza e nella celebrazione. I malati e le loro famiglie, i professionisti della salute e i volontari, gli agenti pastorali e la comunità cristiana sono chiamati a scoprire, una volta ancora – e malgrado tutto –, che il Dio della Vita è un Dio che sana e che salva, che conduce l'uomo alla sua pienezza, e che anche quello della malattia è un tempo di salvezza.

10. La campagna della Giornata del Malato dovrà es-

sere vissuta, quindi, come opportunità di grazia, affinché la Pastorale della Salute rinnovi in tutti i suoi membri la fede nell'efficacia salvifica e salutare della preghiera e, allo stesso tempo, potenzi la loro capacità di accompagnare con la preghiera la malattia.

Obiettivi

- Riflettere, a partire da diverse prospettive, sul significato, il valore e la problematica della preghiera nella malattia
- Raccogliere e fare un approfondimento delle diverse esperienze di preghiera nella malattia, vedendole alla luce dei grandi oranti della Bibbia e della spiritualità cristiana
- Illuminare e motivare, alla Luce del Vangelo, della prassi liturgica della Chiesa e della esperienza credente, la dimensione terapeutica e salutare della vita di preghiera del credente e della Chiesa
- Analizzare e rivedere la pastorale liturgica e sacramentale nel mondo della salute e della malattia, prestando particolare attenzione alla sua intrinseca dimensione orante
- Offrire i mezzi atti a favorire la crescita nella vita dello Spirito e ad aiutare ad accompagnare gli altri a «Pregare nella malattia».

Materiale della campagna

- Dépliant e slogan: **«Pregare nella malattia»**
- Stampa/preghiera
- Messaggio dei Vescovi della Commissione Episcopale di Pastorale
- Materiale per l'educazione nella fede e Temi di formazione
- Guida della Liturgia del Giorno
- Libro **«Pregare nella malattia»**
- Numero monografico di *Labor Hospitalaria*.

Destinatari

- I malati
- La comunità cristiana e le équipes di pastorale della salute
- Le congregazioni religiose
- Le istituzioni sanitarie e socio-sanitarie

- I/le volontari/e e i gruppi/associazioni di volontariato
- Il personale sanitario in generale
- Le facoltà di Teologia e gli Istituti di Pastorale
- I centri di formazione dei futuri professionisti cristiani
- La società in generale
- Le comunità di vita contemplativa.

Attività nell'ambito nazionale

- Dedicare la parte centrale delle Giornate Nazionali di Pastorale della Salute (Madrid, settembre 2001) al tema **«Pregare nella malattia»**, in sintonia con i principali contenuti di questi *Orientamenti*
- Organizzare tavole rotonde o altro tipo di interventi nei mezzi di comunicazione (della Chiesa o altri) a cui siano presenti esperti sul tema.
- Pubblicare un numero monografico sul tema nella rivista *Labor Hospitalaria*.

Pregare nella malattia

Il Dipartimento di Pastorale della Salute ha riflettuto con i Delegati diocesani sul tema «Pregare nella malattia», titolo centrale della Giornata Mondiale del Malato in Spagna. I lavori sono stati aperti dal Vescovo responsabile della Pastorale della Salute, S.E. Mons. Rafael Palmento, con questo breve ma sostanziale intervento.

Perché soffriamo? Per cosa soffriamo? Ha qualche significato che le persone soffrano? ... chiedeva il Papa nel 1979 durante il suo viaggio in Messico, stando accanto alla Vergine di Guadalupe. Ed egli stesso rispondeva ad alta voce: il dolore è un mistero, molte volte imperscrutabile per la ragione. Fa parte del mistero della persona umana, e si chiarisce soltanto in Gesù Cristo...

Effettivamente, più che una domanda, che in tante occasioni formuliamo al Signore, ciò che dobbiamo offrire sono risposte. E risposte chiare, perché il dolore è un mistero. Esso cesserebbe di esserlo se lo capissimo e potessimo spiegarlo. Di fronte al mistero, dobbiamo avere un atteggiamento di fede,

semplice e responsabile, mai in conflitto con la ragione. «La fede e la ragione sono come due ali con le quali lo spirito umano si eleva fino alla contemplazione della verità».

Il mistero della sofferenza e della malattia deve essere illuminato a partire dalla fede

Nella sua prima enciclica (*Redemptor Hominis*), il Santo Padre ci ricorda che Cristo Gesù rivela all'uomo ciò che è proprio dell'uomo. E che l'intera vita di Gesù Cristo ha un alto valore pedagogico per noi, in quanto ci insegna ad affrontare ogni situazione a partire dal Vangelo.

Una costante nella vita degli uomini e delle donne di tutti i tempi è stata e continuerà ad essere la croce. Sempre presente, cucita alla nostra esistenza terrena, finita e mortale. Come affrontare questa realtà? Dove imparare a «trattare con la croce»? Per coloro che sono inseriti nel Mistero di Cristo e per tutti gli altri fratelli, chiamati un giorno ad esserlo, la risposta è il Crocifisso. La Croce di Gesù illumina il mistero della malattia e del dolore di tutti gli uomini.

La preghiera, abbraccio alla Croce di Cristo

Un mezzo privilegiato per alimentare la fede che professiamo è la preghiera fiduciosa. Preghiamo per stringere legami di unione con il Signore, unione affettiva ed effettiva. Mediante la preghiera entriamo più profondamente nel Mistero di Cristo, che è colui che, mediante lo Spirito del Padre e del Figlio, ci regala il dono della fede. La preghiera ci avvicina alle tre Persone divine: al Padre, al Figlio e allo Spirito Santo. In effetti, ci uniamo a Dio per mezzo dell'amore, e questo amore ci aiuta a configurarci pienamente con il mistero di Cristo, e specialmente con il mistero della Croce. Pregare, pertanto, vuol dire abbracciare la croce. Vuol dire imparare a farsene carico e a camminare con gagliardia insieme al Signore, cammino del Calvario, cioè del monte della salvezza, della fonte di vita.

Il Beato Manuel Gonzalez, Vescovo dell'Eucaristia, senza avere nulla né nessuno, così pregava nei momenti di avversità e di prova:

Prendi la tua croce...

*Prendi... è un dolore,
una malattia, un disprezzo
umiliante, un'omissione,
una calunnia, un'assenza,
una cattiva interpretazione
delle mie intenzioni,
un'ingratitude...*

*Gesù, la mia natura è
sconvolta; però la tua
presenza in me e la sicurezza
che non mi peserà più di ciò
che Tu hai deciso, mi danno
coraggio per rispondere in
pace: io la ricevo.*

*Nelle ore di questo giorno
allungate dalla croce,
quando le mie labbra si
schiodano per lasciar uscire
un lamento, una protesta,
mi ricorderò della voce che
mi dice: Prendi, e delle mani
che me la offrirono;
e la pace, e a volte la gioia,
continueranno ad essere
compagne della mia croce.*

*Cuore del mio Gesù,
voglio ricevere con gioia e
pace le tue croci, perché so
che vengono preparate per la
mia misura dalle mani buone
di Dio mio Padre.*

*Di' alla mia anima:
Io sono la salute¹.*



*Nella malattia e nel dolore,
orazione di supplica*

Tutti coloro che si riconoscono poveri e bisognosi hanno bisogno di stendere la mano. Gesù stesso lo raccomanda

vivamente nel Vangelo: «Chiedete e vi sarà dato...». Spesso ci sono uomini e donne afflitti da diversi mali, che ricorrono al Messia per cercare rimedio alle loro malattie. Altre volte sono intermediari quelli che intercedono perché il Maestro risani un loro caro. E troviamo sempre il Signore che soccorre le necessità: mosso, alcune volte, da grida di soccorso, e altre cercando «de officio» chi ha bisogno di lui. Gesù serve sempre il malato. Sant'Agostino ce lo assicura: *Anche il Signore serve i suoi servi malati per poter avere servi che lo servano; serve i malati fino a che siano curati. Nostro Signore serve i malati* (Sermone 265 F, 1).

Nel Vangelo di Matteo (15, 21-28) troviamo un paradigma dell'orazione di supplica nella malattia. Si tratta della donna cananea che si avvicina a Gesù per intercedere per la propria figlia ammalata. Bella lezione la sua. Ella insiste senza scoraggiarsi. E il Signore, che sembra non ascoltare, agisce. Qui, ci insegna – è il commento di Sant'Agostino – *ad ascendere verso l'alto partendo dall'umiltà... Ella gridava ansiosa di ottenere il beneficio, e chiamava con forza; egli dissimulava, non per negare la misericordia, ma per stimolare il desiderio, e non solo per accrescere il desiderio, bensì per raccomandare l'umiltà. Gridava, quindi, ella al Signore che non ascoltava, ma che progettava in silenzio ciò che avrebbe fatto* (Sermone 77, 1).

*Non solo supplica,
ma adorazione,
azione di grazia e lode*

Sant'Ignazio di Loyola, nella meditazione del «Principio e Fondamento» dei suoi Esercizi, precisa: «L'uomo è creato per lodare, riverire e servire Dio nostro Signore, e mediante ciò salvare la sua anima» (23). Il fine di ogni uomo, sano o malato, è pertanto la lode di Dio.

La povertà che umanamente può sopporre la malattia è, senza alcun dubbio, una ricchezza che ci unisce a Dio. Così lo vediamo nei santi e in tante persone che vivono la

vera gioia nei loro dolori, quando c'è una motivazione che dà senso alla malattia e al dolore. «Sento una gioia immensa – scriveva il Beato Rafael, monaco trappista – di poter soffrire per Gesù come non avrei potuto immaginare...».

*Pregare anche
nelle malattie dell'anima*

Anche in questi momenti abbiamo bisogno di sostegno, di un aiuto dall'alto e della guarigione richiesta. *Potremmo noi (curarci) per noi stessi?* – chiede Sant'Agostino. E risponde: *Tutti fummo capaci di ferirci, però chi di noi è idoneo per curare la ferita che si è inferta? ... Nessuno si cura con il solo volerlo. Si faccia l'anima pia, sia fedelmente cristiana e non sia ingrata con la grazia. Si riconosca il medico; mai il malato sana se stesso* (Sermone 170, 7).

Pregare e aiutare i malati e i sani è, per i credenti che vogliono essere coerenti, il sostegno fermo su cui si poggiano gli obiettivi della Pastorale della Salute, di recente formulati in questi termini:

- illuminare a partire dalla fede il mistero della malattia e della sofferenza;
- evangelizzare il mondo della cultura della salute;
- accompagnare gli ammalati;
- celebrare i sacramenti dell'Infermità.

Sì, fratelli, preghiera fiduciosa e perseverante, mentre viviamo. *Già sapevo dal Vangelo* – torniamo a Sant'Agostino – *come la cananea con la sua perseveranza raggiunse (per la propria figlia) ciò che non poté ottenere chiedendolo una sola volta... Più che la salute di una figlia è l'immortalità della vita. È questo ciò che conviene chiedere sempre fino alla fine, mentre si vive qui, affinché si viva senza fine lì dove non c'è petizione, ma esultanza* (Sermone 7 B, 1).

Nota

¹ FRANCISCO CERRO CHAVES, *Orar con el Obispo de la Eucaristía*, Burgos 1998, pp. 162-163.

Il futuro dell'Ostetricia e della Ginecologia



***Congresso Internazionale
degli Ostetrici
e dei Ginecologi Cattolici
organizzato dalla
Federazione Mondiale delle
Associazioni dei Medici
Cattolici (FIAMC)
e da MaterCare
International (MCI)***

***Roma,
17-20 giugno 2001***

Indirizzo d'omaggio

64

Beatissimo Padre,
Il Congresso Internazionale *Il futuro dell'Ostetricia e della Ginecologia*, organizzato dalla Federazione Mondiale delle Associazioni dei Medici Cattolici e da MaterCare International su *Il diritto umano fondamentale alla formazione e alla pratica mediche secondo coscienza*, ha visto riuniti a Roma specialisti di questa disciplina provenienti da 40 paesi dei cinque continenti.

I medici giunti da tutto il mondo, senza alcuna solida organizzazione, sono stati 140 e abbiamo dovuto rifiutare altre richieste per mancanza di spazio.

Questo tipo di risposta spontanea è la testimonianza di quanto il problema sia profondamente sentito dai ginecologi. In effetti, i cambiamenti sopraggiunti in questa disciplina negli ultimi 40 anni, dopo la contraccezione, l'aborto, la fecondazione *in vitro* e la manipolazione degli embrioni, si sono andati diffondendo, creando un profondo disagio, mentre le pressioni ideologiche, politiche e professionali per superare ogni conflitto morale

hanno causato una sorta di ostracismo sociale di quegli specialisti che intendono restare fedeli agli insegnamenti della Chiesa.

Di conseguenza, il numero di ginecologi cattolici continua a diminuire e c'è il timore che il rispetto della vita umana, gli atteggiamenti morali delle donne cattoliche, la pastorale del matrimonio e delle famiglie, l'insegnamento e la ricerca futura nel campo della riproduzione umana possano esserne profondamente colpiti.

Il Congresso iniziato questa mattina, affronterà il tema principale da differenti prospettive costituzionali, legali, professionali e morali; interventi autorevoli della Santa Sede sul problema sottolineeranno le implicazioni per i diversi aspetti della cura pastorale della Chiesa. Inoltre, le testimonianze descriveranno la situazione in diversi paesi e in particolare saranno presentate penose esperienze personali.

Sappiamo, Santità, che il problema è particolarmente vicino al Suo cuore. Nell'*Evangelium Vitae* (n. 74) Lei invita i legislatori a riconoscere

e a proteggere il diritto umano basilare dei medici di adempiere al loro dovere morale di rifiutarsi di partecipare a commettere azioni intrinsecamente incompatibili con la dignità umana. Consapevole poi che un riconoscimento formale dei diritti della coscienza può essere insufficiente e a volte privo di significato, Lei ha chiesto che «chi ricorre all'obiezione di coscienza deve essere salvaguardato non solo da sanzioni penali, ma anche da qualsiasi danno sul piano legale, disciplinare, economico e professionale» (*Evangelium vitae*, n. 74).

Vorremmo ringraziarLa per il dono dell'*Evangelium vitae* che consideriamo la *Magna charta* dell'umano convivere e, per questo motivo, una grande Enciclica prima ancora di essere un grande insegnamento morale.

Vorremmo ringraziarLa anche per il Suo sostegno alla lotta di coloro che difendono e promuovono la vita umana. Il Suo apprezzamento è fonte di coraggio, di forza e di dignità umana per quanti sono sottoposti a una sorta di ostracismo sociale.

Grazie, Santo Padre, anche per questa udienza particolare che ci ha voluto concedere e che rappresenta un ulteriore segno di attenzione per i problemi particolari che sperimentiamo nella nostra testimonianza quotidiana.

Siamo ansiosi di sentirLa suggerire possibili azioni a difesa del diritto umano fondamentale degli ostetrici e dei ginecologi a ricevere una formazione medica e a praticare la medicina secondo coscienza. Le chiediamo, Santo Padre, di benedire le nostre attività.

Dott. GIAN LUIGI GIGLI
Presidente della FIAMC,
Membro del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute



Di fronte a tensioni e pressioni sociali, ai sanitari cattolici si apre la via dell'obiezione di coscienza che dovrebbe essere rispettata da tutti, in particolare dai legislatori

DISCORSO DI GIOVANNI PAOLO II AI PARTECIPANTI AL CONGRESSO INTERNAZIONALE DEGLI OSTETRICI E DEI GINECOLOGI CATTOLICI, RICEVUTI IN UDIENZA NELLA MATTINA DI LUNEDÌ 18 GIUGNO, NELLA SALA CLEMENTINA.

Signore e Signori,

1. Accolgo con calore la vostra visita in occasione del Congresso Internazionale degli Ostetrici e dei Ginecologi cattolici, durante il quale riflettete sul vostro futuro alla luce del diritto fondamentale alla formazione e alla pratica mediche secondo coscienza.

Attraverso di voi, saluto tutti gli operatori sanitari che, quali servitori e custodi della vita, testimoniano incessantemente in tutto il mondo la presenza della Chiesa di Cristo in questo ambito vitale, in particolare quando la vita umana viene minacciata dalla crescente cultura della morte. In particolare, ringrazio il Professor Gian Luigi Gigli per le cordiali parole che mi ha rivolto a vostro nome e il Professor Robert Walley, co-organizzatore del vostro incontro.

2. Gli ostetrici, i ginecologi e le infermiere ostetriche cristiani sono sempre chiamati a essere servitori e custodi della vita, perché «il Vangelo della vita sta al cuore del messaggio di Gesù. Accolto dalla Chiesa ogni giorno con amore, esso va annunciato con coraggiosa fedeltà come buona novella agli uomini in ogni epoca e cultura» (*Evangelium vitae*, n. 1). Tuttavia la vostra professione è diventata ancora più importante e la vostra responsabilità ancor più grande «nel contesto culturale e sociale odierno, nel quale la scienza e l'arte medica rischiano di smarrire la loro nativa dimensione etica, essi possono essere talvolta fortemente tentati di trasformarsi in artefici di manipolazione della vita o addirittura in operatori di morte» (*Ibidem*, n. 89).

Fino a poco tempo fa, l'etica medica in generale e la morale cattolica si trovavano raramente in disaccordo. Senza problemi di coscienza, in generale i medici cattolici potevano offrire ai pazienti tutto ciò che la scienza permetteva. Tuttavia ora le cose sono cambiate profondamente. La disponibilità di sostanze contraccettive e abortive, nuove minacce alla vita contenute nella legislazione di alcuni Paesi, alcune utilizzazioni della dia-

gnosi prenatale, la diffusione delle tecniche di fecondazione in vitro, la conseguente produzione di embrioni per combattere la sterilità, ma anche la loro destinazione alla ricerca scientifica, l'uso di cellule staminali embrionali per lo sviluppo di tessuto per i trapianti allo scopo di guarire malattie degenerative e progetti di clonazione parziale o totale, già realizzati sugli animali: tutto ciò ha cambiato la situazione radicalmente.

Inoltre, il concepimento, la gravidanza e la nascita non vengono più intesi come modi per cooperare con il Creatore al compito meraviglioso di donare la vita a un nuovo essere umano.

Sono spesso considerati un fardello e persino una malattia dalla quale guarire, piuttosto che dono di Dio.

3. È inevitabile che anche gli ostetrici, i ginecologi e le infermiere cattolici vengano interessati da queste tensioni e da questi cambiamenti. Sono esposti a un'ideologia sociale che chiede loro di essere agenti di una concezione di «salute riproduttiva» basata su nuo-



ve tecnologie riproduttive. Tuttavia, nonostante la pressione esercitata sulle loro coscienze, molti riconoscono ancora la propria responsabilità di medici specialisti di prendersi cura degli esseri umani più piccoli e più deboli e di difendere quanti non hanno alcun potere economico o sociale, né una voce da far udire.

Il conflitto fra pressione sociale ed esigenze della retta coscienza può portare a dover scegliere fra l'abbandonare la professione medica e il compromettere le proprie convinzioni. Di fronte a tale tensione, dobbiamo ricordare che c'è una via di mezzo che si apre ai sanitari cattolici che sono fedeli alla propria coscienza. È la via dell'obiezione di coscienza, che dovrebbe essere rispettata da tutti, in particolare dai legislatori.

4. Nello sforzarsi di servire la vita, dobbiamo operare per garantire nella legislazione e nella pratica il diritto a una formazione e a una pratica professionali rispettose della coscienza.

È chiaro, come ho osservato nella mia Enciclica *Evangelium vitae*, che «i cristiani, come tutti gli uomini di buona volontà, sono chiamati, per un grave dovere di coscienza, a non prestare la loro collaborazione formale a quelle pratiche che, pur ammesse dalla legislazione civile, sono in contrasto con la Legge di Dio. Infatti, dal punto di vista morale, non è mai lecito cooperare formalmente al male» (n. 74). Laddove viene violato il diritto

delle persone a ricevere una formazione medica e a praticare la medicina nel rispetto delle loro convinzioni morali, i cattolici devono operare coscienziosamente per porvi rimedio.

In particolare, le università e gli ospedali cattolici sono chiamati a seguire le direttive del Magistero della Chiesa in ogni aspetto della pratica ostetrica e ginecologica, inclusa la ricerca sugli embrioni. Dovrebbero anche offrire una rete di docenti qualificata e riconosciuta internazionalmente per aiutare i medici vittime di discriminazione, o le cui convinzioni morali sono sottoposte a pressioni inaccettabili, a specializzarsi in ostetricia e ginecologia.

5. Spero con fervore che, all'inizio di questo nuovo millennio, tutto il personale medico e sanitario cattolico, sia nella ricerca sia nella pratica, si impegni con tutto il cuore a servire la vita umana. Ho fiducia nel fatto che le Chiese locali presteranno la dovuta attenzione alla professione medica, promuovendo l'ideale di un servizio trasparente al grande miracolo della vita, sostenendo gli ostetrici, i ginecologi e gli operatori sanitari che rispettano il diritto alla vita, contribuendo ad unirli nel sostegno reciproco e nello scambio di idee e di esperienze.

Affidando voi e la vostra missione di custodi e servitori della vita alla protezione della Beata Vergine Maria, impartisco di cuore la mia Benedizione Apostolica a voi e a tutti coloro che testimoniano il Vangelo della vita.



Il Meeting Internazionale degli Ostetrici-Ginecologi Cattolici.

Cronaca di un evento

Convocati dalla Federazione Mondiale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC) e da MaterCare International (MCI), 140 ostetrici ginecologi cattolici, provenienti da oltre 40 Paesi dei cinque continenti, si sono riuniti a Roma per quattro giorni, dal 17 al 20 Giugno 2001, per discutere sul futuro della loro professione. Il focus del Meeting, realizzato in collaborazione con il Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria, ha riguardato il diritto umano fondamentale di praticare la professione e di essere formati nel rispetto delle proprie convinzioni etiche.

La risposta all'appello è stata entusiastica e tutti i partecipanti hanno testimoniato quasi un senso di liberazione nel poter finalmente parlare delle proprie difficoltà e denunciare le pressioni (talvolta le oppressioni) subite.

Alcune frasi ascoltate nel corso degli interventi testimoniano con evidenza il clima di disagio e discriminazione in cui gli ostetrici ginecologi cattolici si trovano ad operare.

"Ho iniziato il mio lavoro presso il Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia in un ospedale governativo. Pensavo che avrei potuto realizzare i miei obiettivi e i miei desideri aiutando la gente e la vita dataci da Dio: è questa la motivazione che mi aveva spinto a scegliere la ginecologia e l'ostetricia come vocazione personale. Ma non appena ho iniziato a lavorare ho scoperto che mettere in pratica i principi cristiani e agire secondo la mia coscienza per me significava una guerra. Mi sono rifiutato di procurare aborti e il risultato è stato che mi hanno costretto non solo a lasciare l'ospedale dove lavoravo per andare in un altro ospedale, ma anche a lasciare la ginecologia come sola possibilità di continuare ad esercitare la

professione". (*Marek Drab, Slovacchia*)

"Nel 1998, dopo una fusione tra ospedali, fui costretto ad unirmi a quattro colleghi dell'ospedale più grande condividendo tutte le risorse finanziarie. Dato che un ammontare notevole delle loro entrate proveniva dalla contraccezione e dalla sterilizzazione chirurgica, mi sono rifiutato di unirmi, per ovvie ragioni di ordine morale ed etico. Secondo la mia coscienza, non potevo accettare nessuna parte di quelle entrate. Fui presto licenziato, perdendo così i privilegi dell'ospedalizzazione e della pratica chirurgica". (*André O. Devos, Belgio*)

"In Lituania, l'aborto indotto è un problema importante per i ginecologi cattolici perché i ginecologi hanno il diritto ufficiale di rifiutare gli aborti solo negli ospedali universitari. In altri ospedali questi specialisti sono costretti a eseguire tutte le operazioni, incluso l'aborto". (*Vilune Intaite, Lituania*)



"Per il medico la cui coscienza è turbata da queste implicazioni, è difficile, negli Stati Uniti, ottenere la specializzazione in medicina materno-fetale, data l'enfasi posta sulla diagnosi prenatale e sul suo correlato 'terapeutico',

l'interruzione della gravidanza". (*John M. Thorp, Professor of Obstetrics and Gynecology, University of North Carolina at Chapel Hill, USA*)

"In Austria il curriculum e la formazione ufficiale legale per l'ostetricia e la ginecologia prevedono la partecipazione pratica in alcune tecniche, che devono essere apprese e che sono immorali. Se un medico cattolico desidera specializzarsi in ostetricia e ginecologia deve confrontarsi con un ambiente legale ed etico ostile. Ogni medico deve acquisire esperienza pratica nel *counseling* pre-concepimento, prescrivendo contraccettivi orali, inserendo spirali, legando tube e praticando altre forme di sterilizzazione, e praticando almeno gli aborti al primo e secondo trimestre previsti dallo stato dell'arte. Se un medico si rifiuta in modo permanente di adattarsi alle pratiche dell'ospedale, viene marginalizzato". (*Tamás Csáky-Pallavicini, Austria*)

"In Australia, la formazione della sotto-specializzazione in Riproduzione chiede allo specializzando di dedicarsi per un certo periodo alla fecondazione artificiale. Coloro che sollevano obiezioni morali alla fecondazione artificiale, di conseguenza, perseguiranno questo campo con difficoltà, lasciando l'area e la discussione degli argomenti all'interno di essa, perlopiù a coloro la cui posizione etica è spesso diametralmente opposta a coloro che rispettano la vita dal suo primo inizio". (*Adrian Thomas, Australia*)

"In Svizzera gli aborti dovrebbero in realtà essere trattati come 'ordine di servizio' (in tedesco: *Leistungsauftrag*). Quindi gli studi e il lavoro professionale di colleghi che non desiderano interrompere gravidanze o contribuire ad aborti stanno diventando mol-

to difficile. Gli studi sono tuttavia quasi impossibili, se il collega dovesse rifiutare di essere coinvolto con la contraccezione e la riproduzione tecnicamente assistita e con operazioni di sterilizzazione". (*Rudolf Ehmann, Direttore del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Governativo, Stans, Svizzera*).

"Nel 1996, il Consiglio per l'Accreditamento della Educazione Medica Superiore (Council for Graduate Medical Education) ha reso il training per l'aborto un requisito per le scuole di specializzazione, e, per questa ragione, un requisito per la possibilità stessa di specializzarsi in ostetricia e ginecologia. Fortunatamente, a seguito di numerose proteste, il Congresso ha quindi varato una legge che proibisce ai governi federali, statali e locali di rifiutare l'accREDITamento, la licenza o aiuti finanziari a scuole di medicina o a ospedali che rifiutano l'insegnamento dell'aborto". (*John W. Seeds, Professore e Presidente del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia della Virginia Commonwealth University/Medical College of Virginia, USA*).

"Gli ostetrici ginecologi cattolici credono che oggi pochi medici cattolici si stiano specializzando in ostetricia-ginecologia, a causa di una auto-esclusione da un campo percepito come ostile. I medici formati in medicina materno-fetale sentono una forte pressione ad accettare l'interruzione di gravidanza come opzione in caso di anomalie fetali". (*T. Murphy Goodwin, Direttore, Divisione di Medicina Materno-Fetale, University of Southern California, USA*).

La pressione è senza fine e recentemente Rachel Masch, direttore della divisione di Scelta Riproduttiva al New York University Medical Center – Bellevue Hospital, ha dichiarato che la pianificazione familiare diventerà una rotazione a tempo pieno, dove gli specializzandi passeranno dalle quattro alle otto settimane nel programma, che include l'aborto.

Il Convegno, oltre ad ascoltare la denuncia delle discri-

minazioni, ha affrontato anche la situazione dal punto di vista delle legislazioni, ed ha esaminato le conseguenze, a breve ed a lungo termine, che la pressione ideologica che si respira negli ospedali e nelle università può produrre sulle donne cattoliche, sulla presenza stessa della Chiesa e, più in generale, sulla cultura delle società in cui gli ostetrici ginecologi discriminati si trovano ad operare.

Al riguardo, è stato sottolineato che il continuo calo del numero degli ostetrici cattolici, provocato dall'ostracismo sociale a cui essi sono sottoposti, solleva preoccupazioni in molti ambiti. Innanzi tutto es-



to della vita umana, svilita nella considerazione dell'opinione pubblica da pratiche che sembrano ormai accettate passivamente dalla classe medica. In secondo luogo, per la condotta morale delle donne cattoliche, incoraggiate da medici compiacenti a scelte di deresponsabilizzazione in sintonia con le spinte culturali e a comportamenti di edonismo pratico. Il calo degli ostetrici cattolici crea preoccupazioni anche per la Pastorale del Matrimonio e delle Famiglie, privata del sostegno di medici convinti del Magistero della Chiesa e della possibilità di offrire proposte operative concrete, alternative alla mentalità dominante, nel campo delle scelte riproduttive. Infine, esso finirà per incidere negativamente anche sull'insegnamento, privato di ogni dibattito critico, e sulla ricerca scientifica, cui sta venendo a mancare l'apporto

di scienziati aperti a indagini non condizionate dalla pressione ideologica e dalla convenienza economica.

Il Convegno è stato arricchito dalla partecipazione dei responsabili di tutti i dicasteri della Santa Sede interessati ai temi trattati. Sulla tribuna degli oratori si sono succeduti il Segretario della Congregazione per la Dottrina della Fede, S.E. Mons. Tarcisio Bertone, il Presidente del Pontificio Consiglio per la Famiglia, Card. Alfonso Lopez Trujillo, il Segretario della Congregazione per l'Educazione Cattolica, S.E. Mons. Giuseppe Pittau, il Vice-Presidente della Pontificia Accademia della Vita, S.E. Mons. Elio Sgreccia, l'Assistente Ecclesiastico dell'Associazione Italiana dei Medici Cattolici, Card. Dionigi Tettamanzi. A fare gli onori di casa è stato ovviamente S.E. Mons. Javier Lozano Barragan, il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria, l'organismo che, insieme alla FIAMC e a MCI, ha patrocinato l'iniziativa.

Oltre a delineare i fondamenti morali dell'obiezione di coscienza, gli illustri Ecclesiastici hanno affrontato nei loro interventi le relazioni tra l'attività professionale degli ostetrici ginecologi e l'attività pastorale della Chiesa, ed hanno delineato ai partecipanti le possibilità di sostegno e collaborazione che essi possono attendersi dagli Uffici della Santa Sede.

Per i convegnisti si è trattato di una importantissima occasione, di respiro veramente universale, che ha consentito loro di essere rafforzati nelle proprie convinzioni morali e nella ragionevolezza della resistenza esercitata alla pressione delle ideologie dominanti.

La dirompenza dei temi trattati nel corso del Meeting ha potuto facilmente essere rilevata quando essi, ripresi nell'udienza concessa dal Santo Padre, hanno trovato eco larghissima sulla stampa, sulle televisioni e sui siti Internet di tutto il mondo. L'intervento del Santo Padre, applauditissimo dai partecipanti, è riportato integralmente a parte.

Il Convegno, oltre ad essere

occasione di informazione, denuncia, formazione ed incoraggiamento, ha prodotto importanti conclusioni.

Innanzitutto è stato stabilito di arrivare a definire un registro di tutte le istituzioni universitarie ed ospedaliere in grado di offrire programmi di formazione rispettosi dei valori etici proposti dal Magistero della Chiesa. Parallelamente verrà attivato un circuito di borse di studio per offrire a specializzandi, provenienti da situazioni di discriminazione, opportunità formative rispettose delle loro convinzioni morali.

Su questo tema, i partecipanti al Convegno hanno auspicato una più profonda aderenza alle proposte del Magistero da parte di alcuni ospedali cattolici ed università cattoliche, lamentando una deplorevole dicotomia tra la qualificazione cattolica di alcune istituzioni ed i contenuti reali della loro proposta educativa e la condotta professionale in esse praticata. Opportune verifiche sono state richieste al riguardo alla Autorità ecclesiastica.

In secondo luogo, è stato deciso di avviare la realizzazione di un forum legale a carattere internazionale, con re-

ferenti locali nei vari Paesi, capace di studiare le situazioni di discriminazione che verranno segnalate, e di proporre, nelle opportune sedi giudiziarie, azioni legali in favore degli ostetrici ginecologi discriminati durante l'iter formativo o nella carriera, o comunque sottoposti a pressioni indebite a causa delle loro convinzioni.

Dal punto di vista scientifico, si è deciso di dar vita ad una rivista scientifica altamente qualificata, dotata di un comitato redazionale internazionale di alto profilo, in grado di accogliere contributi su temi abitualmente negletti da molte altre riviste (per esempio *Natural Family Planning*, conseguenze fisiche e psicologiche dell'aborto, studi sullo sviluppo embrionario nell'ottica della continuità dello sviluppo, ecc.). Tale rivista tuttavia, per evitare di cadere nell'indulgenza verso lavori di basso livello, benché nella linea del Magistero, dovrebbe dotarsi di un rigido ed inappellabile sistema di revisione critica, in grado di accogliere la pubblicazione soltanto di ricerche di alto profilo.

In considerazione dello sviluppo dell'informatica e della telematica, i partecipanti al Meeting hanno deciso di dar

vita ad una commissione preparatoria in grado di sviluppare, grazie anche ad opportune collaborazioni, sistemi di apprendimento a distanza e biblioteche informatiche sui temi della riproduzione, favorendo la circolazione di testi e materiale audiovisivo.

Infine, i partecipanti hanno richiesto una periodica convocazione di incontri simili a quello vissuto, per approfondire insieme gli sviluppi della ricerca scientifica e temi operativi specifici, decidendo intanto di ritrovarsi a Roma alla fine del mese di Ottobre 2002.

MaterCare International, a conclusione del Convegno, ha comunicato di aver presentato la richiesta alla FIAMC per essere riconosciuta come organismo affiliato, specializzato per interventi sia culturali che operativi, in campo ostetrico ginecologico.

Una particolare sottolineatura merita il clima di scambio relazionale, di amicizia e di fraternità respirato da tutti durante il Convegno, un clima che lascia sperare ulteriori positivi sviluppi in futuro.

Dott. GIANLUIGI GIGLI
*Presidente della FIAMC,
Membro del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute*

69

Proteggere la vita umana in un mondo che cambia: la responsabilità degli ostetrici cattolici

La Chiesa cattolica è sempre stata a favore della vita e l'ha difesa sempre ed in tutte le circostanze. È cosa ovvia, visto che la Chiesa è la Chiesa di Cristo il quale è venuto al mondo con una missione ben precisa: «Perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza» (Gv 10, 10). Certamente Cristo è morto per i nostri peccati, ma è risuscitato per la nostra salvezza (Ro 4, 25). La Chiesa prosegue la missione di Cristo e così facendo rende testimo-

nianza della risurrezione, della pienezza della vita.

Noi sappiamo con certezza che tutti siamo parte della Chiesa e che, quindi, tutti dobbiamo rendere testimonianza forte e chiara che Cristo è risuscitato ed è il Signore della vita. Il mondo non è destinato alla morte bensì alla vita, alla pienezza della vita. E se c'è qualcuno a cui direttamente spetta dare questa testimonianza è proprio il professionista della sanità, in quanto, es-

sendo professionista della salute, è pure ministro della vita. Egli ha come missione quella di rendere testimonianza della risurrezione di Gesù Cristo nostro Signore. La sua scienza, la sua tecnica, la sua abilità tendono tutte a dare la vita e diventa perciò un controsenso, una contraddizione, se il professionista della salute si trasforma in professionista della morte. Ciò è valido per gli ospedali nel loro insieme, e soprattutto per i medici, i para-

medici, gli infermieri, i farmacisti, i volontari, i gestori degli ospedali, certamente per i sacerdoti che si dedicano al settore salute e, infine, per tutto il personale che in qualche modo è coinvolto nella promozione della salute.

La mia riflessione è articolata in tre parti: le minacce contro la vita, la responsabilità del professionista della salute e qualche linea d'azione.

1. Le minacce contro la vita

a. Descrizione nell'*Evangelium vitae*

Dio non ha creato la morte, Egli ha creato la vita, ma per opera del Maligno la morte è stata introdotta nel mondo. Non soltanto è entrata, ma viene continuamente introdotta. Lo ha fatto all'inizio della storia umana, lo ha fatto lungo il suo percorso, in ognuna delle tappe della vita dell'umanità, e continua a farlo oggi. L'ha fatto in diversi modi ed oggi sono sopraggiunte nuove minacce. Guerre, mazzette, infortuni di ogni tipo, sempre sono esistiti e continuano a presentarsi secondo le vicissitudini della storia; ma quali sono in modo specifico le minacce alla vita, oggi, che esigono una speciale protezione da parte dei professionisti della sanità? Il Santo Padre Giovanni Paolo II parla di esse nella sua enciclica *Evangelium vitae*. Egli afferma che «ci sono minacce che provengono dalla natura stessa, ma sono aggravate dall'incuria colpevole e dalla negligenza degli uomini che non raramente potrebbero porvi rimedio; altre invece sono il frutto di situazioni di violenza, di odi, di contrapposti interessi, che inducono gli uomini ad aggredire altri uomini con omicidi, guerre, stragi, genocidi». Ci parla pure della povertà, delle guerre, del dissesto degli equilibri ecologici, dell'abuso della droga e del cattivo esercizio della sessualità. «È impossibile – prosegue – registrare in modo completo la vasta gamma delle minacce alla vita umana, tante sono le forme, aperte o sub-

dole, che esse rivestono nel nostro tempo»¹. Si tratta, dice il Papa, di «una autentica struttura di peccato caratterizzata dalla diffusione di una cultura contraria alla solidarietà che in molti casi è configurata come vera cultura della morte»². Il valore della vita soffre oggi di una specie di «eclissi»³. Si proclama l'anti-concepimento, l'aborto, le diagnosi prenatali rivolte all'eugenetica, la morte per i malati terminali, l'eutanasia, si ha il timore che l'aumento demografico sia il massimo pericolo, non si trova senso alcuno alla sofferenza, si impone la sterilizzazione, e i mezzi di comunicazione sociale vengono messi a disposizione di queste proposte⁴.

b. Descrizione nelle Conferenze mondiali sulla popolazione

A conferma di quanto esposto e vedendo come si estende questa problematica fino ai giorni nostri, vediamo ora cosa dicono le recenti Conferenze mondiali riguardanti la sanità. In esse si è cercato di andare fino in fondo, fino a toccare l'origine della vita per poi aggredirla. Possiamo sottolineare alcuni aspetti più significativi.

Cominciamo con la **Conferenza del Cairo** (ONU/Cairo, 1994). Durante il suo svolgimento la riproduzione sessuale fu ritenuta pericolosa per il mondo in quanto, si diceva, favoriva l'aumento demografico mentre il mondo non possiede risorse sufficienti per provvedere ad alimentare l'eccesso di popolazione. Si parlò, quindi, di rivoluzione sessuale nel senso che i diritti sessuali dovrebbero disporre di uno statuto giuridico, senza che questi diritti implicino necessariamente la riproduzione umana. Si parlò pure del problema dell'aborto, concepito come un diritto della donna. Si disse che bisognava allargare il concetto tradizionale di famiglia. Si arrivò a dire che famiglia sono tutti quelli che abitano sotto lo stesso tetto, a difesa così delle unioni di fatto, delle unioni tra omosessuali e di qualsiasi altro tipo di convivenza. Il concetto

di famiglia che ha come base il matrimonio tra i due sessi unico e indissolubile viene allontanato sempre più dai consensi mondiali. Si parlò anche della pianificazione familiare, non nel senso di una autentica regolamentazione della famiglia, bensì della soppressione della fecondità, specialmente rivolta ai paesi del terzo mondo il cui aumento di popolazione è ampiamente temuto dai paesi ricchi.

Nella **Conferenza di Pechino** (ONU/Pechino, 1999) si è parlato dei diritti sessuali delle ragazze e delle donne, con una mentalità anticoncezionale soggiacente; in questo senso si è proclamato pure la fine della violenza e della discriminazione contro la donna. Si è detto che i diritti della donna sono diritti umani – cosa ovviamente certa – e che ciò comportava la proclamazione del diritto all'aborto come diritto umano. Tutto questo, in modo più o meno aperto, veniva sostenuto quando si parlava del diritto delle adolescenti all'informazione sulla salute sessuale e riproduttiva, e ad usufruire dei servizi medici senza l'interferenza dei genitori.

Nella riunione dell'ONU conosciuta come **Cairo+5** (1999), 5 anni dopo la Conferenza del Cairo, fu lanciata la proposta sulla liceità della «pillola del giorno dopo», farmaco chiaramente abortivo, della cosiddetta contraccezione d'emergenza e dell'aborto insicuro. In quell'occasione si presentò come qualcosa di diverso il diritto alla «privacy»: si parlò del diritto degli adolescenti alla privacy e all'educazione sessuale sin dalla scuola elementare; tutto ciò nel senso della libera pratica sessuale, ovviamente non in ordine alla procreazione e meno ancora alla formazione di una famiglia. Nuovamente si parlò dell'aborto come diritto umano e della formazione del personale sanitario alla pratica nel miglior modo possibile dell'aborto, senza tener conto dei dettami della sua coscienza.

L'ultimo anello delle Conferenze mondiali che si occupano della vita è **Pechino+5** (ONU/Pechino+5, 2000), cinque anni dopo la Conferenza



di Pechino. Durante la sua preparazione, i paesi occidentali, Europa e Stati Uniti compresi, assieme ad un gruppo di dissidenti del G77, attaccarono seriamente lottando contro la famiglia ed in favore dell'aborto; la loro formula fu «accesso libero e totale a tutti i servizi sanitari», includendo in questo modo l'aborto, e non erano disposti ad accettare nessuna clausola a protezione del diritto d'obiezione di coscienza del personale medico, infermieristico e ostetrico che, di conseguenza, sarebbe stato obbligato a praticare l'aborto. Un'altra formula apportata fu l'«orientamento sessuale» e «la necessità» di modificare il ruolo e l'identità degli stereotipi di donne e uomini. Ci fu un attacco ai «ruoli tradizionali attribuiti ad un solo genere... che obbligano le donne ad assumere tutto il peso delle responsabilità familiari». Fu considerato come violazione dei diritti umani il non riconoscere l'«orientamento sessuale» (omosessualità compresa). In questo modo si cercò di proclamare come diritti umani i diritti sessuali, aprendo la strada al diritto alla pornografia, alla prostituzione, all'aborto e alla perversione sessuale. Nella votazione finale tutte queste proposte non passarono⁵.

c. Il panorama attuale

Non c'è dubbio che l'attuale panorama di minacce contro la vita è desolante, che esiste una mentalità totalmente maltusiana, che si desidera sostituire la famiglia fondata sul matrimonio con diversi tipi di unione compresa quella degli omosessuali, la vita sessuale viene vista come banale, il figlio è ricevuto come frutto di un desiderio egoistico, non c'è una

protezione giuridica dell'embrione, si legalizza l'aborto, viene autorizzata l'eutanasia, la vita viene valutata soltanto dall'aspetto della sua produttività, in tutto il mondo esiste una situazione di fame, di malattia e di miseria, di guerra e genocidio, dappertutto si adoperano gli embrioni con fini commerciali, sperimentali o terapeutici, si pratica l'eugenetica prenatale, si delineano tentativi di clonazione umana, è stata inventata l'espressione pre-embrione per dare legittimità all'aborto, si moltiplicano le banche genetiche, gli embrioni congelati, la fecondazione artificiale, l'impiego di cellule staminali embrionali, l'impiego di tessuti di embrioni e di feti e prospera la ricerca sul genoma umano al fine di manipolarlo in una eugenetica abortiva⁶.

A quanto sopra bisogna aggiungere la pandemia del HIV-AIDS, l'intensificarsi della malaria e della tubercolosi, delle malattie respiratorie, dell'ipertensione, del diabete, del cancro, delle malattie infettive, del tabagismo, della mortalità materno-infantile, dell'ebola, dell'alcolismo, dei traumi di ogni tipo, ecc.

Come è ovvio, questo non è il panorama generalizzato della sanità nel mondo. Non dobbiamo cadere in un nero pessimismo, perché, allo stesso tempo, ci troviamo di fronte ad un meraviglioso progresso del mondo della medicina e la speranza di vita è cresciuta nella maggior parte dei popoli. Le tracce che abbiamo descritto finora si riferiscono ad alcune delle minacce più significative alla vita esistenti nel mondo che, proprio per la loro crudeltà, fanno echeggiare forte l'interrogativo che poniamo ai professionisti della sanità affinché diano una risposta.

2. La risposta dei professionisti della sanità

a. Le cause

Per delineare una risposta dobbiamo esaminare le cause di questa situazione. Lo fa il Santo Padre in modo approfondito, nell'enciclica che abbiamo menzionato, quando afferma che le minacce contro la vita sono dovute soprattutto al modo di pensare che il diritto appartiene soltanto a chi ha una autonomia perlomeno incipiente; che libertà è assoluta autonomia; al pensare in un preteso altruismo e pietà di fronte a possibili deformazioni di una nuova vita nel feto; che il diritto alla vita è qualcosa che appartiene soltanto alle decisioni parlamentari; che si è verificata un'eclissi del senso di Dio e, pertanto, dell'uomo; che la vita è catalogata come una cosa da manipolare, assolutamente soggetta al trattamento tecnologico; che la natura deve essere considerata non come qualcosa di sacro uscito dalle mani di Dio, ma come una specie di miniera, di cantiere, di materiale totalmente da manipolare secondo l'arbitrio umano; al credere nel corpo e nel sesso come semplice strumento di affermazione dell'Io e di soddisfacimento egoistico dei propri desideri e istinti; ad una deformazione della coscienza morale della società, formata da «uomini che soffocano la verità nell'ingiustizia» (Ro 1, 18)⁷.

b. Responsabilità interna

Se riflettiamo su questo insieme di cause, vediamo che la risposta deve sorgere dall'intimo dell'uomo, di modo che, scoprendo se stesso, scopra anche Dio fonte di vita.

In effetti, la responsabilità è la capacità di rispondere. E questa capacità è incentrata nell'uomo stesso. L'uomo si mette di fronte alla propria realizzazione e comincia a costruirla. La responsabilità consiste in questa capacità di costruire se stessi. La libertà entra come la possibilità di scegliere ciò che più conviene per questa costruzione. Quando ci poniamo al livello del professionista della sanità, ci accor-

giamo che l'interrogativo scaturito dalle minacce alla sanità ne suscita un altro ancor più profondo: quello sulla propria personalità come professionista della salute. Si tratta di un interrogativo che esige di alzare lo sguardo verso la propria finalità e il proprio modello che, per il cristiano professionista della sanità, non sono altro che Cristo risuscitato.

Così dice il Papa nell'enciclica sopra citata: «Israele impari... che ogni qualvolta è minacciata nella sua esistenza ciò che deve fare è rivolgersi a Dio con rinnovata fiducia per trovare in Lui una efficace assistenza»... «Anche oggi, dirigendo lo sguardo a Colui che hanno trafitto, ogni uomo mi-

redenzione che Cristo ci offre nelle situazioni concrete del mondo in cui viviamo. Possiamo apprezzare in modo chiaro in queste circostanze la necessità di una redenzione che supera veramente tutte le nostre forze, ma che realizza la meraviglia della sacralizzazione della salute servendosi delle nostre scarse ma indispensabili capacità.

d. Il Papa all'Accademia per la Vita

Il Papa Giovanni Paolo II è tornato a parlare a questo riguardo quando di recente si è rivolto ai membri della Pontificia Accademia per la Vita (16 marzo 2001), dicendo che

mediante la Rivelazione. Sgorge dalla ragione stessa della creazione, della dignità della persona umana, della dignità del corpo come soggetto umano in una concezione unitaria. Bisogna incrementare il dialogo tra la fede e la ragione unendo nella persona umana dignità e sacralità, libertà e responsabilità, ponendo in risalto la tutela dell'ambiente, il diritto alla vita dal suo concepimento fino alla morte, la famiglia, il disegno primario di Dio per la riproduzione della vita. Le grandi sfide hanno luogo nell'ambito dei progressi odierni e della laicizzazione della società. Sono urgenti sia il dialogo che l'ascolto. «Senza una cultura che mantenga saldo il diritto



nacciato nella propria esistenza trova una speranza di sicura liberazione»⁸.

c. Efficacia della risurrezione

Ancor più, per il professionista della salute, questa finalità e questo modello non sono qualcosa di esteriore che agisce per imitazione o per un impulso puramente volitivo in ordine alla finalità percepita, ma un vero motore di efficienza. È Cristo risuscitato colui che spinge a dare una risposta ed è Egli stesso che offre la risposta. Di fronte alla portata dei problemi incontrati non c'è posto per lo scoraggiamento e per misurare le proprie forze trovandole sproporzionate a risolvere i problemi, ma per l'accettazione umile e totale della capacità della sua personalità assieme a tutta la scienza e la tecnica odierne, al servizio della forza vivificante che realizza in concreto la vita, e cioè Cristo morto e risuscitato. In questo consiste la

c'è bisogno di offrire contenuti solidi ed illuminanti alla cultura della vita per rigenerare continuamente il tessuto interiore della cultura contemporanea. La vita umana deve essere presentata come dono di Dio e l'uomo come suo collaboratore libero e responsabile, mettendo in risalto la dignità della persona umana e la famiglia come comunità d'amore e di vita. La vita è perseguitata ma riuscirà a vincere, questa è la nostra speranza certa perché dalla parte della vita sono la libertà, il bene, la gioia, il vero progresso, Dio. Gesù Cristo ha dato la sua vita per vincere la morte e per associare l'uomo alla sua risurrezione. Il Vangelo della vita è qualcosa di concreto e di personale, perché vuol dire annuncio della persona stessa di Gesù che ci dice: «Io sono la via, la verità e la vita» (Gv 4, 6).

Il Papa prosegue dicendo che tutto ciò risiede nel più intimo della persona, non è qualcosa che conosciamo soltanto

alla vita e promuova i valori fondamentali di ogni persona, non si può avere una società sana né la garanzia della pace e della giustizia»⁹.

3. Linee d'azione

a. La preghiera

Quali sono le linee d'azione per mettere in atto questa grande responsabilità di fronte alla vita? In primo luogo, dice il Papa, «è urgente una grande preghiera per la vita, che attraversi il mondo intero. Con iniziative straordinarie e nella preghiera abituale, da ogni comunità cristiana, da ogni gruppo o associazione, da ogni famiglia e dal cuore di ogni credente, si elevi una supplica appassionata a Dio, Creatore e amante della vita»¹⁰.

b. L'orientamento

Dobbiamo avere, inoltre, una chiara concezione cristia-

na della vita, intesa come missione, mistero e comunione. Il punto di partenza per costruire una cultura della vita è il riconoscimento della vita come missione. Cristo dice: «Sono venuto affinché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza» (Gv 10, 10) e la vita che Cristo ci ha dato è la vita che Egli ha nel Padre e che il Padre ha in Lui (Gv 6, 57). La vita di Dio, la vita della Santissima Trinità, non può essere annichilita dalla morte. La missione di Cristo è quella di offrirci questa vita della Santissima Trinità e la Sua missione non può fallire. Pertanto, questa vita è una vita frutto della comunione e, ancor più, è la stessa comunione del Padre con il Figlio nello Spirito Santo (2Co 13, 13). La vita non può essere separata dalla comunione, infatti la vita massima dell'uomo è quella ricevuta nel Battesimo, la vita divina, e questa vita è ricevuta in comunione con tutta la Chiesa. Allo stesso modo, la riproduzione di questa vita viene data soltanto nella massima solidarietà e comunione umana, cioè nel matrimonio, che è la vita battesimale sdoppiata nell'amore matrimoniale, nell'unione piena e indissolubile dell'uomo e della donna.

La migliore protezione, quindi, della vita contro le minacce è la preservazione del matrimonio e della famiglia che si costituisce, unica fonte dalla quale procede quanto di più autentico c'è della vita stessa.

c. La Bioetica

Una forma pratica profonda per proteggere la vita da parte dei professionisti della sanità è conoscere e applicare in modo corretto la Bioetica, specie nei complicati problemi del genoma umano. Quando parliamo della corretta applicazione della Bioetica ci riferiamo all'autentica Bioetica, che parte dai principi precedentemente enunciati riguardo alla vita.

In effetti, il problema fondamentale della Bioetica oggi, il suo problema fondamentale di base, è il problema dei suoi principi. La Bioetica è *lo stu-*

dio scientifico del comportamento umano nell'ambito delle scienze della vita e della salute, in conformità con i valori e i principi morali. Sorge spontanea la domanda: quali valori? quali principi morali? Non è difficile trovare la risposta nell'ambito cattolico, sono i valori di cui abbiamo accennato in precedenza; ma la Biogenetica si sviluppa in modo forte in ambito non cattolico, specialmente di matrice protestante, e in questo campo non sono chiari né i valori né i principi morali. Ne è privo soprattutto il positivismo etico, ove non è possibile parlare razionalmente di questi principi.

In effetti, nel pensiero cristiano tradizionale i principi sono la legge di Dio, i comandamenti della Legge di Dio che sono fondati nella stessa legge naturale, sublimati nella vita in Cristo di cui abbiamo parlato poco fa. Ma nel pensiero protestante non appare accettabile la legge naturale, in quanto si pensa che la natura è semplicemente viziata, è cattiva e pertanto non può essere costituita quale norma dell'agire. Nel desautorare la natura come fonte di moralità, dobbiamo cercare altre forme esterne e molte volte arbitrarie che non hanno il loro fondamento in quella natura.

Come abbiamo riferito prima, per il pensiero morale cristiano, incluso prescindendo per ora dalla Rivelazione, l'Etica è una conseguenza della Metafisica: se la natura ha una finalità, allora è fondata in una antropologia nella quale l'uomo è presentato come essere dotato di finalità e come tale in cammino verso di essa. L'Etica ci descrive questo camminare verso l'eternità. Ma se smentiamo la natura e prescindiamo dalla Metafisica, non c'è più una finalità e nemmeno c'è una Antropologia metafisica né, di conseguenza, una vera Etica.

La Bioetica è vista così in due direzioni: l'una che accetta il pensiero metafisico e la Rivelazione, l'Antropologia e l'Etica fondate nella Metafisica e nella Rivelazione, e l'altra che non accetterà questo pensiero e cercherà di formulare altri fondamenti oppure sem-

plicemente nessuno. La prima verrà chiamata «Personalismo» e la seconda «Bioetica positivista». Spiegare i principi del Personalismo etico aiuterà in modo essenziale i professionisti della salute a proteggere la vita dalle minacce che incombono su di essa.

d. I principi del Personalismo in Bioetica

1. La persona umana è creata da Dio, da Lui proviene e a Lui deve tendere come alla sua causa primaria e finale. La persona umana è capace di riflessione, è in se stessa fine e mai può essere considerata come mezzo. È la sintesi dell'universo e colei che dà ragione a tutto ciò che esiste. Qui trovano il loro fondamento l'Antropologia e l'Etica.

2. Di conseguenza, la vita umana è sacra perché viene da Dio. Per la stessa ragione la dignità della persona umana è inviolabile.

3. La persona umana ha una propria libertà e una propria responsabilità che deve esercitare per realizzare se stessa. Non c'è libertà senza responsabilità e ciò significa rispettare la libertà dell'altro.

4. Il tutto sta al di sopra della parte e a volte bisogna rinunciare alla parte in onore della totalità.

5. La persona umana esiste nella solidarietà e deve tendere al bene comune.

6. In questo contesto si accettano e si giustificano i tre principi dell'autonomia, della beneficenza e della giustizia, che vengono adottati dalla Bioetica positivista. Il principio di *autonomia* sta a significare la libertà dell'agente morale, che a sua volta indicherebbe che un'azione è buona se rispetta la libertà dell'agente morale e degli altri. Il principio di *beneficenza* vuol dire che bisogna fare sempre il bene ed evitare il male. Il principio di *giustizia*, vuol dire che bisogna dare ad ognuno ciò che gli appartiene.

7. La persona è immagine di Dio, membro del Corpo di Cristo, cittadino del popolo di Dio.

8. La sofferenza, se assunta in unione con quella di Cristo,

è qualcosa di positivo ed è fonte di salvezza.

9. La vita è inviolabile dal suo concepimento fino alla sua fine naturale.

10. La vita umana deve avere la sua origine soltanto nel matrimonio.

11. La vita umana deve avere la sua origine nel matrimonio, nell'atto coniugale.

12. Le scienze sono al servizio della vita umana e non viceversa.

13. Quanto prima esposto deve essere tradotto nelle leggi civili degli Stati¹¹.

e. Applicare alla casistica

Più che continuare ora con una casistica nell'ambito della Biogenetica, sia sufficiente quanto abbiamo enunciato come risposta ai problemi specifici che senz'altro si presenteranno ai professionisti della sanità oggi per proteggere la vita di fronte all'anticongiunzione, all'aborto, all'impiego delle cellule staminali, alle banche di materiale genetico, alla fecondazione in vitro, alla clonazione umana, all'affitto di placente, alla produzione di embrioni, alla congelazione di

embrioni, all'impiego dei tessuti fetali, all'eugenetica, alla arbitraria libertà sessuale, all'omosessualità, all'informazione sessuale senza una adeguata formazione, al divorzio, all'eutanasia, ecc.

Abbiamo cercato di chiarire il panorama della vita di fronte alla cultura della morte ed è responsabilità di ogni professionista della sanità portare questa luce nelle situazioni quotidiane che gli tocca affrontare per proteggere sempre la vita.

Concludiamo, come fa il Papa nella sua enciclica, affermando che il modello di vita della nuova cultura è la Vergine Maria nella nascita del Figlio di Dio, come appare nel capitolo dodici dell'Apocalisse: la donna sta per partorire e il drago aspetta che nasca il figlio per divorarlo. Alla donna vengono date due ali per rifugiarsi in un luogo sicuro nel deserto, dove partorirà e il drago non potrà fare più nulla contro di lei e la sua discendenza. La vita è protetta dalle minacce della morte. Il trionfo della vita è la risurrezione. Maria è la fonte della vita, è il nostro modello e la nostra si-

curezza per forgiare la nuova cultura della vita¹².

S.E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN

Arcivescovo-Vescovo emerito di Zacatecas,

Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, Lettera Enciclica *Evangelium vitae*, 25 marzo 1995, 9-11.

² EV 1, 12.

³ EV 1, 11.

⁴ EV 1, 13-17.

⁵ MARTINO R., *Cinque anni dopo Il Cairo e Pechino*, in Pontificio Consiglio della Famiglia, *I figli, famiglia e società nel nuovo millennio*, Vaticano, 2001, 172-180.

⁶ MARTÍNEZ J.E.I., *Presentazione del Congresso europeo dei Movimenti per la Vita*, in Pontificio Consiglio della Famiglia, *I figli, famiglia e società nel nuovo millennio*, Vaticano, 2001, 181-188.

⁷ EV 1, 19-23.

⁸ EV 1, 22; 2, 50.

⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso alla Pontificia Accademia per la Vita*, L'Osservatore Romano, ed. sett. (11) 16 marzo 2001, 2.

¹⁰ EV 4, 100.

¹¹ CICCONE LINO, *Storia e problematiche oggi*; SPAGNOLO ANTONIO, *Bioetica, Fondamenti*; in *Camillianum*, Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria, Edizioni Camilliane, 1997, 130-154.

¹² EV, 103-104.

Una questione di coscienza

Fui veramente sorpreso quando, nel lontano 1973, un eminente professore di ostetricia e ginecologia mi informò, dopo un mio colloquio per la nomina ad aiuto anziano, che per uno specialista cattolico "non c'è posto per esercitare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, a meno che non si sia pronti a cambiare le proprie idee o a specializzarsi in un altro campo". Avevo sempre pensato – alquanto ingenuamente, sembra – che il "sistema" britannico fosse basato sul fair play e, soprattutto, sul rispetto del diritto di ogni individuo all'obiezione di coscienza, ad esempio in tempo di guerra. Divenne presto evi-

dente che nel Regno Unito, per non abbandonare le mie specializzazioni, avrei dovuto scendere ad un compromesso con la mia salda ripulsiione a sopprimere personalmente la vita umana. Rifiutai e, di conseguenza, mi trovai disoccupato con moglie e tre bambini e, per poter esercitare in piena libertà la specializzazione che avevo scelto, dovetti lasciare il paese, la casa e la famiglia.

Nel 1976 pubblicai un articolo su questa mia esperienza sul *British Medical Journal*, preannunciando che l'esercizio dell'ostetricia nel Regno Unito avrebbe risentito del fatto che rifiutare l'obiezione di coscienza nei confronti della pratica

dell'aborto avrebbe creato come principale conseguenza ciò che chiamai "uniformità di pratica", che avrebbe ulteriormente soffocato sia il pensiero che il progresso. Questa previsione riguardante l'ostetricia nel Regno Unito si è avverata e la discriminazione verso i medici cattolici e altri medici a favore della vita continua, sia lì che in altre parti del mondo.

La decisione di specializzarmi in ostetricia/ginecologia si fece strada molto presto nella mia carriera di studente di medicina. Il fascino di queste specializzazioni era dato dal fatto che richiedevano, oltre a specifiche abilità in ostetricia, anche capacità mediche e chi-

rurgiche. Mi apparve evidente che ostetrici e levatrici possiedono una vocazione unica e privilegiata al servizio della vita, poiché essi sono gli assistenti dei co-creatori di una nuova vita. Noi siamo specializzati in maternità.

All'inizio del mio periodo di internato in ostetricia, nel lontano 1968, agli interni fu detto che gli ostetrici avevano un obiettivo che era quello di fornire la miglior assistenza possibile per garantire che tutte le gravidanze si concludessero con una madre viva e sana ed un neonato vivo e sano. Ci fu spiegato che sin dall'inizio di ogni gravidanza avremmo dovuto prenderci cura di due pazienti, come precisa la seguente affermazione tratta da *Williams Obstetrics* (16ª edizione):

“Fortunatamente viviamo e lavoriamo in un'epoca in cui il feto viene identificato come il nostro secondo paziente, con altrettanti diritti e privilegi quanti prima ne otteneva dopo la nascita”.

Tuttavia, all'inizio degli anni '70, il grande pubblico e persino i vertici della Chiesa non prevedevano gli oscuri cambiamenti che stavano per verificarsi e che avrebbero capovolto l'assistenza materna e fatto sì che molti ostetrici prendessero serie decisioni riguardo la propria vita ed attività professionale, decisioni che ebbero effetti profondi sulla loro carriera. Quando stavo terminando il mio praticantato, si stava introducendo la contraccezione orale e ricordo di aver presenziato ad una delle prime dimostrazioni del dispositivo anticoncezionale intrauterino. In quello stesso periodo, nel Regno Unito veniva approvata la legge che consentiva l'aborto. Come interni, eravamo esposti all'opinione unilaterale, inesatta e preconcepita di coloro che erano decisi a cambiare il nostro modo di pensare ed esercitare. È indicativo il fatto che in edizioni successive del testo di Williams quel riferimento al feto come secondo paziente sia stato ommesso. Un graduale processo impercettibile incominciò a provocare un sostanziale cambiamento nel modo in cui gli

ostetrici consideravano se stessi. La differenza tra l'ostetricia (assistenza sanitaria alle madri) e la ginecologia (assistenza sanitaria alle donne) divenne sfuocata. La maternità non veniva più menzionata ed oggi ci troviamo ad essere semplicemente degli specialisti della salute delle donne.

All'incirca nello stesso periodo venne promulgata l'Enciclica *Humanae Vitae*. Ricordo che, quando la lessi, la mia prima reazione fu di chiedermi se avesse qualche rilevanza per la mia professione. Incominciai a razionalizzare che c'era differenza tra contracce-



zione ed aborto – potevo accettare la prima ma non il secondo. La decisione era molto semplice ed anche la maggior parte dei miei amici e colleghi accettarono quell'idea. Non c'era nessuno cui rivolgersi per avere consigli ed essere guidati. Tuttavia, per una qualche ragione – molto probabilmente per ispirazione dello Spirito Santo – rilessi l'Enciclica, ci riflettei ed incominciai a comprendere la sua importanza per il matrimonio, per la vita umana e la famiglia.

Presto l'aborto e la contraccezione divennero la base dell'assistenza sanitaria alle madri. Malgrado le loro grandi conoscenze sul nascituro, gli ostetrici divennero conniventi nello sminuire il valore dell'essere umano nel grembo materno, rendendolo così tanto più facile da distruggere. La società ha accettato l'aborto come una facile soluzione a problemi di tipo sociale ed economico, e ostetrici e ginecologi hanno permesso che le loro capacità professionali ve-

nissero utilizzate a questo scopo. Oggi molti dei nostri colleghi uccidono più bambini di quanti non ne facciano nascere, e ci si impegna molto poco per ridurre il numero degli aborti. Sembra incredibile che William Jefferson Clinton, ex Presidente degli Stati Uniti, abbia per due volte posto il veto ad un disegno di legge che avrebbe vietato l'oscenità della nascita parziale dell'aborto. Il mondo ha accettato la cultura della morte al costo di bambini non nati e di una professione un tempo nobile. Papa Giovanni Paolo II ha commentato che oggi la professione medica soffre fundamentalmente di una crisi d'identità; esiste un grave pericolo quando questa professione è chiamata a sopprimere una vita concepita, quando è usata per eliminare il morente, quando permette a se stessa di arrivare ad intervenire contro il piano del Creatore e la vita della famiglia o di cedere alla tentazione di manipolare la vita umana; e, quando perde di vista la sua direzione autentica, che è quella dell'essere umano profondamente sfortunato e ammalato, essa perde la propria etica, si ammala a sua volta, perde e oscura la propria dignità e autonomia morale.

Questo ha avuto un profondo significato etico, morale e pratico per i medici cattolici, che stiano già esercitando o che siano in formazione. Nessun altro ramo della medicina è stato così influenzato da questi cambiamenti. Non si è semplicemente tenuto conto che gli ostetrici della mia generazione hanno dovuto, sin dall'inizio di questi cambiamenti, prendere una posizione basilare in difesa della vita umana. Ciò ha causato grande dolore sia a loro che alle loro famiglie, poiché anche la loro carriera veniva rovinata: alcuni furono costretti ad abbandonare la specializzazione, altri scesero tristemente ad un compromesso per sopravvivere. In alcuni paesi molti furono costretti a partecipare a programmi di aborto e contraccezione e molti purtroppo decisero di venire a patti e separare ciò in cui credevano da ciò che facevano.

Gli specialisti cattolici e le loro famiglie sono stati sottoposti ad una specie di totalitarismo professionale in modi molto personali. Un ostetrico/ginecologo cattolico rimasto fedele all'insegnamento del Magistero della Chiesa è stato ed è oggetto di ostracismo sul piano sociale e professionale. È doloroso che persino negli ospedali cattolici essi vengano considerati un "imbarazzo" a causa della loro presa di posizione pubblica, ultra conservatori, professionalmente superati e forse persino negligenti, e vengano sottoposti alla disapprovazione della categoria medica. In senso generale, si riscontra una crisi di reclutamento perché pochi studenti scelgono di specializzarsi in ostetricia/ginecologia, essenzialmente per tre motivi: lo stile di vita è molto duro; c'è timore di vertenze giudiziarie, specialmente nel Nord America ed in Europa; e la maggior parte dei medici non vuole essere coinvolta nell'aborto – considerato come un lavoro sgradevole. Non sorprende che pochissimi cattolici si iscrivano ad ostetricia/ginecologia, così ora il concetto cattolico di queste specializzazioni rischia di fare la stessa fine dei dinosauri, eliminate dall'asteroide dell'aborto/contraccezione. Ciò dovrebbe essere fonte di seria preoccupazione per la Chiesa, per le organizzazioni in favore della vita e per tutte le persone di buona volontà.

Questo solleva importanti interrogativi: che effetto ha tutto questo sulle madri e sulle donne? dove riusciranno ad avere consigli e cure consoni alle proprie convinzioni morali per i problemi di natura sanitaria? Le donne sono ingiustamente influenzate dai medici o dal personale infermieristico che non comprende o non si cura delle loro convinzioni religiose? In altre parole, chi renderà concreto in futuro l'insegnamento della Chiesa riguardo all'assistenza sanitaria alle madri?

Nel 1995, un piccolo gruppo internazionale di ostetrici, ginecologi e levatrici cattolici si è riunito al Life Health Centre

di Liverpool, in Inghilterra. Tutti si erano posti la stessa domanda: se non facciamo qualcosa noi, CHI LO FARÀ? Queste poche persone determinate ritenevano che, se avessero mantenuti saldi i propri principi etici e morali, avrebbero potuto assistere efficacemente le madri ed i nascituri, così come erano convinte che nel mondo esistono madri che desiderano ancora il tipo di assistenza che esse possono fornire.

Anche Papa Giovanni Paolo II, nella sua Enciclica *Evangelium Vitae*, ha lanciato un appello a tutti, ma in modo particolare ai professionisti sanitari cattolici, affinché facciano qualcosa in più per la vita.

"Al popolo della vita e per la vita", "per dare a questo nostro mondo nuovi segni di speranza, operando affinché crescano giustizia e solidarietà e si affermi una nuova cultura della vita umana, per l'edificazione di un'autentica civiltà della verità e dell'amore" (EV, 6).

"Peculiare è la responsabilità affidata agli operatori sanitari... custodi e servitori della vita umana" (EV, 89).

"Uno specifico apporto dovrà venire anche dalle Università, in particolare da quelle cattoliche, e dai Centri, Istituti e Comitati di bioetica" (EV, 98).

Quel gruppo ha fondato il MaterCare International (MCI), che ha compiuto un'opzione preferenziale in favore delle madri e dei nascituri. L'intenzione non era quella di metter su una fabbrica di chiacchiere, ma un'organizzazione che avrebbe nuovamente infuso la vita nell'assistenza alle madri attraverso nuove iniziative di servizi, addestramento, ricerca e patrocinio secondo l'insegnamento dell'Enciclica *Evangelium Vitae*. Il MaterCare International intende mettersi:

"...a servizio di una nuova cultura della vita con la produzione di contributi seri, documentati e capaci di imporsi per i loro pregi al rispetto e all'interesse di tutti" (EV, 98).

Per il XXI secolo, MaterCare International sta sviluppando una struttura rivoluziona-

ria, cioè non fatta di grandi edifici con alti costi di riscaldamento, ma una piccola agenzia centrale a livello internazionale e gruppi nazionali che sostengono piccoli centri di consultazione molto adattabili, distribuiti in tutto il mondo e collegati tra loro attraverso le moderne tecnologie di comunicazione. MaterCare è legalmente costituita in Canada, Irlanda e Regno Unito (e pertanto nell'Unione Europea), ed è in via di costituzione negli Stati Uniti, in Australia e nel Ghana. Ogni gruppo nazionale possiede un consiglio direttivo interdisciplinare. Attraverso queste strutture nazionali esso accede a finanziamenti di fonte sia privata che statale per portare a termine i progetti e reclutare colleghi per eseguire il lavoro.

Il centro internazionale si trova a St. John's, nel Newfoundland, ed il Canada fornisce il sostegno specialistico ai centri nazionali. Il centro attualmente è formato da un ostetrico, un professore per l'assistenza infermieristica, una segretaria, un coordinatore per l'educazione pubblica ed un comitato di volontari. Speriamo di avere in futuro uno staff che rispecchi il carattere e l'esperienza professionali unici, internazionali ed interdisciplinari della nostra Chiesa e che includa un amministratore, direttori medici ed infermieri, un teologo/esperto di etica, un educatore sanitario, un esperto in comunicazione e personale di sostegno. È il consiglio direttivo di MaterCare International, costituito da due membri di ciascun gruppo nazionale, a stabilire la politica e a scegliere i progetti. Il comitato internazionale si riunisce trimestralmente per mezzo di conferenze telefoniche internazionali che non sono molto costose; in futuro intendiamo organizzare un sistema di teleconferenze internazionali utilizzando Internet, che è gratuito. Nei punti di interesse e sulla base delle necessità locali, verranno costituiti centri di consultazione nazionali. Il primo sarà in Ghana, nell'Africa Occidentale. Questi centri di consultazione saranno propulsori di attività locali, raccoglieranno

informazioni, implementeranno servizi e programmi didattici, condurranno ricerche e forniranno anche il gruppo di specialisti.

MaterCare International ha dimostrato, malgrado lo scetticismo e non senza notevoli sforzi, di poter avere grande importanza. Nel 1998 ha sviluppato il *West African Maternal Health and Obstetric Fistula Project* (Progetto sulle fistole ostetriche e sulla salute materna in Africa Occidentale), la cui prima fase, costituita da programmi di prevenzione, ricerca e patrocinio, è ora in corso nel Ghana. I programmi di prevenzione sono studiati per ridurre mortalità e morbidità materna nelle aree rurali, migliorando la cura fornita alle madri dai tradizionali assi-

MaterCare sta realizzando un centro traumatologico con 60 posti letto per fornire assistenza e cura alle madri affette da fistola ostetrica; questo centro dedicherà anche particolare attenzione alla formazione di infermieri e medici per il trattamento di queste pazienti. Tutti questi progetti vengono messi in atto in associazione con la Conferenza Episcopale del Ghana. MaterCare sta anche realizzando un CD sul trattamento della fistola ostetrica, che verrà messo gratuitamente a disposizione ed il cui contenuto sarà anche disponibile sul suo sito web.

Nel 1999, il Dott. Gigli ed io ci siamo recati in Albania ed abbiamo organizzato una turnazione di ostetrici per un ospedale da campo austriaco

l'Arcivescovo di Freetown, in Sierra Leone, ha chiesto il nostro aiuto per organizzare un servizio di assistenza sanitaria alle madri.

MaterCare è particolarmente preoccupato per il futuro di ostetrici/ginecologi e per la loro formazione. Tre anni fa abbiamo cercato di organizzare un convegno internazionale per discutere della formazione dei futuri specialisti, ma senza successo. È nostro parere che nel mondo esistano ancora compartimenti accademici e ospedalieri di ostetricia e ginecologia, che potrebbero offrire corsi di qualità in internato o utilizzando le nuove tecniche di informazione e l'apprendimento a distanza. Tutto ciò che dobbiamo fare è organizzarci.



stenti al parto (TAP) nei villaggi, usando una scheda prenatale illustrata, addestrando infermiere e levatrici dei centri ostetrici ad usare l'ecografia, uno strumento visivo per monitorare la progressione del travaglio, istituendo un sistema di trasporto d'emergenza ostetrica con possibilità di trasfusioni a bordo per far giungere sane e salve all'ospedale di zona le puerpere che presentano complicazioni.

È stato completato un programma di ricerca per la valutazione di un nuovo metodo orale, efficace ed economico per tenere sotto controllo le rischiose emorragie post-partum, che potrebbe essere utilizzato in modo sicuro dai TAP quando non è disponibile alcun aiuto medico.

È allo studio anche un programma di patrocinio per portare all'attenzione internazionale la tragedia della mortalità materna e le sofferenze delle madri affette da fistola ostetrica.

per fornire assistenza a circa 20.000 rifugiati. Il motivo per cui questo progetto non è decollato è che, una volta cessati i bombardamenti in Kosovo, i rifugiati sono tornati a casa. L'anno scorso mi sono recato tre volte a Timor Est con Adrian Thomas, e poi con Luigi Gigli, per valutare i problemi che quelle madri devono affrontare. MaterCare International, con l'aiuto del FIAMC, sta sviluppando un programma per fornire assistenza ostetrica di base dove, al momento, non esistono ostetrici per una popolazione di 700.000 persone. Tuttavia attraverso queste esperienze abbiamo scoperto che non esiste alcuna organizzazione internazionale che fornisca assistenza specialistica alle madri; né il CICR, né l'MSF stessa. A Timor Est si stanno anche organizzando servizi d'emergenza.

A MaterCare è stato chiesto di reperire un ostetrico/amministratore per un ospedale cattolico a Betlemme, mentre

Conclusioni

Mentre entriamo nel XXI secolo, milioni di madri in tutti i paesi in via di sviluppo stanno morendo per complicazioni da parto che erano frequenti nel medioevo. Nei paesi in via di sviluppo milioni di bambini non nati vengono uccisi dalla professione medica con procedure chirurgiche che erano comuni nel periodo buio dell'ignoranza umana.

Ostetrici e levatrici condividono una vocazione unica e privilegiata al servizio della vita. Un gruppo di professionisti sanitari cattolici ha fatto la scelta preferenziale di fornire la propria assistenza alle madri ed ha creato un'organizzazione internazionale che sarà diversa da qualsiasi altra organizzazione professionale, poiché fornirà alle madri la miglior assistenza ostetrica possibile, che è saldamente basata sull'eccellente competenza medica, sulla vita e sulla speranza. Noi sappiamo COSA deve essere fatto e per CHI; questa proposta è un modo di rispondere alla domanda COME?: noi, quali professionisti sanitari cattolici, lo faremo.

Prof. ROBERT WALLEY
FRCS, FRCOG, MPH (Harvard)
Professore di Ostetricia e Ginecologia,
Memorial University
del Newfoundland
Direttore esecutivo
MaterCare International

L'importanza del ginecologo-ostetrico davanti alle sfide in ambito biomedico

78

La pastorale della Chiesa si avvale da sempre dell'apporto dei laici, ancor più dopo il Concilio Vaticano II. Oggi l'apporto dei laici alla pastorale è reso necessario anche dal calo delle vocazioni sacerdotali e religiose.

In modo particolare, è la pastorale della Chiesa nel mondo della Sanità ad aver bisogno dei laici. Si tratta di adempiere il mandato di Cristo: annunciare il Vangelo e sanare gli infermi. Sanare gli infermi non è qualcosa di aggiuntivo, ma è quasi parte integrante dell'evangeliizzazione, è ciò che la rende credibile. Gesù stesso caratterizzò il suo annuncio «sanando gli infermi».

È per questo motivo che nel corso dei secoli la Chiesa sviluppò diaconie, ostelli per i pellegrini, infermerie monastiche, ordini religiosi dedicati all'assistenza ai malati. È per questo motivo che la Chiesa inventò il concetto stesso di Ospedale e contribuì largamente a svilupparne la fisionomia che oggi conosciamo. Anche quando gli stati moderni, dopo la Rivoluzione Francese, incominciarono ad interessarsi di sanità, per mantenere alto l'ideale della assistenza sanitaria, la Chiesa favorì la fondazione di istituzioni sanitarie cattoliche in tutto il mondo. Dai prestigiosi grandi ospedali e dalle facoltà di medicina delle Università Cattoliche ai dispensari dei paesi di missione. Ancora oggi la Chiesa è il maggiore fornitore di servizi sanitari non governativo nel mondo.

Questo gigantesco sforzo non era e non è finalizzato solo a supplire al disinteresse dei governi per alcune forme di povertà e di emarginazione, ma è volto a testimoniare che l'attenzione alla persona umana non è vera se non si interessa di tutto l'uomo, anche quando è debole, fragile, deca-

duto, e di tutti gli uomini, anche quando sono abbandonati e il loro peso sociale o la loro importanza nella società della produzione e della merce sono ormai nulli.

È per questo motivo che possiamo dire con consapevole orgoglio che lo sforzo della Chiesa nel mondo sanitario ha contribuito grandemente allo sviluppo della civiltà umana, favorendo in tutto il mondo la crescita di una cultura dell'accoglienza e della misericordia, dei diritti e del rispetto dell'uomo in tutte le situazioni di vita e in tutte le fasi della sua esistenza.

Ma la presenza della Chiesa nel mondo della sanità era ed è dettata anche dalla consapevolezza che è proprio nel momento in cui l'uomo esprime un bisogno di salute che egli è portato ad interrogarsi sulle domande fondamentali della vita: sul senso del nascere, del soffrire, del morire. La Chiesa è consapevole che una corretta risposta a queste domande può condizionare anche la risposta ad altre domande sulle quali si fonda il senso religioso dell'uomo. Chi sono? Dove vado? Che senso ha la mia vita? Il bisogno di guarigione può cioè portare ad una domanda di salvezza (*salus*).

È per questi motivi che, anche negli ospedali non cattolici, la Chiesa ha favorito sempre la presenza di cappellani, di suore infermiere, di medici e infermieri cristianamente formati e ispirati, di associazioni di medici cattolici e infermieri cattolici, di volontari ispirati dal modello del Buon Samaritano.

In questo senso il medico specialista in Ostetricia-Ginecologia e la infermiera ostetrica condividono la responsabilità di ogni operatore sanitario cattolico per la pastorale sanitaria della Chiesa.

Oggi però il loro ruolo è di-

ventato molto più importante e la loro responsabilità più grande. Fino a pochi decenni fa, infatti, la morale medica e la morale cattolica raramente si trovavano in contrasto ed il medico cattolico non aveva difficoltà a mettere a disposizione del suo paziente tutto quello che la scienza medica offriva, senza soffrire per questo di conflitti di coscienza. È vero, sono sempre esistiti medici e levatrici che hanno praticato aborti, ma essi lo facevano al di fuori dei canoni di condotta morale riconosciuti dalla professione e di nascosto, perché biasimati. Fino all'inizio degli anni '70, i testi di medicina legale distinguevano solo quattro tipi di aborto: spontaneo, terapeutico (al solo fine di salvare la vita della madre), eugenetico e criminale. Sugli ultimi due tipi la riprovazione professionale era chiarissima.

Le cose sono profondamente cambiate negli ultimi decenni. La disponibilità di mezzi di contracccezione farmacologica, il movimento femminista, l'introduzione dell'aborto in moltissime legislazioni, le crescenti possibilità offerte dalla genetica di individuare malattie prima della nascita, lo sviluppo di tecniche di fecondazione in vitro, la conseguente produzione di embrioni a fini di cura della sterilità, la loro disponibilità a fini di ricerca scientifica, la individuazione delle potenzialità delle cellule embrionali per lo sviluppo di tessuti utili a fini di trapianto per la cura di malattie degenerative, le ipotesi di clonazione totale o parziale già realizzate negli animali, hanno radicalmente mutato lo scenario.

La gravidanza e il parto non sono più visti come atti il più delle volte fisiologici, ma spesso vissuti come una disgrazia e una malattia di cui il medico deve farsi carico.

Il figlio non è più visto co-

me un dono, ma come un oggetto del desiderio, da realizzare solo se uno vuole e quando vuole e da accettare solo se il dono è ben confezionato e non risulta danneggiato.

La medicina non ha più come obiettivo ultimo la difesa della vita, ma è più preoccupa-

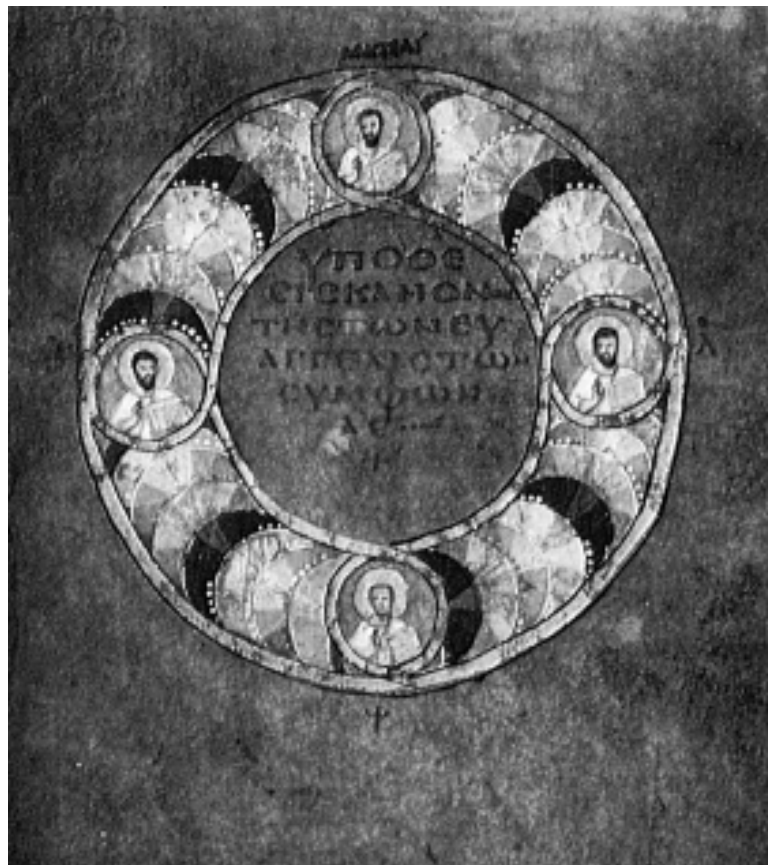
ostetrica cattolica si trovano inevitabilmente nel mezzo di queste tensioni e di questi cambiamenti. L'ostetrico ginecologo, da sempre medico delle donne, avverte su di sé la pressione di una ideologia sociale che vorrebbe farne lo strumento perché la salute ri-

Questo conflitto si verifica ogni volta che al giovane medico viene richiesto di applicare infusioni endovenose abortive durante il periodo di internato a rotazione; quando egli viene interrogato sulla sua indipendenza da «pregiudizi religiosi», prima di poter accedere ai programmi di specializzazione; quando durante il periodo di training per la specializzazione viene obbligato a partecipare a turni di attività, previsti dal curriculum di studi, che richiedono l'esecuzione di aborti o la partecipazione a tecniche di fecondazione artificiale; quando, dopo la specializzazione, gli vengono rifiutati posti di lavoro perché riservati a personale che garantisca tutte le attività del servizio, inclusi gli aborti; quando gli vengono precluse possibilità di carriera perché privo della necessaria esperienza su tutti gli ambiti della professione che il ruolo di direzione richiede; quando, infine, le agenzie delle Nazioni Unite o altri centri di finanziamento rifiutano le richieste delle organizzazioni non governative che non includono, nei loro progetti di cooperazione sanitaria internazionale, l'aborto e la sterilizzazione tra i metodi per assicurare la pianificazione familiare nei paesi in via di sviluppo.

Se a questo si aggiunge che in ogni caso l'ostetrico ginecologo cattolico fedele al Magistero della Chiesa è visto come un personaggio retrò, non vi è da meravigliarsi se, dappertutto, gli ostetrici ginecologi cattolici sono in via di diminuzione e rischiano di scomparire del tutto in alcune situazioni.

Eppure questa continua, progressiva diminuzione degli ostetrici ginecologi cattolici sembra essersi prodotta senza destare eccessivo allarme nella Chiesa.

Mentre giustamente si è continuato a condannare l'aborto, a proporre i metodi naturali di pianificazione, a denunciare i pericoli per il futuro delle civiltà umane insiti nelle manipolazioni degli embrioni (sia a fini scientifici che per la cura della sterilità, sia per la selezione dei portatori di ma-



ta della qualità della vita.

Gli organismi internazionali hanno rinunciato alla lotta perché a tutte le popolazioni ed a tutte le fasce sociali siano assicurati i diritti sanitari fondamentali, ma si preoccupano soltanto di ridurre la richiesta di tali diritti, favorendo in tutto il mondo la denatalità.

È stato creato perfino un ambiguo termine di «salute riproduttiva», dietro il quale, insieme alla prevenzione ed al controllo delle malattie ginecologiche, vengono propagandati, offerti ed imposti a governi e operatori sanitari contraccezione, aborto, sterilizzazione, denatalità, mentre della mortalità materna (ancora troppo elevata in alcuni paesi in via di sviluppo ed in alcune fasce sociali svantaggiate dei paesi sviluppati) ci si preoccupa ancora molto poco.

Il medico e l'infermiera

produttiva, intesa nel senso cui sopra si accennava, possa realizzarsi in modo sicuro ed efficiente e perché le nuove tecnologie riproduttive possano svilupparsi senza ostacoli. Mentre questa pressione si esercita sulla sua coscienza, egli avverte su di sé la responsabilità di essere anche il medico dei più piccoli e dei più fragili tra gli uomini, il difensore di quelli che non hanno voce, che non esprimono alcun voto, che non hanno peso economico o sociale.

In alcune situazioni il conflitto tra la pressione sociale e la responsabilità della coscienza può diventare così insopportabile da dare luogo alla rinuncia alla professione, per non sottomettere la propria coscienza, oppure al compromesso e al conformismo, per non dover rinunciare ad esercitare la professione.

lattie genetiche che per la produzione di cellule staminali), non ci si è resi forse conto sufficientemente che la difesa contro questi mali diventava sempre più debole man mano che sparivano gli ostetrici ginecologi cattolici e che quelli restanti finivano quasi per sentirsi in colpa per le proprie convinzioni.

A chi in effetti si rivolge la donna per avere informazioni su come controllare la propria fertilità? A chi chiede consiglio per risolvere difficoltà nella vita sessuale della coppia? A chi si rivolge quando una gravidanza non desiderata viene a sconvolgere i piani della donna e della famiglia? A chi chiede di essere aiutata

contributo all'educazione sessuale delle giovani e ai corsi di preparazione al matrimonio.

Solo un medico ostetrico ginecologo cattolico potrà contribuire ad educare i futuri medici e le future ostetriche nel rispetto della vita.

Solo un medico amante della vita potrà promuovere ricerche scientifiche rispettose dell'uomo.

È per questi motivi che il medico ostetrico ginecologo cattolico non deve sparire.

Perché ciò non accada occorre vigilare, affinché il diritto ad essere formati e ad esercitare la professione secondo coscienza sia rispettato; occorre protestare ogni volta che

tori sanitari e ai responsabili delle istituzioni ospedaliere, delle cliniche e delle case di cura. Chi ricorre all'obiezione di coscienza deve essere salvaguardato non solo da sanzioni penali, ma anche da qualsiasi danno sul piano legale, disciplinare, economico e professionale.»

Occorre fare nostro questo appello e mettere in atto opere ed iniziative che lo rendano efficace. Alcune azioni sembrano particolarmente necessarie.

Le Chiese locali devono rivolgere la loro attenzione alla professione medica, proponendo l'ideale di una professione rispettosa della vita, ponendosi dalla parte di quegli operatori sanitari che rispettano il diritto alla vita, in particolare degli ostetrici ginecologi, favorendo il loro ritrovarsi e aggregarsi e la loro espressione culturale.

La denuncia dei casi di violazione del diritto ad essere formati e a praticare la professione secondo i propri convinimenti morali deve essere coordinata e sistematica; deve raggiungere i tavoli dei media, delle associazioni professionali, delle organizzazioni nazionali e internazionali per la difesa dei diritti umani.

Le Università e gli Ospedali cattolici devono rispettare pienamente le indicazioni del Magistero, sia per quanto riguarda la ricerca sugli embrioni che per tutti gli ambiti della pratica ostetrico-ginecologica, mentre i Vescovi dovrebbero sentirsi responsabili e vigilare al fine di prevenire i comportamenti scorretti che, nonostante tutto, continuano a verificarsi.

Queste stesse istituzioni dovrebbero organizzare una rete di insegnamento qualificato, riconosciuto a livello internazionale, per permettere a quei medici che vengono discriminati o che subiscono pressioni inaccettabili sui loro convinimenti morali almeno la possibilità di specializzarsi in ostetricia e ginecologia.

Dott. GIAN LUIGI GIGLI
Presidente della FIAMC,
Membro del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute



per superare i casi sempre più frequenti di sterilità?

La donna si rivolge innanzi tutto al medico specialista in ostetricia e ginecologia, il medico delle donne. Egli è infatti anche il loro confidente, il depositario dei loro segreti più intimi, forse ancora più del confessore.

Solo un medico rispettoso delle esigenze della morale e convinto del Magistero della Chiesa potrà aiutare la donna a vivere i propri dubbi e le proprie difficoltà alla luce della fede. Solo un medico ostetrico convinto delle proprie responsabilità di consigliere e guida della donna cristiana potrà contribuire al rafforzamento della famiglia, alla cultura dell'accoglienza e del dono. Solo un ostetrico ginecologo cattolico potrà suggerire l'uso dei metodi naturali, potrà far riflettere sulle conseguenze di un aborto, potrà consigliare il ricorso all'adozione piuttosto che alla fecondazione in vitro. Solo un medico cattolico specialista in ostetricia potrà dare un valido

questo diritto viene calpestato, occorre aiutare coloro che hanno subito torti e discriminazioni per aver testimoniato la loro fedeltà agli insegnamenti della Chiesa.

È l'appello del Papa contenuto nell'*Evangelium Vitae* (n. 74).

«Rifiutarsi di partecipare a commettere un'ingiustizia è non solo un dovere morale, ma è anche un diritto umano basilare. Se così non fosse, la persona umana sarebbe costretta a compiere un'azione intrinsecamente incompatibile con la sua dignità e in tal modo la sua stessa libertà, il cui senso e fine autentici risiedono nell'orientamento al vero e al bene, ne sarebbe radicalmente compromessa. Si tratta, dunque, di un diritto essenziale che, proprio perché tale, dovrebbe essere previsto e protetto dalla stessa legge civile. In tal senso, la possibilità di rifiutarsi di partecipare alla fase consultiva, preparatoria ed esecutiva di simili atti contro la vita dovrebbe essere assicurata ai medici, agli opera-

Anno 2001, Attività del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

Introduzione

La pianificazione del lavoro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, fatta nell'Assemblea Plenaria del 1998, successivamente approvata dal Santo Padre, abbraccia 50 programmi organizzati intorno ai Ministeri della Parola, della Santificazione e della Comunione ed affidati alle 18 persone componenti il Dicastero: superiori, ufficiali e collaboratori. Con essa, il Pontificio Consiglio ha compiuto anche nell'anno 2001 un intenso lavoro teso a "manifestare la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati e i sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia a cui attendono risponda sempre meglio alle nuove esigenze" (*Pastor Bonus*, art. 152).

Nel Ministero della Parola, contenente 11 programmi, si sono messe in atto le seguenti azioni: si è cercato di dare il senso della vita e della sofferenza e il senso della natura e la sua manipolazione, spiegandoli, diffondendoli e divulgandoli a tutti, in particolare ai Vescovi Incaricati per la Pastorale della Salute nelle loro Conferenze Episcopali. Al riguardo, ci sono state di grande aiuto la celebrazione della XVI Conferenza internazionale, la pubblicazione della rivista *Dolentium hominum*, la partecipazione a vari congressi, seminari e convegni da parte dei Superiori ed Ufficiali del Dicastero, ecc.

Per quanto riguarda l'evangelizzazione delle facoltà di medicina, il Pontificio Consiglio ha cercato di tenersi in contatto con le più importanti facoltà cattoliche di medicina, di farmacia e di diritto, per promuovere in futuro corsi adeguati; gli altri programmi promossi nel settore della Pa-

rola con doveroso impegno riguardano: le pubblicazioni, l'Organizzazione Mondiale della Salute, il manuale pastorale per i tossicodipendenti, la guida pastorale della salute, le conferenze, la conferenza internazionale, le ricerche, i centri di insegnamento, i dossier.

Nel Ministero della Santificazione, attraverso i 7 programmi di notevole importanza: il battesimo, l'unzione degli infermi, altri sacramenti, il manuale di preghiera e di sacramenti, la Giornata Mondiale del Malato, la preghiera, e l'"Intenzione" dell'Apostolato della Preghiera, si è cercato di *santificare* l'ammalato e in generale il mondo della salute.

Nel ministero di comunione, che ha avuto 32 programmi da sviluppare, l'obiettivo è stato: pervenire alla *comunione solidale* dei malati e degli operatori della salute in tutta la Chiesa. Per questa ragione i suddetti 32 programmi tendevano a rafforzare o conseguire questa comunione solidale. Si tratta di programmi che riguardano l'unione dei Medici, Infermieri e Farmacisti cattolici, sostenendo le loro associazioni nel mondo, soprattutto a livello mondiale. In questa programmazione verso l'unificazione della pastorale sanitaria in tutto il mondo è anche molto importante la creazione di una unione internazionale di cappellani cattolici negli ospedali e la stessa unione degli ospedali cattolici, come pure l'unione dei religiosi ospedalieri e dei vescovi incaricati della Pastorale della Salute nelle CC.EE. Inoltre si è tentato di aumentare l'azione pastorale del volontariato sanitario cattolico e di incrementare le associazioni dei malati. Tra i vari programmi nel settore comunione si possono menzionare: i centri di bioetica, lo sforzo per la loro unificazione, l'organizzazione e la celebra-

zione della Giornata Mondiale del Malato, il diritto universale alla salute, la comunicazione cristiana dei beni, le malattie emergenti (Aids, Lebbra, Droga), i rapporti interdicastri, i Vescovi incaricati per la pastorale sanitaria, le nunziature, le visite *ad limina*, la partecipazione e rappresentanza del Dicastero a congressi e convegni fuori sede, visite e



viaggi pastorali, ecc. Nel Piano di lavoro si è tenuto anche conto dei programmi amministrativi interni del Dicastero, che entrano nell'ambito del settore comunione, cioè a dire: la segreteria, l'amministrazione, l'archivio, il servizio di documentazione, la cura e il deposito di documenti e di pubblicazioni.

I summenzionati 50 programmi sono stati portati avanti, sotto la guida del Presidente del Dicastero S.E.

Mons. Javier Lozano Barragán, con doveroso impegno da parte di tutti i componenti del Dicastero. I risultati sono stati molto soddisfacenti.

Al riguardo, vogliamo elencare in maniera più dettagliata alcuni punti salienti dell'attività e della vita del Dicastero nell'arco dell'intero anno 2001.

1. Nomine nel Dicastero

– In data 20 agosto 2001, il Santo Padre ha rinnovato *in aliud quinquennium* la nomina a *Presidente* del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute a S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Arcivescovo-Vescovo emerito di Zacatecas.

– Con biglietti della Segreteria di Stato, il Santo Padre, in data 9 aprile 2001, ha confermato *in aliud quinquennium* S.E. Mons. José L. Redrado, O.H., *Segretario* del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, e il Rev.mo P. Felice Ruffini, M.I., *Sottosegretario* del medesimo Pontificio Consiglio fino al compimento del 70° anno di età.

– Con biglietti della Segreteria di Stato, in data 20 luglio 2001, il Rev.do Krzysztof Józef Nykiel, sacerdote della Arcidiocesi di Lodz (Polonia) e il Rev.do Antonio Soto Guerrero, sacerdote della diocesi di Zacatecas (Messico), Officiali del Dicastero, sono stati nominati “Cappellani di Sua Santità”.

2. Celebrazione della IX Giornata Mondiale del Malato

La IX Giornata Mondiale del Malato nell'anno 2001 è stata solennemente celebrata nella Cattedrale di St. Mary a Sydney in Australia. “La scelta del continente australiano con la sua ricchezza culturale ed etnica – come ha ricordato il Santo Padre nel Messaggio per questa Giornata – pone in luce lo stretto vincolo della comunione ecclesiale: essa supera le distanze, favorendo l'incontro tra identità culturali diverse, fecondate dall'unico an-

nuncio della salvezza”. *La nuova evangelizzazione e la dignità dell'uomo sofferente* è stato il tema di questa IX Giornata Mondiale del Malato, anche per porre l'accento sulla necessità di evangelizzare in modo rinnovato questa sfera dell'esperienza umana, per favorire l'orientamento al benessere integrale della persona e al progresso di tutte le persone in ogni parte del mondo.

Della Missione pontificia al seguito dell'Em.mo Card. Edward Bede Clancy, Inviato Speciale del Santo Padre alla IX Giornata Mondiale del Malato, facevano parte il Rev.do Krzysztof Nykiel, Officiali del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, il Dr. John Gallagher e il Giudice John Slattery.

L'Arcivescovo Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della salute, con il Vescovo Segretario Mons. José L. Redrado, O.H., ha guidato la Delegazione di un gruppo di sedici persone: officiali del Dicastero, prelati, sacerdoti, religiosi e laici da sempre impegnati nella pastorale della salute.

La caratteristica saliente della celebrazione della IX Giornata Mondiale del Malato è stato l'impegno del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, della Conferenza Episcopale Australiana dei Vescovi Cattolici e della Commissione Episcopale della Pastorale sanitaria. Questa convergente collaborazione ha reso possibile non soltanto un'adeguata preparazione e celebrazione della Giornata, ma anche una sua singolare forza sensibilizzatrice verso aree sempre più vaste sia di fedeli che di istituzioni religiose e laiche impegnate nel campo della salute e della sofferenza.

I momenti salienti della celebrazione che hanno contraddistinto le giornate dell'8, 9, 10 febbraio, culminando nella celebrazione solenne conclusiva della IX Giornata Mondiale del Malato **dell'11 febbraio**, sono stati: le visite ad alcuni ospedali e cliniche (8-9 febbraio), l'incontro con il Sindaco di Sydney e con le autorità

civili ed ecclesiastiche (9 febbraio), la Conferenza su *La nuova evangelizzazione e la dignità della persona sofferente* (10 febbraio) e la celebrazione solenne del giorno 11 febbraio.

Una ampia informazione di questa celebrazione il lettore la potrà trovare sulla nostra rivista *Dolentium Hominum*, n. 47/2001.

3. Partecipazione alla X Assemblea Generale Ordinaria del Sinodo dei Vescovi

Il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano Barragán ha preso parte, quale membro *ex officio*, alla suddetta Assemblea che si è svolta in Vaticano dal 30 settembre al 27 ottobre, e ha avuto come argomento *Episcopus minister Evangelii Iesu Christi propter spem mundi*.

Il Pontificio Consiglio ha contribuito sia nella fase preparatoria che in quella della celebrazione sinodale. I sussidi elaborati e gli interventi del Presidente, sia in Aula che nei lavori dei *circuli minores*, circa gli specifici argomenti hanno incontrato il consenso dei Padri sinodali sull'importanza della Pastorale sanitaria e di incrementare l'annuncio del Vangelo della speranza nel campo della salute e della sofferenza da parte dei Pastori della Chiesa.

4. Riunioni interdicasteriali

Nell'ambito del Ministero della Comunione, il Pontificio Consiglio ha mantenuto vivi i rapporti con gli altri Dicasteri della Curia Romana, partecipando alle diverse riunioni interdicasteriali

– presso il Pontificio Consiglio “Giustizia e Pace”. Il Rev.do Krzysztof Nykiel, Officiali del Dicastero, ha partecipato il 31 marzo alla riunione interdicasteriale in vista della preparazione della Giornata Mondiale della Pace (2002);

– presso il Pontificio Consiglio della Cultura. Il 10 maggio, il Rev.do Antonio Soto,

Ufficiale del Dicastero, ha preso parte all'incontro interdicasteriale sul tema: "L'identità culturale nell'era della globalizzazione: tentazione nostalgica o sfida per la Chiesa?";

– presso il Pontificio Consiglio per il Dialogo Inter-Religioso. L'Ufficiale del Dicastero, il Rev.do Krzysztof Nykiel, ha partecipato la mattina del 1° giugno all'Incontro interdicasteriale, presentando alcune osservazioni relative alla bozza del Documento dal titolo: "A Christian Spirituality of Interreligious Dialogue";

– presso il Pontificio Consiglio per la Famiglia. Dal 27 al 28 giugno, il Segretario del Dicastero S.E. Mons. José L. Redrado ha partecipato alla Riunione interdicasteriale con un gruppo di parlamentari d'Europa al fine di approfondire alcuni temi in relazione alla famiglia e alle questioni etiche collegate, e di esaminare i temi riguardanti la vita umana.



5. Partecipazione e rappresentanza a Convegni, Congressi e Celebrazioni

Un altro programma del Ministero della Parola è stata la partecipazione e rappresentanza a vari congressi, convegni e celebrazioni. Questi hanno visto impegnati i Superiori e gli Ufficiali del Dicastero per tutto l'anno 2001.

MARZO

– Il giorno 13, a Roma, il Rev.do Krzysztof Nykiel ha partecipato, in rappresentanza del Dicastero, al "Colloquio" sulla figura del Prof. Gesualdo Nosengo, organizzato dalla Pontificia Università Urbana.

– Il giorno 14, a Roma, in occasione degli Incontri Pastorali durante il periodo della Quaresima, il Segretario del Dicastero S.E. Mons. José L. Redrado ha tenuto una relazione sul tema: "Accompagnare la vita nella debolezza: malattia e morte".

– Dal 20 al 23, in Vaticano, S.E. Mons. Javier Lozano, Presidente del Dicastero, ha partecipato alla Riunione Plenaria della Pontificia Commissione per l'America Latina e ha tenuto una relazione sul tema: "La Teologia India".

APRILE

– Dal 2 al 4, a Hammamet (Tunisia), il Dott. Renzo Paccini, collaboratore del Dicastero, ha partecipato in rappresentanza del Pontificio Consiglio al I Congresso Mediterraneo sulla Disabilità, organizzato dall'Opera Don Guanella in collaborazione con il Ministero degli Affari Sociali di Tunisi, la Chiesa di Tunisia e l'Associazione Solidarietà Riabilitazione Studi "Oasi Federico" di Calabria, Regione-cerniera del Mediterraneo. Il Dott. Paccini è intervenuto con una relazione sul tema: "Dignità umana nelle persone disabili: punto di partenza della solidarietà verso di loro".

– Il giorno 26, a Roma, il Rev.do Krzysztof Nykiel, Ufficiale del Dicastero, ha partecipato in rappresentanza del Dicastero al Convegno Nazionale di Ortodonzia prechirurgica, organizzato dalla Società Italiana di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale (S.I.O.C.M.F) col Patrocinio del "Collegio dei Docenti di Odontoiatria" sotto la Presidenza del Prof. Giovanni Dolci, ed ha rivolto ai partecipanti un indirizzo di saluto.

MAGGIO

– Dal 7 all'11, a Barcellona, il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Lozano e il Segre-

tario S.E. Mons. Redrado hanno partecipato al XII Congresso Nazionale degli Ospedali sul tema: "El hospital y la salud, más allá de la gestión", organizzato dalla Federación Española de Gestión Sanitaria. Il Presidente ha presentato una relazione sul tema: "Aportes para la identidad de un hospital católico".

– Dal 10 al 12, a Fiuggi, il Rev.do P. Felice Ruffini, M.I., Sottosegretario del Dicastero, ha partecipato al Convegno nazionale su: *La Chiesa italiana nel mondo della salute*, organizzato dall'Ufficio Nazionale di Pastorale Sanitaria della Conferenza Episcopale Italiana e ha rivolto ai partecipanti un indirizzo di saluto.

– Dal 14 al 16, a Parigi, l'Ufficiale del Dicastero, il Rev.do Mons. Jean-Marie Mpendawatu, ha preso parte in qualità di Osservatore della Santa Sede alla *II Sessione del Comitato Intergovernativo di Bioetica dell'UNESCO (CIB)*.

– Dal 15 al 22, a Ginevra, il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato, quale Capo della Delegazione della Santa Sede, alla 54ª sessione dell'Assemblea Mondiale della Sanità ed ha presentato nel suo Intervento un *position paper* della Santa Sede circa l'accesso ai medicinali di base per le popolazioni più povere e le strutture giuridiche ed economiche che possono ostacolarlo, tra cui la proprietà intellettuale. Faceva anche parte della delegazione il Rev.do Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Ufficiale del medesimo Dicastero.

GIUGNO

– Dal 1° al 4, a Lodz e Cracovia, accompagnato dal Rev.do Krzysztof Nykiel, Ufficiale del Dicastero, S.E. Mons. José L. Redrado, su invito di Frà Ambrozy Pietrkiewicz, Provinciale della Provincia Polacca dei Fatebenederfratelli, ha presieduto la solenne concelebrazione eucaristica di chiusura del IV Centenario del San Giovanni Grande con un'Omelia di circostanza e ha partecipato al Simposio di Pastorale sanitaria sul tema: "Il malato terminale presente in mezzo a noi". Sia a

Lodz che a Cracovia ha visitato le strutture ospedaliere dell'Ordine, ha incontrato il personale medico, malati e comunità dei Fatebenefratelli. S.E. Redrado ha tenuto tre conferenze sui seguenti temi: "L'ospitalità dei Fatebenefratelli all'inizio del nuovo millennio", "I volti della sofferenza e della morte", "Consacrazione – Koinonia – Missione".

– Dal 5 al 7, a Puebla de los Ángeles (Messico), S.E. Mons. Javier Lozano ha preso parte alla Riunione dei Membri e Consulori del Pontificio Consiglio della Cultura, nonché al I Incontro Continentale Americano dei Presidenti delle Commissioni Episcopali della Cultura delle Conferenze



Episcopali d'America, e ha tenuto una relazione sul tema: "Globalización de la salud en la sociedad secularizada: retos para Evangelización de la cultura".

– Il giorno 7, in occasione della Festa patronale di San Camillo de Lellis, S.E. Redrado ha presieduto, nell'Ospedale di San Camillo a Roma, una celebrazione eucaristica con una omelia, mettendo in risalto la straordinaria figura di San Camillo de Lellis e di Santa Giovanna Antida Thouret.

– Dal 25 al 27, a New York, il Presidente del Dicastero S.E. Mons. J. Lozano ha partecipato, quale Capo della Dele-

gazione della Santa Sede, alla Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, dedicata all'esame delle questioni relative al virus HIV/AIDS ed ha presentato la posizione della Santa Sede al riguardo. Faceva anche parte della delegazione il Rev.do P. Felice Ruffini, M.I, Sottosegretario del medesimo Dicastero.

LUGLIO

– Il giorno 7, a Roma, S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato ai Lavori della VI Assemblea Generale della Pontificia Accademia, che ha trattato il tema: "Natura umana e legge naturale a fondamento del diritto alla vita", ed ha rivolto ai partecipanti un indirizzo di saluto.

AGOSTO

– Dal 26 al 29, a Seoul (Corea del Sud), accompagnato dal Rev.do Antonio Soto, Ufficiale del Dicastero, S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato alla VIII Conferenza Regionale del Continente Asiatico del Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere e degli Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS) sul tema: "Protection of Human Life in a Changing World: Catholic Health Worker's Responsibility", ed è intervenuto con una relazione sul tema: "Protection of Human Life in a Changing World: the Responsibility of Catholic Obstetricians".

SETTEMBRE

– Dal 1° all'8, a Taipei (Taiwan), accompagnato dal Rev.do Antonio Soto, Ufficiale del Dicastero, S.E. Mons. Lozano ha partecipato all'Incontro dei Medici Cattolici, Infermieri, e Studenti di Medicina, organizzato dalla Direzione dell'Ospedale St.Mary's di Lotung dei Padri Camilliani, in occasione del 50° Anniversario della presenza missionaria dei Camilliani a Formosa. Il Presidente ha tenuto una relazione sul tema: "Protezione della vita umana in un mondo che cambia: la responsabilità dei professionisti della salute". Inoltre ha visitato le opere camilliane, ha incontra-

to il personale medico dell'Ospedale di Lotung, i malati e tutta la comunità camilliana.

– Dal 10 all'11, a Rosario (Argentina), il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Lozano ha preso parte al I Incontro dei Cappellani Ospedalieri, organizzato dalla Commissione Episcopale della Pastorale Sanitaria Argentina ed ha focalizzato i seguenti temi: "Los Profesionales de la Salud, Servidores de la Vida", "El Capellán: su perfil y presencia en el Centro de Salud", "Ejercicio de la Capitalidad de Cristo en la acción pastoral del Capellán", "La formación específica del Capellán a través de las Asociaciones y Fraternidades".

– Dal 13 al 15, a Rio de Janeiro (Brasile), accompagnato dal Dr. Renzo Paccini, collaboratore del Dicastero, S.E. Mons. Lozano ha partecipato al III Congresso Brasiliano dei Medici Cattolici sul tema: "Vida Humana, Ciencia y Etica", organizzato dalla Federazione delle Associazioni dei Medici Cattolici Latinoamericane (FAMCLAM), ed ha tenuto una conferenza sul tema: "Identidad y Ministerio del Médico Católico".

– Dal 24 al 27, a Madrid, S.E. Mons. Redrado ha partecipato alle XXVI Giornate Nazionali della Pastorale della Salute sul tema: "Orar en la Enfermedad", organizzate dalla Commissione Episcopale di Pastorale Sanitaria della Conferenza Episcopale Spagnola, e ha tenuto una relazione su: "Signore insegnaci a pregare (Lc 11, 1-4)".

– Dal 27 al 1° ottobre, S.E. Mons. José L. Redrado, Segretario del Dicastero, si è recato a Città del Messico e ha partecipato alle Cerimonie commemorative del "Centenario della restaurazione dell'Ordine di S. Giovanni di Dio in Messico dal San Benedetto Menni". Ha presieduto nel Santuario di Nostra Signora di Guadalupe la solenne concelebrazione eucaristica di chiusura con un'Omelia di circostanza e inoltre ha tenuto due conferenze sui seguenti temi: "Vita – Malattia – Morte", "Consacrazione – Koinonia – Missione".

OTTOBRE

– Dal 9 al 13, in preparazione alla celebrazione della X Giornata Mondiale del Malato, accompagnati dal Rev.do Vincent Arackal, collaboratore del Dicastero, S.E. Mons. Lozano e S.E. Mons. Redrado si sono recati al Santuario della Madonna della Salute a Vailankanny (India). Si sono tenuti una serie di incontri con la Commissione Episcopale di Pastorale sanitaria e con il Comitato organizzatore.

NOVEMBRE

– Dal 10 al 13, a Roma, il Rev.do Krzysztof Nykiel, Ufficiale del Dicastero, ha partecipato in rappresentanza del Dicastero al Colloquio sul tema: “Preghiera di Guarigione e Rinnovamento Carismatico nella Chiesa Cattolica”, organizzato dal Pontificio Consiglio per i Laici in collaborazione con l’International Catholic Charismatic Renewal Services (ICCRS).

– Il giorno 13, a Roma, il Presidente S.E. Mons. Javier Lozano ha inaugurato i Lavori della Tavola Rotonda su: “Comunità e Salute”, organizzata dall’Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria “Camillianum”.

– Dal 22 al 24, in Vaticano, il Rev.do Krzysztof Nykiel, Ufficiale del Dicastero, ha partecipato, in rappresentanza del Pontificio Consiglio, al Congresso teologico-pastorale sul tema: “*La Familiaris Consortio* ieri ed oggi, nel suo ventesimo. Dimensione antropologica e pastorale”, organizzato dal Pontificio Consiglio per la Famiglia.

– Il giorno 23, a Roma, il Dott. Renzo Paccini, collaboratore del Dicastero, ha partecipato in rappresentanza del Dicastero al I Convegno della Federazione degli Organismi per l’Assistenza alle Persone Disabili.

DICEMBRE

– Il giorno 15, a Roma, il Segretario del Dicastero S.E. Mons. José L. Redrado ha presieduto una celebrazione eucaristica di inaugurazione scolastica della scuola infermieristica “Beato Luigi Tezza” e ha tenuto un’Omelia di circostanza.

– Il giorno 21, in preparazione alle Feste natalizie, S.E. Mons. Redrado ha presieduto, nella Basilica Liberiana di Santa Maria Maggiore, una celebrazione eucaristica per i membri dell’Accademia Normanna ed i loro famigliari.

6. XVI Conferenza Internazionale

Si è tenuta in Vaticano (Aula Nuova del Sinodo), dal 15 al 17 novembre, la XVI Conferenza Internazionale, promossa e organizzata dal Pontificio Consiglio, sul tema: “Salute e Potere”.

Sotto la guida di S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Dicastero, sono convenuti cardinali, arcivescovi, vescovi, religiosi(e), laici provenienti da 60 paesi, impegnati nel mondo della salute e della sofferenza e/o specializzati nelle diverse discipline delle scienze umanistiche, sociali, biomediche e teologico-pastorali.

Hanno partecipato ai lavori della conferenza un numero cospicuo di ambasciatori e ministri della sanità, numerosi studenti delle scuole di medicina, di scienze infermieristiche e di teologia della Pastorale della Salute.

Tra gli illustri relatori: cardinali, vescovi, nonché autorevoli ricercatori, scienziati e studiosi delle scienze umanistiche, sociali, biomediche e teologico-pastorali.

Il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano ha introdotto i Lavori, e S.Em.za il Card. Fiorenzo Angelini, Presidente emerito del medesimo Dicastero, ha aperto questa importante Conferenza annuale con la Prolusione sul rapporto *Salute e potere alla luce della parola di Dio*.

La tematica generale “Sanità e Potere” è stata trattata da vari relatori alla luce della Parola di Dio e della teologia, in modo da evidenziare le attuali sfide biomediche per la salute e la sanità provenienti dal potere dell’economia, della politica, delle scienze, della tecnologia, della cultura e della società, nonché l’istanza morale di un potere che, nel rispetto

della verità sull’uomo e Dio e nel suo esercizio come carità verso il prossimo bisognoso, serve la salute dell’uomo e dei popoli nella loro tensione armoniosa verso la pienezza di vita.

Durante i Lavori della Conferenza, gli illustri relatori hanno messo a fuoco i seguenti temi: il potere dell’economia nel mondo della salute; il potere e la politica sanitaria; il potere, la salute e la società; il potere dei mass media; il potere degli operatori sanitari; il potere delle industrie farmaceutiche; il potere degli organismi internazionali; il potere religioso e la salute; il potere e la salute nel contesto del dialogo interreligioso con l’ebraismo, l’islam, l’induismo e il buddhismo; il potere e la salute nella storia e nella teologia.

I partecipanti alla Conferenza sono stati ricevuti in Udienza nell’Aula Paolo VI dal Santo Padre, che con un Suo autorevole discorso ha ribadito tra l’altro *che nel mondo della salute, l’esercizio del potere non si ispiri al desiderio di dominio o di profitto, ma sia animato da sincero spirito di servizio alla dignità della persona umana e al bene comune*.

Il Santo Padre ha sottolineato anche che la salute, intesa come salute fisica, psichica e spirituale e come sanità, costituisce il primo, più autentico ed universale, nonché il più vasto, potere, in quanto forza orientata alla pienezza di vita; e per comprendere e vivere correttamente ogni forma di “potere” nel mondo della salute, è indispensabile tenere fisso lo sguardo su Cristo che è venuto non per essere servito, ma per servire insegnandoci così ad esercitare ogni forma di potere come servizio al prossimo.

7. Simposio Internazionale sul Volontariato Cattolico in Sanità, sul tema: “Vade et tu fac similiter”

Nell’intento di giungere all’unificazione della Pastorale della Salute in tutto il mondo, è stato promosso e organizzato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute il Sim-

posio Internazionale sul *Volontariato Cattolico in Sanità*, che si è svolto in Vaticano nei giorni 30 novembre – 1° dicembre 2001.

La celebrazione di questo importante Simposio, fortemente pensato proprio in questo anno 2001, che le Nazioni Unite hanno ufficialmente proclamato Anno Internazionale del Volontariato, è stata una occasione preziosa per una nuova e più coinvolgente riflessione su di un aspetto del servizio alla vita che, nella Chiesa, sull'esempio di Cristo, ha trovato, sin dalle origini, un impulso nuovo ed esemplare.

Sotto la guida del Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, si è cercato di fare una attenta riflessione sul ruolo del *Volontariato Cattolico* nel mondo della salute e della sofferenza oggi; individuare le future strategie per aumentare l'azione pastorale; e soprattutto offrire al Santo Padre l'opportunità di sottolineare i principi fondamentali per illuminare questa forma evangelica di partecipazione alle sofferenze del prossimo, proprio nell'anno dedicato dall'ONU al Volontariato.

Tra gli illustri relatori che sono intervenuti durante le due giornate di riflessione e di testimonianze di vita, c'è stato il Segretario di Stato S. Em.za il Card. Angelo Sodano, che ha aperto questo importante evento con la Prolusione sul tema: "Il Volontariato Cattolico in Sanità". Hanno partecipato ai Lavori del Simposio anche i rappresentanti di Stati e di Governi, nonché numerose Associazioni di Volontariato.

La tematica generale "Volontariato Cattolico in Sanità" è stata trattata da vari relatori alla luce della parola di Dio, della teologia e del Magistero della Chiesa, in modo da evidenziare le maggiori sfide per i volontari, specialmente quelli che operano nel campo della salute. Non sono mancate le testimonianze e le esperienze di vita da parte di alcuni volontari che, impegnati in molteplici forme di solidarietà, operano in nome della Chiesa accanto ai poveri e ai sofferenti.

Gli illustri relatori del Simposio hanno messo a fuoco i seguenti temi:

- Il Magistero di Giovanni Paolo II sul Volontariato;
- I Fondamenti Biblici e Teologici del Volontariato;
- Dal Buon Samaritano alla Comunità Ecclesiale del Terzo Millennio.

Nella "Tavola rotonda" sono seguite alcune significative testimonianze di vita da parte di un malato, di un medico, di un volontario, di un rappresentante delle Misericordie, della Croce Rossa, ecc.

Nella giornata del 1° dicembre, che ha coinciso con la Giornata mondiale dell'AIDS, si è riflettuto sull'assistenza sanitaria data ai malati di AIDS; alle persone che vivono nel degrado della città – barboni, tossicodipendenti... –; agli emigrati e ai profughi; alle persone vittime dei conflitti politici e delle guerre; alle persone colpite dalle catastrofi, come terremoti e alluvioni; agli anziani, ai malati terminali, ai bambini, siano essi ospiti di Istituzioni pubbliche o private o vivano nelle proprie abitazioni.

I numerosi partecipanti al Simposio sono stati ricevuti in Udienza nell'Aula Paolo VI dal Santo Padre, che con un Suo autorevole discorso ha ribadito tra l'altro che nella nostra società, che risente dell'influenza del materialismo e dell'edonismo, la vitalità del Volontariato costituisce un promettente segno di speranza. La presenza del *Volontariato* deve essere più che mai animata e vissuta nella sua verità di servizio disinteressato al bene delle persone, specialmente le più bisognose e le più dimenticate dagli stessi servizi sociali. Il *Volontariato* si caratterizza proprio per la sua capacità di testimoniare amore gratuito al prossimo.

Il Santo Padre ha sottolineato anche che per comprendere, promuovere e vivere ogni forma di azione volontaria è indispensabile tenere fisso lo sguardo sul Volto di Cristo, il modello per eccellenza del *Volontariato* cristiano. Egli, che è venuto per servire, non per essere servito (cf. Mt 20, 28), ci insegna che il servizio dei

volontari è un servizio dell'amore gratuito alla persona, specie se debole e fragile. È lui che ha assunto l'umanità dolorante per restituirle il volto trasfigurato della risurrezione. Con lo sguardo su Cristo, i volontari cristiani sono portatori della speranza anche nell'esperienza amara del soffrire e della precarietà, rispettando pienamente la dignità di ogni essere umano. Il *Volontariato Cattolico* è chiamato a scommettere sulla *carità delle opere*, vero punto d'incontro del servizio della carità e strumento efficace di credibilità del Vangelo di Cristo. Il servizio del *Volontariato* è servizio alla vita, e come tale si presenta come spazio provvidenziale per il dialogo e la collaborazione interculturale con i volontari di altre religioni o non credenti, perché la difesa e promozione della vita è affidata a tutti.

8. Attività editoriale

L'attività editoriale fa parte dei programmi del ministero della Parola. Vogliamo segnalare prima di tutto la **Rivista** del Dicastero "Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo", che è uscita regolarmente; essa viene offerta ai lettori in quattro versioni linguistiche (italiano, spagnolo, francese e inglese). Un numero di essa contiene gli Atti integrali della XV Conferenza internazionale organizzata e promossa dal Pontificio Consiglio sul tema: "Salute e Società".

La **Carta degli Operatori Sanitari**, che è stata pubblicata nel 1994 in lingua italiana, su iniziativa del Dicastero, è stata finora tradotta e pubblicata da diversi Paesi nelle seguenti lingue: spagnola, inglese, francese, tedesca, olandese, polacca, portoghese, russa, ceca, slovena, rumena, ed è in corso, con il nulla osta del Pontificio Consiglio, la pubblicazione della Carta in lingua ungherese e lituana è invece in fase di traduzione nella lingua malgascia, albanese e "thai".

Sono uscite quattro edizioni in lingua spagnola (due in

Messico, una in Perù e una in Colombia) del libro del Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano “**Teologia e Medicina**”, ed una edizione italiana (Edizioni Dehoniane, Bologna);

Inoltre è stato pubblicato in lingua italiana, spagnola e francese il **Manuale di Pastorale: Chiesa, droga e tossicomania**, elaborato dal Dicastero, indirizzato, come desiderato dal Santo Padre, ai Vescovi, sacerdoti, religiosi(e), laici impegnati nella Pastorale con i drogati. L'edizione inglese è in preparazione.

9. Varie

L'anno 2001 è stato anche un anno di alto riconoscimento per il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute:

– Il giorno 5 settembre, al Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, è stato conferito il Dottorato *honoris causa* in Teologia all'Università Cattolica “Fu Jen” di Taiwan.

– Il giorno 6 ottobre, il Segretario del Dicastero S.E. Mons. José L. Redrado è stato

annoverato tra i membri dell'Accademia Normanna in qualità di Gran Priore Spirituale.

Conclusione

I summenzionati programmi del Piano di lavoro di questo Pontificio Consiglio hanno coinvolto in prima linea i Superiori, gli Officiali ed i collaboratori interni ed esterni del Dicastero. L'attività è stata molto intensa in sede. Hanno avuto luogo incontri al fine di preparare Congressi e Convegni, raduni interdicasteriali e di esperti in seno ai diversi gruppi di studio per esaminare i problemi della Droga, l'Aids, l'AISAC, la Guida pastorale della salute, il Manuale di preghiera e di sacramenti, ecc.

Durante quest'anno 2001 è continuata anche la corrispondenza epistolare con le Chiese locali, con i Rappresentanti Pontifici, in particolare con quelli di nuova nomina, con i Vescovi, i Sacerdoti e i Religiosi, Autorità politiche sanitarie e civili, Ambasciatori, Responsabili di Organizzazioni ed Associazioni del mondo

della salute e con tutti coloro che operano nel vasto campo della Pastorale della Salute.

Gli incontri con i Vescovi venuti in visita *ad limina* sono stati di grande aiuto, perché hanno permesso al Pontificio Consiglio di conoscere più direttamente i vari problemi di pastorale sanitaria delle Chiese locali, condizione *sine qua non* per poter offrire una pertinente collaborazione alle esigenze delle diocesi e delle Conferenze Episcopali.

La collaborazione con i Rappresentanti Pontifici si è rivelata ancora una volta preziosa, sia per l'opera di sensibilizzazione circa i problemi sanitari nelle rispettive legazioni sia per la funzione di tramite delle disposizioni, consultazioni ed iniziative del Pontificio Consiglio con le Conferenze Episcopali.

Grazie a questo comune impegno, molte iniziative sono state portate a termine, altre invece continueranno nell'anno 2002.

Mons. KRZYSZTOF NYKIEL
*Ufficiale del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute*



PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Chiesa, droga e tossicomania

**Manuale
di
Pastorale**




LIBRERIA
EDITRICE
VATICANA

Cosa fare nel campo della pastorale nei confronti del problema della droga? Molti Vescovi, molti sacerdoti, religiose e religiosi, padri di famiglia angosciati, insegnanti, giovani drogati o non drogati, si sono chiesti: cosa possiamo fare, come cristiani, di fronte al mondo della droga? Con il nostro Manuale il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute non pretende offrire una risposta definitiva, ma dare indicazioni che possano aiutare nel lavoro pastorale; qui non intendiamo proporre un nuovo metodo, ma dare una risposta semplice, come una guida pratica, a domande che sono basilari per agire pastoralmente e che forse potrà servire anche a coloro che con tanta dedizione e sollecitudine si sono specializzati in questo campo. Il Santo Padre ci ha parlato di tre azioni per affrontare il problema della droga: prevenzione, cura e repressione dei "trafficienti di morte"; qui parliamo soltanto delle prime due, lasciando ai Governi di affrontare con coraggio quella lotta senza quartiere contro la droga, alla quale tutti ci dobbiamo unire.

Per l'acquisto del presente volume (€ 9) rivolgersi alla Libreria Editrice Vaticana
00120 Città del Vaticano