

DOLENTIUM HOMINUM

N. 64 – anno XXII – N. 1, 2007

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER GLI OPERATORI SANITARI
(PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)

Atti della XXI Conferenza Internazionale

*promossa e organizzata dal
Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
su*

***Gli aspetti pastorali
della cura
delle malattie infettive***

23-24-25 novembre 2006

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

DIREZIONE

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

COMITATO DI REDAZIONE

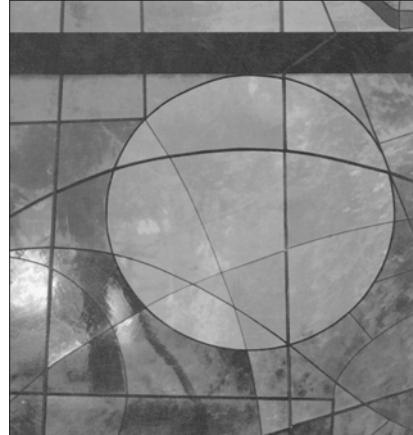
BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DR.A LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D'ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DR.A MAYA
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESÚS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DR.A DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, Bolivia
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
PALENCE P. JORGE, Messico
PEREIRA DON GEORGE, India
VERLINDE SIG.A AN, Belgio
WALLEY PROF. ROBERT, Canada

TRADUTTORI

CHALON DR.A COLETTE
CASABIANCA SIG.A STEFANIA
FARINA SIG.A ANTONELLA
FFORDE PROF. MATTHEW
QWISTGAARD SIG. GUILLERMO



Direzione, Redazione, Amministrazione:

PONTIFICO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI (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 quadriennale. Abbonamento: 32 ☰ compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Poste Italiane s.p.a. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

Sommario

- 6 **Indirizzo d'omaggio al Santo Padre**
S.Em. Card. Javier Lozano Barragán
- 7 **Discorso di Sua Santità Benedetto XVI**

GLI ASPETTI PASTORALI DELLA CURA
DELLE MALATTIE INFETTIVE



PROLUSIONE

- 10 **Le malattie infettive alla luce della Parola di Dio**
S.Em.za Card. Javier Lozano Barragán

PRIMA SESSIONE
LA REALTÀ

- 15 **1. Storia delle cure per le malattie infettive**
Dott. Antonio Carreras Panchón
- 21 **2. Principali malattie infettive oggi**
- 21 **2.1 Malattie emergenti rare e malattie riemergenti**
Dott. Nicola Petrosillo
- 24 **2.2 Malattie infettive e globalizzazione**
Dott. Mario C. Raviglione
- 31 **3. Origine delle malattie infettive oggi**
- 31 **3.1 Origine delle malattie infettive oggi e comportamento umano**
Prof. Pedro A. Reyes López
- 35 **3.2 Migrazioni umane e malattie infettive**
Dott. Riccardo Colasanti
- 38 **3.3 Origine delle malattie infettive oggi: cambiamenti tecnologici e industriali, modifiche e adattamenti micobici**
P. Jacques Simporé, M.I.

- 43 **3.4 Determinanti politici e sociali delle malattie infettive: guerra e terrorismo**
Dott. Giuseppe Ippolito
- 47 **3.5 Salute e ambiente: impatto delle malattie trasmissibili**
Dott. Fernando Antezana Aranibar

SECONDA SESSIONE
CHE PENSARE?

- 51 **1. La rivelazione**
- 51 **1.1 Le malattie infettive nella sacra scrittura**
P. Augustinus Giano, S.I.
- 56 **1.2 Le malattie infettive e i Padri della Chiesa**
Prof. Gabriele Marasco
- 66 **1.3 Le malattie infettive nella storia della Chiesa**
P. Fidel González Fernández, M.C.C.J.
- 82 **2. Riflessione sulla rivelazione**
- 82 **2.1 Fede, carità e malattie infettive**
P. Wojciech Giertych, O.P.



- 88 **2.2 Le testimonianze dei santi che si sono dedicati alla cura dei malati contagiosi**
P. Pascual Piles Ferrando, O.H.
- 92 **2.3 Epidemie, paure collettive e speranza cristiana**
Mons. Tony Anatrella
- 98 **2.4 Responsabilità cristiana e malattie infettive**
Mons. Ignacio Carrasco de Paula

- 102 **3. Dialogo interreligioso sulle malattie infettive**
3.1 Malattie infettive: prospettiva ebraica
Prof. Abramo Alberto Piattelli
- 104 **3.2 Il punto di vista dell'Islam**
P. Justo Lacunza Balda
- 106 **3.3 Il punto di vista dell'induismo**
Prof. R.K. Mutatkar
- 108 **3.4 Il Buddismo e gli aspetti pastorali relativi alla cura delle malattie infettive**
Dott. Masahiro Tanaka
- 110 **3.5 Il punto di vista della postmodernità**
P. Ján Ďačok, S.J.
- TERZA SESSIONE**
COSA FARE?
- 112 **1. Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista psicologico culturale**
- 112 **1.1 La cura delle malattie infettive in un mondo globalizzato.**
La salute è al corpo come la grazia all'anima
S.E. Mons. Marcelo Sánchez Sorondo
- 117 **1.2 L'educazione nella fede**
S.E. Mons. Francisco Robles Ortega
- 120 **1.3 Aspetti pastorali: il trattamento delle malattie infettive e i mezzi di comunicazione di massa**
S.E. Mons. John Patrick Foley
- 122 **1.4 La società e le malattie infettive**
Prof. Gustavo Kourí
Prof. José l. Pelegrino
Prof.ssa María G. Guzmán
- 126 **2. Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista biomedico**
- 126 **2.1 Gli aspetti pastorali del trattamento delle malattie infettive dal punto di vista biomedico, della ricerca, del settore farmaceutico, della prevenzione**
Dott. Alastair Benbow
- 130 **2.2 Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista biomedico: cura, accompagnamento**
P. Fiorenzo Priuli, O.H.

- 133 **3. La pastorale delle malattie infettive dal punto di vista politico-sociale**
S.E. Mons. Silvano Tomasi

- 137 **4. Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista della persona**

- 137 **4.1 Il malato, la famiglia e il personale sanitario**
Suor Evelyne Franc

**sabato
25
novembre**

- 141 **4.2 L'azione pastorale della diocesi e della parrocchia di fronte alle malattie infettive**

S.E. Mons. Emilio Carlos Berlié Belaunzarán

- 150 **4.3 Gli aspetti pastorali del trattamento delle malattie infettive: gli ordini religiosi**
P. Anthony Frank Monks, M.I.

- 155 **4.4 Le associazioni e gli aspetti pastorali del trattamento delle malattie infettive**
Sig. Francis Sullivan

- 158 **4.5 Pastorale delle malattie infettive e i volontari**
On. Maria Pia Garavaglia

- 161 **4.6 La vita liturgica e la Pastorale delle malattie infettive**
P. Juan Javier Flores Arcas, O.S.B.

- 165 **4.7 Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista personale: preghiera**
P. Armando Aufiero

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
 La Biblioteca Casanatense
 a cura di Angela Adriana Cavarra
 1993 - Nardini Editore, Firenze*

INDIRIZZO D'OMAGGIO AL SANTO PADRE

Beatissimo Padre,
La salutiamo pieni di gioia e di gratitudine.
Sono qui presenti 500 persone provenienti da 64 Paesi.

In seguito all'approvazione concessa da Vostra Santità del tema di questa XXI Conferenza Internazionale, durante questi giorni stiamo studiando gli aspetti pastorali della cura delle malattie infettive.

Siamo partiti da tanti esempi che ci hanno illustrato il particolare, esempi che ancora in tempi recenti tocchiamo con le nostre mani, di santi e di eroi, che sono perfino morti nel servizio pastorale nella cura dei malati infetti, come apice della carità fraterna. Ricordiamo, tra i tanti, il Beato Damian de Veuster e, ai nostri giorni, il medico San Riccardo Pampuri ed il Dottor Carlo Urbani.

Stiamo approfondendo lo studio del tema suddividendolo in tre parti: Realtà, Luce, Azioni. Il nostro scopo è quello di trovare la luce della Parola di Dio che ci conduca ad un'azione pastorale più decisa ed efficace in questi nostri giorni di globalizzazione, nel senso più rigoroso della parola. Le malattie infettive, tanto quelle nuove o emergenti,

come quelle del passato che pensavamo superate, oggi rientrano con maggiore forza ed immunità per lo sviluppo di nuovi ceppi resistenti agli antibiotici; la comunicazione umana e la cura delle malattie a essa collegate ci presentano grandi ed urgenti sfide pastorali.

I partecipanti alla Conferenza Internazionale: scienziati, teologi e specialisti nella pastorale, giunti da diverse parti del mondo per studiare il problema e per suggerire un'azione pastorale efficace per la cura dei malati affetti da queste infermità, sono qui riuniti, Santo Padre, per ascoltare il Suo massimo orientamento pastorale, così da avere rinnovate vie di lavoro nel campo così vasto della Pastorale della Salute.

La ringraziamo vivamente, Beatissimo Padre, per averci ricevuto e ci disponiamo umilmente e devotamente ad ascoltare ed a mettere in pratica nel Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari la Sua illuminata Parola.

S. Em. Card. JAVIER LOZANO BARRAGÁN
*Presidente del Pontificio Consiglio
 per gli Operatori Sanitari
 Santa Sede*



DISCORSO DI SUA SANTITÀ BENEDETTO XVI

La prossimità al malato colpito da malattie infettive: è questo un obiettivo cui la Comunità ecclesiale deve sempre tendere

Cari fratelli e sorelle,

sono lieto di incontrarvi in occasione della Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Rivolgo a ciascuno il mio cordiale saluto, e in primo luogo al Cardinale Javier Lozano Barragán, che ringrazio per le cortesi parole. La scelta del tema *Gli aspetti pastorali della cura delle malattie infettive* offre l'opportunità di riflettere, da vari punti di vista, su patologie infettive che hanno accompagnato da sempre il cammino dell'umanità. Impressionante è il numero e la varietà dei modi con cui esse minacciano, spesso mortalmente, la vita umana anche in questo nostro tempo. Termini quali lebbra, peste, tubercolosi, AIDS, Ebola evocano drammatici scenari di dolore e di paura. Dolore per le vittime e per i loro cari, spesso schiacciati da un senso d'impotenza di fronte alla gravità inesorabile del male; paura per la popolazione in generale e per quanti, a motivo della professione o di scelte volontarie, avvicinano questi malati.

La persistenza delle malattie infettive che, nonostante i benefici effetti della prevenzione posta in essere sulla base del progresso della scienza, della tecnologia medica e delle politiche sociali, continuano a mietere numerose vittime, mette in risalto i limiti inevitabili della condizione umana. L'impegno umano, però, non deve mai arrendersi nel cercare mezzi e modalità d'intervento più efficaci per combattere questi mali e per ridurre i disagi di quanti ne sono vittime. Schiere di uomini e donne hanno, in passato, messo a disposizione di malati con patologie ripugnanti le loro competenze e la loro carica di umana generosità. Nell'ambito della Comunità cristiana numerose "sono state le persone consacrate che hanno sacrificato la loro vita nel servizio alle vittime di malattie contagiose, mostrando che la dedizione fino all'eroismo appartiene all'indole profetica della vita consacrata" (Esort. ap. postsin. *Vita consecrata*, 83). A così lo-devoli iniziative e a così generosi gesti di amore si contrappongono tuttavia non poche ingiustizie. Come dimenticare i tanti malati infettivi costretti a

vivere segregati, e talora segnati da uno stigma che li umilia? Tali deprecabili situazioni appaiono con maggiore gravità nella disparità delle condizioni sociali ed economiche tra il Nord e il Sud del mondo. Ad esse è importante rispondere con interventi concreti, che favoriscano la prossimità all'ammalato, rendano più viva l'evangelizzazione della cultura e propongano motivi ispiratori dei programmi economici e politici dei governi.

In primo luogo, la *prossimità al malato* colpito da malattie infettive: è questo un obiettivo a cui la Comunità ecclesiale deve sempre tendere. L'esempio del Cristo che, rompendo con le prescrizioni del tempo, non solo si lasciava avvicinare dai lebbrosi ma li ristabiliva nella salute e nella loro dignità di persone, ha "contagiato" molti suoi discepoli lungo gli oltre duemila anni di storia cristiana. Il bacio al lebbroso di Francesco d'Assisi ha trovato imitatori non solo in personaggi eroici come il beato Damiano De Veuster, morto nell'isola di



Molokai mentre assisteva i lebbrosi, o come la beata Teresa di Calcutta, oppure le religiose italiane uccise qualche anno fa dal virus dell’Ebola, ma pure in tanti promotori di iniziative a favore dei malati infettivi, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Questa ricca tradizione della Chiesa cattolica va tenuta viva perché, attraverso l’esercizio della carità verso chi soffre, siano resi visibili i valori ispirati ad autentica umanità e al Vangelo: la dignità della persona, la misericordia, l’identificazione di Cristo al malato. Ogni intervento resta insufficiente, se in esso non si rende percepibile l’amore per l’uomo, un amore che si nutre dell’incontro con Cristo.

All’insostituibile prossimità nei confronti del malato va unita *l’evangelizzazione dell’ambiente culturale* in cui viviamo. Tra i pregiudizi che ostacolano o limitano un aiuto efficace alle vittime di malattie infettive c’è l’atteggiamento di indifferenza e persino di esclusione e rigetto nei loro confronti, che emerge a volte nella società del benessere. Questo atteggiamento è favorito anche dall’immagine veicolata attraverso i *media* di uomo e donna preoccupati prevalentemente della bellezza fisica, della salute e della vitalità biologica. È una pericolosa tendenza culturale che porta a porre se stessi al centro, a chiudersi nel proprio piccolo mondo, a rifuggire dall’impegnarsi nel servire chi è nel bisogno. Il venerato mio predecessore Giovanni Paolo II, nella Lettera apostolica *Salvifici doloris*, auspica piuttosto che la sofferenza aiuti a “sprigionare nell’uomo l’amore, quel dono disinteressato del proprio ‘io’ in favore degli altri uomini, degli uomini sofferenti”. Ed aggiunge: “Il mondo dell’umana sofferenza invoca, per così dire, senza sosta un altro mondo: quello dell’amore

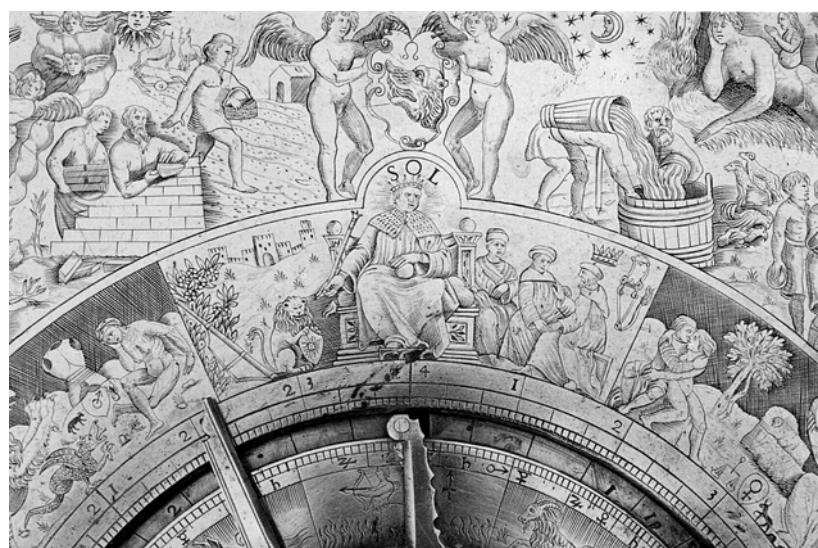
umano; e quest’amore disinteressato che si desta nel suo cuore e nelle sue opere, l’uomo lo deve, in un certo senso, alla sofferenza” (n. 29). Occorre allora una pastorale capace di sostenere i malati nell’affrontare la sofferenza, aiutandoli a trasformare la propria condizione in un momento di grazia per sé e per gli altri, attraverso una viva partecipazione al mistero di Cristo.

Infine, vorrei ribadire quanto sia importante la *collaborazione con le varie istanze pubbliche*, perché sia attuata la giustizia sociale in un delicato settore come quello della cura e dell’assistenza ai malati infettivi. Vorrei accennare, ad esempio, alla equa distribuzione delle risorse per la ricerca e la terapia, come pure alla promozione di condizioni di vita che frenino l’insorgere e l’espandersi delle malattie infettive. In questo come in altri ambiti, alla Chiesa incombe il compito “mediato” di “contribuire alla purificazione della ragione e al risveglio delle forze morali, senza le quali non vengono costruite strutture giuste, né queste possono essere operative a lungo”. Mentre “il compito immediato di operare per un giusto ordine nella società è proprio dei fedeli laici... chiamati a partecipare in prima persona alla vita pubblica” (Enc. *Deus caritas est*, 29).

Grazie, cari amici, per l’impegno che ponete al servizio di una causa in cui trova la sua attualizzazione l’opera sanante e salvatrice di Gesù, divino Samaritano delle anime e dei corpi. Augurandovi una felice conclusione dei vostri lavori, imparo di cuore a voi e ai vostri cari una speciale Benedizione Apostolica.

Venerdì, 24 novembre 2006

BENEDETTO XVI



Gli aspetti pastorali della cura delle malattie infettive



giovedì
23
novembre

PROLUSIONE

JAVIER LOZANO BARRAGÁN

Le malattie infettive alla luce della Parola di Dio

Il tema della XXI Conferenza Internazionale è: *Gli aspetti pastorali della cura delle malattie infettive*. È un argomento di attualità e di grande interesse per la Chiesa. Le persone colpite dal virus dell’Ebola, dalla SARS, dall’HIV o dall’influenza aviaria, che si trovano in una situazione di debolezza, qualunque sia la pericolosità della loro infezione, vanno curate, assistite e accompagnate spiritualmente e pastoralmente nei Centri appartenenti alle diverse Diocesi, Ordini, e Congregazioni religiose della Chiesa cattolica.

In questa Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, ci impegnereemo ad approfondire questo compito che si realizza così efficacemente, per trovare nuova luce nel Vangelo e migliorare, così, la nostra azione.

Come d’abitudine nelle nostre Conferenze, dopo un’introduzione alla luce della Parola di Dio, consideriamo la realtà del problema che studiamo, la sua illuminazione e le guide pratiche di azione. Mi permetto di delineare l’introduzione in questo stesso movimento di tutta la Conferenza: cioè, farò un riferimento alla realtà delle malattie infettive nel mondo d’oggi; cercherò di riflettere sulla profonda solidarietà che si trova alla base di tutto il Messaggio evangelico e le malattie infettive e suggerirò alcune linee d’azione. Si tratta, dunque, di un primo approccio, che in seguito sarà sviluppato adeguata-

mente nelle tre parti della nostra Conferenza dai qualificati Relatori, che ci onorano con la loro partecipazione.

I. REALTÀ: PROBLEMATICA ODIERNA DELLE MALATTIE EMERGENTI

Le malattie infettive erano ritenute, sino a pochi anni fa, un problema del passato, ma la recente comparsa dell’AIDS, la ripresa epidemiologica della tubercolosi, l’espansione di malattie batteriche inconsuete ed il propagarsi di nuove infezioni virali, costituiscono serie minacce per la sanità pubblica mondiale.

Per malattia infettiva s’intende una patologia dovuta al contagio dell’organismo umano da parte di microrganismi: batteri, virus, miceti, parassiti ecc., con conseguente sviluppo di sintomi caratteristici di quella specifica malattia.

Da tutti i tempi, grandi epidemie e pandemie provocate da agenti patogeni hanno devastato il mondo: peste, lebbra, vaiolo, malaria, meningite, colera, sifilide, gonorrea, tubercolosi, poliomielite... La medicina sperava, dopo la scoperta degli antibiotici, di poter un giorno sradicare tutte le malattie infettive. Ma le recenti sconfitte, come la minaccia di nuovi agenti patogeni, il ritorno di vecchi nemici e lo sviluppo di ceppi resistenti agli antibiotici, ci ricordano che non dobbiamo mai abbassare la guardia.

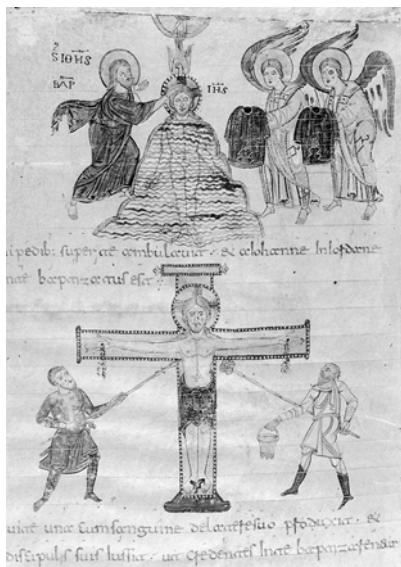
Saggezza vuole che, nella guerra contro i germi, non si possa mai riposare sugli allori. Infatti, in questi ultimi anni, sono comparse numerose malattie, come l’AIDS alla fine del XX secolo, che è diventata oggi una pandemia con 40 milioni di persone infettate nel mondo ed ultimamente abbiamo avuto la comparsa della SARS, del virus Ebola, dell’influenza aviaria.

I microrganismi sono dovunque. Vivono negli organismi animali e vegetali, nel terreno e nell’acqua, sono trasportati dalle correnti d’aria. Sopravvivono in assenza di ossigeno e di luce solare. Formano fitte colonie su ogni tipo di superficie artificiale e hanno un ciclo vitale che permette loro di avere un ciclo riproduttivo ed un metabolismo specifico.

1. Trasmissione

La trasmissione di una malattia infettiva richiede il passaggio di un agente infettante da una sorgente di infezione ad uno o più individui ricettivi, cioè in grado di contrarre l’infezione. Questo passaggio avviene con modalità che possono essere differenti a seconda del tipo di microrganismo e della sua diffusione ambientale. Si può quindi descrivere la cosiddetta catena del contagio. *Sorgente o fonte di infezione*, nel caso specifico rappresenta l’origine dell’infezione che ha consentito la trasmissione del microrganismo dal serbatoio di in-

fezione ad un soggetto ricettivo. *Serbatoio di infezione*, è costituito dall'organismo, animale o vegetale, o dall'ambiente nel quale il microrganismo abitualmente vive e si moltiplica. *Via di eliminazione*, rappresenta la via attraverso la quale un organismo infetto elimina i microrganismi. I microrganismi vengono solitamente eliminati attraverso secrezioni ed escrezioni. Intestinale: malattie a trasmissione oro-fecale (di germi acquisiti per via digerente mediante acqua o cibi contaminati ed eliminati tramite le feci). Respiratoria: malattie a trasmissione aerea. La trasmissione avviene tramite microscopiche goccioline di saliva emesse da un portatore tramite tosse e starnuti o anche tramite la fonazione. Genito-urinaria: malattie a trasmissione sessuale. Transcutanea: malattie a trasmissione parenterale. La cute integra rappresenta un'ottima barriera contro i microrganismi, ma sono sufficienti lesioni anche minime perché i germi riescano a penetrare.



2. Vie di trasmissione

Le principali forme del propagarsi di queste e di altre malattie infettive avvengono attraverso cinque vie. La prima è a causa di infezioni di origine alimentare: notiamo che l'industrializzazione della catena alimentare fornisce ai patogeni nuove occasioni per incontrare facilmente il loro ospite umano. Questo si deve a diverse cause, tra

le quali individuiamo: l'allevamento intensivo di pesci (salmoni), di polli, di conigli; il trasporto di alimenti per il mondo con probabilità di interruzioni nella catena del freddo e possibilità di contaminazione (Batterie: Listeria, Yersinia...); la preparazione industriale di alimenti come la carne.

La seconda via è per le infezioni respiratorie legate ai dispositivi di condizionamento dell'aria o dell'acqua. Così è l'infezione del batterio Legionella pneumofila, causata dai batteri che crescono nei circuiti idrici, nei frigoriferi, negli apparecchi dell'aria condizionata...

La terza è per le infezioni legate ai viaggi in ambienti diversi dal proprio: malattie diarreiche ed emorragiche, malaria, febbre gialla...

La quarta è per infezioni legate alle modificazioni dell'ambiente: con la deforestazione l'uomo può entrare in contatto con i germi patogeni.

La quinta è per infezioni legate alle nuove tecniche mediche: le infezioni nosocomiali. Certi strumenti usati in medicina sono capaci di trasmettere germi patogeni: catetere, sonde urinarie... In ambiente ospedaliero ci sono sempre rischi di infezione da HIV e di epatite.

3. Situazione odierna ed epidemiologia delle malattie infettive

Le malattie infettive sono numerosissime e coinvolgono i più diversi organi ed apparati, dando origine alle più svariate espressioni cliniche: malattie respiratorie, esantematiche, gastroenteriti, neuropatie ed altre in cui esse fungono da elemento catalizzante, patologie di tipo autoimmune e cancri. In questo contesto, alcune forme infettive possono sembrare insignificanti al cospetto dell'AIDS; tuttavia, in determinati contesti epidemiologici, molte di esse hanno o hanno avuto una valenza assai importante: ad esempio, le diarree infettive nei paesi in via di sviluppo, le epatiti virali, la malaria, il vaiolo, la lebbra, l'influenza, la tubercolosi...

Per molto tempo le malattie infettive, come la peste nera, la sif-

lide, il colera, la tubercolosi, il vaiolo, la difterite, l'influenza spagnola, la scarlattina, la malaria, la febbre gialla, il tifo, il morbillo rappresentavano le prime cause di mortalità nel mondo. Nel 1798, Edward Jenner scoprì il vaccino contro il vaiolo. Nel 1870, Louis Pasteur scoprì il primo microbo, responsabile di una malattia infettiva – la malattia del baco da seta – e così mise fine alla teoria della generazione spontanea, pubblicando, nel 1878, *La teoria dei germi*. Nel 1880 Louis Pasteur elaborò il vaccino contro il colera dei polli. Nel 1882, Robert Koch scoprì il bacillo della tubercolosi. Nel 1885 Louis Pasteur mise a punto il vaccino contro la rabbia. Nel 1923 Gaston Ramon scoprì l'anatossina tetanica e difterica. Nel 1921 Albert Calmette e Camille Guérin scoprirono il BCG (vaccino contro la tubercolosi). Nel 1929 Alexander Fleming scoprì la penicillina e le sue proprietà battericide, aprendo la via alla terapia delle malattie infettive tramite gli antibiotici.

4. Anni di illusione

Tra il 1940 e il 1970 siamo nel periodo che possiamo definire, nel campo delle malattie infettive, **anni di illusione**. La penicillina è stata usata per la prima volta nel 1941 per curare un paziente colpito da una setticemia da stafilococco. Dopo di che, altre famiglie di penicilline sono state scoperte. Quindi, in tale periodo, nei Paesi occidentali, grazie all'utilizzo degli antibiotici, abbiamo avuto una riduzione drastica della mortalità. È stato nel medesimo periodo che sono stati scoperti i vaccini contro la pertosse, la poliomielite, il morbillo, gli orecchioni, la varicella. Nel 1967, l'OMS lanciava la campagna internazionale per debellare il vaiolo, che colpiva ogni anno 15 milioni di persone e ne uccideva 2 milioni. Certamente in quel periodo sono stati realizzati progressi spettacolari nei campi della microbiologia, dell'immunologia, della biologia molecolare, dell'ingegneria genetica, favorendo la diagnostica, lo studio e la ricerca di nuovi farmaci e vaccini contro questi agenti patogeni infettivi.

5. Anni di disillusione

Ma, dal 1970 fino ad oggi, possiamo dire che abbiamo avuto anni di **scetticismo e di disillusione**. Infatti, i microbi sviluppano delle resistenze. A causa dell'uso non controllato di antibiotici e di antivirali, i batteri ed i virus patogeni diventano resistenti, anzi multiresistenti, per via del fenomeno di selezione di mutazioni o di trasfert di geni di resistenza. Appare l'emergenza e la riemergenza delle malattie infettive. Tra le malattie emergenti abbiamo: virus Ebola, legionella, HIV, HCV e HBV (epatite C e epatite B), SARS... Tornano numerose malattie riemergenti, in forme più virulente, insieme ai microrganismi multiresistenti ai farmaci. L'esempio tipico è la tubercolosi, che era stata sconfitta nel passato e che è tornata, insieme all'AIDS, a colpire numerose persone con depressione immunitaria grave.

6. Morte

Le malattie infettive sono responsabili del 43% dei decessi nei Paesi in via di sviluppo contro l'1% nei Paesi industriali. Bisogna aggiungere che il 15% dei tumori è di origine infettiva. Per esempio: i tumori del fegato possono essere provocati da HBV e HCV; quello della pelle dall'HHV-8 (virus dell'herpes); quello del collo dell'utero dal papillomavirus; quello nasofaringeo dal virus EBV (Epstein-Barr Virus); quello dello stomaco dal batterio helicobacter pylori. Tuttavia, il 90% dei decessi causati dalle malattie infettive nel mondo è provocato solo da sei gruppi di agenti infettivi.

Si riporta che le sei principali malattie infettive che affliggono oggi il mondo, ed il numero di persone morte annualmente sono: AIDS/HIV, 3,1 milioni nel 2004. Malattie respiratorie acute batteriche, 3 milioni/anno. Malattie diarrhoeiche (rotavirus, adenovirus, shigellosi, Escherichia coli, colera, febbre tifoide), 2,5 milioni/anno. Tubercolosi, circa 2 milioni/anno. Malaria, più di un milione di morti/anno. Morbillo, 750.000 morti/anno. Totale decessi/anno: 12.350.000 morti/anno.

La problematiche più importanti che per il momento troviamo nelle cure delle malattie infettive sono la somministrazione di effettivi test diagnostici, la mutazione e le resistenze ai farmaci, il bisogno di nuovi farmaci e vaccini e la difficoltà di trovare fondi e personale per la cura.

do! Sarà immondo finché avrà la piaga; è immondo, se ne starà solo, abiterà fuori dell'accampamento” (13, 9-11; 45-46).

Abbiamo due elementi da evidenziare: immondezza ed emarginazione. Per l'immondezza era vietato toccare il lebbroso, e per l'emarginazione gli si proibiva di abitare insieme al popolo.

II. CRISTO E LA CURA DEI MALATI INFETTI

Nelle considerazioni precedenti abbiamo indicato alcuni aspetti scientifici riguardo la realtà attuale delle malattie infettive. Ma il nostro scopo, presupponendo le considerazioni scientifiche e la realtà stessa, si colloca oltre quanto sopra descritto. Ci interroghiamo, infatti, sugli aspetti pastorali nella cura di questi malati.

1. La Parola di Dio

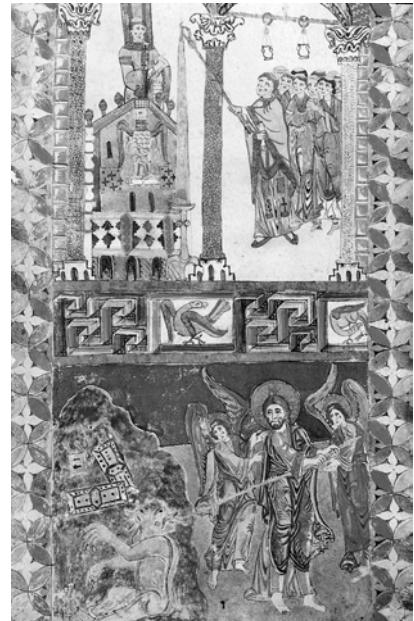
L'illuminazione sulle malattie infettive tramite la Parola di Dio sarebbe quasi la stessa di quella per qualsiasi altra malattia. Sarebbe la riflessione spesso offerta sulla sofferenza ed il dolore. Ma in questo caso, per entrare un po' di più nello specifico, occorre esaminare il modo in cui Cristo si è comportato di fronte a queste malattie infettive quando le ha curate.

Si evidenziano in questo campo le guarigioni dei lebbrosi.

Per capire come agisce Cristo quando guarisce i lebbrosi, occorre dare una occhiata alla concezione culturale che circondava questa malattia al suo tempo e che proviene dalla legislazione di Mosè nell'Antico Testamento.

Ci si permetta una citazione dal libro del Levitico, al Capitolo 13:

“Quando uno avrà addosso una piaga di lebbra, sarà condotto al sacerdote, ed egli lo esaminerà; se vedrà che sulla pelle c'è un tumore bianco, che questo tumore ha fatto imbiancare il pelo e che nel tumore si trova carne viva, è lebbra inveterata nella pelle del corpo e il sacerdote lo dichiarerà immondo [...] Il lebbroso colpito dalla lebbra porterà vesti strappate e il capo scoperto, si coprirà la barba e andrà gridando: Immondo! Immon-



Passiamo adesso ai Vangeli e vediamo le modalità di Cristo per la guarigione di questi malati. Abbiamo racconti nei tre Sinottici di Matteo, Marco e Luca:

Matteo

“Quando Gesù fu sceso dal monte, molta folla lo seguiva. Ed ecco venire un lebbroso e prostrarsi a lui dicendo: «Signore, se vuoi, tu puoi sanarmi». E Gesù stese la mano e lo toccò dicendo: «Lo voglio, sii sanato». E subito la sua lebbra scomparve. Poi Gesù gli disse: «Guardati dal dirlo a qualcuno, ma va' a mostrarti al sacerdote e presenta l'offerta prescritta da Mosè, e ciò serva come testimonianza per loro»” (Mt 8,1-4).

Marco

“Allora venne a lui un lebbroso: lo supplicava in ginocchio e gli diceva: «Se vuoi, puoi guarirmi!». Mosso a compassione, stese la mano, lo toccò e gli disse: «Lo voglio, guarisci!». Subito la lebbra scomparve ed egli guarì. E, ammonendolo severamente, lo rimandò e gli

disse: «Guarda di non dir niente a nessuno, ma va', presentati al sacerdote, e offri per la tua purificazione quello che Mosè ha ordinato, a testimonianza per loro»" (Mc 40-44).

Luca

“Un giorno Gesù si trovava in una città e un uomo coperto di lebbra lo vide e gli si gettò ai piedi pregandolo: «Signore, se vuoi, puoi sanarmi». Gesù stese la mano e lo toccò dicendo: «Lo voglio, sii risanato!». E subito la lebbra scomparve da lui. Gli ingiunse di non dirlo a nessuno: «Va', mostrati al sacerdote e fa' l'offerta per la tua purificazione, come ha ordinato Mosè, perché serva di testimonianza per essi»... Durante il viaggio verso Gerusalemme, Gesù attraversò la Samaria e la Galilea. Entrando in un villaggio, gli vennero incontro dieci lebbrosi i quali, fermatisi a distanza, alzarono la voce, dicendo: «Gesù maestro, abbi pietà di noi!». Appena li vide, Gesù disse: «Andate a presentarvi ai sacerdoti». E mentre essi andavano, furono sani. Uno di loro, vedendosi guarito, tornò indietro lodando Dio a gran voce; e si gettò ai piedi di Gesù per ringraziarlo. Era un Samaritano. Ma Gesù osservò: «Non sono stati guariti tutti e dieci? E gli altri nove dove sono? Non si è trovato chi tornasse a render gloria a Dio, all'infuori di questo straniero?». E gli disse: «Alzati e va'; la tua fede ti ha salvato!»" (Lc 5,12-14; 17, 11-19).

2. Estendere e toccare

Nel compimento delle leggi e delle prescrizioni mosaiche, i lebbrosi che incontrano Cristo si fermano “a distanza”, si sentono impuri, fuori dalla convivenza umana; chi li tocca rimarrà anch'egli impuro. Il Signore li guarisce e manifesta la propria volontà salvifica con le parole e con due segni molto ricchi di significato: stende le mani e li tocca. Cristo non soltanto accetta di avvicinarsi ai lebbrosi, ma stende la propria mano, li riceve e li tocca. Cristo si identifica con il lebbroso, si fa pienamente solidale con lui. Distrugge l'immondezza e l'emarginazione, rende manifesta la sua piena solidarietà.

3. La solidarietà

Mi sembra che qui possiamo trovare una chiave speciale per considerare il trattamento pastorale ai malati infetti: la solidarietà.

Oggi si parla spesso di solidarietà, tanto da sembrare che si tratti di un concetto laico o, al limite, di una virtù della quale Cristo ci ha dato esempio. Ma, se guardiamo più profondamente questa solidarietà che si esprime nelle suddette guarigioni, troviamo qualcosa di diverso. Questa maniera di agire che il Signore ha nei confronti dei malati infetti non è casuale, ma deriva dalla stessa vita divina che è venuto a darci; sta nel cuore della Redenzione. La solidarietà vera e profonda è la partecipazione della vita divina che Cristo ci dà con la Redenzione.

Nella guarigione dei lebbrosi Cristo fa emergere questa solidarietà come sorgente di vita: vita divina, della quale si partecipa già nella guarigione fisica dei malati.

4. Solidarietà e Vita divina

Entrando nell'intimità di questa solidarietà, entriamo nell'intimità della vita divina e troviamo che si tratta di una solidarietà personale, cioè, che si tratta della Terza persona della Santissima Trinità: lo Spirito Santo.

Coincide, così, la solidarietà con l'autentica spiritualità: l'azione dello Spirito Santo, l'amore. Lo Spirito Santo è l'amore di Dio che si fa storia nella misericordia solidale del Padre Eterno che ci invia suo Figlio redentore attraverso la sua incarnazione pasquale.

Lo Spirito Santo è l'intercomunicazione trinitaria infinita nell'amore. La terza Persona della Santissima Trinità ci mostra la natura divina di Dio come Amore; un amore che è la totale donazione del Padre a suo Figlio e del Figlio a suo Padre, che, nella totale dedizione, fanno procedere da Loro la persona Amore, la persona Dono, che è lo Spirito Santo. Dunque, lo Spirito Santo significa l'infinito possesso personale individuale tanto del Padre come del Figlio in se stessi, possesso che lo rende in grado di potersi donare assolutamente. Qui si trova l'essenza della

solidarietà. Quando parliamo della solidarietà umana, questa è autentica soltanto quando si fa ad immagine di Dio. L'uomo diventa figlio di Dio soltanto attraverso la solidarietà, che significa ricevere in una donazione gratuita piena tutto quello che è, e donarlo anche senza misura a Dio ed agli altri.

Soltanto sotto questa luce si può capire il mistero della solidarietà redentrice: infatti, la donazione più grande che si possa pensare è proprio la donazione fino alla morte: “Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici” (Gv 15,13). Da questa donazione, fino alla morte, il Padre crea la solidarietà dell'umanità redenta. Conseguentemente, l'autentica solidarietà è quella alla quale non importa il rischio della perdita della vita fino al punto da poter dare la vita agli altri.

III. ALCUNE LINEE PASTORALI DI AZIONE NELLA LOTTA CONTRO LE MALATTIE INFETTIVE ED IL TRATTAMENTO AI MALATI INFETTI

Se, partendo da questa solidarietà, vogliamo allora riflettere sulle malattie infettive in generale, confluiremo nella pastoralità delle malattie infettive, così come Cristo si è fatto pastore di questi malati.

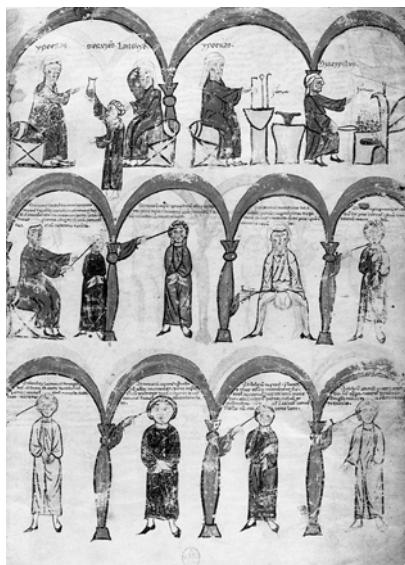
Dobbiamo partire da queste spiritualità e pastoralità per comprendere che cosa significhi, ai nostri tempi, ciò che ha fatto Cristo: stendere le mani e toccare i malati infetti. Certamente non significherà stoltamente rinunciare alle elementari regole dell'igiene, ma tutt'altro. È proprio mettendo l'igiene al primo posto che si arriva alla solidarietà verso i malati.

Indichiamo alcuni suggerimenti, a partire dalla solidarietà cristiana, che, senza dubbio, si spiegheranno meglio nella terza parte del nostro studio.

1. Ricerche

Nel campo della medicina in se stessa significa cambiare la motivazione secondo la quale si fanno le ricerche. Ordinariamente que-

ste si fanno secondo le leggi di mercato. Così si determina che cosa produrre e per chi produrre. In ultimo termine, quello che muove è il profitto. In questo campo ci imbattiamo nei medicinali “orfani”, cioè quelli che non si producono più per combattere le malattie, non perché non siano necessari, ma perché servono a gente povera del Terzo Mondo, che non può pagare così tanto da lasciare una somma accettabile di guadagno. D'altra parte, non si deve trascurare che, data la globalizzazione del mondo, le malattie infettive che prima si potevano pensare esclusive del Terzo Mondo, oggi si possono trovare ovunque, giacchè i microbi ed i virus non hanno frontiere.



2. Ecologia

Questa solidarietà dovrà anche portarci a vincere l'egoismo nello sfruttamento dell'ambiente; l'inquinamento atmosferico, specialmente quello idrico, favorisce chiaramente il propagarsi delle malattie infettive. Si deve arrivare ad avere speciale cura dei rifiuti che, non bene distrutti o riciclati, infestano tanto il suolo come l'acqua. Dobbiamo cercare di evitare quel genere d'agricoltura e d'allevamento di animali che, gestiti con queste acque o in questi suoli, propagano le malattie infettive.

È stato dimostrato che la deforestazione è un altro fattore che influenza nella diffusione delle ma-

lattie infettive. Una linea d'azione sarebbe, dunque, un impegno diretto a preservare l'ambiente sul quale influisce fortemente la presenza forestale. La deforestazione, tante volte effettuata soltanto per il profitto economico di pochi, è chiaro quanto sia contraria alla solidarietà, anche sul profilo della lotta contro le malattie infettive.

3. Industrializzazione

S'impone anche la revisione dell'industrializzazione della catena alimentare, dell'allevamento intensivo, degli alimenti transgenici, dell'interruzione caldo-freddo nel trasporto degli alimenti. Non parliamo della soppressione di queste tecniche, che sono più capaci oggi, che nelle epoche passate, di sfamare tanta gente, ma esaminare le procedure, con il pensiero che il principale scopo di produzione non sia il guadagno, ma soprattutto la salute e l'adempimento dei bisogni della popolazione.

4. Igiene

La solidarietà ci impone di osservare con molta cura tutte le regole igieniche e la pulizia dovute negli ambienti domestici, pubblici e di lavoro.

Si impone, così, la corretta procedura sanitaria da parte dei malati infetti, in maniera che questi evitino di propagare l'infezione. Il controllo sanitario internazionale deve essere ben curato, tanto da chi viaggia come da parte delle autorità migratorie.

È vero che i professionali della salute e tutti coloro che curano i malati infetti devono prendere le precauzioni adatte ma, da una parte, queste precauzioni non devono arrivare fino a negare l'aiuto loro dovuto, o a prestare il soccorso necessario, esternando quella ripugnanza o paura che, invece di aiutare il malato lo fanno ammalare ancora di più. In questo campo, la stessa solidarietà impone un rigido controllo dell'ambiente ospedaliero, sia dell'adeguata pulizia dei luoghi di degenza, sia degli strumenti chirurgici e non chirurgici.

5. Corsi

In questa direzione, occorre programmare corsi di relazione e di aiuto per volontari e per agenti pastorali che operano negli ospedali e nelle case di cura, ed incontri di formazione di pastorale sanitaria e di etica per cappellani, medici, infermieri degli ospedali e delle cliniche.

6. Assistenza

Nella pratica, si deve promuovere l'assistenza a questo tipo di malati ed ai loro familiari. Questa assistenza significa, nella Pastorale della salute, in primo luogo provvedere loro con i Sacramenti, specialmente il Sacramento della Riconciliazione, l'Eucaristia e il Sacramento dell'Unzione degli Infermi. Da questi Sacramenti scaturirà, sia per i malati come per tutti coloro che si prendono cura di essi, la forza solidale per curare nel modo migliore.

CONCLUSIONI

Ecco indicati alcuni cammini per profondere solidarietà, spiritualità ed amore nella cura dei malati. Così questa cura si spiritualizza, partendo ed essendo permeata dall'amore che suscita lo Spirito nei cuori dei credenti, e si fa pienamente pastorale sull'esempio di Cristo, il Pastore.

Questa è la radice di tante altre azioni pastorali che ci possono venire in mente, con un'immaginazione creativa per prestare maggiore aiuto ai malati.

L'accoglienza dei malati e l'identificazione con essi saranno i due pilastri per la guarigione dei malati infetti e per la lotta contro le malattie infettive. Così, la solidarietà cristiana sarà l'anima degli operatori sanitari e di tutti coloro che si impegnano nell'adempimento del comando evangelico: "Curate Infirmos".

S. Em. Card. JAVIER
LOZANO BARRAGÁN
*Presidente del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede*

Prima Sessione

La realtà

ANTONIO CARRERAS PANCHÓN

1. Storia delle cure per le malattie infettive

1. Un periodizzamento della storia della malattia

Le malattie trasmissibili sono state periodicamente la prima causa di morte tra la popolazione fino a tempi molto recenti. Di esse le cosiddette malattie epidemiche (peste, vaiolo, dissenteria, febbre gialla, colera, influenza, fondamentalmente) si sono presentate periodicamente tra la popolazione causando una mortalità rapida, molto elevata e senza che le istituzioni politiche (stati, comuni) fossero capaci di imporre altre misure preventive oltre all'isolamento e al collasso delle comunicazioni interpersonali e commerciali tra i popoli. La provvisorietà di queste misure e il loro smantellamento immediato, appena spariva l'epidemia, spiegano come fino alla metà del secolo XIX la lotta contro la malattia epidemica fosse quasi sempre inefficace. Fu nell'Ottocento, con le prime Conferenze Internazionali (Parigi, 1851) per dibattere il problema del colera, che si ottenne una coordinazione minimamente efficace per arrestare lo sviluppo di questi processi. I dibattiti tra i Paesi europei e il governo turco, con l'intenzione di regolare i pellegrinaggi alla Mecca, introducendo misure di vigilanza e di internamento dei probabili colpiti, mostrano fino a che punto gli interessi politici, le sensibilità religiose, e le idee epidemiologiche si intrecciarono nei decenni, fino a conseguire alcuni accordi che obbligassero in egual modo tutti i Paesi.

Ma se le epidemie sono, per la

loro rapidità ed elevata mortalità, le più drammatiche, non si può tuttavia ignorare che molte altre malattie trasmissibili endemicamente, diffuse in molte società, hanno conseguenze demografiche non meno significative. In effetti, ancora oggi, in molti Paesi, le malattie di trasmissione idrica, insieme alla malaria e alla tubercolosi, provocano una elevata mortalità infantile e sono responsabili a largo raggio di una morbilità tra la popolazione adulta che ha effetti molto duraturi sulla qualità di vita e sulla produttività economica. Inoltre, a largo raggio, contribuiscono a mantenere molto lontana la speranza di vita di quei Paesi che, con l'indipendenza del loro sistema di provvista sanitaria, hanno sviluppato una politica di attenzione alla popolazione e di imposizione delle misure igieniche pienamente adattata ai principi e alle esigenze della medicina preventiva come disciplina scientifica.

Il primo periodo delle grandi epidemie provocate dalle malattie infettive contagiose acute è il più dilatato nel tempo e occupa quasi la totalità dei tempi storici, dal secolo VI fino alla metà del secolo XIX. A loro volta, si distinguono in questo lungo periodo tre tappe.

1.1 Dal secolo VI al XVIII dominato dalla peste.

1.2 Dal XVIII agli inizi del XIX in cui la malattia con maggiore mortalità è il vaiolo.

1.3 Dal 1830 al 1890 i decenni del colera.

Il secondo periodo vede la diffu-

sione di malattie infettive contagiose croniche (1880-1950: tubercolosi, febbre tifoidea, malaria e difterite).

Il terzo periodo, dal 1950 a oggi è dominato dalle malattie non infettive e dall'HIV.

Lo schema corrisponde ai Paesi industrializzati dotati di sistema sanitario completo. Ovviamente, un grande numero di Paesi si trova ancora in un secondo periodo epidemiologico ancora più oscuro perché soffre, oltre che per le malattie infettive contagiose croniche tradizionali, anche per l'incidenza di diverse malattie emergenti.

Fino allo sviluppo di quella che Ackernetch chiamò la medicina di laboratorio, nel corso del secolo XIX, si ignorarono le cause e i meccanismi di trasmissione della maggioranza di queste malattie, fatto che condizionò l'efficacia delle misure adottate per combatterle. L'attenzione al malato è stata sempre condizionata dall'interpretazione che l'ambiente del paziente (medici, chirurghi, infermieri, familiari, ecclesiastici) ha fatto dell'origine della malattia e delle conseguenze che la sua vicinanza può avere per il personale responsabile delle cure.

2. Miasma/Infezione: Razionalizzazione della malattia ed esigenza etica

Si sa che in Grecia si formò una interpretazione tecnica della malattia che situava l'origine e l'evolu-

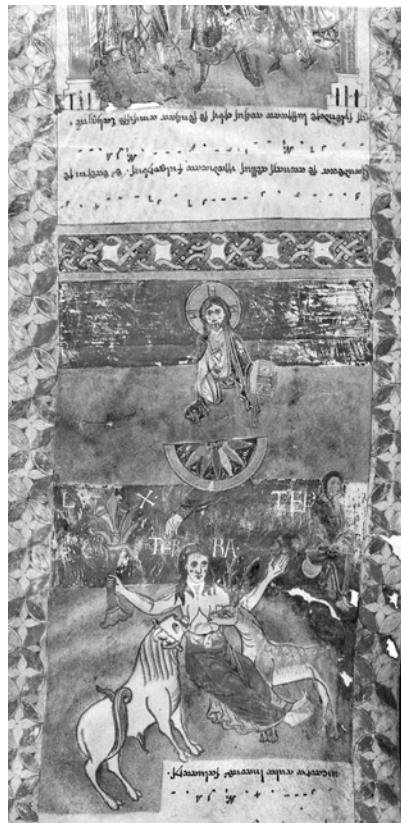
zione della malattia in fenomeni naturali lasciando da parte l'intervento delle forze misteriose che, per capriccio, castigo o vendetta, sottomettevano gli uomini al male di ogni tipo, inclusa certamente la malattia. Il testo ippocratico *Sulla malattia sacra* mette in chiaro in modo categorico questa nuova visione della malattia, che situa la medicina greca in un punto di vera svolta riguardo a questo argomento. Da questo momento – la data della redazione dello scritto è considerata dalla maggioranza dei filologi il V secolo a.C. – non sarà accettabile ricorrere all'azione degli dei o al malefico intervento degli stregoni o maghi per spiegare la causa delle malattie: "Riguardo alla malattia cha chiamano sacra – che come si sa si tratta dell'epilessia – accade ciò che segue: in niente mi sembra che sia qualcosa più divina né più sacra delle altre, ma che ha la sua natura propria, come le altre malattie, e da qui si origina (...).

E se è stimata sacra perché è meravigliosa, molto lo saranno le malattie sacre per questo motivo, che io indicherò altre che non risultano meno meravigliose, né mostruose di quelle che nessuno considera sacre".

L'aria svolse un ruolo fondamentale nelle teorie che si elaborarono per trovare una spiegazione naturalista al fenomeno sempre inquietante delle cosiddette malattie epidemiche, cioè quelle che colpivano tutta la popolazione e che si propagavano da un luogo all'altro con una elevata mortalità. Si trattava di malattie che, di fronte ad altre malattie dal corso più irregolare e capriccioso secondo la particolare costituzione di ogni individuo, erano dotate di caratteristiche molto più spersonalizzate e universali: a) erano maligne, cioè producevano un'elevata mortalità; b) erano popolari, cioè influenzavano una grande parte della popolazione; c) si propagavano da un luogo all'altro.

Per un'associazione naturale di idee, i greci pensarono che la trasmissione di queste malattie fosse analoga alla diffusione degli odori. L'aria era l'unico elemento che aveva la proprietà di poter propagarsi da un luogo all'altro e, inoltre, era un elemento che circondava tutta gli esseri vivi in egual mo-

do senza differenza di razza, di sesso, di età o di condizione sociale. L'aria alterata, alla quale si attribuiva l'origine di queste malattie, fu chiamata dai greci *miasma*, ricorrendo a una parola dotata inizialmente di un significato molto diverso da quello datogli qui.



Ma il processo di razionalizzazione, o se si vuole di secolarizzazione, non fu completo e mantenne sempre in ultimo l'interpretazione morale o trascendente della malattia. La voce latina *infectio*, l'azione di impregnare, con cui si tradusse il termine greco *miasma*, conservava anche un'origine religiosa, che lo sforzo naturalista dei medici non riuscì a superare completamente. A livello popolare si conservò una distinzione tra malattie con macchia (infettive) e il resto dei processi morbosi. Alcune connotazioni di colpevolizzazione avranno inevitabili conseguenze nel trattamento e nel modo di contemplare questi malati.

L'elaborazione di queste dottrine mostrava l'alto grado di competenza intellettuale della medicina greca. La riflessione sulla medicina come conoscenza tecnica

(un saper fare, informando sul perché si fanno le cose in un determinato modo) si era accompagnata a una riflessione sul corretto comportamento del medico nei confronti dei suoi malati e dei contemporanei in modo da essere meritevole di considerazione e rispetto. È ben certo che questa preoccupazione etica non era solo altruista, ma era mossa anche da sentimenti utilitaristi di ricerca di riconoscimento pubblico in un'attività che aveva necessità di stima e di rispetto. Il medico era prima di tutto un artigiano che viaggiava per le città e apriva lì, quando arrivava, la propria tenda di medico (iatreion) e doveva ottenere rapidamente la considerazione dei malati perché erano, per lui, anche i suoi clienti. La preoccupazione etica non era mai esente da questa preoccupazione di distinguersi dagli ignoranti, dai profani nell'arte di curare, in un comportamento che assicurasse a chi si avvicinava ai medici che essi non approfittavano della loro situazione. Il modello ippocratico di relazione medico-paziente si costruirà da due posizioni che sono inevitabilmente asimmetriche. Il malato sollecita un aiuto da una posizione di debolezza fisica e di vulnerabilità sociale, il medico offre la guarigione o almeno il sollievo da una conoscenza della natura della malattia, ma anche dalla sua posizione di salute. L'enfasi nei testi etici sulla convenienza che il medico abbia un'apparenza moderata, e un buon colore che traduca il suo buon stato di salute, si giustifica dalla necessità che gli ignoranti avvertono che la conoscenza della natura venga applicata prima di tutto per se stessi. In Grecia si inizia già questo tipo di relazione professionale che contrappone a una fiducia, una coscienza. All'avvicinamento indifeso di chi si trova in una situazione di vulnerabilità fisica e morale, la garanzia da parte di chi cura che il malato non subirà danni (primo principio etico: non danneggiare, ciò che la moderna bioetica ha tradotto nel principio *prima facie* di non malvagità) poi le esigenze del suo ufficio gli fanno anteporre a qualsiasi interesse il compimento di alcune norme etiche ben definite.

Non si può ignorare che questo

interesse sia per l'etichetta medica (vestito, discrezione, profumo) sia per l'attenzione disinteressata (disinteresse economico, verso chi si mostrava indifeso e debole) costituì un elemento di singolarità della medicina grecolatina ed ha avuto una duratura sopravvivenza nella medicina posteriore. Nella scala dell'adempimento dei doveri, i primi furono sempre coloro che si davano al malato (prima di tutto non nocendogli, rispettandolo nella sua intimità, garantendo la fiducia del segreto, sapendo anteporre la conoscenza della natura all'avidità degli onorari) e solo in un posto abbastanza subordinato coloro che si dovevano difendere dai propri compagni di professione o dalla propria polis.

Ma l'attenzione al malato non fu certamente rivolta a tutti. La medicina greca si applicò in funzione della posizione economica del paziente. Si ebbe così, come segnalò anni fa Jaeger, una medicina per i ricchi e un'altra per i poveri, in accordo con la divisione della società greca. Mentre i cittadini liberi erano assistiti da medici attenti alla conoscenza della natura alterata secondo i principi della medicina tecnica, che si occupavano di commentare con i pazienti il loro giudizio sulla malattia in termini simili a quelli delle discussioni filosofiche, i medici degli schiavi, secondo l'autorizzata descrizione di Platone nelle Leggi, correvarono da un paziente all'altro senza parlare né ragionare sulle loro azioni, agendo sulla base della semplice routine e dell'esperienza. Ovviamente, Platone considerava il primo il modo più elevato e degno di esercitare la medicina e quello che più si avvicinava all'ideale terapeutico che faceva della medicina una tecnica al più alto livello.

Ma si adattava sempre il comportamento del medico a queste esigenze? Certamente altre fonti più attinenti alla realtà immediata della vita quotidiana offrono un'immagine molto meno lusinghera. Gli autori teatrali (Aristofane, Platone il Comico, Menandro, Plauto) hanno rappresentato il desiderio di profitto smisurato e la tendenza alla ciarlataneria come alcuni degli eccessi più censurabili nel comportamento dei medici.

L'assenza di istituzionalizzazione dell'attività del medico (senza regolare la loro formazione intellettuale né l'esercizio immediato della professione) lasciava all'iniziativa di ciascuno il modo di rispondere alle domande dei malati.

3. L'ambiguità della fondazione dell'ospedale medievale

“Nel Medioevo – ha scritto Le Goff –, la realtà è la cristianità”. Il profondo sforzo di evangelizzazione che si portò a termine durante quel lungo millennio ebbe conseguenze decisive nella cura e nell'attenzione ai malati.

È in questa situazione che appare l'ospedale, l'istituzione assistenziale per eccellenza. L'ospedale, nelle sue origini, è frutto dell'estensione del cristianesimo e della predicazione cristiana e di una nuova visione della sofferenza e delle relazioni con il prossimo, solo in una certa misura dell'importanza della malattia e della necessità di una cura fuori dell'ambiente domestico. Questa impostazione, totalmente innovatrice, modificò le condizioni in cui si era sviluppata l'assistenza medica nel paganesimo della società greco-romana. La diffusione dell'ospedale fu, pertanto, parallela all'estensione del cristianesimo nei primi secoli dell'Era Cristiana.

Precisamente, questa impostazione spiega la finalità e le caratteristiche che ebbero queste istituzioni durante buona parte della sua storia. In esse e per motivi di carità cristiana, si accoglieva e si prestava assistenza a ogni tipo di persona bisognosa, non solo al malato, ma anche al pellegrino, al povero, all'invalido, alla vedova, o all'orfano. Pertanto, la sua finalità non era unicamente assistenziale, ma prima di tutto, e soprattutto, benefica. ciò che condizionò la sua struttura, organizzazione e funzionamento interno dai primi secoli medievali¹.

Lungo il Medioevo, e anche durante i tempi moderni, il concetto di ospedale era non solo molto esteso, ma anche ambiguo. Si arrivò a designare con il nome di ospedale determinati edifici o case in cui non si prestava alcun tipo di assistenza medica e che servivano

solo per il rifugio e l'alloggio dei poveri e dei pellegrini: queste istituzioni erano molto estese e le troviamo sia nei piccoli villaggi come nelle grandi città².

Durante il primo millennio della sua storia (dal secolo VI all'XI), le principali istituzioni ospedaliere furono ecclesiastiche. Le fondazioni ubicate nelle città furono erette nella loro maggioranza dalla Chiesa, mentre le fondazioni ospedaliere esistenti nell'ambiente rurale furono generalmente dipendenze dei monasteri. Seguendo questo esempio, in alcune città e cittadine cominciarono a stabilirsi le primi fondazioni di origine laica, benché, nella pratica, la maggior parte di queste fondazioni finì per essere controllata dalla gerarchia ecclesiastica.

Lo sviluppo urbanistico registrato a partire dal secolo XII e la nascita dei primi borghi, determinarono un punto di inflessione nella storia degli ospedali medievali. In questa tappa, si produsse un incremento notevole delle fondazioni ospedaliere dovute a iniziative laiche, sia dei nobili o borghesi ricchi, sia dei privati che, esortati dalla Chiesa, facevano donazione dei loro beni per la fondazione di un modesto ospedale, dove ricevessero l'aiuto necessario i loro concittadini più sfavoriti. In questa tappa, si incrementò anche il volume di ospedali di pellegrini che si localizzarono in prossimità delle rotte di pellegrinaggio a Roma, a Santiago di Compostela o in alcuni centri di speciale significato religioso. Finalmente, nell'ambito della società medievale, furono, ad ogni modo, frequenti gli ospedali dipendenti da confraternite, corporazioni e fraternità.

In queste istituzioni, la funzione assistenziale era minima e esse servivano solo per la riunione di persone devote o aggregate in fraternità o confraternite che aspiravano a una vita ritirata, ma non volevano entrare in nessun ordine religioso. Altri, al contrario, svolgevano una funzione assistenziale, ma limitata ai membri di questa corporazione.

L'assistenza al malato acquistò ora una maggiore complessità come conseguenza dello sviluppo del primo monacato e degli ordini mendicanti poi. Se nel mondo gre-

co-latino il ruolo fondamentale lo esercita il medico e l'attenzione al malato la svolgono domestici o familiari, nel Medioevo assisteremo a una timida specializzazione delle cure sanitarie con l'apparizione del monaco infermiere. La Regola di San Benedetto raccoglie l'espressione felice che legittimerà per sempre nella tradizione cristiana l'attenzione ai malati: "Prima di tutto e al di sopra di tutti gli altri, si deve aver cura degli infermi: in tal modo che li si serva come Cristo in persona, perché egli stesso disse: Ero malato e mi avete visitato". Oltre a raccomandare ai monaci che non abusino della loro condizione di malati per sollecitare attenzioni speciali si fa una concessione che mostra l'alta considerazione che in qualsiasi caso merita sempre l'attenzione ai malati: si sopporti questi capricci "poiché con essi si consegne un premio maggiore". Qui troviamo già definita la figura dell'infermiere, nella divisione di funzioni e responsabilità che caratterizza la complessa vita del monastero. Si raccomanda all'abate l'elezione di un infermiere "timoroso di Dio, diligente e sollecito". Può dirsi che è qui dove si trova il primo tentativo nell'Occidente europeo di cercare in funzione delle loro abilità un personale specializzato nell'attenzione quotidiana ai malati. A questa sensibilità era rimasta aliena la medicina greca ossessionata dalla sua nobilitazione e dallo stabilire sempre una barriera tra medici, con monopolio dell'attenzione sanitaria, e gli ignoranti.

La vita monacale era riservata alla minoranza che si era raccolta nel monastero. Certamente, altri malati non potevano accedere a queste attenzioni. Il gruppo più isolato lo costituiranno i lebbrosi. Un insieme di affezioni dermatologiche si includevano in questa denominazione, ma i resti paleopatologici conservati dimostrano che molti degli individui raccolti nei lebbrosari erano autentici lebbrosi. La segregazione del malato dalla società supponeva per il lebbroso una sorte di morte civile, e il lebbrosario era costituito da un'abitazione, una piccola cappella un orticello e un cimitero, un insieme di spazi che dovevano permettere al lebbroso di svolgere una vita auto-

noma separata dal resto dei concittadini.

La dispersione dei lebbrosari e il limitato numero di lebbrosi che accoglievano (non più di dieci abitualmente) aveva una doppia giustificazione. Da un lato era più facile il sostentamento autonomo di piccoli gruppi con i beni del lebbrosario o le elemosine che ricevevano, ma inoltre si evitava il pericolo che una grande concentrazione di persone si ribellassero contro il duro sistema di segregazione imposto. I lebbrosi si sottoponevano alla cerimonia civico-religiosa di separazione – nella cappella di San Lazzaro e officiata da un sacerdote – ma in molte occasioni la moglie entrava con lui nel lebbrosario. Questa decisione supponeva di portare fino alle ultime conseguenze l'impegno della vita in comune del matrimonio, benché la decisione fosse in molte occasioni motivata dalla penosa necessità di unire la propria sorte all'unico sostegno economico.

4. Le teorie sul contagio e la medicalizzazione dell'assistenza sanitaria

Nel Rinascimento, una serie di fatti permette di formulare una nuova teoria sul contagio. Lo sviluppo di malattie come il vaiolo, il tifo esantematico, le forme maligne di difterite e la sifilide determinarono un nuovo atteggiamento di fronte alla malattia infettiva. Benché dall'Antichità diversi autori avevano formulato l'ipotesi che determinate malattie contagiose erano prodotte da organismi vivi (il *contagium vivum*) non si era precisata la natura di questi agenti. Precisamente, la riformulazione di questa dottrina sarà l'apporto più importante realizzato al pensiero epidemiologico durante il mondo moderno.

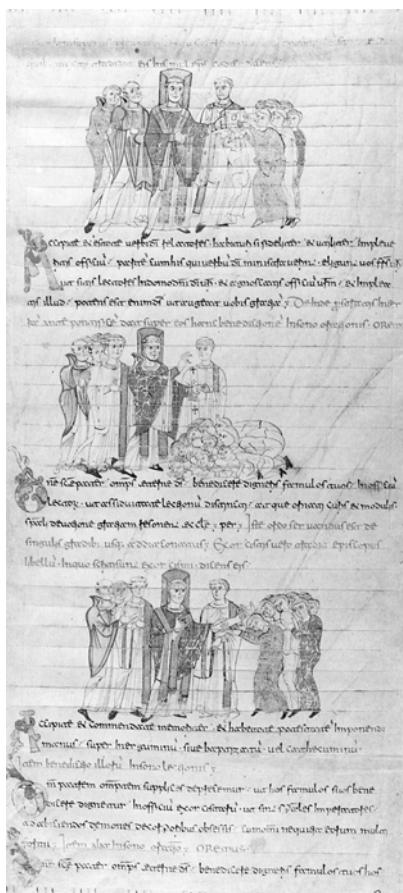
Il medico che modernizzò la teoria del contagio fu l'italiano Girolano Fracastoro (1478-1553), che si considera come il fondatore dell'epidemiologia moderna. Nel suo trattato *De contagione, contagionis morbi et eorum curatione* (*Sul contagio, i mali contagiosi e della loro cura*, Venezia, 1546), espresse la prima formulazione scientifica del concetto di "conta-

gio". Fracastoro segnalava le due condizioni che definiscono il contagio: l'azione di agenti specifici (che egli denominò *seminaria*) e la loro capacità di trasmissione dall'uomo malato al sano. La dottrina che elaborò fu un'intuizione, poiché il suo autore non poté mai dimostrare sperimentalmente la veracità o esattezza di quei principi sui quali si fondeva la sua teoria, perché nella sua epoca (prima metà del secolo XVI), la medicina non aveva gli strumenti tecnici necessari per poterlo fare.

L'epidemia di peste nera ebbe origine in Cina e si diffuse, attraverso la rotta della seta, fino alla penisola di Crimea. Dal 1347 fino al 1720, le epidemie si succedettero di modo che si può affermare che durante la sua vita qualsiasi abitante europeo ebbe, fino al secolo XVIII, qualche esperienza di relazione, disgraziata relazione, con la malattia. La peste mise alla prova in ciascun episodio epidemico non solo l'organizzazione sociale, politica e religiosa dei regni europei, ma anche le misure di attenzione e cura dei malati. Le teorie sul contagio si sommarono alle tesi miasmatiche che attribuivano all'aria l'epidemia ed erano all'origine di una serie di proposte dedicate a prevenire la diffusione della malattia e il contagio dei sani. Per la loro spettacolarità (indumenti da medico, disinfezione di biancherie, ma anche di cartoni e carte), accentuavano i caratteri più drammatici della malattia e contribuivano ancor di più all'abbandono dei malati e a rendere ancora più meritaria l'attività di coloro che li assistevano.

A partire dal Basso Medioevo gli ospedali cominciarono ad acquisire uno speciale significato e importanza, determinati sia dalla loro dimensione, come dalla funzione che svolgevano e dal loro crescente potere economico. La maggioranza delle istituzioni ospedaliere fu creata per iniziativa di privati e solo una minoranza dovette la propria esistenza alle corporazioni locali o alla Corona. Il fervore religioso dei privati, espresso qui in una "teologia della carità", si materializzò in forma di elemosine, collette straordinarie, donazioni o legati testamentari che contribuirono a che molti ospedali

accumulassero una grande quantità di possedimenti, rendite e tributi, generalmente imposti su case e proprietà, che in molti casi permisero loro di godere di alcune entrate più o meno elevate. Queste dotazioni molte volte si realizzarono sotto la formula giuridica di patronati, cappellanie, memorie ecc., benché la Chiesa ebbe sempre un controllo effettivo su di esse. Il sistema assistenziale era pertanto il riflesso di una mentalità che si manifestava attraverso la pratica cristiana.



La trascendenza di questo sistema, importante per il suo volume, risiede, come avverte Callaham, non tanto nelle dimensioni quantitative (certamente notevoli), quanto nell'essere la manifestazione visibile di una specie di contratto sociale tra le classi più privilegiate e una popolazione suscettibile di patire in qualsiasi momento la miseria prodotta dalle frequenti crisi economiche. Il possesso della ricchezza per i più privilegiati raggiungeva la sua giustificazione nell'aiuto al povero, a ciò che que-

sto, da parte sua, aveva un vero diritto.

Questa mentalità, tanto radicata ed estesa in tutta Europa, spiega il progressivo sviluppo dell'istituzione ospedaliera. Una diversità di benefattori fondò per tutta Europa ospedali, tutti con la finalità di accogliere e prestare attenzione sia ai malati come ai poveri, ai deboli, agli anziani o ai bambini abbandonati, in definitiva ai *pauperes Christi*. Alcuni autori si sono riferiti a una sacralizzazione o visione mistica della povertà per spiegare l'origine e l'espansione dell'istituzione ospedaliera. Tuttavia, sarebbe erroneo pensare che il volume e la dispersione delle istituzioni di questo tipo si ripercuotesse in un'adeguata assistenza della popolazione sia benefica che strettamente medica. Esistevano molti ospedali in tutta l'Europa, ma la maggioranza era inoperante e con una minima incidenza sociale.

La carenza dei professionisti sanitari nell'ambiente rurale determinò che unicamente una parte delle fondazioni ospedaliere esistenti (generalmente quelle urbane e semiurbane e quelle ubicate nei nuclei rurali di maggiore popolazione) prestassero un'assistenza specificamente sanitaria. Negli ospedali urbani l'attività assistenziale si organizzava intorno al medico e a uno o più chirurghi che si occupavano di seguire la malattia e di prescrivere le cure. Condivisevano il loro lavoro ospedaliero con l'esercizio libero, ma la responsabilità diretta dell'attenzione ai malati ricadeva sugli infermieri che erano, con l'amministratore e il cappellano, gli unici ad avere una dedizione completa all'istituzione.

La creazione di ordini religiosi come i Fratelli di San Giovanni di Dio e i Padri della Buona Morte nel secolo XVI e le Sorelle della Carità nel XVII rappresenta il livello di maggiore impegno della Chiesa Cattolica per l'attenzione ai malati, benché, con alcune dimensioni più ristrette ai territori nazionali, sorsero congregazioni con fini similari.

Nel processo di creazione di un ospedale, la normalità era che il fondatore o i fondatori lasciassero dei beni e delle rendite che agevolassero il mantenimento futuro

della fondazione. Erano proprio i fondatori coloro che designavano i proprietari (patroni) incaricati del controllo e dell'amministrazione ed erano quelli che determinavano, attraverso un regolamento o una costituzione, quali fossero i fini per i quali si decideva chi fossero coloro che venivano accolti e che obblighi avessero. Per tanto, l'organizzazione, il regime interno e il sostegno economico erano determinati dalla volontà dei fondatori. Allo stesso tempo, godevano di una ampia autonomia, in funzione delle loro rispettive costituzioni o regolamenti, benché nella pratica la maggioranza fosse sotto la giurisdizione ecclesiastica e, come già abbiamo indicato, i loro beni furono considerati di proprietà ecclesiastica precisamente per il ruolo tutelare esercitato dalla Chiesa. In molte di queste fondazioni la direzione ricadeva sull'"ospedaliero" ecclesiastico, responsabile non solo dell'assistenza spirituale di coloro che vi erano accolti, ma anche del controllo e della disciplina della fondazione. Precisamente, il protagonismo della Chiesa spiega l'importanza data alla vita religiosa nell'ospedale, espressa nella preghiera collettiva, negli uffici divini o nella liturgia.

Dobbiamo riferirci, seppur brevemente, a una delle ragioni che spinsero questo cambiamento: la necessità di contare, con uno spazio specifico, per la cura dei malati. Sarà nel secolo XVI che inizia il processo di medicalizzazione degli ospedali, un processo che si materializzò non solo nella creazione di ospedali speciali per malati sifilitici o per quelli destinati a malattie acute (denominate genericamente, all'epoca, "febbri"), ma anche nella maggiore presenza di medici e chirurghi nella nomina di impiegati di queste fondazioni. Questa incipiente medicalizzazione degli ospedali non suppose la rottura con la tradizione medioevale e anche quando molte di queste fondazioni continuarono a mantenere una funzione di asilo, il lavoro medico-assistenziale andò guadagnando terreno. In questo senso, è significativa la regolazione degli obblighi del personale facoltativo raccolta nell'ordinamento e nelle costituzioni di molti ospedali, inusuale fino a questo momento.

5. Secolarità

Il secolo XIX è percorso dalle discussioni tra partitari delle teorie miasmatiche (la malattia si propaga con l'aria), e i fautori del contagio (esseri vivi microscopici sono i responsabili della malattia): una polemica non circoscritta al terreno strettamente scientifico, poiché l'accettazione della teoria del contagio supponeva l'imposizione di misure di quarantena e un serio ostacolo per il libero commercio e il libero spostamento di persone. Non è poi strano che, ogni volta, la più forte borghesia finanziaria e industriale, liberale nell'economia si mostrasse apertamente contraria alle misure proposte dai fautori della teoria del contagio, difensori delle misure di isolamento che erano a loro volta decisi protezionisti e partitari di dazi e di dogane nel traffico delle mercanzie.

L'attenzione sanitaria al malato infettivo si incontrò nel secolo XIX con il discorso scientifico della microbiologia, capace di rispondere a gran parte dei problemi in quanto all'origine, alla diagnostica, alla prevenzione e al meccanismo di trasmissione della malattia. Le cure efficaci tarderanno ad arrivare, però le misure di riforma si succedettero rapidamente e dotarono l'igiene pubblica di un fondamento teorico nuovo.

Gli stati liberali o autoritari, che sorsero in Europa dopo la fine delle guerre napoleoniche, imposero riforme sostanziali nell'organizzazione e nel regime degli ospedali.

Gli interventi si diressero in primo luogo ad agire sui beni economici che sostenevano queste istituzioni. In alcuni casi, si concentrarono per dar luogo ad un ospedale unico di maggior dimensione e con un'organizzazione più centralizzata. La rivoluzione francese e le nuove idee che dall'Illuminismo si diffusero in Europa contribuirono alla secolarizzazione di molti ospedali, che passarono a dipendere dallo Stato, con la struttura dei cosiddetti Ospedali Generali.

L'autorità dei proprietari, cappellani e amministratori fu sostituita per intervento dei funzionari con la dipendenza municipale o statale.

L'ospedale del XIX secolo si medicalizzò profondamente e le conseguenze si sentirono, soprattutto, nel suo fine dominante, che non ritornò ad essere un rifugio, ma che divenne, innanzi tutto, assistenziale e diretto solo all'attenzione dei malati. La preoccupazione igienica fu dominante ed ebbe effetti immediati nei disegni architettonici degli ospedali che si costruirono. Era un ospedale che contribuiva anche decisamente alla crescita della conoscenza scientifica e poi permetteva una divisione del lavoro che fu decisiva per la costituzione delle specialità mediche. La diversificazione delle responsabilità fu anche fondamentale per favorire la competenza professionale dell'infermeria. La professione di infermiere, o meglio, di infermiera, dopo che si affermò la femminilizzazione della professio-

ne, dotò gli ospedali di persone meglio preparate nelle conoscenze scientifiche e pratiche.

Certamente molto meno lusinghiera fu l'immagine dell'ospedale decimonono, se diamo retta ai suoi utenti. I malati di questi ospedali erano i membri meno favoriti della società di classi. L'ospedale adempì ad una funzione assistenziale, ma radicalizzò la divisione sociale e offrì una percezione pubblica della propria immagine negativa e drammatica. L'assistenza abituava ad essere eccezionalmente competente nel settore delineato dalla diagnosi, poi, soprattutto nelle grandi città, i medici e i chirurghi più prestigiosi svolgevano la direzione medica delle sale che erano socraccarie di malati. Di fronte a questo ospedale pubblico i sanatori privati offrivano un'attenzione molto più personalizzata, che cercava di nascondere la condizione sanitaria accentuando gli elementi che li rendevano simili a stabilimenti alberghieri.

Dott. ANTONIO
CARRERAS PANCHÓN
*Docente di Storia della Medicina
alla Facoltà di Medicina
Università di Salamanca
Spagna*

Note

¹ Ibidem, p. 380.

² La natura raccoglie nella sua opera alcuni esempi di questo tipo di ospedali. Cfr. JIMÉNEZ SALAS M., *Historia de la asistencia social en España en la Edad Moderna*, pp. 210-211.



2. Principali malattie infettive oggi

NICOLA PETROSILLO

2.1 Malattie emergenti rare e malattie riemergenti

Grazie alle migliorate condizioni di vita, allo sviluppo di vaccini, ed all'introduzione dei farmaci antinfettivi, molte delle malattie del passato sono oggi desuete o addirittura scomparse (es. vaiolo). Tuttavia, le malattie infettive rimangono la principale causa di morte nel mondo, essendo responsabili di quasi un terzo di tutti i decessi nel mondo¹, e rappresentando una delle principali cause di morte anche nei Paesi industrializzati.

Negli ultimi anni, si è assistito ad una modifica sostanziale delle tre componenti principali della catena epidemiologica (agente infettivo - modalità di trasmissione - ospite suscettibile) in gioco nel determinismo delle malattie infettive. Ciò ha determinato l'emergere di nuove patologie infettive e la ricomparsa di altre, già conosciute in passato e che, in larga parte, sembravano destinate a ridursi a pochi casi o, addirittura, ad estinguersi.

Le principali cause di queste variazioni sono ascrivibili a²:

- adattamenti e modificazioni microbiche: è il caso della comparso negli ultimi decenni di un ceppo di *E. coli* estremamente virulento, l' O157:H7;

- modificazioni del clima e delle temperature: forti piogge possono provocare un aumento dei siti di sviluppo dei vettori zanzare, con conseguente aumento delle malattie trasmesse dalle zanzare;

- cambiamento degli ecosistemi: la costruzione di un sistema di dighe ha modificato l'ecologia dei

vettori provocando la comparsa massiva di casi di febbre emorragica della Valle del Rift in Egitto;

- modificazioni demografiche e del comportamento umano: comportamenti sessuali, tossicodipendenza (es. HIV, HCV), mancata aderenza ai programmi vaccinali (diffusione di malattie prevenibili con i vaccini), pratiche come il "body piercing" e rischio di acquisire un'infezione da virus dell'epatite C;

- sviluppo economico e utilizzo del territorio: lo sfoltimento delle foreste in Venezuela ha provocato un aumento della popolazione dei roditori che rappresentano il serbatoio più probabile del virus Guanarito;

- commercio e viaggi internazionali: l'importazione di lamponi dal Guatemala è stata la causa di epidemie di ciclosporiasi negli Stati Uniti; movimenti di popolazioni e merci (es. SARS, influenza, infezioni trasmesse da vettori, colera 0139);

- tecnologia ed industria: l'uso di fluorchinolonici per trattare le infezioni da *E. coli* tra i polli ha determinato lo sviluppo di resistenze estese all'uomo;

- interruzione delle misure di sanità pubblica: l'interruzione di politiche per il controllo dei vettori ha portato ad un intenso sviluppo ed ad una distribuzione estesa di *Aedes aegyptii*, la zanzara vettore della dengue, con una conseguente diffusione della febbre emorragica da dengue nel continente americano; nei paesi dell'ex

Europa dell'Est, la riduzione/interruzione dei programmi di prevenzione è stata alla base di epidemie di poliomielite e di difterite;

- povertà ed ineguaglianze sociali: episodi epidemici di carbonchio intestinale in piccoli villaggi di Paesi del terzo mondo, in condizioni di indigenza, causate dal consumo di animali affetti da carbonchio;

- guerre e carestie: qualsiasi evento tragico e/o violento che coinvolga grandi masse di popolazione può provocare disgregazione dei servizi di sanità pubblica, specie quelli di prevenzione, con sospensione dei programmi di immunizzazione e di controllo dei vettori;

- mancanza di volontà politica, come nel caso della SARS in Cina, quando per ragioni politiche ed economiche non vennero notificati alle organizzazioni internazionali i primi casi di questa nuova malattia che presto si diffuse in altre parti del mondo;

- volontà di provocare distruzione, come nel caso della diffusione intenzionale di spore di *Bacillus anthracis* nel 2001 negli Stati Uniti.

Molte di queste condizioni sono interrelate. La guerra, ad esempio, crea condizioni di aggregazione di grandi numeri di persone in ambienti limitati (es. campi di raccolta), che portano alla contaminazione delle acque potabili, all'insalubrità delle strutture abitative, alla disgregazione dei ser-

vizi sanitari di base, e di conseguenza ad uno sviluppo più veloce di agenti infettivi. Al tempo stesso, guerra significa anche mancanza di cibo e carestia, con conseguente malnutrizione, che altera la suscettibilità umana alle infezioni. Le vittime delle guerre sono spesso anche preda di violenze e sfruttamento sessuale, con conseguente diffusione di agenti delle malattie sessualmente trasmesse, tra le quali l'HIV.

Inoltre, bisogna considerare che negli ultimi decenni si sono modificate le condizioni di suscettibilità dell'ospite (aumento della proporzione di immunodepressi nella popolazione generale: soggetti con infezione da HIV, soggetti sottoposti a trapianto o a terapie immunosoppressive, popolazione anziana, denutrizione, alcoolismo) ed in alcuni casi le condizioni stesse di assistenza (aumentato utilizzo di procedure invasive nelle strutture sanitarie con conseguente sviluppo di infezioni ospedaliere) hanno condizionato lo sviluppo di malattie da infezione, talora emergenti (es. epidemie di *Acinetobacter* in terapia intensiva)^{3,4} o ri-emergenti (infezioni da patogeni multiantibiotico-resistenti)⁵.

La comparsa, all'inizio del 1980, di casi di infezione da HIV/AIDS è stata il prologo di una serie di infezioni emergenti, talora rare, e del riemergere di vecchie infezioni considerate quasi del tutto eliminate, come la tubercolosi⁶, o di infezioni che si sperava fossero scomparse, come il colera, che in pochi mesi ha causato 900 casi nel Chad⁷. Negli ultimi decenni si è assistito, infatti, alla comparsa di epidemie di febbri emorragiche virali da virus Ebola e Marburg, di casi umani di vaiolo delle scimmie, di casi di encefalopatia spongiforme bovina e conseguente malattia di Creutzfeldt-Jacob in giovani adulti, di malattia da virus West Nile, e di sporadici casi umani di infezione da virus dell'influenza aviaria.

Gli agenti infettivi e le malattie infettive emergenti o riemergenti iniziarono ad essere identificate dopo il 1960, ma è solo all'inizio degli anni Novanta che il loro impatto potenziale sulla sanità pubblica cominciò ad attrarre l'attenzione generale e quella degli

esperti di politiche sanitarie. Dal 1992, quando un virus fino ad allora sconosciuto, e per questo inizialmente chiamato virus *Sin Nombre*⁸ (più tardi identificato come *hantavirus*, responsabile di sindromi polmonari) ad oggi, la lista di nuovi patogeni è andata aumentando e nel XXI secolo si sono aggiunti il coronavirus responsabile della SARS, il *poxvirus* della scimmia, responsabile di un foco-epidemico umano nell'emisfero occidentale, i casi di influenza aviaria umana in Asia, le epidemie di febbre emorragica da virus Marburg in Angola e di Ebola nella Repubblica Democratica del Congo, l'endemia di virus West Nile in Nord America.



Tra le malattie rare emergenti, quelle che hanno probabilmente destato maggior preoccupazione per la loro gravità ed il loro possibile impatto in termini di diffusione sono le febbri emorragiche da virus Ebola e Marburg, la SARS e l'influenza aviaria.

I virus Ebola e Marburg sono i soli agenti virali della famiglia dei filovirus e causano febbri con sindromi emorragiche gravi con elevati tassi di letalità^{9,10}. Per essi non è conosciuta alcuna terapia né è noto il loro serbatoio animale. Il virus Ebola fu identificato per la prima volta nel corso di una epidemia umana nel 1976 in due epidemie simultanee nel Sudan e nello Zaire, l'attuale Repubblica Democratica del Congo. Di questo virus si conoscono quattro sottoti-

pi: Zaire, Sudan, Reston, e Costa d'Avorio. Il ceppo Reston prende il nome da una località in Virginia dove si sviluppò un'epidemia di questa infezione tra le scimmie macaco importate dalle Filippine¹¹. In un'epidemia verificatasi in Uganda nel 2000-2001, la letalità raggiunse il 50% (224 morti su 425 casi)¹². Quest'epidemia permise anche di studiare le principali condizioni associate alla trasmissione di questa infezione, che risultarono: l'aver accudito un familiare defunto per Ebola, il contatto intrafamiliare e la trasmissione nosocomiale. In quest'ultimo caso, la scarsità di norme igieniche e il riuso di dispositivi sanitari è probabilmente alla base di molti casi tra il personale ed altri pazienti. La possibilità di trasmissione per via aerea, dimostrata in alcuni casi verificatisi in scimmie, non è dimostrata in ambito umano. Tuttavia, le precauzioni nell'assistenza di questi pazienti prevedono misure di isolamento da contatto, da goccioline respiratorie e da trasmissione aerea.

Per il virus Marburg, la storia è ancora più intricata. Esso fu identificato la prima volta nel 1967 in Germania quando alcuni laboratori di una compagnia farmaceutica a Marburg, nel corso della processazione di tessuti di scimmie verdi importate dall'Africa, si ammalarono gravemente. Quasi nello stesso periodo si verificarono altri casi a Francoforte e a Belgrado. In tutte e tre le città erano, infatti, state importate scimmie verdi, provenienti dallo stesso lotto di importazione. Nel corso degli ultimi anni si sono verificati sporadici casi di infezione da Marburg fino alla recente estesa epidemia in Angola, iniziata ad ottobre 2004 e dichiarata terminata a novembre 2005, con 374 casi di cui 329 fatali, tra cui molti operatori sanitari che avevano assistito i bambini affetti da febbre di Marburg⁹. Tra essi, si deve ricordare una pediatra italiana, Maria Bonino, appartenente ad una organizzazione cattolica operante da anni in Africa.

La trasmissione dei virus Ebola e Marburg avviene principalmente per contatto diretto con materiali e liquidi biologi (sangue, saliva, vomito, secrezioni respiratorie, urine, feci) di soggetti infetti

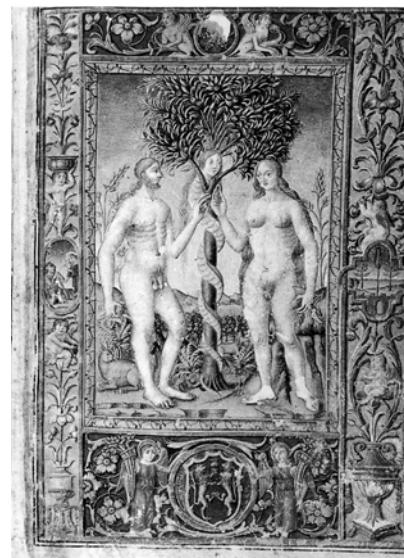
ed attraverso aghi e altri oggetti contaminati in ospedali dove le precauzioni igienico sanitarie sono estremamente deficitarie, come purtroppo si verifica in molti paesi dell'Africa¹³.

Un altro esempio di una comparsa improvvisa e di una diffusione rapida di un nuovo agente infettivo responsabile di una grave malattia umana è quello del coronavirus causa della SARS, una malattia che è stata definita la prima pandemia del XXI secolo. Già alla fine del 2002 cominciarono a circolare notizie su una malattia respiratoria dalle caratteristiche atipiche nel sud della Cina, scambiata all'inizio per una malattia influenzale da un nuovo ceppo. Fu solo nel febbraio 2003 che, però, l'Organizzazione Mondiale della Sanità segnalò in Cina un'epidemia di "sindrome respiratoria acuta" tra i contatti di un medico con la malattia in incubazione nel corso di un viaggio dalla provincia di Guandong ad Hong Kong. Presto, la malattia si diffuse in Vietnam, Singapore, Canada, e Taiwan, trasmessa da persone contagiate di ritorno in quei paesi¹⁴. L'aspetto più preoccupante di questa nuova malattia fu l'elevata capacità di trasmissione da pazienti infetti ad operatori sanitari e ad altri pazienti in ospedale, e l'elevata letalità (su circa 8098 casi si verificarono 774 decessi). Oltre ad evidenziare la difficoltà delle strutture sanitarie, anche in paesi sviluppati, a fronteggiare epidemie ad elevata trasmissione interumana, l'epidemia di SARS ebbe come effetto un crollo dei viaggi e delle attività commerciali in molti dei Paesi asiatici, anche in zone non colpite da questa malattia.

Per la SARS si ipotizzò che i serbatoi animali fossero animali selvatici consumati nella cucina tradizionale cinese. Per l'influenza aviaria, causata da un ceppo influenzale A, sottotipo H5N1, il serbatoio è costituito da uccelli selvatici che eliminano il virus con saliva, secrezioni nasali e feci, ed infettano animali domestici che, a loro volta, sviluppano la malattia con estese epidemie animali. Il primo caso documentato di infezione umana da virus H5N1 si è verificato nel 1997 ad Hong Kong. Da allora 256 casi si sono

verificati con 151 decessi¹⁵. Sebbene non ci sia ancora dimostrazione di trasmissione inter-umana di questo virus, l'estrema promiscuità di vita in alcune zone dell'Asia tra uccelli domestici, uomini e animali come i maiali, nei quali è possibile il rimaneggiamiento genetico dei virus influenzali, può essere alla base della comparsa di mutazioni genetiche nell'H5N1 in grado di permettere l'emergenza di ceppi epidemici, con gravi scenari ipotizzabili in tutto il mondo^{16,17}.

L'emergenza e la riemergenza di malattie infettive coinvolge molti fattori tra loro connessi. Viaggi e commerci internazionali, interazioni economiche e politiche, rela-



zioni interumane e tra uomo ed animali continuano ad interessare il sistema della globalizzazione. Da queste interazioni può scaturire, per via accidentale o deliberata, la comparsa di nuovi e sconosciuti agenti di malattie infettive, così come la ricomparsa di malattie da tempo dimenticate e la modifica-zione di agenti infettivi tali da condizionarne la maggiore diffusibilità e virulenza. Le soluzioni per limitare la diffusione di infezioni emergenti e riemergenti richiedono la cooperazione di più discipline e di più entità in tutto il mondo. Le chiavi di successo in questa impresa saranno l'adeguamento delle risorse finanziarie, lo scambio e la rapida comunicazione delle conoscenze, e la cooperazione tra esperti di sanità pubblica e di disci-

pline biomediche con esperti di comportamento umano, politica, economia ed altre discipline.

Dott. NICOLA PETROSILLO
Direttore della II Divisione
all'Istituto Nazionale per le Malattie
infettive "L. Spallanzani",
Roma

Bibliografia

1. http://www.who.int/whr/2004/annex/top_ic/en/annex_2_en.pdf
2. LASHLEY FR., "Emerging infectious diseases at the beginning of the 21st century". Online J Issues Nurs 2006; 11:2.
3. PATERSON DL., "The epidemiological profile of infections with multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter* species". Clin Infect Dis 2006; 43 Suppl 2:S43-8.
4. PETROSILLO N., CHINELLO P., PROIETTI MF., et al., "Combined colistin and rifampicin therapy for carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* infections: clinical outcome and adverse events". Clin Microbiol Infect 2005; 11:115-21.
5. PATERSON DL., BONOMO RA., "Extended-spectrum beta-lactamases: a clinical update". Clin Microbiol Rev 2005; 18:657-86.
6. MAHER D., RAVIGLIONE M., "Global epidemiology of tuberculosis". Clin Chest Med 2005; 26:167-82.
7. <http://allafrica.com/stories/200610240806.html>
8. SHEFER AM., TAPPER JW., BRESEE JS., et al., "Hantavirus pulmonary syndrome in California: report of two cases and investigation". Clin Infect Dis 1994; 19:1105-9.
9. FELDMANN H., "Marburg hemorrhagic fever - the forgotten cousin strikes". N Engl J Med 2006; 355:866-9.
10. PETERS CJ., "Marburg and Ebola - arming ourselves against the deadly filoviruses". N Engl J Med 2005; 352:2571-3.
11. PETERS C.J., & LEduc J.W., "An introduction to Ebola: The virus and the disease". J Infect Dis 1999; 179 (Suppl. 1): ix-xvi.
12. Centers for Disease Control and Prevention, "Outbreak of Ebola hemorrhagic fever-Uganda", August 2000-January 2001. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report 2001; 50: 73-77.
13. Centers for Disease Control and Prevention, "Interim Guidance for Managing Patients with Suspected Viral Hemorrhagic Fever in U.S. Hospitals". MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report 2005 (http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/bp_vhf_interimGuidance.html).
14. SKOWRONSKI DM., ASTELL C., BRUNHAM RC., et al., "Severe acute respiratory syndrome (SARS): a year in review". Annu Rev Med 2005; 56:357-81.
15. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2006_10_16/en/index.html
16. LIGON BL., "Avian influenza virus H5N1: a review of its history and information regarding its potential to cause the next pandemic". Semin Pediatr Infect Dis 2005; 16:326-35.
17. STÖHR K., "Avian influenza and pandemics – research needs and opportunities". N Engl J Med 2005; 352: 405-407.

MARIO C. RAVIGLIONE

2.2 Malattie infettive e globalizzazione

Introduzione

Il complesso insieme di fenomeni che, in generale, va sotto il nome di “globalizzazione” influenza la vita umana e determina dei cambiamenti. L’impatto sulla società e sulla salute degli uomini sembra essere profondo, sebbene sia ancora difficile da prevedere e da comprendere appieno. Dato che la globalizzazione condiziona in modo complesso le condizioni ecologiche, biologiche e sociali del pianeta, essa coinvolge anche l’emergenza e la trasmissione delle malattie infettive in una comunità. Questo testo descrive brevemente l’importanza complessiva delle malattie infettive virtualmente interessate dalla globalizzazione, e cerca di valutare in che modo il complicato processo della globalizzazione possa influenzarne la diffusione. Saranno descritti vari aspetti della globalizzazione, come quello economico, ambientale, del comportamento sociale e demografico, oltre a quello tecnologico, e vedremo come essi possono mettere a rischio o servire al controllo delle malattie infettive.

L’importanza delle malattie infettive

Le ultime stime del *Global Burden of Diseases 2006* riportano che, nel 2001, le malattie infettive sono state la causa del 26% di tutti i decessi nel mondo, ed hanno provocato il 27% dei *Disability-adjusted Life Years* (DALYs)¹ persi. Le differenze tra i Paesi in via di sviluppo e quelli industrializzati sono evidenti, se paragoniamo il 60% di tutte le morti dovute a malattie infettive in Africa al 6% di quelle dei Paesi ricchi. Le malattie infettive colpiscono prevalentemente persone giovani e, in particolare, i bambini, a causa della loro vul-

rabilità immunologica e sociale. Tra le cause che portano alla mortalità i bambini con meno di 14 anni ci sono le infezioni acute dell’apparato respiratorio e la diarrea, seguite dalla malaria e dal morbillo. Tra gli adulti, le cause principali di morte sono l’HIV/AIDS, la tubercolosi, le infezioni respiratorie ed altre malattie tropicali. Si stima che l’HIV/AIDS abbia provocato nel 2001 oltre 2,5 milioni di decessi, la TBC 1,6 milioni e la malaria 1,2 milioni, il che corrisponde a oltre il 37% di tutte le morti per malattie infettive, paragonabile alle percentuali di mortalità per infezioni respiratorie acute e diarrea che colpiscono bambini al di sotto dei 14 anni. Altre malattie come la meningite, l’epatite B e C, la leishmaniosi, la tripanosomiasi, l’encefalite giapponese e la dengue hanno causato il 16% delle morti per cause infettive, mentre le malattie prevenibili con la vaccinazione, come il morbillo, la pertosse e il tetano hanno causato il 9% di tutte le morti per malattie infettive.

Molte malattie infettive che oggi dobbiamo combattere sono emerse soltanto negli ultimi 30 anni, durante i quali sono state classificate circa 40 malattie nuove², tra le quali la ben conosciuta HIV/AIDS, l’epatite C, la sindrome respiratoria acuta grave (SARS), e l’encefalopatia spongiforme dei bovini (BSE). I fattori della globalizzazione hanno avuto un ruolo importante nella diffusione di molte di queste nuove infezioni: i cambiamenti ambientali hanno provocato la loro comparsa negli esseri umani, e i fattori demografici e comportamentali hanno portato alla loro rapida diffusione in tutto il mondo.

La globalizzazione e le malattie infettive

Uno studio recente ha descritto i

legami esistenti tra globalizzazione e malattie infettive³, tentando di definire la globalizzazione come “un processo complesso e con molti aspetti... che muta la natura delle interazioni umane attraverso un ampio range di ambiti, compresi quelli economici, politici, sociali, tecnologici e comportamentali”, il che ha come risultato “l’erosione di confini di vario tipo”. Questa definizione della globalizzazione, indipendentemente dal fatto che sia esauriente o meno, rivela immediatamente che esiste una varietà di fattori che opera a vari livelli per influire, in definitiva, sulle persone e sulla loro salute. Gli organismi patogeni infettivi, in realtà, sono altamente sensibili all’ambiente in cui crescono, e nel nostro “villaggio globale” essi possono facilmente viaggiare tra gli esseri umani, ma anche attraverso gli insetti, gli animali e il cibo, e diffondersi più rapidamente che nel passato. Ad esempio, la capacità dei microbi di riprodursi è influenzata dai cambiamenti climatici e dall’impatto che essi hanno sugli artropodi vettori. Il riscaldamento globale, la gestione delle risorse idriche, il sovrappopolamento legato all’urbanizzazione, oltre al turismo, sono fattori collegati alla globalizzazione che stanno drammaticamente cambiando l’interazione tra gli esseri umani e i vettori di malattie come la malaria, la dengue e la schistosomiasi.

Per poter fare una valutazione dei legami esistenti tra malattie infettive e globalizzazione, dobbiamo analizzare quattro fattori principali: (1) economici; (2) ambientali; (3) socio-comportamentali e demografici; (4) tecnologici³.

1. Impatto dei fattori economici sulle malattie infettive

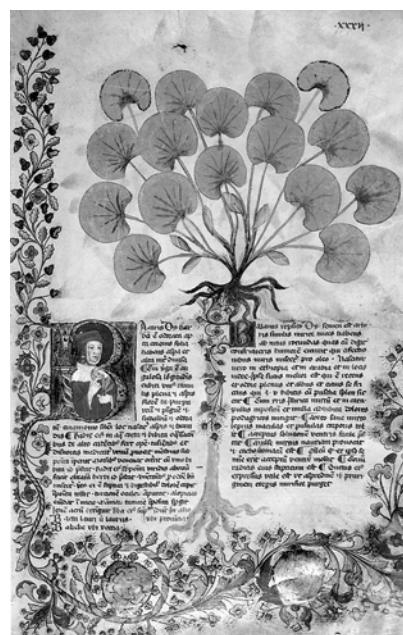
Un’economia globalizzata è una struttura complessa, che va da una

semplice economia “internazionale”, basata sullo scambio di prodotti tra Paesi diversi, ad una struttura in cui la produzione è frammentata, e solo alla fine assemblata “tra” i diversi Paesi. Questi processi, chiaramente, richiedono una molteplicità di meccanismi che inevitabilmente hanno delle ripercussioni, direttamente o indirettamente, sulla salute umana.

Iniziamo col dire che gli investimenti nel campo della salute sono influenzati dalle malattie più diffuse nei Paesi ricchi, che dominano la scena economica globale. È un dato di fatto che nei Paesi industrializzati il passaggio dalle malattie infettive a quelle non trasmissibili, il più delle volte con l’invecchiamento della popolazione, ha avuto come risultato la mancanza di un senso di urgenza oltre alla negligenza nei confronti delle malattie infettive, che oggi colpiscono prevalentemente i Paesi in via di sviluppo⁴. Ciò ha prodotto una scarsità di investimenti di risorse finanziarie per la ricerca e lo sviluppo di strumenti di controllo di queste malattie, mentre sono aumentati gli investimenti destinati alla ricerca nel campo delle malattie non trasmissibili che colpiscono i Paesi ricchi o per quelle malattie infettive che sono presenti nei Paesi industrializzati. In altre parole, la raccolta fondi è orientata alle priorità dei Paesi ricchi, e ciò a discapito dei problemi dei Paesi poveri. Questo fenomeno fa parte di quello che è stato definito come “90/10 research gap”: degli oltre 70 miliardi di dollari USA dedicati ogni anno alla ricerca sanitaria, soltanto il 10% è investito nella ricerca sulle malattie che causano il 90% di tutte le patologie mondiali⁵. È chiaro che le malattie infettive dei poveri formano gran parte di questo 90%. Un esempio pratico è la totale negligenza, protrattasi per decenni, della ricerca nei confronti della tubercolosi⁶, il che significa che l’ultimo vaccino disponibile, il BCG, risale al 1921, e l’ultimo strumento diagnostico al XIX secolo, mentre il farmaco più recente al 1970. Questa situazione ha iniziato a cambiare soltanto quando è esploso un tipo di tubercolosi resistente a diversi farmaci ed è aumentata la diffusione di questa malattia nei Paesi ricchi.

Non solo sono stati progressivamente ridotti gli investimenti nella ricerca sulle malattie infettive dei Paesi poveri, ma è diminuito anche il sostegno alla diffusione delle misure di controllo. Ad esempio, una riduzione dei programmi di vaccinazione in Russia e in altri Paesi dell’ex Unione Sovietica alla fine degli anni Ottanta e all’inizio degli anni Novanta è stata tra i fattori che hanno determinato il diffondersi della difterite pochi anni dopo⁷. Allo stesso modo, l’interruzione delle pratiche per il controllo delle zanzare ha avuto come

1995 dall’Organizzazione Mondiale del Commercio (*World Trade Organization – WTO*), che ha la responsabilità di far osservare gli accordi del commercio internazionale⁸. Questi accordi hanno avuto un forte impatto sullo sviluppo e sui relativi aspetti sociali, compresa la salute. Si discute ancora se gli effetti siano più vantaggiosi o dannosi, con argomentazioni in entrambi i sensi. Alcuni credono, infatti, che la globalizzazione delle economie abbia portato più ricchezza ai Paesi poveri e, come conseguenza, un migliore stato di salute delle persone. Inoltre, in un mondo globalizzato è più facile sfruttare le forze economiche e invocare la necessità di supportare il controllo delle malattie infettive nel mondo, in modo da proteggere l’intera popolazione mondiale. In un certo modo, la “sicurezza globale” è emersa come nuovo punto centrale, talora insieme a un senso di solidarietà. Esempi concreti sono i nuovi meccanismi finanziari stabiliti recentemente a sostegno alla lotta contro certe malattie dovute alla povertà nei Paesi in via di sviluppo che possono colpire tutto il mondo se lasciate senza controllo. Ad esempio, la creazione di meccanismi finanziari come la Alleanza Globale per la Vaccinazione (GAVI – *Global Alliance for Vaccine Initiative*) o il Fondo Globale contro l’HIV/AIDS, la Tubercolosi e la Malaria (GFATM – *Global Fund against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria*), sono prevalentemente la risposta dei Paesi ricchi ai bisogni finanziari dei Paesi più poveri che combattono contro quelle infezioni che potrebbero essere debellate con il vaccino, e contro l’AIDS, la tubercolosi e la malaria¹⁰. Sono una combinazione di vera solidarietà, spesso promossa da gruppi umanitari, e della realizzazione che in un “villaggio globale” l’azione globale è di cruciale importanza nel controllo delle malattie infettive che possono colpire tutti. Ci sono altre iniziative simili in sostegno dei “tre grandi”: HIV/AIDS, tubercolosi e malaria, come la recente UNITAID, che utilizzerà la tassazione di chi viaggia in aereo per mobilitare la raccolta fondi per coloro che, nel



risultato una maggiore epidemia di dengue che ha colpito circa 60 Paesi alla fine degli anni Novanta, rispetto ai pochi Paesi colpiti prima del 1970⁸. Altre malattie *vector-borne*, come la malaria e la febbre gialla, hanno registrato aumenti simili dopo che sono diminuiti gli investimenti per il controllo delle zanzare, dato che la maggior parte delle risorse era destinata alle malattie non trasmissibili dei Paesi ricchi.

Un altro aspetto economico della globalizzazione è collegato agli accordi multilaterali di commercio e alle loro conseguenze sulla salute. Dopo la prima guerra mondiale, il commercio internazionale è stato organizzato e regolato da enti come l’Accordo Internazionale sulle Tariffe e il Commercio (GATT – *General Agreement on Tariffs and Trade*), sostituito nel

mondo in via di sviluppo, non possono accedere ai medicinali salva-vita. Pertanto, indipendentemente dalle ragioni politiche che possono promuovere alcune di queste iniziative, assistiamo alla comparsa di una "globalizzazione della solidarietà".

A livello legislativo, l'articolo 31 dell'accordo TRIPS come parte dell'accordo dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, che consente la concessione obbligatoria delle licenze per la produzione di medicinali protetti da brevetto da parte di società genetiche nei Paesi poveri per emergenze sanitarie dichiarate⁹, può servire a correggere le ingiustizie nell'accesso ai medicinali, mostrando che gli accordi globali possono essere destinati a esiti positivi. Il dibattito sul TRIPS, però, non si è ancora concluso, dato che gli accordi bilaterali e regionali spesso sono più rigidi e potenzialmente controproducenti riguardo l'accesso ai medicinali.

Allo stesso tempo, altri affermano che le disuguaglianze emergono più chiaramente quando le persone ricche diventano ancora più ricche e i poveri sempre più poveri¹¹. Le principali crisi economiche, come quella dell'ex Unione Sovietica all'inizio degli anni Novanta, quando ha avuto inizio il suo disfacimento, e quella in Asia alla fine degli anni Novanta, sono state seguite quasi immancabilmente da conseguenze gravi sulla salute, con l'aumento della diffusione di malattie infettive come HIV e le STD^{3, 12}. Nell'ex-URSS, la tubercolosi, classica malattia della povertà, è aumentata a livelli senza precedenti durante gli ultimi 15 anni; ciò è stato attribuito alla crisi socio-economica che ha distrutto quei Paesi con un aumento della malnutrizione, del peggioramento delle condizioni di vita, al sovrappopolamento delle città, e all'interruzione dei servizi assistenziali, tutti fattori in grado di determinare un aumento della trasmissione e il passaggio dell'infezione della tubercolosi in malattia attiva¹³.

Anche il commercio mondiale di prodotti agricoli è legato alla diffusione delle malattie infettive. La globalizzazione dei mercati ha comportato che le maggiori 10 società che operano nel campo siano

nordamericane o europee, e che alcuni prodotti agricoli basilari siano monopolizzati da un piccolo numero di compagnie³. Il sottinteso di questa situazione è che le malattie provocate dal cibo potrebbero virtualmente diffondersi in modo molto più rapido che nel passato. Gli ingredienti di qualsiasi cibo provengono da Paesi diversi, e ciò offre opportunità alle infezioni provocate dal cibo di diffondersi. Ad esempio, la diffusione della salmonellosi negli Stati Uniti viene fatta risalire alla produzione di cibo all'estero. La recente e grave preoccupazione riguardo all'encefalopatia spongiforme bovina (BSE), che ha avuto come esito la variante della malattia di Creutzfeld-Jacob negli esseri umani, è legata alla rapida distribuzione di prodotti animali^{2,3}.

Per concludere, i fattori economici legati alla globalizzazione rappresentano fattori potenti per trascurare ulteriormente le malattie infettive della povertà e la diffusione delle infezioni nel mondo. Allo stesso tempo, i nuovi meccanismi finanziari "globali" che consentono di raccogliere fondi prevalentemente dai Paesi ricchi in favore di quelli più poveri, oltre alla flessibilità degli accordi commerciali, rappresentano una possibilità formidabile per il controllo delle malattie principali e un maggiore accesso ai medicinali salva-vita.

2. Impatto dei fattori ambientali globali sulle malattie infettive

I cambiamenti ambientali avvengono naturalmente, ma anche come risultato di attività antropogeniche. Le attività industriali sono aumentate enormemente nell'era dell'industrializzazione e influenzano i cambiamenti climatici con ripercussioni su aria, terreno e acqua. La maggior parte dei climatologi pensa che un'eccessiva combustione porti all'effetto serra e, come conseguenza, al riscaldamento del globo. Negli ultimi 150 anni, la combustione dei combustibili, unita alla deforestazione e a iniziative per pulire il terreno dalle mine, ha contribuito a far aumentare la concentrazione nell'atmosfera più bassa di biossido di carbonio e di altri gas responsabili

dell'aumento della temperatura¹⁴. Inoltre, negli ultimi trent'anni, le condizioni atmosferiche globali sono andate soggette a grandi cambiamenti con un aumento della frequenza degli "eventi atmosferici estremi", che possono essere legati al fenomeno del riscaldamento globale. Ad esempio, l'ENSO, El Niño Southern Oscillation, è diventato molto più frequente nell'ultimo decennio rispetto a prima, e ha determinato catastrofi come uragani e tifoni, ben oltre la sua collocazione geografica nel Sud Pacifico^{3, 15}. Infine, le modificazioni nella gestione delle risorse idriche, con la costruzione di dighe (grandi e piccole), hanno trasformato l'ambiente in molti luoghi del mondo³.



Tutti questi fattori ambientali, attraverso i cambiamenti nell'umidità e nelle precipitazioni atmosferiche, hanno alterato l'ecologia dei vettori di malattie infettive, oltre ad aver esposto la popolazione ad uno stress termico. Esistono molti esempi di alterazione dei cicli vitale dei vettori. Per la trasmissione della malaria e della dengue sono necessarie alte temperature, e la trasmissione di queste malattie dipende dai cicli vitali delle zanzare che ne sono i vettori, rispettivamente *Anopheles* e *Aedes aegypti*³. Eventi atmosferici estremi sono stati associati a fenomeni opposti: le forti raffiche di vento in Papua Nuova Guinea so-

no legate alla formazione di pozze d'acqua stagnante lontane dai fiumi, che hanno favorito la diffusione dell'encefalite giapponese che si trasmette attraverso le zanzare^{2,4}. Dall'altra parte, le gravi inondazioni nella zona a nord-est del Kenya e nella Somalia meridionale successive a El Niño del 1997 sono state associate all'accumulo di vaste pozze d'acqua che hanno favorito la riproduzione delle zanzare *Aedes* e, come conseguenza, la trasmissione del virus responsabile della febbre chiamata "Rift Valley"³. Analogamente, le pesanti piogge e le alluvioni del 1997 hanno prodotto epidemie di colera e di febbre tifoidea nelle popolazioni più esposte di Tanzania, Kenya, Somalia e Mozambico³. Infine, le piogge, unite al degrado ambientale in molte zone urbane dell'Africa, hanno portato alla diffusione della dengue e della febbre gialla. Questa è la conseguenza dell'accumulo di contenitori di plastica e di pneumatici, nei quali l'acqua stagnante rappresenta un microambiente ideale per le zanzare *Aedes*^{2,3,4}.

I cambiamenti nella gestione delle risorse idriche hanno conseguenze drammatiche sulle malattie infettive. In tutto il mondo, la domanda di approvvigionamento idrico è andata aumentando per la crescita della popolazione e per una maggiore richiesta da parte degli abitanti, anche se si stima che circa un terzo dell'umanità non disponga in modo sufficiente di acqua potabile. Inoltre, una regolare fornitura di acqua che permetta una regolare attività agricola richiede risposte rapide in termini di gestione idrica, che spesso ha come risultato la costruzione di dighe, grandi e piccole. Tali progetti hanno alterato l'ecologia locale ed hanno influenzato la diffusione di malattie infettive *vector-borne*. Le conseguenze della costruzione delle dighe Aswan sul fiume Nilo sono state studiate in dettaglio, ed hanno mostrato l'aumento della schistosomiasi, che va dal 10% al 75% in un periodo di venti anni attorno agli anni Cinquanta. Nella regione si è verificata anche una diffusione di malaria con un tasso percentuale di mortalità³. Altre malattie legate a sistemi di irrigazione più limitati, ad esempio nel

Burkina Faso, sono la filariasi linfatica e onchocerciasis (cecità del fiume), in quanto questi sistemi di irrigazione favoriscono la formazione dei rispettivi vettori, le zanzare *Culex* e le mosche nere. Infine, la nuova emergenza e la diffusione dell'ulcera di Buruli nell'Africa occidentale sono state legate alla costruzione di piccole dighe in Paesi come il Benin o la Costa d'Avorio. Anche in Australia, piccoli sistemi di irrigazione hanno favorito la comparsa dell'ulcera di Buruli¹⁶.

Un altro importante fattore ambientale che sta influenzando l'ecologia delle malattie infettive è la gestione del territorio e delle foreste. Legate a ragioni economiche e commerciali, le deforestazioni stanno avanzando rapidamente con enormi conseguenze sulla salute locale e globale. Oltre ai cambiamenti climatici ed atmosferici collegati alla perdita delle foreste, alcune malattie infettive sono andate modificandosi. Nuove infezioni hanno fatto la loro comparsa come conseguenza degli insediamenti umani in aree precedentemente occupate dalle foreste³. In America Latina, i contatti con nuovi patogeni delle foreste hanno prodotto negli ultimi vent'anni l'esplosione della febbre emorragica del Venezuela, che è causata dall'arenavirus Guanarito. Sempre in America Latina, la malattia Chagas, un antico flagello rurale causato da un tripanosoma trasmesso attraverso il virus *Reduviidae*, si è diffusa nell'intero continente sia in ambiente rurale sia in quello urbano, come risultato dei nuovi insediamenti e dell'adattamento del virus agli stili di vita dell'uomo, favorito dalla scarsa qualità e dalla temporaneità degli alloggi^{2,3}. La malattia Lyme, un'infezione portata dalle zecche classificata originariamente nel Nord America, è stata legata all'estensione dei sobborghi in habitat precedentemente boscosi in cui si trovano le zecche che trasmettono la malattia. Infine, le febbri emorragiche assai mortali dell'Africa, provocate dai virus Ebola e Marburg, sono scoppiate negli ultimi decenni, quando gli esseri umani sono venuti in contatto con riserve animali sconosciute, forse nascoste nelle foreste africane.

Un'altra importante malattia che

ha enormi conseguenze potenziali sull'umanità e che è legata a fattori ambientali è l'influenza. Particolarmenete in Asia, le folle di persone che vivono in stretta vicinanza con gli allevamenti di polli e le situazioni di mercato hanno creato un ambiente ideale per gli scambi di virus tra specie con il ceppo aviario potenzialmente trasmissibile agli esseri umani². Molti credono che possa essere così che scoppierà una pandemia dell'influenza aviaria mortale. La recente e pubblicizzata diffusione del ceppo dell'influenza aviaria H5N1 tra gli uccelli selvatici e domestici in circa 50 Paesi in tre continenti e i casi occasionali tra gli esseri umani in dieci Paesi sono indicativi dell'alto rischio di una rapida diffusione della pandemia al giorno d'oggi¹⁷.

Per concludere, i fattori ambientali legati alla globalizzazione spesso determinano maggiori cambiamenti ecologici, che influenzano in modo particolare le infezioni trasmesse da vettori, ma anche altre malattie che hanno un potenziale forte impatto sulla società.

3. Fattori demografici

Senza dubbio, il mondo moderno è caratterizzato da movimenti massicci di popolazione. Attualmente la tecnologia nel campo dei trasporti consente ogni anno a centinaia di milioni di persone di compiere viaggi internazionali veloci. La ricerca di migliori condizioni di vita determina vaste migrazioni, specialmente verso i Paesi del Nord del mondo e quelli occidentali. La guerra e le tensioni civili producono milioni di rifugiati nei Paesi vicini e favoriscono la migrazione interna delle persone¹⁸. Si calcola che ogni anno emigrano il 2% della popolazione umana³. Questi eventi provocano una molteplicità di effetti sulla diffusione di malattie infettive. I contatti delle persone con organismi patogeni prima sconosciuti favorisce la comparsa delle malattie in numerosi individui non immuni. I campi dei rifugiati sono, per natura, un ambiente ideale per la diffusione di malattie come il colera e la dissenteria, come abbiamo visto

in Rwanda e nella Repubblica Democratica del Congo, o la malaria e la leishmaniosi, come è successo in Afghanistan e nel Pakistan³. I lavoratori migranti sono esposti a un aumento del rischio di infezioni trasmissibili sessualmente, compreso l'HIV/AIDS, come mostrato nel Sudafrica. Per finire, il turismo internazionale espone milioni di persone al rischio di contrarre la malaria, la febbre gialla o, come abbiamo visto durante la prima e finora unica epidemia, la SARS⁴.

Un fenomeno collegato è l'urbanizzazione^{3,19}. Durante gli ultimi due secoli, la popolazione mondiale che vive in ambienti urbani è andata aumentando dal 5% al 50%, con la creazione di metropoli con diversi milioni di abitanti²⁰. Questo è il risultato di processi come l'industrializzazione, con la conseguente concentrazione delle persone lontano dalle campagne e verso le aree urbane. Anche se l'urbanizzazione ha aspetti positivi, come un più agevole accesso a cure sanitarie e a servizi sociali, essa agevola anche il sovrappopolamento di milioni di persone che vivono in condizioni igieniche insufficienti. Ciò favorisce tutti i tipi di infezioni correnti, in cui esistono le condizioni ideali per la diffusione di virus, batteri e protozoi. La diffusione originale dell'HIV può essere stata ampiamente provocata dal movimento di persone infette da aree rurali verso le città, in cui è favorito il commercio del sesso. Inoltre, la tubercolosi è aumentata notevolmente negli insediamenti urbani, così come nei Paesi industrializzati. Un ulteriore effetto indiretto dell'urbanizzazione può essere lo sviluppo della resistenza ai medicinali. La concentrazione di vaste masse di persone nelle città ha creato, infatti, una grave pressione sui servizi sanitari, già insufficienti, specialmente nei Paesi più poveri e meno attrezzati. Ciò è associato ad un'alta domanda di medicinali e alla negligenza medica degli operatori sanitari sovraccarichi di lavoro, a un uso sbagliato degli antibiotici e alla produzione della resistenza ai medicinali. L'abuso o il cattivo uso degli antibiotici è un fenomeno medico frequente e determina la selezione naturale dei mutanti

resistenti agli antibiotici, che costituiscono, di conseguenza, una seria minaccia alla gestione delle infezioni²¹. La resistenza ai medicinali è oggi conosciuta per tutti gli organismi patogeni virtualmente curabili con i farmaci. Il caso della tubercolosi multiresistente (MDR-TB) ne è un valido esempio. La MDR-TB è diffusa dove i medicinali antitubercolosi sono stati usati in modo sbagliato o dove mancavano: quest'ultima situazione risulta dalla transizione economica accaduta, ad esempio, nell'ex Unione Sovietica²¹. Di conseguenza, sono diverse le forze legate alla globalizzazione che possono essere chiamate in causa per spiegare l'aumento della resistenza agli antibiotici: la vasta disponibilità di medicinali nel mondo unita alla mancanza di controllo nel loro uso; il sovraccarico di lavoro degli operatori sanitari negli ambienti urbani; la crisi socio-economica con la mancanza di riserve dei medicinali essenziali ecc.

Per concludere, i fattori demografici e sociocomportamentali hanno un ruolo significativo nella diffusione delle malattie infettive. Le migrazioni, l'urbanizzazione e i viaggi internazionali favoriscono potenzialmente la diffusione degli organismi patogeni.

4. Fattori tecnologici

Senza alcun dubbio, gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un progresso senza precedenti in campo tecnologico, specialmente nell'area che riguarda l'informazione, in quella delle comunicazioni e nei trasporti. I voli aerei sono diventati abbordabili a molti; l'introduzione dei moderni mezzi di comunicazione, come Internet, hanno agevolato lo scambio globale di informazioni in modo estremamente rapido; l'informazione, inoltre, è disponibile in ogni luogo grazie alle reti multimediali dislocate dappertutto. Questi fattori hanno un potenziale impatto favorevole sulla gestione delle questioni inerenti il campo sanitario, rendendo possibile un rapido scambio di informazioni sulle scoperte e sulle sciagure mediche, con modelli informativi molto potenti come il *Geographic Information System*

(GIS) e con una capacità di diffusione delle notizie che è in grado di neutralizzare lunghe distanze³.

Allo stesso tempo, alcuni di questi fattori, in particolare il trasporto aereo, sono anche veicoli potenziali per una rapida diffusione delle malattie infettive. La diffusione di malattie quali il colera, giardiasi, la malaria, la febbre gialla, l'influenza, la SARS, ecc. è stata legata al turismo e al fatto che si potesse viaggiare rapidamente da una parte all'altra del globo^{2,4}. Inoltre, la vendita di medicinali attraverso Internet può favorire lo sviluppo della resistenza alle medicine con relative conseguenze. Perciò, anche se la tecnologia moderna certamente può essere sfruttata a beneficio della salute, pone anche dei rischi per il controllo delle infezioni.



La globalizzazione è un bene per la salute?

Alla luce di quanto sopra, la domanda fondamentale da porsi è: "la globalizzazione, in definitiva, è un bene per la salute?" La risposta corretta a questa domanda è che la globalizzazione non è né buona né cattiva, in quanto le complessità relative a ciò che essa realmente significa e a come si traduce sugli effetti per la salute delle persone sono enormi. In un certo modo, la

globalizzazione influisce sulle persone a seconda della loro condizione socio-economica, sesso, livello di istruzione, gruppo etnico e luogo in cui vivono: è un bene per alcuni, ma un male per altri.

Uno studio recente affermava che la globalizzazione è accompagnata da ampi effetti positivi²³. I Paesi aperti alla crescita economica e al libero mercato, come Cina, India, Vietnam ecc., hanno sperimentato benefici maggiori, compresa la riduzione della povertà, un migliore stato di nutrizione delle persone e percentuali più basse di mortalità infantile. Il dibattito sulle inegualanze della distribuzione del benessere è stato contrapposto all'evidenza che la crescita del salario medio procapite va di pari passo con quello dei quintili più poveri, sebbene ciò possa essere disorientato da altri fattori. Altri Paesi che non sono stati in grado di "globalizzarsi", per ragioni diverse, hanno patito una tremenda recessione economica, con un aumento notevole della povertà a tutti i livelli²³.

Analogamente, quei governi che hanno gestito i diritti sulla proprietà intellettuale e gli accordi TRIPS in modo flessibile, hanno permesso ai cittadini di avere accesso a quei medicinali prima inarribabili, dimostrando che le forze della globalizzazione possono essere sfruttate appieno a beneficio dei più poveri.

Ciò significa che queste forze possono essere usate meglio quando sono combinate con opportune riforme politiche e normative adeguate a livello internazionale, e soprattutto locale. È anche per questo che, ad esempio, i progressi compiuti in campo tecnologico possono essere pienamente efficaci per contribuire al controllo delle malattie infettive nel mondo solo se i principi contenuti nell'*International Health Regulations* (IHR) vengono applicati in modo concreto²⁴.

Conclusioni

Questa relazione ha descritto i notevoli cambiamenti dovuti alle forze della globalizzazione a livello economico, ecologico, socio-demografico e tecnologico che in-

cidono sulle malattie infettive, sia facilitandone la diffusione, sia sostenendo gli sforzi per il loro controllo. Ciò ci suggerisce che le malattie infettive probabilmente si manifesteranno, o si rimanifesteranno, come risultato dei cambiamenti climatici, delle forze di mercato, dell'urbanizzazione, dell'intensificazione degli scambi tra popolazioni diverse e i rapidi movimenti dell'uomo. A causa delle disegualanze e delle vulnerabilità specifiche di alcune parti della popolazione, è prevedibile che le malattie infettive continueranno a manifestarsi in modo sproporzionato tra i più poveri, mentre una minima parte della popolazione nei Paesi industrializzati, informata ed educata in merito, potrà accedere direttamente alle cure e alle forme di prevenzione.

Certamente le misure per limitare l'impatto delle malattie infettive esistono, e possono essere davvero amplificate nella loro efficacia mediante vari fattori, come un più facile accesso ai mezzi salva-vita e ai progressi tecnologici legati alla globalizzazione. La flessibilità negli accordi internazionali e le forze umanitarie, ad esempio, possono agevolare il rifornimento di medicinali e vaccini, a cui in precedenza i Paesi più poveri non potevano accedere. La tecnologia moderna può contribuire ad una rapida condivisione di informazioni sulle epidemie e a dare risposte immediate, sebbene ciò richieda regolamenti appropriati da parte di un sistema di governance globale. L'*International Health Regulations*, ad esempio, costituisce un modello che, se applicato in modo appropriato, sicuramente accrescerà la capacità internazionale di affrontare le epidemie. Ugualmente importante sarà l'essere pronti e preparati ad affrontare il riemergere di malattie infettive attraverso la formazione permanente degli operatori sanitari e il consolidamento delle infrastrutture sanitarie pubbliche. Ciò dipenderà dai governi nazionali e dalla loro volontà di investire risorse locali nel miglioramento della salute dei loro cittadini. Dipenderà anche dai finanziamenti esterni, attraverso meccanismi come il Fondo Globale contro l'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria (GFATM), la *Global Al-*

liance for Vaccine and Immunization (GAVI) ecc. che, oltre a rappresentare una globalizzazione della sicurezza, sono anche espressione della solidarietà internazionale nei confronti delle persone più povere e più vulnerabili del pianeta.

Restano però alcune domande ancora senza risposta, il cui riscontro determinerà la nostra reazione collettiva. La globalizzazione, se riconosciuta adeguatamente, può portare beneficio ed essere veramente più importante dei rischi indotti dalle sue forze? Cosa si dovrebbe fare per difendere in modo più forte quegli aspetti della globalizzazione che influenzano negativamente le malattie infettive, come i disastri ambientali e l'urbanizzazione selvaggia? In che modo possiamo garantire che i meccanismi dell'economia mondiale distribuiscano ciò che ci si aspetta, con il risultato di un accesso veramente allargato dei più poveri alla salute? In che modo le organizzazioni delle Nazioni Unite, come l'OMS, possono dare il proprio aiuto per attenuare gli effetti indesiderati della globalizzazione e consentire ai Paesi di sfrutarne appieno i benefici? Per finire, c'è spazio per un'ulteriore espansione di una "globalizzazione della solidarietà" tra ricchi e poveri che, alla fine, potrebbe produrre accesso alla salute, prevenzione delle malattie infettive e cure per tutti? Se la risposta a quest'ultima domanda sarà positiva, nel futuro la globalizzazione potrebbe essere considerata come un fenomeno che ha favorito lo sviluppo dell'uomo e una salute migliore per tutti. Ci sono sicuramente diversi modi per far sì che ciò accada.

Dott. MARIO C. RAVIGLIONE,
Direttore "Stop TB Department"
Organizzazione Mondiale della Sanità
(OMS), Ginevra, Svizzera

Ringraziamenti: vorrei ringraziare il Dott. David L. Heymann, il Dott. Lorenzo Savioli, e il Dott. Michael Nathan per avermi fornito il materiale, e il Dott. Kelley Lee per i commenti e i suggerimenti che mi ha dato.

Note

¹ *Global Burden of Disease and Risk Factors*, Oxford University Press and The World Bank, 2006.

² HEYMANN DL., RODIER GR., "Hot spots in a wired world. WHO surveillance of emerging and re-emerging infectious diseases". Lancet Infect Dis 2001; 1: pp. 345-353.

³ SAKER L., LEE K., CANNITO B., GILMORE A., CAMPBELL-LENDRUM D., "Globalization and infectious diseases: a review of the linkages". TDR/STR/SEB/ST/04.2., World Health Organization, Ginevra, 2004.

⁴ HEYMANN DL., "Effects of social, environmental and economic factors on current and future patterns of infectious diseases". In: Interaction between Global Change and Human Health. The Pontifical Academy of Sciences, *Scripta Varia* 106, Città del Vaticano, 2006.

⁵ Global Forum for Health Research, *The 10/90 Report on Health Research 2003-2004*, Ginevra 2004.

⁶ RAVIGLIONE MC., "The TB epidemic from 1992 to 2002". Tuberculosis 2003; pp. 83:4-14.

⁷ DITTMAN S., WHARTON M., VITEK C. et al., "Successful control of epidemic diphtheria in the States of the Former Union of Soviet Socialist Republic: lessons learned", J Infect Dis 2000; 181 (supplemento 1) S10-S22.

⁸ Dengue/dengue haemorrhagic fever: si-

tuation in 2000, WER 2000; 75 (24): pp.193-196.

⁹ World Health Organization: Globalization, TRIPS and access to pharmaceuticals, *WHO Policy Perspectives on Medicines*, WHO/EDM/2001.2, Ginevra 2001.

¹⁰ BRUGHA R., DONOGHUE M., STARLING M. et al., "The Global Fund: managing great expectations", Lancet 2004; 364: pp. 95-100.

¹¹ CORNIA GA., "Globalization and health: results and options", Bull World Health Organ 2001; 79: pp. 834-841.

¹² MACLEHOSE L., MCKEE M., WEINBERG J., "Responding to the challenge of communicable disease in Europe". Science 2002; 295: pp. 2047-2050.

¹³ RAVIGLIONE MC., RIEDER HL., STYBLO K., KHOMENKO A., ESTEVES K., KOCHI A., "Tuberculosis trends in Eastern Europe and the former USSR", Tuberc Lung Dis 1994; 75: pp. 400-416.

¹⁴ MCMICHAEL AJ., HEINES A., "Global climate change: the potential effects on health", BMJ 1997; 315: pp. 805-809.

¹⁵ SUPLEE C., "El Niño/La Niña", National Geographic 1999; 195(3): pp. 72-95.

¹⁶ VAN DER WERF TS., STIENSTRA Y., JOHNSON RC., et al., "Mycobacterium ulcerans di-

sease", Bull World Health Organ 2005; 83: pp. 785-91.

¹⁷ Epidemiology of WHO-confirmed human cases of avian influenza A (H5N1) infection. WER 2006; 81 (26): pp. 249-257.

¹⁸ PARFIT M., "Human migration", National Geographic 1998; Millennium Supplement: pp. 6-35.

¹⁹ ZWINGLE E., "Megacities", National Geographic 2002; 202: pp. 70-99.

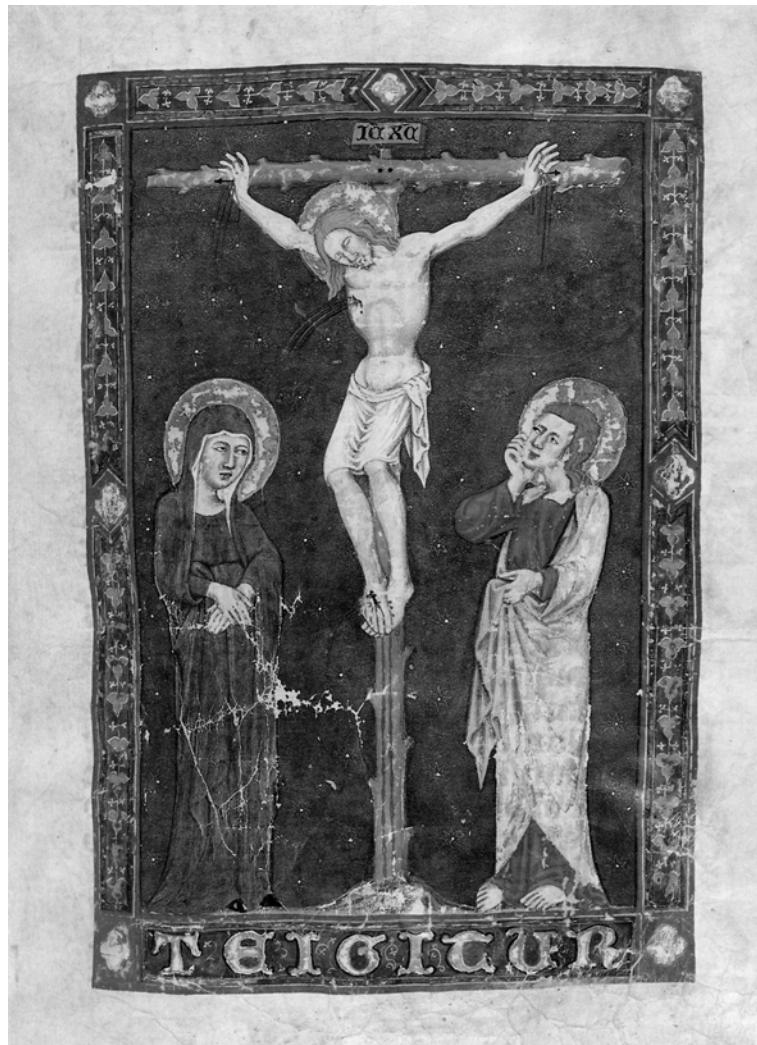
²⁰ MCMICHAEL AJ., "The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries", Bull World Health Organ 2000; 78: pp. 1117-1126.

²¹ World Health Organization, "WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance", WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2, Ginevra 2001.

²² AZIZ MA., WRIGHT A., LASZLO A., et al., "Epidemiology of anti-tuberculosis drug resistance in the world, 1999-2002", Lancet 2006.

²³ DOLLAR D., "Is globalization good for your health?", Bull World Health Organ 2001; 79: pp. 827-833.

²⁴ World Health Organization. *Revisioni of the International Health Regulation*, WHA58.3, Ginevra, 2005.



3. Origine delle malattie infettive oggi

PEDRO A. REYES LÓPEZ

3.1 Origine delle malattie infettive oggi e comportamento umano

Alcune settimane fa entrò in ospedale con febbre, dolore toracico e tosse una malata con lupus eritematoso sistemico, controllato con immunosoppressivi. Il caso era grave. Venne identificata una pneumonìa acquisita nella comunità e venne trattata con successo. La paziente commentò che alcuni giorni prima di ammalarsi, in una riunione sociale c'era un uomo che tossiva.

Ogni volta che tossiamo senza proteggere gli altri con una barriera meccanica, dimentichiamo di lavar le mani prima di preparare alimenti, dimentichiamo un vaccino per noi, per il nostro cagnolino, o, peggio, per nostro figlio trasgrediamo un principio importante: trattare l'altro come desidereremmo essere trattati, nella responsabilità di prenderci cura della Vita, della Salute e della Natura e disstruggiamo la dignità della relazione umana basata sulla stima e sulla considerazione reciproche. Ancora più grave, rifiutiamo la nostra condizione di fratellanza per essere figli del Padre che eleva al di sopra di un contratto sociale il rispetto che ci dobbiamo tra noi.

Le dimostrazioni di rispetto e di degne relazioni non si limitano alla convivenza educata tra persone, si devono estendere alla comunità e alla nazione, poiché altrimenti raggiungono dimensioni maggiori di egoismo, di prepotenza, brama di lucro e di potere e sfociano in decisioni politiche che danneggiano la convivenza internazionale. Tutto questo risulta in non equità,

ingiustizia e oppressione, rifiuta la fratellanza di tutti gli esseri della Creazione, confonde il comportamento e lascia che la superbia si impadronisca di noi, allontanandoci dal Bene e dando adito a decisioni meschine che impediscono la nostra crescita come individui e comunità unite da una familiarità spirituale universale e ritarda la decisione condivisa nella cura della nostra casa, questo pianeta azzurro che ci ospita.

Questo essere personale, individuo o attore sociale, ha bisogno di educazione, non solo di informazione ma di buoni esempi ed espressioni di solidarietà e fratellanza proprie della dignità umana, che si apprende con l'esempio e tutelano norme e disposizioni giuridiche in tutto il mondo.

Dalla metà del secolo XIX si sono avute riunioni internazionali per accordare e regolare misure che controllano persone e beni per evitare epidemie. Nel 1902 venne fondato l'Ufficio Panamericano della Salute, nel 1907 l'Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica e dal 1948 esiste l'Organizzazione Mondiale della Salute, ma ognuno di noi deve fare ancora molto per ridurre il numero delle malattie infettive. Talvolta, un'azione più amorosa è la leva che muove questo cambiamento adattato a costumi peculiari in ogni società.

La nostra specie condivide il pianeta con esseri viventi, tanti e tanto vari che oggi giorno ancora si riconoscono nuove specie in luoghi che crediamo incapaci di avere vita.

Dalla teoria microbica sappiamo che condividiamo nel mondo, il nostro essere biologico, il nostro corpo, con altri organismi e in molti casi abbiamo dei benefici da questa vicinanza.

La creazione ci portò attraverso l'Evoluzione, a incontrare, preservare e perfezionare, in alto grado, modi di curare la nostra identità biologica, di comunicare le nostre cellule delle più svariate stirpi mediante meccanismi di ricettore-unitivo, di prescindere dalle cellule che compiranno la loro missione e di sviluppare meccanismi di difesa che integrano il sistema immunitario. La loro presenza e funzione efficiente garantisce la salute a 1400 organismi vivi conosciuti fino a non molto tempo fa, talvolta ve ne sono di più che possono causare malattie che la vigilanza immunologica evita o controlla. La comparsa del virus di immunodeficienza umana, la pandemia dell'HIV e lo sviluppo di resistenza batterica ai farmaci miracolosi agli antimicrobici che si iniziò già dalla fine degli anni Ottanta, quando appena avevamo 4 o 5 diverse classi di questi, e non è stata controllata, ci mostrò oltre ogni dubbio il valore di tener conto di un sistema immunitario efficiente.

Nel centro stesso del sistema immunitario, un meccanismo fondamentale sviluppato dagli organismi unicellulari milioni di anni prima che il primo ominide vivesse sulla Terra, preservato attraverso gli eoni, permette di riconoscere microbi, incorporarli in certe

cellule, trasformarli in messaggi chimici e portarli a cellule speciali che si faranno carico di rispondere o no a seconda della convenienza. Mi riferisco alla fagocitosi descritta alla fine del secolo XIX da Elie Metchnikoff e origine della teoria cellulare dell'immunità. Oggi sappiamo che va oltre il contesto dell'immunità e che la relazione ospite parassita, è un meccanismo di internazionalizzazione che usano amebe di vita libera come il *Dyctiostelium discoideum* per prendere nutrienti dall'ambiente, batteri che inglobano in un fagolisoma dove vengono digeriti dall'idrolasi e dall'ambiente acido e i residui non digeriti finalmente sono secreti in un processo di espulsione. Questo remoto antecedente della digestione è usato anche per organismi multicellulari in processi di embriogenesi e ri-modellato tissutale, e dispone di cellule apotossiche per degradarle senza ricorrere a infiammazione. In molti casi, la fagocitosi è portata a compimento dalle cellule vicine non fagocitosi professionali. Già dalla mosca della frutta, *Drosophila melanogaster*, appare un meccanismo modulatore della fagocitosi: recettori nella membrana cellulare che riconoscono i peptidoglicani batterici, che si conserva fino ai mammiferi. Noi umani abbiamo almeno 4 di tali ricettori, che formano parte dei meccanismi dell'immunità innata. Nell'immunità adattativa, la fagocitosi è pietra angolare del sistema immunitario. I patogeni esterni incorporati nei fagolisosomi sono frammentari in peptici piccoli che si caricano in molecole del complesso maggiore di istocompatibilità classe II della cellula presentatrice, un macrofago generalmente per interazionare con i linfociti T CD4+. Intanto, i peptici di sintesi intracellulare o quelli che procedono da virus e parassiti intracellulari obbligati si processano nel citoplasma e si caricano in molecole del complesso maggiore di istocompatibilità classe I che integrisce con i linfociti T CD8+. Si sviluppano la risposta immunitaria adattiva e fenomeni di infiammazione per risolvere le infezioni, a volte a costo di grave danno tissutale e della malattia.

Un processo tanto complesso

può essere molto fragile. La carenza di nutrienti ha conseguenze disastrose nella funzione del sistema immunitario.

La nutrizione ci modula, la buona alimentazione contribuisce a una vita sana, libera da malattie. Ogni organismo vivo richiede un consumo quotidiano di nutrienti, sostanze estranee al corpo che, ingerite, modificate e assimilate nei tessuti, permettono la crescita, forniscono energia e preservano la salute.

Vi sono macronutrienti: proteine grasse, carboidrati e acqua, micronutrienti: minerali, vitamine; i micronutrienti non sono in sé stessi fonte di energia però favoriscono i processi affinché i macronutrienti la generino per la crescita, lo sviluppo e le funzioni vitali, includendo quelle della comunicazione cellulare affidata al sistema immunitario.

Vi sono nutrienti essenziali. Non li produce l'organismo, ma li ottieniamo dagli alimenti assolutamente necessari per la vita. Essi includono 9 aminoacidi, 13 vitamine, 15 minerali e certi acidi grassi in quantità molto piccole e in interazione appena compresa.

Una buona nutrizione dipende dall'accesso e ingestione dei diversi gruppi di alimenti, maneggiati con igiene, in proporzioni capaci di favorire la crescita e lo sviluppo. La cattiva nutrizione per difetto o per eccesso di certi alimenti ha conseguenze sulla salute. Nella carenza, vi sono disfunzioni di grado variabile di diversi tipi cellulari: le barriere fisiche nella pelle e nelle mucose si riducono e si deprimono funzioni di riconoscimento immunitario in grado di favorire le infezioni. In eccesso, certi alimenti possono favorire l'accumulo di colesterolo in luoghi critici, come l'interno delle arterie e far iniziare l'arteriosclerosi, che ogni giorno comprende sempre più paesi sviluppati e che non è più una malattia di società opulente. Inoltre, le nostre azioni insensate o ignoranti ci portano ad ammalarci, alterando l'alimentazione. Succede nei disordini come la bulimia e nelle diete capricciose, che infrangono l'omeostasi immunitaria, stimolando l'infiammazione.

L'ingestione di combinazioni di alimenti in proporzioni corrette fa-

vorisce cicli di assimilazione e di eliminazione di nutrienti. È importante ingerire proteine, fonte di aminoacidi per generare le nostre proteine: quelle grasse sono necessarie e con frequenza si accompagnano alle proteine in quasi tutte le diete, ma non conviene esagerare nel consumo di questi alimenti. I carboidrati sono fonte di energia immediata e si assimilano con facilità. Si raccomanda, in generale, una dieta con frutta e verdure, grano integrale, carne bianca, pesce e, in minore proporzione carni rosse. L'acqua pulita ci permette di alimentarci. In combinazione con l'esercizio e con un atteggiamento positivo favorisce il benessere e lo sviluppo. I disordini della nutrizione hanno conseguenze notevoli sulla capacità immunitaria e sulla tendenza alle infezioni.

La denutrizione proteico-calorica (DPC) è la causa principale dell'immunodeficienza secondaria nel mondo.

La malnutrizione causata per difetto nei macronutrienti e nei micronutrienti colpisce soprattutto i bambini poveri. Vi sono due varianti classiche del DPC: il marasma e il Kwashiorkor.

Il marasma, quando vi è un'insufficienza totale del cibo, fame, a volte generata da decisioni egoiste, malvagie, si associa allo svezzamento: si perde peso in modo accelerato, la pelle si raggrinzisce e si ha un aspetto cadaverico.

Il Kwashiorkor, parola di origine africana occidentale che significa "la malattia del bebé seguente" è il risultato di una dieta deficiente in proteine, benché vi sia alta l'ingestione calorica. Il bambino svezzato ritarda di molto la sua crescita e sviluppa un edema epatosplenomegalia, capelli fini e scarsi e dermatiti.

I due hanno conseguenze sull'efficienza immunologica e sulle infezioni. Lo sviluppo del sistema immunitario è molto labile alla nutrizione: soffre la immunità innata e quella adattativa, che dipende da cellule istruite nel timo, organo linfoidi centrale che governa l'organizzazione e la funzione immunitaria attraverso il generare le cellule T, danneggia anche gli organi linfoidi secondari e riduce la capacità della memoria immunologica e della risposta agli antigeni. La re-

golazione immunitaria soffre e vi è uno squilibrio del TH1/TH2. L'immunità adattativa umorale si mantiene e si ottiene una risposta di anticorpi a vaccino con virus inattivati o con polisaccaridi batterici in bambini malnutriti. Tuttavia, la profonda lesione del timo e dei linfociti T, è molto grave. Inoltre, l'immunità innata che dipende dai fagociti professionali delle barriere mucose respiratorie gastrointestinali ed urinarie manca, per difetto, nella migrazione dei leucociti che non maneggiano efficientemente i batteri e i microbi che fagocitano, di modo che la flora batterica delle nostre mucose cambia e favorisce l'invasione. Si producono allora una risposta infiammatoria e un circolo vizioso, dove la

partecipazione della comunità in uno schema orizzontale, con un sostegno governativo e internazionale che favorisca azioni sostenibili nella località.

Coincidono le due forme di DPC che accadono durante lo svezzamento. L'alimentazione al seno materno fornisce la migliore alimentazione. Il latte materno, dal colostro fino alla sua maturazione, fornisce dei leucociti, sia fagociti che linfociti T e B e cellule NK, di IgA, che secreta il lisozima e i nucleotidi che migliorano la risposta immunitaria del neonato e del bebé. Deve essere stimolato e sostenuto per il maggior tempo possibile. L'interruzione dell'allattamento materno è provata che facilita non solo la DPC ma altre ma-

cipa nella regolazione del grasso corporeo e in alcuni aspetti importanti per la funzione immunitaria. Non posso neppure considerare i difetti che la malnutrizione arreca nelle popolazioni speciali, come la crescente popolazione sopra i 60 anni, le donne in gravidanza e i gruppi che per diversi motivi, edonismo molte volte, seguono diete che favoriscono difetti qualitativi nella nutrizione. Mostro solo alcuni dati che il deficit dei micronutrienti può causare.

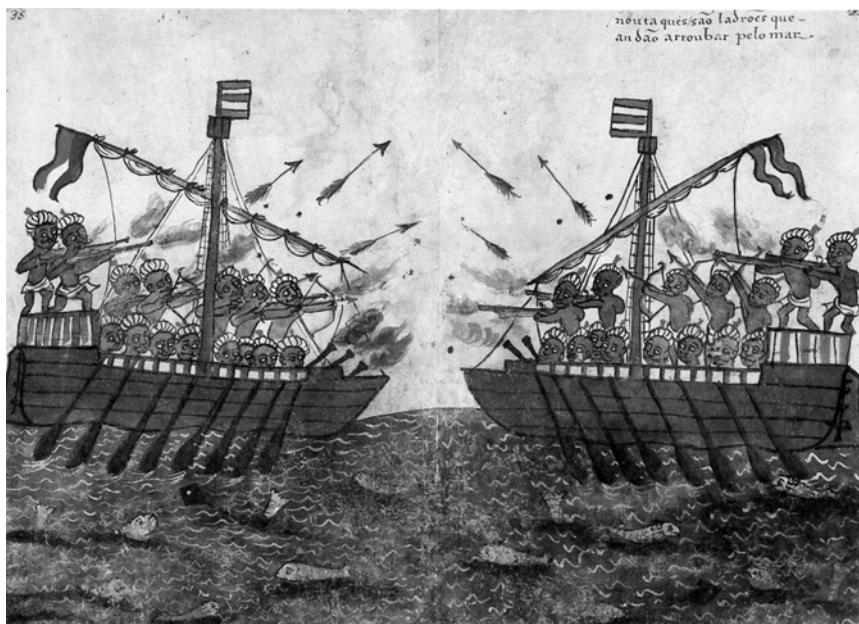
Alcuni momenti fa mi sono riferito ai microrganismi con i quali conviviamo. Quasi il 60% di questi 1400 organismi vivi, che sono patogeni per l'uomo, si svilupperanno, con o senza malattia, negli animali. Vi sono molte zoonosi, con o senza espressione clinica, che si possono trasformare in malattia umana. L'adattamento di un organismo alla nostra specie è una minaccia permanente, come ora abbiamo coscienza nel caso del virus dell'influenza aviaria H5N1, ma non è un fatto isolato né eccezionale.

È nostro dovere curare i mezzi per ridurre, controllare, e a volte eliminare, rischi e malattia, mediante lo sfruttamento razionale delle risorse agricole e zootechniche, vigilando sulla sanità e sull'igiene e segnalare l'enorme importanza che il rifornimento di acqua pulita e la diffusione di abitudini semplici, ed economiche, di igiene personale e comunitaria possono fare per la salute di tutti.

Prima di concludere, farò riferimento a due situazioni esemplari, una di queste direttamente legata all'Immunologia.

La OMS stimò che nel 2003 1,6 milioni di persone, in maggioranza bambini minori di 5 anni, morì per pneumonie neumococcica, meningiti e setticemia per streptococco pneumonia.

In alcune popolazioni ad alta mortalità infantile, fino al 25% di questa si potrebbe attribuire a infezioni di questo agente, e l'infezione con HIV aumenta il rischio da 20 a 40 volte. Vi è un problema aggiuntivo: il microbo ha sviluppato resistenza alle penicilline, sulfametotiazide e ad altri antimicrobici economici, in certi casi richiede del quinolonas e vi è anche qualche resistenza a questi. Però è sta-



suscettibilità all'infezione approfondisce l'immunodeficienza secondaria, e la malattia rende più difficile l'alimentazione. L'intervento terapeutico, anche medico, non solo per usi e costumi tradizionali, può generare una resistenza batterica e, paradossalmente, aggravare le infezioni.

È indispensabile, allora, l'intervento nutrizionale, l'uso e il controllo ragionato e ragionevole di infezioni e parassiti, di azioni complementari e di educazione alla salute, con l'entusiasta e responsabile partecipazione delle madri quasi come regola e disporre dei programmi di assistenza alimentare, di risanamento e di igiene con la

lattie, allergie, talvolta alcune autoimmuni e incrementa le possibilità di contaminazione degli alimenti e delle infezioni.

Non ho tempo ora per affrontare l'altra faccia della medaglia gli effetti della malnutrizione in termini di sovrappeso e obesità, un problema di tutto il mondo, soprattutto nei bambini e negli adolescenti. Questo difetto della nutrizione trasmette anche un'alterazione immunologica, poiché la leptina, l'ormone che regola la sazietà, è anche regolatrice immunitaria e agisce sui citochini prodotti dai linfociti; e la grenina, il legamento naturale per la secrezione degli ormoni di crescita dall'ipofisi, parte-

to dimostrato che la vaccinazione eptavalente e nonavalente riduce la mortalità (16%), le entrate in ospedale per tutte le cause (15%) e la pneumonia radiografica (37%) e che questi vantaggi si mantengono nella popolazione infettata con HIV. La vaccinazione può includere altri sierotipi del pneumococco, a seconda che si richieda in certe regioni: si può distribuire usando reti di vaccinazione e catene fredde. Richiede solo 3 dosi, è facile addestrare il personale sanitario che ha già lavorato nella vaccinazione. È una vaccinazione eseguita con successo in 70 paesi su bambini e adulti, riduce l'incidenza generale di pneumonia, la caduta di resistenza batterica, la colonizzazione batterica dell'albero respiratorio alto e la trasmissione attraverso l'immunità del gruppo. È necessario un accordo internazionale che renda accessibile la vaccinazione ai Paesi in via di sviluppo, tutti ne beneficiamo: qui vi è un'opportunità perché i governi e i privati appoggino una decisione in un caso dove è possibile potenziare la salute. Credo che costerà meno di una portaerei o di un muro di confine.

La malaria o paludismo, in ampie zone dell'Africa, del Sud-Est asiatico, dell'India e dell'America del Sud, trasmessa da zanzare, è, nella sua maggioranza, prodotta da *Plasmodium vivax*, relativamente ben portato e da *P. falciparum*, con più patogenicità e resistente a clo-rochina, l'antimalarico più a buon mercato e sicuro.

Solo in Africa, circa 800 mila bambini minori di 5 anni muoiono ogni anno. Storicamente, il paludismo ha risposto al tipo e all'intensità delle misure di controllo che è la base dei programmi attuali. Dal 1998 si istituì la Strategia Mondiale di Lotta contro la malaria, con l'iniziativa Roll Back Malaria (RBM), con lo scopo di ridurre la mortalità del 50% per l'anno 2010 e del 75% per il 2015.

Oltre al risanamento, l'uso razionale di insetticidi e farmaci efficaci, un elemento importante nel controllo è l'uso di zanzariere impregnate di insetticida, capaci di ridurre la malattia fino ad un 50%; sono a buon mercato, il costo unitario è di \$ 5,75 e durano 5 anni. Le strategie imperfette, la cattiva ge-

stione governativa e l'abbandono delle agenzie internazionali, però, hanno ridotto la loro distribuzione di zanzarie.

Nel 2004 la stampa pubblicò che solo il 6% del preventivo dell'Agència per lo Sviluppo Internazionale degli Stati Uniti, si dedicò a queste e il 2% a medicine ed insetticidi. Il 92% si spese in altre voci. Situazione che portò alla presa di coscienza mondiale, per il riorientamento dell'aiuto internazionale, e per il riesame delle azioni e per la stipula di accordi per rispondere alle sfide, che in teoria siamo capaci di risolvere. La fondazione Gates, nella voce di Regina Rabinovich, considera che "vi è un potenziale per un impatto incredibile, o un insuccesso incredibile". Magari la prima ipotesi sia attuata presto.



La ricerca scientifica è la leva del cambio, ha permesso di accelerare il nostro adattamento al pianeta. Con la salvaguardia della Bioetica, questa scienza della vita, e la sopravvivenza di tutti gli inquilini di quest'unica casa, risponde per il valore della dignità umana alle sfide che solleva l'incessante produzione scientifico-tecnica e orienta la Scienza al benessere umano, al rispetto della Vita in tutte le sue forme all'armonizzazione delle nostre azioni per privilegiare lo sviluppo, l'equità e la giustizia.

L'umanità ha proposto le Mete del Millennio che inizia: ricerchiamo questi beni senza dimenticare che la nostra origine comune come

creature della Provvidenza ci unisce nella fratellanza.

Questa conferenza rende chiaro che questo è possibile. Facciamo che la volontà che ci riunisce oggi si moltiplich nei nostri Paesi. Serviamo la Vita, siamo Fratelli e ricerchiamo il Bene.

Prof. PEDRO A. REYES LÓPEZ
Direttore della Ricerca.
Istituto Nazionale di Cardiologia
Ignacio Chávez.
Città del Messico, Messico

Bibliografia

KUMATE J., "Cooperación internacional en enfermedades infecciosas", Foro Inter-Académico en problemas de salud Global, Academia Nacional de Medicina, Messico 2-3 ottobre, 2006.

CHANDRA R.K., "Nutrition and the immune system from birth to old age", Eur.J.Clin.Nut. 2002;56 (suppl 3) pp. S73-S76.

SAVINO W., "The thymus gland as a target in malnutrition", Eur. J.Clin. Nut. Eur.J. C. Nut. 2002; 56 (suppl 3) pp. S46-S49.

SOLOMON J.M., RUPPER A., CARDELLI J.A., ICEBERG R.R., "Intracellular growth of Legionella pneumophila in Dictyostelium discoideum, a system for genetic analysis of host pathogen interactions". Infect.Immun. 2000; 68: pp. 2939-2947.

DESIARDINS M., HOUDE M., GAGNON E., "Phagocytosis: the convoluted way from nutrition to adaptive immunity". Immunological reviews 2005; 207: pp. 158-165.

JACKSON H., "The AIDS pandemic". Cap. 1 in "AIDS Africa. Continent in crisis". Curtin Knight, Maine L. Publisher SAFAIDS, PO Box A 509 Avondale, Harare, Zimbabwe. 2002. p.1.

REPRESAS PÉREZ J., "La nutrición". Cap 4. in "Las siete bioRutas para la salud, el bienestar y la longevidad". Edizione speciale, Diana. México, settembre 2003. P36.

CUNNINGHAM-RUNDLES S., McNEELEY D.F., MOON A., "Mechanism of nutrient modulation of the immune response". J. Allergy Clin Immunol 2005; 115: pp. 119-128.

KEUSCH G.T., "The history of nutrition: malnutrition, infection and immunity". J.Nutr 2003; 133: pp. 336S-3406.

MEYDANI A., AHMED T., NIKBIN MEYDANI S., "Aging, nutritional status, and infection in the developing world". Nut. Rev. 2005;63: pp. 233-247.

JACKSON K.M., NAZAR A.M., "Breastfeeding, the immune response, and long-term health". J.Am.Osteopath assoc 2006; 106: pp. 203-207.

LEVINE O.S., O'BRIEN K.L., KNOLL M., ADEGBOLA R.A., BÒACK S., CHERIAN T et al. "Pneumococcal vaccination in developing countries". The Lancet 2006; 367: pp. 1880-82.

RODRÍGUEZ M.H., "Paludismo. En Cooperación internacional en enfermedade infecciosas", Foro Inter.-Académico en problemas de salud Global. Academia Nacional de Medicina, Messico 2-3 ottobre, 2006.

DIGGER C.W., "Buscan cambiar estrategias fallidas contra malaria", The New York Times-Regorma. 8 luglio, 2006.

RICCARDO COLASANTI

3.2 Migrazioni umane e malattie infettive

Le migrazioni umane sono un fenomeno in continua crescita.

Anche se in parte i numeri dell'ultimo periodo devono essere corretti dal fatto che comprendono, dopo la dissoluzione dell'antica Unione Sovietica, migranti internazionali che prima erano migranti interni, si tratta ovviamente di numeri cospicui.

Il fenomeno migratorio dipende, ovviamente, dalla polarizzazione dei Paesi in Via di Sviluppo, che hanno bisogno di mano d'opera giovane e hanno, tra l'altro, tassi di crescita demografica ridotti, e da Paesi in via di sviluppo che, al contrario, sulle rimesse dei migranti come fattore economico vanno.

È anche evidente come, vicino ad una migrazione Sud-Nord del mondo, ce ne sia un'altra Sud verso Sud.

Di fatto, l'aumento del numero dei migranti è anche parallelo al grande aumento della popolazione mondiale.

C'è infine da dire che è un fenomeno in cambiamento in quanto a Paesi. I primi dieci Paesi di *incoming* del 1970, non sono gli stessi (se non per il primo nel 2005). Per ciò che riguarda, infine, l'*outcoming*, c'è una notevole differenziazione sia per distribuzione sia come variazione nel tempo.

Nel 2005 in Italia, per esempio, 3 milioni di immigrati provenivano da circa 200 nazioni, con un continuo movimento dei flussi negli ultimi anni, in rapporto a molteplici variabili.

Ora, si può parlare di malattie infettive e di migrazioni da diverse prospettive.

1. La prima è quella della malattia infettiva presente prima della migrazione, latente. C'è da dire che è osservazione comune quella che la partenza sia per la popolazione, in un certo senso, selezionata.

2. La seconda è quella della migrazione come fattore aggravante o scatenante la malattia, per lo stress per l'infinita via crucis cui sono sottoposti i migranti. Nel museo della migrazione di Ellis Island a New York, c'è una grande scritta che riporta un pensiero che un migrante italiano di inizio secolo scrisse in una lettera a casa alla famiglia rimasta di qua dall'oceano. «Quando sono venuto a New York, credevo che le strade fossero d'oro. Ho capito che non solo non sono d'oro, ma che non ci sono e che chi le deve costruire siamo noi italiani». È ovvio che condizioni di vita difficile possano costituire fattore di diminuzione della resistenza alle infezioni.

3. La terza è quella della contagiosità verso la popolazione che ospita. Che dipende dalla possibilità di scambi, dove, alcune malattie, per esempio l'HIV, dipendono dai comportamenti.

4. La quarta è quella della contagiosità della popolazione ospitante verso il migrante.

5. L'accesso ai sistemi sanitari.

6. L'ultima, infine, concerne i rischi connessi al rientro del migrante nel suo Paese d'origine.

Tutto ciò crea una complicatissima matrice di dati e osservazioni che è molto difficile rendere unitaria.

Il fatto che la contagiosità per patologie d'importazione, come per esempio le parassitarie, ha bisogno, nelle nostre latitudini europee, del vettore intermedio fa capire come l'importanza della contagiosità sia minima per la nazione ospitante. Al contrario, sarà alta la possibilità per il migrante che torna nella sua latitudine senza protezione immunitaria di essere afflitto da patologia da plasmodio da cui si riteneva immune. D'altra parte, il flusso migratorio da paesi tropicali (meglio urbanotropicali) è una parte del tutto.

Il problema è che le fonti dei dati sono molto insufficienti, in un fenomeno che è invece in continua evoluzione. La migrazione non è un fenomeno unitario: provenienze diverse, con culture e anche culture sanitarie diverse, in Paesi che hanno politiche sanitarie differentiate impedisce di definire un processo come unitario.



Così, per gli altri punti citati, la patologia tubercolare potrà uscire dalla torpida latenza sino a dimostrarsi come patologia schietta per il fatto che lo stress migratorio accelererà quel processo di squilibrio che fa riattivare un processo silenziosamente cronico.

Di fatto, partono i sani. La migrazione è un evento di forza, è un'azione eroica, d'avventura. Il migrante è sempre persona con carica vitale superiore. Per ciò che si riferisce alla contagiosità verso il migrante saranno fattori diversi ad entrare in gioco. La solitudine, lo stato di *singleness*, potrà comportare un maggior rischio per HIV, o al contrario la migrazione costituisce un fattore preventivo, perché

l'accesso ai sistemi sanitari permette di conoscere meglio la problematica e, nel caso di accesso al sistema sanitario, di essere più protetto rispetto al paese d'origine.

Invero, di solito si interpreta il problema in toto della migrazione – soprattutto da parte dell'opinione pubblica e dei politici – come prevenzione alle frontiere dall'arrivo di patologie infettive pericolose, per la salute pubblica degli ospitanti.

Nel linguaggio ufficiale, le espressioni ricorrenti vanno da: screening alle frontiere a patologia d'importazione, fino a migrante infetto e migrante portatore di malattia.

Si tende a colpevolizzare l'immigrante per due ordini di fattore:

1. Come diverso, pericoloso, identificando la paura del nemico tipica con le patologie infettive d'importazione.

2. Come fonte di aggravio economico per la spesa unitaria, che è uno dei capitoli di spesa più cospicui dei bilanci nazionali.

Per ciò che riguarda il secondo punto, si tratta di uno svantaggio che deve essere visto di fronte all'incredibile produzione di ricchezza che fornisce la forza lavoro migrante almeno nelle religioni più sviluppate.

Per il primo, come abbiamo già detto il migrante, è spesso una persona sana che depaupera il suo bagaglio di salute proprio per le difficoltà correlate alla migrazione. Inoltre, il cosiddetto blocco delle frontiere non ha senso in una società globale. Il grezzo modello termodinamico di contenitore a diverse concentrazioni batteriologiche-virali separati da un rubinetto, che è la frontiera, non ha più valore in un mondo in cui di fronte ad uno stock attuale di migranti nel mondo di 190 milioni di persone, si è stimato che nel 2000 ci sia stato un movimento turistico con un arrivo di 698 milioni di arrivi internazionali¹.

I migranti, poi, dopo il primo viaggio, aspettano anni prima di tornare a visitare il proprio Paese, per ovvie ragioni economiche, quindi la loro partecipazione alla mobilità è assolutamente parziale rispetto al totale dei movimenti.

Il fatto è che la struttura statica,

compartimentata di secolo in secolo, si sta trasformando in una struttura sempre più complessa, multidimensionale, multipower, a velocità sempre più alta, con una divisione non più occasionale, ma strutturale di uno spazio condiviso, il mercato globale, e il villaggio globale, che sono essenzialmente strutturati all'interno della nostra civiltà.

Il nuovo modello è più di tipo organico e biologico, dove un'infinita rete di comunicazioni e relazioni costituisce il tessuto tramato della società cosmopolita. Il blocco delle barriere e delle frontiere ha ancora valore per patologie infettive altamente contagiose con piccolo periodo d'incubazione, come colera, peste, o febbre gialla in caso di scoppio di focolai epidemici². Ma in tal caso per tutti: turisti, migranti e ogni tipo di viaggiatore.

Il flusso migratorio fa parte di un fenomeno più ampio: la metropolitana mondiale della mobilità umana che mette in comune quest'unica città globale che sta divenendo il mondo, dove le attuali nazioni sono sempre più borgate di un'unica megalopoli. Solo una visione medievale, quella dei dazi, e delle frontiere provinciali può interpretare la prevenzione come blocco selettivo: la tartana infetta da mettere in quarantena.

Il rubinetto da chiudere non esiste, perché la mobilità fa parte della struttura stessa ideologica della modernità. Non è secondario citare l'aspetto ideologico, anche in seri documenti: si legga per esempio lo *UNAIDS/IOM Statement on HIV/AIDS-related travel restrictions*, giugno 2004. Non solo il documento sconsiglia di procedere a misure restrittive d'accesso per gli HIV positivi perché inutile, ma perché contrario ad una concezione sociale dei diritti umani chiaramente legata all'apparato ideologico occidentale.

Tutte queste analisi teoriche devono infine riferirsi a situazioni patologiche concrete. Ci riferiremo all'infezione da HIV e a quella da microbatterio tubercolare.

La Caritas Diocesana di Roma, sin dal 1983, ha aperto una serie di centri sanitari gratuiti per immigrati, illegali o meno. Inoltre, ha partecipato alla creazione della Società Italiana di Medicina delle

Migrazioni, che mette in rete le esperienze di decine di centri in Italia. I dati che riporterò provengono, per l'Italia, tutti da questa esperienza.

L'infezione da HIV

I dati di migranti in nazioni sviluppate dicono che essi spesso sono affetti in misura più grande dall'infezione da HIV. Addirittura, in Giappone nel 2002 il 33% dei casi di HIV era di provenienza non nazionale. Dato da mettere in paragone al fatto che la popolazione straniera totale è solo del 2%. I fattori sono vari: il viaggio, la diminuzione dei legami dipendenti dalla nuova condizione e, soprattutto, la difficoltà di accesso alle cure sanitarie e a programmi di prevenzione, tradotti nella propria cultura, determinano una minore protezione del migrante.

In Italia, secondo Baglio, i dati del registro nazionale mettono in luce un aumento dei casi di AIDS, tra i cittadini stranieri, dal 3% al 16%, dal 1992 al 2002. Aumento, questo, significativo, ma meno se si considera l'aumento parallelo che c'è stato del numero di immigrati in Italia.

Dal 1992 al 2003 si è osservata invece una diminuzione dei nuovi casi (incidenza), che dipende dalla possibilità di accedere, da parte dei migranti, alle cure del sistema sanitario pubblico³. È fondamentale creare campagne di prevenzione dell'AIDS che siano fatte filtrare verso la popolazione migrante.

Ma l'infezione da HIV è anche un problema per coloro che tornano. Il rapporto dell'IOM del 2005 cita il caso del Bangladesh, dove la percentuale di positività per i migranti che tornano è uguale al 41% e delle Filippine, dove, nel 2004 la percentuale è del 32%.

Per ciò che riguarda, invece, la tubercolosi, i dati indicano chiaramente che, almeno in Europa, i casi registrati in pazienti stranieri sono uguali a quelli degli autoctoni, indicando un forte rischio per gli immigrati di essere affetti da Tbc. In Italia, nel 2004, le notifiche dei casi di TB di stranieri ammontavano al 39,4% (Euro TB). Interessanti i dati di Issa El Hamad, del centro di patologia del migrante di

Brescia, che mettono in luce l'intervallo dopo il quale viene fatta la diagnosi nel migrante. Il tempo medio di latenza, nella sua statistica, è di 35,7 mesi. Ciò indica, appunto, la difficoltà dei primi anni dopo l'arrivo. Altre casistiche: in Norvegia, Farah indica come dopo 7 anni permanga un rischio tubercolare; in Canada indicano dopo sette anni la permanenza di un rischio elevato, evidenziando la difficoltà di integrazione. Di rilievo è anche (El Hamad), come nei casi italiani siano più presenti rispetto agli autoctoni casi di Tbc extrapulmonare nei migranti.

Si tratta, secondo dati SIMM (El Hamad e Affronti), sia di a) riattivazione di infezione latente per le condizioni di vita difficili, sia di b) nuova infezione esogena per la coabitazione promiscua in presenza di portatori di lesioni aperte.

La realtà è che la Tbc è la grande amica delle condizioni di povertà.

Ora, tutte queste sono statistiche certamente significative. La realtà è che:

- la migrazione è essenziale allo sviluppo delle nazioni avanzate e anche a quelle in via di sviluppo;

- la migrazione porta non soltanto corpi e forza lavoro, ma anche psicologie, culture che fanno paura, oltre un certo limite, alla popolazione ospitante;

- la migrazione fa bene, ma comporta dolori infiniti a colui che sta lottando, non soltanto per il sovravita e la solitudine, ma anche per il distacco, che diventa sempre grande, dalla nazione di origine;

- la migrazione comporta un bisogno di assistenza della Chiesa, delle Caritas e di tutto l'associazionismo cattolico.

Conclusioni

Resterebbe soltanto un punto, che viene poco trattato nei consensi. E cioè, se la migrazione oltre ad essere un nuovo apporto di forza lavoro possa anche essere un rinnovamento delle forze psichiche e morali della nostra società.

Sta di fatto che la vitalità del migrante si manifesta spesso in grave contrasto con la fiacchezza, la depressione, la sfiducia e la paura di noi Paesi sviluppati.

Per taluni, ciò può essere visto come un punto di debolezza e una sconfitta definitiva di una civiltà destinata alla parabola discendente, quella europea per esempio. Fatto è che il "Non abbiate paura di Cristo" è maggiormente presente in coloro che hanno attraversato i mari su un canotto che in chi non riesce a credere neanche nei legami affettivi, come tanti cittadini italiani.

Dott. RICCARDO COLASANTI
Segretario Generale di
Caritas Internationalis
Roma, Italia

Note

¹ UNAIDS/IOM statement on HIV/AIDS-related travel restrictions, Giugno 2004

² Cfr. *Idem*.

³ BAGLIO G., ASP, Lazio.



JACQUES SIMPORÉ

3.3 Origine delle malattie infettive oggi: cambiamenti tecnologici e industriali, modifiche e adattamenti microbici

Introduzione

A partire dai batteri termofili, che abitano le acque termali ad oltre 70°C, fino ai micro-organismi psicrofili (criofili), che hanno colonizzato i ghiacciai e vivono a meno di 0°C, ci sono microbi che hanno saputo adattarsi a tutti i rischi climatici e che risiedono alle alte pressioni (barofili), che sopravvivono in ambienti molto sporchi (alofili), nei fondi marini (batteri chemiosintetici), nei luoghi aridi (batteri poliestremofili), in ambienti acidi (acidofili) e in quelli alcalini (alcalofili).

Oggi, con i cambiamenti tecnologici e con la globalizzazione, noi viaggiamo trasportando i micro-organismi nel mondo, sugli aerei, sulle navi e sulle macchine. Ormai, nelle nostre città, li abbiamo dappertutto: nei percorsi dell'acqua, nei bagni, nei climatizzatori, nei frigoriferi, nei piatti, ecc. fino ad averli, in sovrappiù, in noi stessi: nelle nostre viscere più profonde, i batteri buoni ci aiutano a digerire gli alimenti, mentre quelli patogeni, come i *Shigella*, gli *Escherichia coli*, le *Salmonelle*, il vibrone del colera, ecc. provocano in noi enteropatie. Altri arrivano ad infettare i polmoni (bacillo di Koch), gli apparati riproduttivi (HIV, *Treponema pallium*, *Neisseria gonorrhoeae*), il sistema nervoso centrale (*Toxoplasma gondii*, *Trypanosoma gambiense*, alfa herpes virus, virus della rabbia) ecc. Ai giorni nostri, le malattie infettive sono responsabili di circa 17 milioni di morti l'anno, il che rappresenta un terzo della mortalità mondiale¹. Esse sono causa del 43% dei decessi nei Paesi in via di sviluppo. Questa morbilità rischia di aggravarsi, te-

nuto conto dei cambiamenti climatici provocati dall'industrializzazione delle società moderne, che aiutano, di conseguenza, l'instaurarsi di una temperatura ideale per la proliferazione e la propagazione dei microrganismi patogeni sul pianeta terra. In effetti, lo smog e l'effetto serra provocati dall'industrializzazione, le varie manipolazioni genetiche operate dalla biotecnologia e l'antibioterapia abusiva provocano mutazioni genetiche dei microbi patogeni. Tali modificazioni ontologiche dei nostri predatori consentono loro di adattarsi meglio al nostro ambiente. Inoltre, la manipolazione industriale delle derrate deperibili e il loro trasporto in tutto il mondo possono costituire fonte di diffusione delle malattie infettive. Il nostro intervento si articolerà in tre parti: (1) esporremo, in primo luogo, gli effetti dei cambiamenti tecnologici che favoriscono il proliferare degli agenti patogeni nel mondo, (2) presenteremo, poi, i cambiamenti industriali come causa della recrudescenza delle malattie infettive e, infine, (3) svilupperemo le sfide delle mutazioni genetiche, gli adattamenti microbici e la loro implicazione nella resistenza ai medicinali.

1. Il cambiamento tecnologico come causa della recrudescenza delle malattie infettive oggi

Diciamo, anzitutto, che, attualmente, la recrudescenza delle malattie infettive è dovuta non soltanto alla capacità straordinaria degli agenti infettivi di adattarsi all'ambiente, ma anche ai cambiamenti tecnologici operati dall'uomo

per adattarsi al suo ecosistema. Un certo numero di malattie infettive emergenti è dovuto a patologie legate al progresso. In effetti, le infezioni d'origine alimentare, l'introduzione degli antibiotici come marker nell'elaborazione degli organismi geneticamente modificati (OGM) e l'antibioterapia abusiva possono favorire tale recrudescenza delle malattie infettive.

a. Le catene alimentari

Le moderne tecniche d'industrializzazione, mediante le catene alimentari, offrono ai microbi patogeni l'occasione di venire in contatto con l'ospite umano in tutto il mondo, grazie al fenomeno della globalizzazione.

– *L'allevamento intensivo* dei polli (rischio del virus influenzale H5N1), dei maiali, dei bovini... e l'esportazione/importazione di questi prodotti attraverso il mondo possono essere vettori che veicolano virus, batteri, funghi e parassiti patogeni.

– *La catena del freddo*. I trasporti di alimenti freddi per il pianeta terra conducono a frequenti rotture della catena del freddo, favorendo lo sviluppo e la propagazione degli agenti patogeni. Il mantenimento a bassa temperatura di alimenti refrigerati permette di rallentare la crescita dei micro-organismi e quindi di limitare le tossicoinfezioni alimentari. L'efficacia di questa catena del freddo dipende dal livello della temperatura di refrigerazione, ma anche dal mantenimento della refrigerazione stessa. Esistono due tipi di flora di micro-organismi che possiamo trovare nelle derrate alimentari: (1) la flora non patogena,

detta d'alterazione, che è responsabile di contaminazione di superficie (ad esempio, i lactobacilli); (2) la flora patogena, capace di indurre nel consumatore tossicoinfezioni alimentari, come ad esempio gli Stafilococchi, le Salmonelle, le Listeria monocytogeies, le Yersinia² ecc. La listeriosi è una malattia che si sviluppa in ragione dei progressi legati all'alimentazione. Il batterio che la provoca può moltiplificarsi anche a bassa temperatura, nel frigorifero. Un alimento contaminato accidentalmente permetterà, dunque, lo sviluppo del Listeria che raggiungerà quantità sufficienti a infettare l'uomo, in particolare gli immunodepressi o le donne incinte. Certo, i frigoriferi hanno fatto regredire le salmonellosi, ma hanno permesso alla listeriosi di sopravvivere e di manifestarsi.



– Preparazione industriale degli alimenti. La preparazione industriale degli alimenti, particolarmente delle carni “processate” in cui riscontriamo rischi d'infezione. Gli alimenti congelati prodotti industrialmente e che sono altamente deperibili, quali le carni, i salumi, e certi prodotti lattieri, una volta scongelati durante il trasporto, diventano buoni ambienti di coltura batterica.

b. Elaborazione di OGM utilizzando antibiotici

Utilizzo degli antibiotici come marker nelle piante transgeniche. Spesso, per elaborare mais, riso o cotone transgenico, si usano come

marker il gene terminator più un altro gene di resistenza a un antibiotico, come la tetraciclina e l'ampicillina. Le piante transgeniche possono conservare nei loro genomi il transgene marker che conferisce resistenza agli antibiotici. In generale, questi antibiotici sono utilizzati tanto sugli umani quanto sugli animali contro i diversi tipi di infezione. La presenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici determina una grande mortalità in Africa. Il rischio maggiore derivante dal consumo di questi prodotti è la probabilità di assorbire geni esogeni che possono integrarsi nei genomi detti enterobatteri e conferire resistenze ai medicinali nel corso delle infezioni.

c. Il Bioterrorismo

Il virus del vaiolo, i virus delle febbri emorragiche, il bacillo del carbonchio e la tossina botulinica possono essere scelti da certi uomini politici che hanno un programma di armi biologiche, come pure da gruppi terroristici. Questo rischio non è semplicemente virtuale.

Nel 1995, la setta giapponese *Aum Shinrikyo*, che aveva lanciato del gas sarino nella metro di Tokyo, possedeva anche un ambiente di coltura della tossina botulinica e del bacillo del carbonchio.

Nel 1984, la setta americana *Rajneesh*, che voleva influenzare il risultato delle elezioni locali, contaminò i *salad bars* di una decina di ristoranti di *The Dalles* nell'Oregon, con campioni di una coltura di *Salmonella*. Nel corso di quel periodo, sono stati riscontrati 751 casi di salmonellosi.

Nel 2001, tra il 18 settembre e il 9 ottobre, lettere contenenti spore del bacillo del carbonchio (antrace) sono state inviate a diverse persone negli Stati Uniti, tra cui il Senatore Daschle. Specifichiamo che, curiosamente, allora l'antrace uccise cinque persone negli Stati Uniti.

d. La terapia moderna: infezioni nosocomiali negli ospedali

Le infezioni nosocomiali negli ospedali costituiscono uno dei paradossi del progresso medico: determinate attrezzature utilizzate

dalla medicina moderna possono esporre i pazienti a rischi di infezione. In effetti, i catteteri o le sonde urinarie applicati in pazienti ospedalizzati sono altrettante vie d'entrata possibili per certi batteri: questi due “strumenti medici” sono responsabili del 40% delle infezioni nosocomiali. I rischi di trasmissione di certi virus come l'HIV, le epatiti B e C sono anche legati all'uso di materiale d'iniezione non sterile.

Antibioterapia e resistenza ai microbicidi. La problematica delle resistenze ai microbicidi è un fenomeno mondiale. Nei paesi tropicali in via di sviluppo, in cui abbiamo numerose malattie infettive ma pochi medicinali, troviamo anche alte prevalenze di resistenze. Ad esempio, in Tunisia, abbiamo le seguenti resistenze: tetraciclina 54%, eritromicina 82%, spiramicina 64%, pristinamicina 73%, trimethoprim-sulfamethoxazole 91%; in Nigeria: Ciprofloxacin (49,4%), Gentamicin (38,8%) e Ceftazidime (36,7%);⁴ in Costa d'Avorio, ad Abidjan nel 2004, kanamycine, tobramycine, gentamycine avevano come resistenza 13,5% e cotrimoxazole e macrolids ne avevano rispettivamente 40% e 58,7% mentre la resistenza alla penicillina è aumentata dall'8,5% nel 1997 al 23,5% nel 2001^{5,6}. Per ciò che riguarda le infezioni comunitarie, i livelli di resistenza alla penicillina di *Streptococcus pneumoniae* come risultano da numerose ricerche dell'EARSS (*Réseau Européen de Surveillance de la Résistance Bactériennes aux Antibiotiques*) sono: in Francia 53%, in Romania 50%, in Spagna 33% e in Polonia 30%. Quanto alle percentuali di resistenza alla meticillina nella *S. aureus*, abbiamo: Grecia 44%, Italia 38%, Portogallo 38%, Francia 33%, Spagna 23%, Gran Bretagna 44% e Irlanda 42%, 34% negli Stati Uniti e 81% in Giappone⁷. Così, le malattie infettive costituiscono la più grande minaccia di salute su scala planetaria e le armi di cui disponiamo per bloccarle diventano a volte obsolete. Occorrerà vedere l'apparire della resistenza come conseguenza di una guerra permanente di sopravvivenza in cui i micro-organismi, continuamente attaccati dall'uomo moderno, cercano di trovare una contromisura.

2. I cambiamenti industriali come causa della recrudescenza delle malattie infettive oggi

a. Cambiamento climatico ed effetto serra e loro conseguenze

Oggi i cambiamenti climatici, che sono fonte della recrudescenza delle malattie infettive, derivano spesso da una combinazione di fattori puramente *antropici* (*deforestazione, sviluppo agricolo e industriale, costruzione di strade, linee aeree, impianti idraulici ecc.*) e di fattori climatici diretti (*temperatura, umidità, precipitazioni, irradiazione ecc.*) e indiretti per la modifica degli ecosistemi e, più in generale, della biodiversità. I fattori climatici sono quelli scatenanti le epidemie, amplificando la dinamica di trasmissione e la diffusione degli agenti patogeni. In effetti, certi micro-organismi vivono in ambienti estremamente ostili (calore, freddo, acidità, salinità ecc.). Esistono numerosi batteri adattati al freddo, chiamati psicrofili o criofili, che sono capaci di crescere intorno agli 0°C con alla stessa velocità dei loro omologhi mesofili a temperatura più elevata. Gli Psychrobacter e gli Arthrobacter sono esempi di batteri psicrofili. Essi sono micro-organismi che possiedono una buona resistenza al freddo e possono crescere a temperature comprese tra 0 e 40°C. Possono, dunque, sopravvivere nei frigoriferi come negli ambienti a temperatura elevata. L'industrializzazione, con la problematica del riscaldamento terrestre e dell'effetto serra, comporta lo scioglimento dei ghiacciai e il versamento di questi micro-organismi criofili negli habitat umani. Questo fatto spiegherebbe, in parte, la grande recrudescenza delle malattie infettive oggi.

b. Cultura intensiva e colonizzazione degli habitat propri ai micro-organismi

Non soltanto l'industria moderna, con le sue grandi trasformazioni e produzioni, inquina l'ambiente, ma favorisce anche la deforestazione, la desertificazione, le costruzioni di riserve d'acqua per l'irrigazione e il consumo delle grandi città.

– La deforestazione o costruzione di dighe d'acqua e la comparsa delle malattie infettive.

Alcuni virus, batteri o parassiti, che si trovavano nel loro habitat nella foresta o nelle campagne, hanno infettato gli agricoltori che coltivano queste terre. Il virus Guararito in Venezuela nel 1989, la proliferazione delle zanzare portatrici del virus della febbre della Vallée du Rift in Egitto nel 1977, la Leismaniosi a Ouagadougou nel 2000, l'oncocercosi e le ulcere di Buruli nel Bénin, in Ghana e in Costa d'Avorio, e la malaria in tutti i paesi tropicali sono esempi elo-

sconvolgimenti, le inondazioni legate alle piogge fluviali favoriscono ancor più questa recrudescenza degli agenti patogeni. Negli anni 2004-2005, subito dopo l'inondazione di certi paesi tropicali, tra le popolazioni vittime del disastro si sono diffuse epidemie di malaria e di colera.

c. Grandi urbanizzazioni

Attorno alle grandi industrie, nei secoli dal XVIII al XX si sono formate grandi città, con numerosi mercati, magazzini, ospedali e luoghi di divertimento, come campi da calcio, sale cinematografiche, teatri... Questi grandi assembramenti umani favoriscono le trasmissioni di micro-organismi patogeni. Inoltre, le grandi città hanno le loro esigenze: acqua corrente, rete fognaria, costruzione di dighe, climatizzatori, frigoriferi per conservare gli alimenti ecc. Tutti questi sistemi creati dall'uomo possono essere infestati da microbi. Ad esempio, la Legionella pneumophila (malattia del legionario) è un batterio che prospera in ambienti acquatici ed è in grado di infettare l'uomo se vaporizzato e inalato. Con il fenomeno della globalizzazione, le persone si muovono e, automaticamente, i micro-organismi si diffondono da una città all'altra, da un Paese all'altro e da un continente all'altro. A causa dei grandi spostamenti di persone, ogni anno viaggiatori e turisti si espongono a malattie endemiche (malattie diarroiche, malaria, dengue e altre febbri emorragiche virali). Inoltre, l'aereo favorisce il propagarsi rapido di certi agenti infettivi, in particolare quelli responsabili di malattie respiratorie (tubercolosi, influenza...): è attraverso i viaggi aerei che l'epidemia di SARS si è diffusa rapidamente da un punto all'altro nel pianeta nel 2003. Oltre al riscaldamento climatico, l'effetto serra, provocato dall'industrializzazione, l'industria moderna con i suoi smog e la sua CO₂ scaricata nella natura, costituiscono elementi mutageni che influenzano il metabolismo dei micro-organismi. Per sopravvivere, i microbi devono essere capaci di adattarsi geneticamente all'influenza di questi nuovi fattori intossicanti, prodotti dall'industrializzazione moderna.



quenti. Specifichiamo che il rialzo delle temperature favorisce la moltiplicazione degli insetti vettori di malattie infettive come la malaria, la febbre gialla, la febbre dengue e l'encefalite. Quando una zanzara è infetta, il parassita ha bisogno di un certo periodo di tempo prima di svilupparsi. Nel caso della malaria, a 20°C, il parassita impiega 26 giorni a svilupparsi, mentre a 25°C, gliene occorrono solo 13. Oltre all'innalzamento della temperatura, altri sconvolgimenti climatici, influenzati dagli effetti nefasti dell'industrializzazione, contribuiscono all'aumento o alla ricomparsa delle malattie infettive, come la malaria, la febbre gialla, il tetano, il colera ecc. Tra questi

3. Modificazione e adattamento microbici

a. Esempio di adattamento microbico: il meccanismo di resistenza ai medicinali

Come quello umano, il genoma dei micro-organismi è ancora molto dinamico, sempre pronto a mutare per conferire una resistenza o un adattamento ai nuovi fattori ambientali che avvengono. La resistenza agli antibiotici è la capacità di un micro-organismo di resistere agli effetti degli antibiotici. Essa si sviluppa per mutazione o per scambi di plasmidi tra i batteri della stessa specie^{8,9,10}. I batteri portatori di più geni di resistenza per diversi antibiotici sono detti multiresistenti. La resistenza agli antibiotici è la conseguenza dell'evoluzione per selezione naturale. L'azione dell'antibiotico esercita una pressione di selezione nell'ambiente; i batteri che presentano una mutazione che permette loro di sopravvivere continuano a riprodursi. Essi trasmettono alla loro discendenza il proprio gene di resistenza e danno luogo ad una generazione di batteri completamente resistenti¹¹. Esistono, dunque, due tipi di resistenza batterica: le resistenze naturali, programmate sul genoma batterico e quelle acquisite, che sono cromosomiche, secondarie ad una mutazione del cromosoma o extra cromosomiche per acquisizione di geni. Le resistenze mutazionali sono spontanee e preesistono all'uso dell'antibiotico. Questi tipi di resistenza sono stabili e si trasmettono verticalmente nel clone batterico; sono specifiche e interessano soltanto un antibiotico o una famiglia di antibiotici alla volta. Invece le resistenze extra cromosomiche, il cui supporto è un plasmide o un trasposone acquisito per coniugazione, sono frequenti, contagiose e si trasmettono orizzontalmente tra batteri^{12,13,14}. I batteri si difendono dall'azione degli antibiotici rendendosi impermeabili alla loro penetrazione e producendo enzimi capaci di inattivarli modificando la struttura dei loro target. Gli enzimi che essi producono inattivano l'antibiotico modificandolo o idrolizzandolo^{15,16,17}.

b. Due esempi di studi concreti

Dal 6 maggio 2001 al 18 maggio 2006, 6264 campioni di sangue, fuci, urina, saliva, pelle, pus e secrezione vaginale sono stati raccolti e sottoposti a coltura nel laboratorio biomedico di San Camillo a Ouagadougou. Inoltre, da luglio 2004 a febbraio 2006, 223 donne incinte HIV-1 sieropositive hanno seguito il programma della PTME (prevenzione della Trasmissione Verticale Madre Figlio dell'HIV), assumendo antiretrovirali nel corso della gravidanza. Dopo la nascita, i loro figli hanno ricevuto la nevirapina.

Risultati.

In questo studio, sono state effettuate: 1.335 coprocultura, 1.878 urocolture, 1.180 colture del tampone vaginale, 245 di pus e 43 d'altro materiale biologico come sangue, pelle, latte e liquido cefalorachidiano (LCR). Dopo essere stati coltivati e identificati, i batteri sono stati esposti a diverse concentrazioni d'antibiotici, in antibiogramma, allo scopo di determinare l'efficacia degli antimicrobi nell'inibire la loro crescita. I nostri risultati dimostrano che, nel Burkina Faso, i *Proteus* spp hanno acquisito multiresistenze: all'ampicillina (86,8%), all'amoxicillina (95,6%) e all'amoxicillina/acido clavulanico (94,3%). Troviamo anche forti multiresistenze degli *Escherichia coli* per l'ampicillina (77,4%), l'amoxicillina/acido Clavulanico (50,6%) e l'amoxicillina (78,2%). I *Klebsiella* spp hanno conquistato anche numerose multiresistenze verso l'ampicillina (89,9%), l'amoxicillina/acide clavulanico (42,8%) e l'amoxicillina (89,9%). Nei nostri campioni abbiamo trovato quattro ceppi di *Klebsiella pneumoniae* e un ceppo di *Escherichia Coli* che possiedono geni blaSHV e blaSHV-11 che conferiscono loro resistenze ai medicinali antimicrobici^{18, 19}. In questi campioni, per la prima volta in Africa abbiamo isolato un batterio metallo-beta-lactamase, un *Chryseobacterium indologenes*²⁰ che idrolizza gli antibiotici beta-lactamase maggiormente utilizzati, quali benzilpenicillina, ampicillina, amoxicillina cefalotina, cefaloridina e anche gli antibiotici più potenti, come il cefotaxime, il cefuroxime e l'imipenem. Soltanto il ceftazidime (*terza generazione di beta-lactamine*) e il cefalexine (*seconda generazione di cefalosporine*) ne potevano inibire la crescita. Nel nostro secondo studio, abbiamo osservato che, sotto l'azione aggressiva degli antiretrovirali (ARV), il genoma del virus dell'AIDS, in vari pazienti, ha subito numerose mutazioni: PR (M36I, K20I, V82IV), RT NNRTI (Y181CY) e RT (R211K)^{21,22}.

Conclusioni

Da un certo tempo, numerosi uomini politici hanno preso coscienza di questo problema e immensi progressi sono stati effettuati in materia di controllo del degrado ambientale. Allo stesso modo, da oltre 20 anni, enormi innovazioni sono state realizzate nell'antibioterapia. Ma la conseguenza di questo tipo di terapia è la comparsa di batteri sempre più resistenti e che costituisce un pesante tributo da pagare al nostro consumo abusivo ed eccessivo di antibiotici²³. Ai giorni nostri, abbiamo anche il problema dei molteplici ceppi di *Plasmodium* che si sono adattati allo stress ossidativo provocato dai nostri rimedi e che sono diventati resistenti ormai alla clorochina. Che dire poi di quei numerosi ceppi di HIV che sono oggi resistenti ai nostri ARV? Queste resistenze ai medicinali moderni ci fanno comprendere quanto, in materia di lotta contro le malattie infettive, le vittorie siano fragili, poiché abbiamo a che fare con un mondo vivente che si adatta a sopravvivere al nostro ambiente, al nostro modo di vita, alle nostre pratiche mediche, alle nostre armi terapeutiche e approfitta delle più piccole debolezze per guadagnare terreno.

Campanelli d'allarme

– Finché non sarà messa in atto una buona politica di solidarietà tra Nord e Sud per combattere insieme i microorganismi patogeni che non conoscono più alcuna frontiera nazionale, regionale o continentale a causa della globalizzazione;

– finché l'uomo non userà con parsimonia e saggezza i microbi di sintetizzati dalle moderne industrie farmaceutiche;

– finché l'uomo non prenderà co-

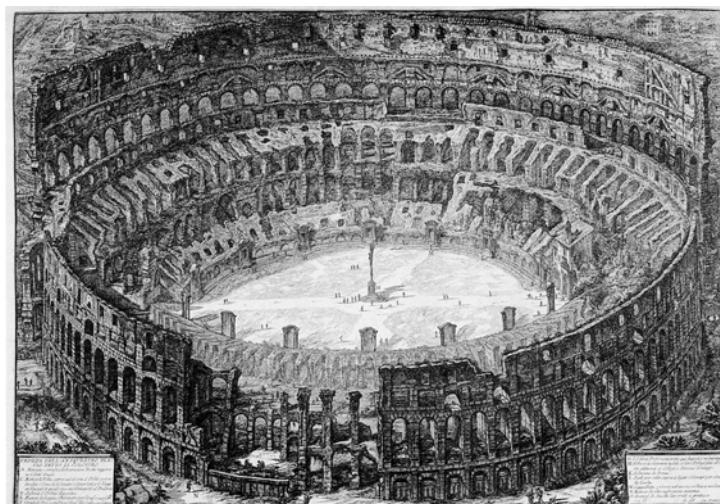
scienza che trasformare la natura inquinandola con un'industrializzazione selvaggia equivale a stimolare i micro-organismi patogeni a mutarsi, ad adattarsi al nostro ecosistema e a diventare ancor più virulenti;

– senza una presa di coscienza collettiva e senza la volontà politica internazionale di rispettare maggiormente la natura, noi camminiamo inesorabilmente verso il regno egemonico dei microbi patogeni, verso la recrudescenza delle malattie infettive, in breve verso resistenze microbiche mondializzate. Non voglio essere un cattivo profeta, ma se ciò avvenisse, i nostri antibiotici e i nostri microbicidi più forti, più potenti e più moderni non sarebbero altro che substrati appetitosi e acqua fresca per i nostri predatori diventati ormai invincibili.

P. JACQUES SIMPORÉ, MI
Direttore del Centro di Ricerca
Biomolecolare CERBA
Professore di Genetica Molecolare
Università di Ouagadougou
Burkina Faso

Bibliografia

1. SIMPORE J., ZEBA B., KAROU D., ILBOUDO D., ESPOSTO M., D'AGATA A., PIGNATELLI S., NACOULMA OG., MUSUMECI S., "Bacterial epidemiology and emergence of multi-drug-resistance in Burkina Faso", *Microbial drug-resistance*, 2006.
2. AFSSA, Recommandations sanitaires vis-à-vis des aliments, http://bourgogne.sante.gouv.fr/themes/institutions/canicule/securite_alimentaire.doc
3. KLIBI N., GHARBI S., MASMOUDI A., et al., "Antibiotic resistance and mechanisms implicated in clinical enterococci in a Tunisian hospital", *J Chemother*, 2006, Feb; 18(1): pp. 20-6.
4. AKUJOBI CN., "Antimicrobial susceptibility pattern of Klebsiella species from Ebonyi State University Teaching Hospital Abakaliki, Nigeria", *Niger J Clin Pract*. 2005 Dec; 8(2): pp.90-3.
5. KACOU-N'DOUBA A., GUESSENNDOUKOADIO N., KOUASSI-M'BENGUE A., et al., "Evolution of Streptococcus pneumoniae antibiotic resistance in Abidjan: update on nasopharyngeal carriage, from 1997 to 2001", *Med Mal Infect*. 2004 Feb; 34(2): pp.83-5.
6. AKOUA KOFFI C., DJE K., TOURE R., et al., "Nasal carriage of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* among health care personnel in Abidjan (Côte d'Ivoire)", *Dakar Med*. 2004; 49(1): pp.70-4.
7. DAVID TRYSTRAM, EMMANUELLE VAREN, YVES PÉAN, et al., "Réseau européen de surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques (EARSS): résultats 2002, place de la France", BEH Résistance aux antibiotiques N° 32-33/2004, pp. 142-144, http://www.invs.sante.fr/beh/2004/32_33/beh_32_3_3_2004.pdf
8. DIAZ MA., COOPER RK., CLOECKAERT A., SIEBELING RJ., "Plasmid-mediated high-level gentamicin resistance among enteric bacteria isolated from pet turtles in Louisiana", *Appl Environ Microbiol*. 2006 Jan; 72(1): pp.306-12.
9. GEBREYES WA., ALTIER C., "Molecular characterization of multidrug-resistant *Salmonella enterica* subsp. *enterica* serovar Typhimurium isolates from swine", *J Clin Microbiol*. 2002 Aug; 40(8): pp.2813-22.
10. DALY M., BUCKLEY J., POWER E., et al., "Molecular characterization of Irish *Salmonella enterica* serotype typhimurium: detection of class I integrons and assessment of genetic relationships by DNA amplification fingerprinting", *Appl Environ Microbiol*. 2000 Feb; 66(2): pp.614-9.
11. FRIEDMAN L., ALDER JD., SILVERMAN JA., "Genetic changes that correlate with reduced susceptibility to daptomycin in *Staphylococcus aureus*". *Antimicrob Agents Chemother*. 2006 Jun; 50(6): pp. 2137-45.
12. FERRANDIZ MJ., ARDANUY C., LINARES J., et al., "New mutations and horizontal transfer of rpoB among rifampin-resistant *Streptococcus pneumoniae* from four Spanish hospitals", *Antimicrob Agents Chemother*. 2005, 49(6): pp. 2237-45.
13. ENRIGHT M., ZAWADSKI P., PICKERILL P., et al., DOWSON CG., "Molecular evolution of rifampicin resistance in *Streptococcus pneumoniae*", *Microb Drug Resist*. 1998 Primavera; 4(1): pp. 65-70.
14. OELSCHLAEGER P., MAYO SL., PLEISS J., "Impact of remote mutations on metallo-beta-lactamase substrate specificity: implications for the evolution of antibiotic resistance", *Protein Sci*. 2005 Mar; 14(3): pp. 765-74.
15. OELSCHLAEGER P., SCHMID RD., PLEISS J., "Modeling domino effects in enzymes: molecular basis of the substrate specificity of the bacterial metallo-beta-lactamases IMP-1 and IMP-6", *Biochemistry*. 2003, 5;42(30): pp. 8945-56.
16. ABRAHAM EP. AND CHAIN E., "An Enzyme from Bacteria able to Destroy Penicillin", *Nature (London)* 1940; 146: p. 837.
17. OELSCHLAEGER P., MAYO SL., "Hydroxyl groups in the (beta)beta sandwich of metallo-beta-lactamases favor enzyme activity: a computational protein design study", *J Mol Biol*. 2005 Jul 15; 350(3): pp. 395-401.
18. ZEBA BOUKARÉ, SIMPORÉ JACQUES, NACOULMA ODILE G., et al., "Prevalence of blaSHV genes in clinical isolates of *Klebsiella pneumoniae* at Saint Camille medical Center in Ouagadougou. Isolation of blaSHV11-like gene", *African Journal of Biotechnology*, 2004, Vol. 3 (9), pp. 477-480.
19. ZEBA B., SIMPORÉ J., NACOULMA O.G., "Production périplasmique de beta-lactamases par des isolats cliniques", *Antibiotiques* 2005; 7: pp. 183-190.
20. ZEBA BOUKARÉ, SIMPORÉ JACQUES, NACOULMA ODILE G., et al., "Identification of metallo-b bb b-lactamase from a clinical isolate at Saint Camille medical Center of Ouagadougou/ Burkina Faso", *African Journal of Biotechnology* 2005, Vol. 4 (3), pp. 286-288.
21. NADEMBEGA WM., GIANNELLA S., SIMPORE J., CECCHERINI-SILBERSTEIN F., PETRA V., BERTOLI A., PIGNATELLI S., BELLOCCHI MC., NIKIEMA JB., CAPPELLI G., BERE A., COLIZZI V., CF PERNO CP., MUSUMECI S., 2006, "Characterization of Drug-resistance Mutations in HIV-1 isolates from non-HAART and HAART treated patients in Burkina Faso", *Journal of Medical Virology*, 2006, 78 (11) pp.1385-1391.
22. SIMPORE J., PIETRA V., PIGNATELLI S., et al., "Toward the complete eradication of Mother-to-Child transmission of HIV at Centre Medical Saint Camille (CMSC) in Burkina Faso", *Journal of Medical Virology*, 2006.
23. BONFIGLIO G., SIMPORE J., PIGNATELLI S., MUSUMECI S., SOLINAS ML., "Epidemiology of bacterial resistance in gastro-intestinal pathogens in a tropical area". *Int J Antimicrob Agents*. 2002 Nov; 20(5): pp. 387-9.



GIUSEPPE IPPOLITO

3.4 Determinanti Politici e Sociali delle Malattie Infettive: Guerra e Terrorismo

Le malattie infettive rappresentano la principale causa di mortalità nel mondo. Tali patologie colpiscono maggiormente le aree più povere del pianeta, rappresentando il 45% delle cause di morte nei Paesi a basso reddito, ed il 5% nei Paesi ad alto reddito¹.

Esiste una forte associazione tra prodotto interno lordo di un Paese ed incidenza di malattie infettive: la povertà rappresenta il fattore che maggiormente favorisce lo sviluppo delle infezioni¹. Allo stesso modo, l'alta incidenza di malattie infettive rappresenta un importante ostacolo allo sviluppo economico di un Paese. Numerosi sono i motivi di questa associazione²:

- l'alta incidenza di malattie infettive causa un'importante perdita di giorni lavorativi e di resa sul lavoro, con conseguente riduzione della produttività. Ad esempio, uno studio condotto tra le donne indiane impegnate nelle aziende tessili ha dimostrato che quelle affette da filariasi linfatica producono il 27% in meno di quelle sane;

- le patologie infettive causano, allo stesso modo, una riduzione della scolarizzazione ed una minore resa negli studi. Ad esempio, si stima che i bambini delle Isole Salomon perdano circa 7 giorni di scuola l'anno a causa della malaria;

- la necessità di dover far fronte a frequenti epidemie porta ad un continuo utilizzo delle risorse economiche, senza poter investire nella formazione di un sistema sanitario di base;

- la presenza di un'epidemia può ostacolare fortemente il turismo, riducendo in tal modo un'importante fonte di reddito per i Paesi più poveri. Durante l'epidemia di peste del 1994 in India, circa 45.000 turisti rinunciarono a visitare quel Paese.

Conseguentemente, i programmi di lotta alle malattie infettive hanno un impatto fortemente positivo sullo sviluppo di un Paese. Ad esempio, si stima che i risultati ottenuti nella lotta alla malaria in Sri Lanka abbiano determinato un aumento del prodotto interno lordo pari al 13% in 10 anni in quel Paese.

Guerra e malattie infettive

All'interno di questo quadro, le guerre ed i disastri in generale, come è ovvio, svolgono un ruolo molto importante, favorendo ancora di più lo sviluppo delle malattie infettive. Inoltre, le guerre si associano solitamente a grandi spostamenti di popolazioni, e generano un gran numero di rifugiati. Oltre cinquanta milioni di persone risultano attualmente avariati stato di rifugiati, richiedenti asilo o sfollati all'interno del proprio Paese, e le loro disagiate condizioni abitative, igieniche e sociali li rendono un gruppo particolarmente a rischio per lo sviluppo di malattie infettive.

Considerato che in un qualsiasi

ambiente i patogeni e l'uomo si relazionano in un rapporto complesso e delicato, è evidente che gli eventi sociali, politici ed economici hanno un ruolo fondamentale, modificando gli equilibri esistenti tra i microbi, l'ambiente ed i loro ospiti. La relazione tra guerre o disastri e malattie infettive è molto forte, ed è stata più volte dimostrata durante la storia più antica o molto recente.

I disastri possono essere di diversa natura³:

- eventi violenti causati dall'uomo: guerre (civili o internazionali), genocidi, attacchi terroristici;
- eventi non-violenti causati dall'uomo: carestie, disastri industriali;
- eventi naturali: terremoti, uragani, alluvioni, eruzioni, altro.

Queste tipologie di eventi sono molto difficili da fronteggiare dal punto di vista sanitario, in quanto colpiscono un gran numero di persone, compaiono per lo più improvvisamente, e spesso i sistemi sanitari risultano impreparati ad affrontarle.

Le conseguenze sanitarie dei disastri possono essere classificate in immediate, successive e tardive. Le conseguenze immediate sono, per lo più, rappresentate dai traumi fisici, mentre le principali conseguenze successive e tardive sono rappresentate dalle malattie infettive. La sinergia tra la guerra, la fame, e la distruzione dei servizi sanitari è particolarmente forte e determina una più frequente evoluzione negativa delle malattie infettive, dovuta sia alla loro aumentata incidenza sia alla ridotta resistenza della popolazione.

A questo proposito, gli esempi sono molteplici⁴. Nelle guerre avvenute negli ultimi 30 anni c'è stata un'elevata quantità di decessi



per eventi direttamente collegati a fattori traumatici, ma un numero ancora maggiore di morti è stato causato dalle infezioni. Nella guerra di Cambogia molti morti furono causate da malaria, tubercolosi e malattie diarreiche; nella guerra del Sudan la malaria, la tubercolosi, la leishmaniosi, e l'oncocerciasi hanno causato, e causano tuttora, molte vittime; una quota considerevole di infezioni ha contribuito ai decessi dovuti alla guerra nell'ex Jugoslavia; le patologie diarreiche hanno fatto molte vittime durante i conflitti in Ruanda ed a Timor Est.

Se guardiamo alle guerre civili, oltre alle conseguenze drammatiche rappresentate da traumi, da malnutrizione o da mutilazioni, le infezioni rappresentano una causa importante di morbosità ed una delle principali cause di morte, come è stato recentemente rilevato durante la guerra civile in Sudan. Anche nella Repubblica del Congo le malattie febbrili, le infezioni respiratorie acute, la tubercolosi e la meningite hanno causato circa il 40% del totale dei morti dovuti al lungo conflitto.

Analogamente avviene durante le guerre internazionali: l'invasione del Kuwait da parte dell'Iraq nel '90-'91 causò pochi morti in battaglia, ma la principale causa di morte fu la sepsi successiva a infezione delle ferite traumatiche. Inoltre, nella guerra durata oltre dieci anni fra l'Etiopia e l'Eritrea la fame e la malnutrizione hanno causato un'altissima incidenza di tubercolosi e polmonite.

La situazione risulta particolarmente drammatica quando si combinano più eventi: la povertà, la guerra, la mancanza di diritti civili e la mancanza di strutture sanitarie hanno causato finora due milioni e mezzo di morti nella regione del Darfur, in Sudan, gran parte dei quali a causa della tubercolosi, della malaria, e delle malattie parassitarie e diarreiche.

Anche i grandi spostamenti di popolazioni secondari alle guerre spesso si accompagnano a gravi epidemie. Tutte le epidemie di shigellosi e di colera che si sono sviluppate, in vari anni ed in vari paesi, nei campi di accoglienza dei rifugiati, rappresentano un esempio eclatante di questa situazione. Il

colera ha anche causato, in alcuni contesti particolarmente drammatici, tassi di mortalità pari al 30%, a fronte del tasso di mortalità medio globale di circa il 2,3%.

Se osserviamo i dati relativi alla mortalità in Paesi recentemente colpiti dalla guerra, notiamo un incremento dell'incidenza di malattie infettive. In Serbia, la progressiva riduzione dell'incidenza delle malattie infettive si è bruscamente interrotta nel periodo 1987-90, ed attualmente la mortalità per malattie infettive rimane più alta dei livelli raggiunti prima del 1997⁵. In Afghanistan, sia durante che dopo il recente conflitto, un gran numero di vittime è stato causato da infezioni respiratorie, morbillo e diarrea. I dati epidemiologici provenienti dal Kosovo mostrano che le sole infezioni respiratorie determinano quasi la metà dei casi di infezione nei bambini ed un quarto dei casi totali di infezione negli adulti.



Anche a seguito dei disastri industriali le malattie infettive contribuiscono fortemente come causa di morbosità e di mortalità. Ad esempio, dopo il disastro di Chernobyl, numerosi sono stati i morti a seguito delle infezioni sviluppatesi durante la neutropenia dovuta alla esposizione alle radiazioni. Similmente a Bhopal, a seguito di un incidente avvenuto nella fabbrica di Sverdlovsk, avvenne la

disseminazione di spore di antrace, che causò circa 400 morti per polmonite.

Similmente, a seguito di disastri naturali, pochi considerano quanti siano gli eventi associati a malattie infettive: ad esempio in Iran lo scorso anno un ruolo particolarmente importante hanno avuto le gangrene nei soggetti vittima del terremoto. Subito dopo lo tsunami, avvenuto nell'Oceano Indiano nel dicembre 2004, si è verificata una epidemia di malattie diarreiche, ed in seguito è aumentata l'incidenza di Dengue e di malaria. Infine è ben noto come le malattie infettive abbiano un ruolo importante anche nella mortalità secondaria ad uragani o eruzioni vulcaniche.

Un problema che merita particolare attenzione è la relazione tra guerra ed infezione da HIV/AIDS. I tassi di incidenza e prevalenza dell'HIV/AIDS sono molto elevati nei Paesi più poveri e la diffusione dell'infusione causa un ulteriore impoverimento del paese. Si stima che in paesi come la Tanzania l'HIV/AIDS causerà una riduzione del PIL del 20% entro il 2010². L'infusione colpisce maggiormente le fascia dei giovani sessualmente attivi, e così tutte le attività produttive di un paese risultano fortemente compromesse, con conseguenze rilevanti sul piano socio-economico del Paese. Tra i motivi dell'ampia diffusione dell'HIV in Africa ci sono l'alta prevalenza di malattie sessualmente trasmesse, l'ignoranza circa le modalità di trasmissione della malattia, una serie di fattori socio-culturali, e il gran numero di conflitti. Un conflitto contribuisce in maniera decisiva alla diffusione di una patologia come l'infusione da HIV/AIDS, soprattutto perché causa il collasso dei sistemi sanitari. L'impossibilità di garantire assistenza sanitaria, l'interruzione delle misure di sanità pubblica (campagne di informazione, prevenzione e vaccinazione), e la distruzione degli ospedali sono solo alcune delle conseguenze degli eventi bellici. Inoltre gli atti di violenza e le conseguenze sociali della guerra (stupri, aumento della prostituzione) favoriscono la diffusione delle malattie a trasmissione sessuale. Un esempio è fornito dall'Uganda: in questo paese la prevalenza del-

l'HIV/AIDS, a seguito di alcune campagne di informazione, è ovunque in riduzione, tranne che nelle regioni a nord, dove è in atto un conflitto armato⁶.

Il collasso del sistema sanitario a volte si verifica indipendentemente da un evento bellico. Probabilmente l'esempio più famoso è il crollo del sistema sanitario a seguito del disfacimento dell'URSS, con la conseguente vastissima epidemia di tubercolosi in tutti i Paesi appartenenti all'ex Unione Sovietica. Ma, più frequentemente, i sistemi sanitari falliscono a seguito di conflitti internazionali o di guerre civili. Uno studio condotto in 12 paesi africani dove di recente era avvenuto un conflitto, ha dimostrato una riduzione del 30% nella disponibilità di acqua potabile e del 20% nella disponibilità di risorse sanitarie⁴. Un altro studio ha dimostrato che solo il 66% delle risorse sanitarie urbane ed il 24% delle risorse sanitarie rurali era disponibile in Djibouti durante il conflitto del 1990-94, rispetto a prima dell'inizio della guerra⁴. Un altro esempio di brusca interruzione di campagne sanitarie dovuta alla guerra ci è data da Timor Est, dove la Caritas prima del conflitto aveva investito molte risorse in un programma per il controllo della tubercolosi. Solo 7 anni dopo la fine della guerra è stato possibile ricostituire un sistema sanitario che almeno quantificasse i casi di tubercolosi, e ci vorranno molti anni per raggiungere nuovamente i livelli ottenuti prima della guerra⁷.

Terrorismo e malattie infettive

La relazione tra malattie infettive ed atti di terrorismo non è limitata solo all'uso di agenti infettivi come armi biologiche, ma anche alle conseguenze di atti terroristici di altra natura. Durante l'attacco alle torre dell'11 settembre, la maggioranza dei decessi è avvenuta in un secondo momento, causata da sepsi, polmoniti ed ustioni infette⁴. Una situazione analoga si è verificata anche in Israele, dove uno studio ha analizzato la mortalità a seguito di attacchi terroristici dal 1960 al 2006, ed ha dimostrato che fino al 20% dei decessi è dovuto a malattie infettive conse-

guenti al trauma (ustioni infette, sepsi)⁴.

Certamente il pericolo maggiore è rappresentato dalla possibilità di utilizzare alcuni agenti infettivi come le armi biologiche. Si può dire che il bioterrorismo è "la bomba nucleare dei Paesi poveri": le armi biologiche, infatti, sono relativamente a buon mercato, e facili da produrre e da disseminare. In molti Paesi africani è infatti possibile procurarsi con facilità gli agenti biologici necessari. Altri fattori che potrebbero rendere molto efficace l'utilizzo di armi biologiche sono la facilità nei viaggi e nei trasporti, l'urbanizzazione, che crea grandi agglomerati di persone in aree limitate, e la presenza, almeno nei Paesi occidentali, di un gran numero di soggetti immuno-compromessi, (anziani, pazienti neoplastici, pazienti portatori di trapianti d'organo, HIV-positivi, altri).

Un esempio dell'uso possibile di tali agenti è stata la disseminazione, avvenuta nel 2001, negli Stati Uniti, attraverso il sistema postale, di spore di antrace. Questi atti terroristici, di cui sono finora ignoti i responsabili, causarono 22 casi di antrace, di cui 11 da inalazione, e 5 decessi, determinando, inoltre, uno stato di allerta in molti altri paesi.

Gli agenti in causa sono stati divisi in tre categorie (A, B e C) dai Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta (CDC), a seconda della facilità di disseminazione, della mortalità, e dell'impatto sulla salute pubblica⁸. Gli agenti di "categoria A" sono *Bacillus anthracis*, *Francisella tularensis*, *Yersinia pestis*, *Clostridium botulinum*, ed i virus del Vaiolo (Vaiola major) e delle Febbri Emorragiche (virus Ebola, Marburg, Lassa, altri). Tali microorganismi presentano alcune caratteristiche comuni, che li rendono particolarmente adatti ad essere utilizzati come armi biologiche:

- provocano patologie ad alta mortalità;
- sono causa di malattie difficili da curare o da prevenire;
- sono relativamente facili da produrre e da trasportare;
- sono facilmente disseminabili tramite aerosol;
- possono causare allarme nella popolazione;

– richiedono speciali interventi di sanità pubblica.

I microorganismi appartenenti alle categorie B e C, pur restando altamente pericolosi e potenzialmente utilizzabili a fini bioterroristici, presentano solo alcune tra queste caratteristiche.

Conclusioni

Possiamo affermare che la lotta alle malattie infettive ha un ruolo rilevante nei Paesi a più basso reddito, in quanto il peso che attualmente queste hanno sulle economie di tali paesi è molto forte. Nei paesi a basso reddito le malattie infettive, insieme alle guerre, alle catastrofi naturali ed umanitarie, causano instabilità politica e rappresentano un freno allo sviluppo democratico.

Dobbiamo abituarci all'idea che la maggioranza delle malattie infettive non è eradicabile. Un'eccezione è rappresentata dal vaiolo, che presenta caratteristiche assolutamente peculiari, mentre molti altri tentativi di eradicazione di agenti infettivi sono falliti. Al contrario, è possibile mettere in atto strategie volte alla prevenzione ed al controllo di queste patologie.

Rudolf L.K. Virchow, un patologo vissuto nel XIX secolo, diceva che "Se la malattia è l'espressione della sofferenza di un individuo, le epidemie sono l'espressione della sofferenza di un Paese". Oggi questa affermazione appare ancora valida. In tempi molto più recenti, in un editoriale apparso nel 1996 su "The Lancet", I.J.P. Loefler sostiene che avere paura delle epidemie è perfettamente giustificato anche ai nostri giorni: "Molte parti del mondo sono attualmente impreparate nei confronti di un'epidemia. Non abbiamo abbastanza acqua, abbastanza cibo, abbastanza protezione ed abbastanza pace per affrontare il rischio posto dalle malattie infettive".

Per le principali patologie causa di morte e di malattia, HIV/AIDS, malaria e tubercolosi, non esistono attualmente strategie vaccinali efficaci, e solo la corretta organizzazione dei servizi sanitari può intervenire in maniera efficace.

In conclusione, oggi è impos-

sibile predire dove e quando avverrà una nuova epidemia o un nuovo rilascio deliberato di microorganismi, né come questo potrà avere luogo, ma possiamo con certezza sapere che nuove epidemie si verificheranno con regolarità, e che nuove malattie infettive emergeranno in futuro. Solo con una pianificazione ed un impegno sociale e civile potremo essere preparati a queste emergenze in maniera da ridurne, quanto più possibile, l'impatto. La cosa peggiore che possiamo fare è ignorare il problema, o sperare che la prossima emergenza dovuta alle malattie infettive avvenga altrove. Se non si investe oggi per i bisogni futuri di tutti sarà estremamente difficile

far fronte, in futuro, all'emergenza delle malattie infettive. "Al mondo c'è abbastanza per i bisogni di tutti, ma non per l'ingordigia di tutti" (Mahatma Gandhi).

Dott. GIUSEPPE IPPOLITO,
Direttore Scientifico,
*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive
IRCCS L. Spallanzani,
Roma, Italia*

Bibliografia

- WHO. World Health Report 2001. Consultabile su <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>
- WHO. Infectious Diseases Report 1999. Removing Obstacles to Healthy Develop-

ment. Consultabile su <http://www.who.int/infectious-disease-report/index-rpt99.html>

3. PETROVIC S., "Medicine of Catastrophes". Slovak Med Univ Soc Publ House, 2002.

4. KRCMERY V., GOULD IM., NABER KG., KALAVSKY E., "ISC working group on infections in catastrophic areas (ISC-WG ICA)". Consultabile su http://www.ischemo.org/abstracts/ISC-WHICA_11July06.doc

5. VLAJINAC HD et al., "Infectious diseases mortality in central Serbia". J Epidemiol Comm Health 1997; 51(2): pp.172-4.

6. LUBOABI LS., MUGISHA JYT., "HIV/AIDS Pandemic in Africa: Trends and Challenges. Social Sciences Research Network". FEEM Working Papers: Economic Theory & Application Series, Working Paper No. 103.0, 2005.

7. MARTINS N., KELLY PM., GRACE JA., ZWI AB., "Reconstructing tuberculosis services after major conflict: experiences and lessons learned in East Timor". PLoS Med. 2006 Oct; 3(10):e383.

8. CDC. Bioterrorism Agents/Diseases. Consultabile su <http://www.bt.cdc.gov/agent/agentlist-category.asp>



FERNANDO ANTEZANA ARANIBAR

3.5 Salute e ambiente: impatto delle malattie trasmissibili

In che misura un ambiente più sano può contribuire a evitare malattie trasmissibili?

Questa è la domanda intorno alla quale si collocano gli sforzi che stiamo realizzando a livello mondiale per combattere le cause fondamentali dei problemi di salute per mezzo di strategie di prevenzione più efficaci, nelle quali utilizziamo tutte le politiche, gli interventi e le tecnologie del nostro arsenale di conoscenze.

Negli studi dell'Organizzazione Mondiale della Salute si è esaminata la quantità di morbilità attribuibile ai rischi ambientali più importanti a livello mondiale e regionale, e si è stimato il numero di decessi e malati a causa di fattori come l'uso dell'acqua insalubre e un risanamento insufficiente, o la contaminazione dell'aria in locali chiusi e dell'aria esterna.

A partire da questi dati, si può esaminare in che misura i rischi ambientali incidano su determinate malattie e traumatismi e quali regioni e popolazioni sono più inclini a soffrire malattie e traumatismi attribuibili all'ambiente.

Così si conferma che intorno alla quarta parte del numero mondiale di morbilità e concretamente più di un terzo della mortalità infantile sono conseguenze dei fattori ambientali modificabili.

Si analizza sistematicamente, inoltre, l'impatto dei fattori ambientali su diverse malattie e l'importanza di tale impatto. Le principali malattie sulle quali si concentra sono: la diarrea, le infezioni delle vie respiratorie inferiori, diversi tipi di lesioni accidentali e la malaria. La morbilità causata da fattori ambientali è molto più elevata nel mondo sviluppato che nei Paesi in via di sviluppo, a eccezione del caso di determinate malattie

non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari e i tumori, la cui mortalità pro capite è superiore nei Paesi sviluppati.

La popolazione infantile è la più colpita dalle malattie provocate da fattori ambientali che si ripercuotono ogni anno sulla vita di quattro milioni di bambini, principalmente nei Paesi in via di sviluppo. ugualmente, il tasso di mortalità del neonato per causa di questi fattori è 12 volte maggiore nei Paesi in via di sviluppo che nei Paesi sviluppati: Da ciò si desume che è possibile migliorare la salute umana se si promuovono gli ambienti salubri.

Queste considerazioni sono frutto non solo di una revisione sistematica della bibliografia relativa a tutte le categorie di morbilità pertinenti, ma anche di un esame realizzato da più di 100 esperti di tutto il mondo. Di conseguenza, l'analisi è il risultato di un processo sistematico di considerazioni dell'one-re di morbilità, senza precedenti per il suo rigore, trasparenza ed esaustività. Si riuniscono in esso i migliori dati scientifici disponibili sul rischio che comporta per i pericoli ambientali. Non si tratta di una stima ufficiale della OMS della morbilità attribuibile all'ambiente, però si suppone un importante contributo.

Le conclusioni possono già utilizzarsi per mettere in evidenza le aree più promettenti di intervento immediato, così come le carenze sulle quali è necessario realizzare più indagini per determinare i vincoli esistenti e quantificare la popolazione a rischio (percentuale di morbilità) per diversi fattori di rischio ambientali.

Inoltre, possono prendersi senza ritardo numerose misure per ridurre la frazione di morbilità attribuibile all'ambiente. Tra esse occorre citare il fenomeno di immagazzi-

namento di acqua sicura nelle abitazioni e di maggiori misure d'igiene, l'utilizzazione di combustibili più puliti e sicuri, e la gestione e l'uso più sensato di sostanze tossiche nelle case e nei luoghi di lavoro.

Parallelamente, devono prendersi misure con carattere di urgenza nei settori dell'energia, del trasporto, dell'agricoltura e dell'industria, in collaborazione con il settore sanitario, al fine di combattere le cause ambientali basilari dei problemi di salute.

Se agiamo uniti sulla base di politiche sanitarie, ambientali e di sviluppo coordinate, potremo rafforzare questa piattaforma e aprire nuove possibilità per migliorare il benessere generale e la qualità della vita delle persone.

Le inversioni coordinate possono promuovere l'avvio di strategie di sviluppo più efficaci che risultano in molteplici benefici sociali ed economici, oltre a condurre al miglioramento della salute in tutto il mondo, sia nell'immediato che a lungo termine.

Così, poi, è fondamentale che si incrementi l'efficacia del settore sanitario sul terreno delle politiche di salute preventiva e che si promuovano simultaneamente le collaborazioni intersettoriali allo scopo di combattere i fattori ambientali che provocano le malattie trasmissibili in solidarietà con i meno favoriti nello spirito cristiano, come è espresso nella parabola del "Buon Samaritano".

Ambienti salubri e prevenzione delle malattie

Intorno a una stima della morbilità attribuibile all'ambiente.

L'analisi si basa sulla valutazione comparativa dei rischi, della

OMS nel 2002, in cui si esaminò il numero totale di morbilità attribuibile ad alcuni dei rischi ambientali più importanti, e su altri studi quantitativi sulla ripercussione dell'ambiente sulla salute. Quando non vi furono dati quantitativi per realizzare un'analisi statistica ben fondata, gli esperti sulla salute ambientale e sull'attenzione sanitaria fornirono delle stime. Più di 100 esperti di tutto il mondo apportarono dei riferimenti su 85 gruppi di malattie e traumatismi. Le stime sono quantificate considerando la frazione attribuibile all'ambiente associata a ciascuna patologia e gli "anni di vita adattati in funzione della disabilità" (AVAD), una misura ponderata della mortalità, la morbilità e la disabilità. Benché vi siano disparità nella notifica di molte malattie nei Paesi, questa analisi utilizza i migliori dati disponibili sulla morbilità globale, nel piano mondiale e regionale, secondo ciò che notifica la OMS (Relazione sulla salute nel mondo, 2004).

Oltre a ridurre la morbilità, molte delle stesse misure del settore sanitario e dei settori non relativi con la salute che riducono i pericoli ambientali e l'esposizione a questi possono generare anche altri benefici secondari, come, per esempio, il miglioramento della qualità della vita e del benessere, e perfino un miglioramento delle opportunità di educazione e dell'impiego. In generale, pertanto, un miglioramento dell'ambiente contribuirà anche ad ottenere gli Obiettivi dello Sviluppo del Millennio.

In seguito, figura una breve sintesi delle conclusioni specifiche, in relazione con le principali questioni che sono state esaminate.

1. Che importanza hanno gli effetti dell'ambiente nella salute?

Si calcola che il 24% della morbilità mondiale e il 23% di tutti i decessi possono attribuirsi a fattori ambientali.

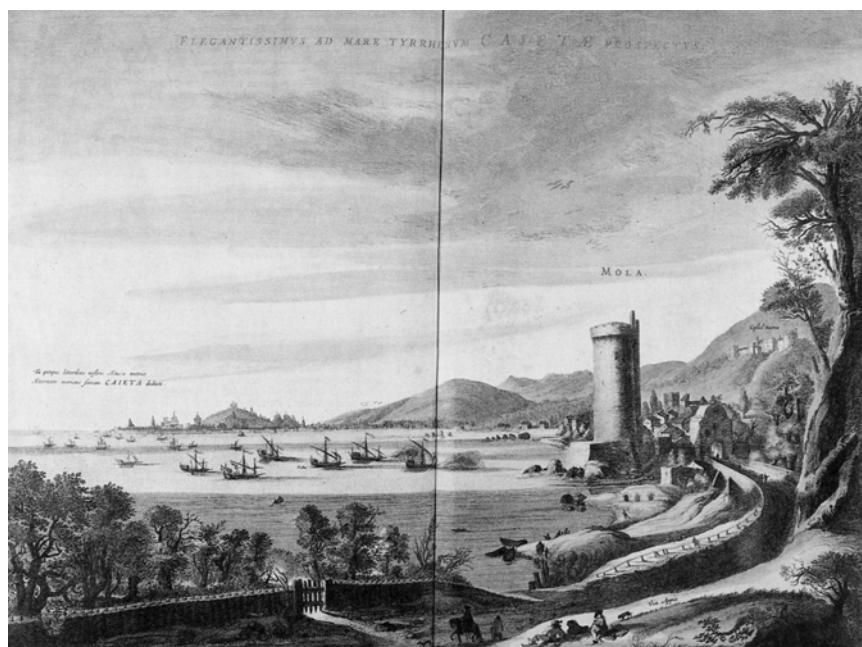
Delle 102 malattie principali, gruppi di malattie e traumatismi che sono contenuti nella Relazione sulla salute nel mondo del 2004, i fattori di rischio ambientali contri-

buvano al numero di morbilità nelle 85 categorie. La frazione di morbilità attribuibile specificatamente all'ambiente variava in modo notevole tra le diverse malattie.

Si calcola che in tutto il mondo il 24% della morbilità (anni di vita perduti) e approssimativamente il 23% di tutti i decessi (mortalità prematura) erano attribuibili a fattori ambientali. Nei bambini da 0 a 14 anni, la percentuale di morti che poteva attribuirsi all'ambiente arrivava fino a un 36%. C'erano grandi differenze tra regioni nell'apporto dell'ambiente alle diverse malattie, dovute a differenze nell'esposizione ambientale e al-

l'acqua e la morbilità relazionata con gli aspetti dell'inattività fisica attribuibili a fattori ambientali (per esempio, la pianificazione urbana). Tuttavia, in altri casi la morbilità non era quantificabile, nonostante che effetti sulla salute fossero chiaramente visibili. Per esempio, il numero di morbilità associata all'alterazione, al degrado o all'esaurimento degli ecosistemi non si quantificò.

Tra le malattie con il maggior peso assoluto attribuibile a fattori ambientali modificabili figuravano: la diarrea, le infezioni delle vie respiratorie inferiori, "altre" lesioni accidentali e la malaria.



l'accesso all'attenzione sanitaria nelle diverse regioni. Per esempio, benché il 25% di tutte le morti registrate nelle regioni in via di sviluppo siano attribuibili a cause ambientali, nelle regioni sviluppate solo il 17% delle morti si attribuiva a queste cause.

Benché questo suppone un importante contributo nel numero di morbilità globale, questa stima è moderata, poiché ancora non vi sono dati probatori per molte malattie. Inoltre, in molti casi, la via causale tra il rischio ambientale e la comparsa della malattia è complessa. In ciò che è possibile, si è tentato di captare questi effetti indiretti sulla salute. Per esempio, si quantificò la malnutrizione associata alle malattie trasmesse dal-

– La percentuale di morbilità per diarrea è associata approssimativamente per un 94% a fattori di rischio ambientali tali come il consumo di acqua non potabile e al risanamento e all'igiene insufficienti.

– Le infezioni delle vie respiratorie inferiori sono associate alla contaminazione dell'aria in locali chiusi, relazionate in gran misura all'utilizzazione di combustibile solido nelle case e all'esposizione passiva al fumo di tabacco, così come alla contaminazione dell'aria esteriore. Nei Paesi sviluppati, approssimativamente il 20% di queste infezioni è attribuibile a cause ambientali, e nei Paesi in via di sviluppo questa percentuale arriva fino a un 42%.

– Tra le "altre" lesioni acciden-

tali, vi sono quelle causate dai pericoli nei luoghi di lavoro, le radiazioni e gli incidenti industriali; il 44% di questi traumi è attribuibile a fattori ambientali.

– Della percentuale di malaria attribuibile a fattori ambientali modificabili, un 42% è associato alle politiche e pratiche di sfruttamento di terre, alla deforestazione, all'abuso dei mezzi idrici, ubicazione degli insediamenti temporanei e modifica del disegno delle abitazioni, per esempio, il miglioramento delle fognature. Agli effetti di questo studio, l'utilizzazione di zanzariere trattate con insetticida non si considerò una misura di gestione dell'ambiente.

Approssimativamente il 42% dei casi di pneumopatia ostruttiva cronica, una perdita graduale della funzione polmonare, è attribuibile a fattori di rischio ambientali. L'esposizione professionale alla polvere e alle sostanze chimiche così come la contaminazione dell'aria in locali chiusi per l'utilizzazione di combustibili solidi nelle case, sembrano essere due dei principali fattori che contribuiscono ad aumentare la frazione della percentuale di morbilità relazionata con l'ambiente. Tuttavia, altre forme di contaminazione dell'aria in locali chiusi e dell'aria esterna, che vanno da quella prodotta dai mezzi di trasporto fino al fumo passivo del tabacco, esercitano anche un importante influenza.

2. In quali paesi del mondo i fattori ambientali influenzano di più la salute, e come la influenzano

I Paesi in via di sviluppo sostengono un numero sproporzionalmente alto di malattie trasmissibili e di traumatismi.

La maggiore differenza globale tra i paesi dell'OMS si registrò nella categoria delle malattie infettive. Il numero totale di anni di vita sana perduta per abitante in conseguenza di fattori ambientali era di 15 volte maggiore nei Paesi in via di sviluppo che nei Paesi sviluppati. La percentuale di malattie diarroiche e infezioni delle vie respiratorie inferiori messe in relazione con

l'ambiente era tra le 120 e le 150 volte maggiore in determinate subregioni di Paesi in sviluppo della OMS che nelle subregioni di Paesi sviluppati. Queste differenze si devono a variazioni nell'esposizione a rischi ambientali e nell'accesso all'attenzione sanitaria.

Non si osservò nessuna differenza generale tra i Paesi sviluppati e i Paesi in via di sviluppo sulla percentuale di malattie non trasmissibili attribuibili all'ambiente.

...Tuttavia, nei Paesi sviluppati vi è un maggior numero di malattie cardiovascolari e di cancri attribuibili a fattori ambientali.

...Allo stesso tempo, i Paesi in via di sviluppo sopportano una maggiore percentuale di morbilità per traumatismi involontari e traumatismi causati dal transito attribuibili a fattori ambientali.

Nei Paesi in via di sviluppo, il numero medio di anni di vita sana perduti per abitante in conseguenza di traumatismi associati a fattori ambientali era approssimativamente il doppio di quello dei Paesi sviluppati; la differenza era ancora maggiore nel piano subregionale. In quanto ai traumatismi causati dal transito, il numero di morbilità ambientale nelle subregioni la cui situazione è migliore era 15 volte minore che nelle subregioni la cui situazione è peggiore, e le cifre delle altre lesioni accidentali erano 10 volte minori. I risultati suggeriscono che, man mano che i Paesi si sviluppano, si produrrà un'importante transizione nei fattori di rischio ambientali. Per alcune malattie, come la malaria, si prevede che la percentuale di morbilità ambientale diminuisca con lo sviluppo, ma che la percentuale di altre malattie non trasmissibili, come la pneumopatia ostruttiva cronica, aumenti fino ai livelli vicini a quelli delle regioni più sviluppate del mondo.

3. Quali popolazioni soffrono di più a causa dei rischi per la salute messi in relazione con l'ambiente?

La morbilità infantile costituisce una percentuale sproporzionata della morbilità ambientale.

In tutto il mondo, il numero di anni di vita sana perduti per abitante dovuto a fattori di rischio

ambientali era approssimativamente cinque volte maggiore tra i bambini da 0 a 5 anni che nella popolazione in generale.

Principali malattie che contribuiscono al numero di morbilità relazionata

La diarrea, la malaria e le infezioni respiratorie riportano una grande percentuale di morbilità attribuibile all'ambiente, e vi sono anche alcune delle più mortifere tra i bambini minori di cinque anni. Nei Paesi in via di sviluppo, la percentuale di queste tre malattie attribuibili all'ambiente rappresenta in media il 26% di tutti i decessi di bambini minori di cinque anni.

Le malattie prenatali (per esempio, la nascita prematura e l'insufficienza ponderale del neonato), la malnutrizione proteinoenergetica e le lesioni accidentali, che sono altri di quei fattori principali che causano la mortalità tra i bambini, hanno anche un importante componente ambientale, specialmente nei Paesi in via di sviluppo.

I bambini dei Paesi in via di sviluppo perdono, in media, otto volte più anni di vita sana per abitante che quelli dei Paesi sviluppati a causa di malattie legate all'ambiente.

In alcune regioni molto povere del mondo, tuttavia, la differenza è molto maggiore. In esse, il numero di anni di vita sana perduti per abitante a causa di infezioni delle vie respiratorie inferiori nell'infanzia è 800 volte maggiore; quello dei traumatismi causati dal transito è 25 volte maggiore, e quello delle malattie diarroiche 140 volte maggiore. Queste statistiche non riflettono gli effetti a lungo raggio di quelle esposizioni che si producono a un'età precoce e che, però, non si manifestano come malattie se non anni dopo.

4. Che cosa possono fare i politici e i cittadini di fronte ai rischi per la salute che derivano dall'ambiente?

Le strategie di salute pubblica e preventiva che studiano la possibilità di portare a termine gli interventi sanitari ambientali possono essere molto importanti. Questi in-

terventi hanno costi abbordabili e apportano benefici che contribuiscono anche al benessere generale delle comunità.

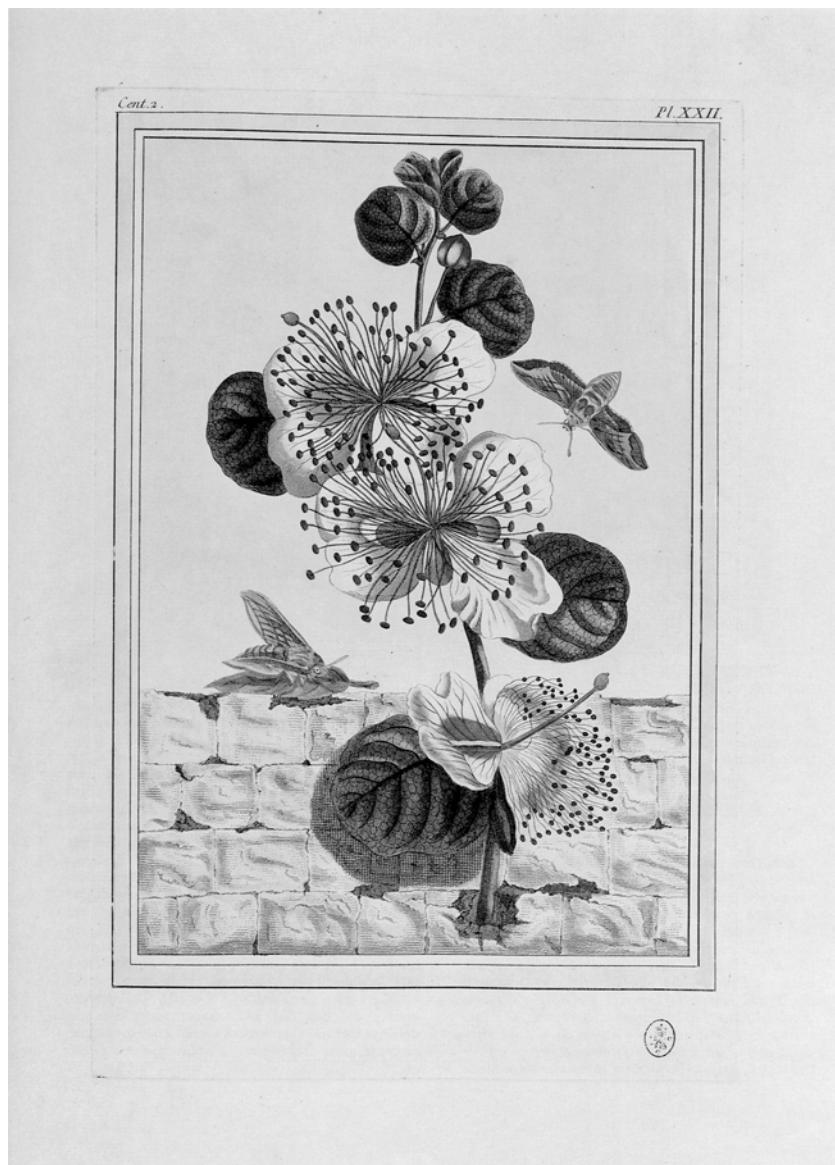
Molti interventi di salute ambientale sono economicamente competitivi con gli interventi terapeutici più convenzionali del settore sanitario. Un esempio di questo è l'eliminazione graduale della benzina con piombo. Si è calcolato che il ritardo mentale causato dall'esposizione al piombo in generale è 30 volte maggiore nelle regioni dove ancora si utilizza benzina con piombo che nei Paesi dove la benzina con piombo è stata eliminata in modo graduale.

La OMS ha calcolato che, in tutto il mondo, i benefici economici degli investimenti per arrivare a questo traguardo saranno approssimativamente otto volte superiori ai costi. Questi benefici includono aumenti della produttività economica, così come una riduzione dei costi dell'attenzione sanitaria e degli anni di vita perduta, in particolare a causa di malattie diarreiche, infezioni per nematodi intestinali e malnutrizione connessa. Se si fornisse l'accesso a migliori fonti di acqua potabile nei Paesi in via di sviluppo, si ridurrebbe notevolmente il tempo che dedicano le donne e i bambini di questi Paesi a

prendere acqua. Se si fornisse l'accesso a un migliore risanamento e a migliori comportamenti di igiene si contribuirebbe a interrompere il ciclo generale di contaminazione di masse di acqua per patogeni fecali-orali, il che implicherebbe benefici per la salute, la riduzione della povertà, il benessere e lo sviluppo economico.

Dott. FERNANDO ANTEZANA
ARANIBAR

*Presidente del Consiglio esecutivo
dell'OMS, Ginevra, Svizzera
Consultore del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede*



Seconda Sessione

Che pensare?

1. La rivelazione

AUGUSTINUS GIANTO

1.1 Le malattie infettive nella Sacra Scrittura

Questa sessione verte sulle malattie infettive secondo le sacre tradizioni che troviamo nella Bibbia, tanto nel Vecchio quanto nel Nuovo Testamento. Il mio compito è quello di presentarvi brevemente come queste tradizioni mostrino una certa consapevolezza su ciò che oggi noi intendiamo per malattia infettiva. Allo stesso tempo, guarderò anche a come si recepisce e si utilizza questa consapevolezza, e quindi all'interpretazione della patologia. Tale consapevolezza non riguarda soltanto la natura della malattia o la sua diffusione, ma le persone che ne sono colpite. Questa preoccupazione fornirà un terreno comune per tutti noi che cerchiamo di sviluppare modi migliori nella gestione e nel trattamento di queste malattie, compresa la cura pastorale di quanti ne soffrono. Vedremo anche come la loro comprensione sia strettamente legata alla fede, e sia perfino originata da questa più che da una conoscenza acquisita della malattia. Dalla natura dei testi si evince inoltre che la Bibbia non è un trattato, seppure antico, su patologia e medicina. Essa è innanzitutto un documento di fede e per la vita di fede, che tratta di varie esperienze umane nell'incontro della presenza divina in innumerevoli modi, compresa l'esperienza

nel trattare con la malattia. Pur tuttavia è legittimo chiedersi se la Bibbia abbia cognizione delle malattie infettive, per quanto differente possa essere se paragonata alla nostra attuale conoscenza.

Secondo la medicina moderna, una malattia infettiva è una malattia trasmissibile causata da un agente biologico quale un virus, un batterio o un parassita, differente da cause fisiche quali avvelenamento o ustioni. La Bibbia, naturalmente, non ha quasi nulla in comune con ciò, benché ci siano passaggi che parlano della diffusione di determinate afflizioni. È ovvio che, all'epoca, l'esistenza dei microbi responsabili della malattia non era nemmeno sospettata, per non parlare dei modi con cui le malattie venivano trasmesse o del processo di replica dei microrganismi in nuovi ambienti. Anche la consapevolezza della contagiosità di una malattia era molto rudimentale. Esistono regolamenti per tenere separati dalle persone sane quanti soffrono di un certo tipo di malattia della pelle, chiamata spesso "lebbra" nella Bibbia. Ma tutti i testi di cui disponiamo trattano di allontanamento dalle attività comunitarie di culto. Le persone con evidenti malattie della pelle non erano ritenute adeguate a prendere parte al culto in un tempio, non per

la possibilità di diffondere la malattia, ma perché considerate impure. Vi tornerò sopra al momento opportuno. Ciò è importante per non confondere, fin dall'inizio, fenomeni simili. Noi oggi diciamo che una malattia infettiva è contagiosa se è facilmente trasmissibile da una persona ad un'altra. Questo non è era il tipo di consapevolezza sottintesa nei regolamenti che escludono i cosiddetti "lebbrosi" dal culto comune. Essi potevano anche continuare a vivere una vita normale, ma al di fuori degli eventi di culto. Simone il lebbroso (*Mt* 26,6 e *Mc* 14,3) ne è un esempio significativo, nonostante le interpretazioni razionalistiche del fatto che fosse già guarito. Di nozioni quali l'immunità dalla malattia infettiva la Bibbia non parla. Possiamo anche dire che il popolo della Bibbia fino all'ultimo periodo non aveva nessuna idea di cosa significasse essere immune. Così, ciò che noi ora intendiamo per risposta immunitaria contro l'invasione dei microbi, compresi i suoi possibili sintomi, quali febbre alta e infiammazione, era ritenuto parte della malattia stessa.

Per la Bibbia, ovviamente, le malattie, comprese quelle che consideriamo infettive, erano parte strutturante della vita umana e, per questo motivo, esse occupano un

posto significativo. Il materiale presente nella Bibbia è vasto, anche se qui ci limitiamo a quei passaggi che possono avere a che fare con le malattie infettive. Nessuno di questi, anche qui, è indicato come trattato medico anche secondo standard antichi. Tuttavia, non dovremmo prenderli troppo prontamente come una descrizione di fatti oggettivi e storicamente veri. Un buon numero di questi racconti sono parte di un messaggio teologico per una comunità credente. Il mio intervento sottolineerà, altresì, l'importanza di questo aspetto, ma prima presenterò alcuni racconti biblici che solitamente si pensa trattino di malattie infettive e dell'esperienza che se ne ha.

Curiosamente, dopo quanto detto prima, ci sono numerosi passaggi biblici che parlano di malattie trasmissibili e dei loro effetti. L'enfasi qui è naturalmente sulla loro comprensione della contagiosità delle malattie, che non è necessariamente la nostra. Anzitutto, ricordiamo che nella *Lettera agli Ebrei* c'è una parola solitamente tradotta con "piaga" o "pestilenza". Il significato basilare della radice di questa parola è "toccare, affiggere, colpire". Considerata in una certa qual maniera grafica, l'idea rappresentata da questa radice può dirci qualcosa circa la relazione tra contatto, o anche prossimità, e diffusione della malattia. Quanto si dice sulla pestilenza nelle storie bibliche mostra che l'evento può essere stato quello che oggi noi chiamiamo epidemia. Una di queste si trova nel racconto delle piaghe d'Egitto (*Es 9,14* – la minaccia del Dio degli Israeliti, attraverso la bocca di Mosè, di mandare piaghe sulla popolazione se il faraone egiziano non avesse lasciato andare gli Ebrei ad adorare il loro Dio). L'uso di piaghe come punizione non è limitato agli stranieri. Gli stessi israeliti una volta furono colpiti da una malattia grave dopo aver mangiato delle quaglie, semplicemente perché erano stati infedeli a Dio. Questa malattia fu sentita come una grande piaga (*Num 11,33*). Certamente ciò si basa sull'idea che una piaga era un atto di Dio (si veda ad esempio *Lev 26,21*; *1Sam 4,8*). Lo stesso dicasi della piaga inflitta come punizione ai Filistei per aver preso l'arca di

Dio agli Israeliti (*1Sam 5-6*). La piaga dei Filistei, i cui sintomi sono gonfiori, è associata a topi o ratti e quindi sarebbe stato un caso di malattia infettiva diffusa dalle pulci trasportate da questi animali, probabilmente piaghe bubboniche. In questo caso, la parola normalmente tradotta come "piaga" può rappresentare la diffusione di malattie infettive che ora chiamiamo epidemiche, anche se non strettamente in senso tecnico. Tuttavia, l'afflizione appare come un nuovo caso in una determinata popolazione umana, come qui tra i Filistei, o in un testo quale *Es 9,14* menzionato prima. La malattia si diffuse durante un certo periodo, ad una velocità che va oltre ciò che la gente potrà calcolare sulla base dell'esperienza.



Ha poco senso analizzare se l'avvenimento in Egitto e tra i Filistei fosse ristretto ad una regione, ad esempio, epidemia in senso tecnico, o, più in generale, endemica o perfino globale, nel cui caso sarà una pandemia. Dato ciò che sappiamo, quanto si immagina abbia avuto luogo in Egitto era lungi dall'essere simile alle epidemie della piaga bubbonica dell'Europa del Medioevo, conosciuta come Morte Nera, o alla pandemia della grande influenza verso la fine della Prima Guerra Mondiale. L'epidemia biblica fu molto più limitata nella sua diffusione, anche se la paura da essa causata può essere stata la stessa.

È vero che un'epidemia seria

può essere stata al di sotto di quanto narrato col linguaggio immaginoso in *Ez 7,15*, con l'intera città divorata dalla pestilenzia; oppure si veda *Lev 26,25*, che menziona città affollate che si riteneva sicure dai nemici, ma colpite dalla piaga della pestilenzia; e di nuovo *Num 25,9* dove si dice che una piaga aveva fatto 24.000 morti tra gli Israeliti che soggiornavano a Moab. L'ultimo esempio menzionato è interessante. Il contesto (vv. 1-8) suggerisce che la malattia veniva trasmessa a numerose persone mediante rapporti sessuali. Tuttavia, una tale malattia non può diffondersi in quella misura e fare quel numero di vittime. È più ragionevole pensare ad una malattia infettiva cui la gente locale, cioè i Moabiti, era immune o, per usare termini tecnici, agiva come vettore, mentre gli Israeliti non avevano alcuna difesa ed erano pertanto soggetti a contrarla. Se il numero di morti era così alto è una questione di interpretazione e non è direttamente rilevante alla nostra discussione. Contrarre una malattia durante un viaggio ed entrando in contatto con altre persone sembra anche essere il caso di *Num 14,37* che racconta di spie israelite che si ammalarono e morirono al loro ritorno.

La Bibbia racconta anche di numerosi casi di febbre che, nonostante la nostra limitata conoscenza dei fatti storici, ci dà un'idea di quella che ora chiamiamo malaria. Il *Deuteronomio* (28,22) menziona la "febbre", e l'"infiammazione" tra le malattie inviate come maledizioni quando il popolo non obbediva al Signore. Queste condizioni sono molto simili: entrambe, infatti, hanno a che vedere con la sensazione di caldo. Si pensa che si tratti di termini tecnici per vari tipi di febbre; il primo rappresenterebbe la febbre quotidiana, il secondo la febbre terzana o quartana. Se ciò fosse corretto, allora queste febbri periodiche potrebbero essere la malaria. È noto che questa malattia è stata epidemica nel Mediterraneo orientale del periodo romano. Non sorprende, quindi, che nel Nuovo Testamento sia semplicemente conosciuta come "febbre" (*Mt 8,15*; *Mc 1,31*; *Lc 4,38-39*; *Gv 4,52*). La parola greca usata in quei passaggi è anche quella

che indica la febbre che colpisce quanti vivono in aree paludose, ambiente tipico per la malaria.

Secondo la maggior parte degli scienziati, la malattia normalmente etichettata come “lebbra” nella Bibbia non è la stessa della patologia conosciuta come morbo di Hansen, che è vera lebbra, cioè una malattia cronica causata da infezione batterica (*mycobacterium leprae*) della pelle e altri tessuti del corpo meno visibili. Il termine ebraico di solito tradotto come lebbra è *tsara'at* e si riferisce a quell’ispessimento della pelle pruriginoso, polveroso o squamoso, noto anche come psoriasi o infusione da fungo. Comunemente causa macchie rosse e squamose sulla pelle. Questo è ciò che nell’antichità (*Corpus Hippocraticum*) si intendeva di solito con il termine greco *lepra*, usato anche per l’interpretazione ebraica *tsara'at*. In questo caso, la condizione stessa non è contagiosa, e pertanto non si tratta di una malattia infettiva, benché ci si possa gravemente infettare quando si soffre di psoriasi, ad esempio, grattandosi. Gli antichi scrittori greci si riferivano alla malattia che ora conosciamo come lebbra con il termine di *elephas* o *elephantiasis*, che è del tutto differente dalla condizione patologica chiamata ora elefantiasi. Fu solo nell’VIII secolo che fu usato per la prima volta il termine greco *lepra*, in particolare da Giovanni di Damasco, per indicare la vera lebbra, cioè il morbo di Hansen.

Pur tuttavia, nella Bibbia questa malattia della pelle è molto presente e svolge un ruolo importante in relazione a molti altri aspetti della vita umana. Per questa ragione, diamo ora uno sguardo più da vicino ad alcuni dei passaggi in cui troviamo il termine di *tsara'at* o *lepra*.

Tsara'at è spesso associata alla punizione divina per i malati. Il malvagio e subdolo Gehazi, servo di Elia, l’ebbe come punizione, ma il generale siriano Naaman ne fu guarito poiché si umiliò di fronte a Dio (2Re 5). Anche Miriam, che si oppose a Mosè, ne fu punita (Num 12,10-15). *Tsara'at* era invocata come una maledizione da David su Ioab e i suoi discendenti per l’assassinio di Abner (2Sam 3,29). La malattia apparve sulla fronte di Re

Ozia quando egli offrì illecitamente un sacrificio nel tempio (2Cr 26,16-21, cfr. anche 2Re 15,5).

Nella Bibbia troviamo il passaggio più importante su questa malattia in Lev 13,1-14,57. Curiosamente, quella che era comunemente tradotta come lebbra qui (in ebraico *tsara'at*) era vista non solo negli esseri umani (Lev 14,2), ma anche nelle vesti (Lev 13,47) e nelle case (Lev 14,34). In questi ultimi due casi, è chiaro che si intende la crescita di muffe nei fabbricati e sui muri. Negli esseri umani, la condizione poteva progredire e diffondersi rapidamente (Lev 13,5-8). I sintomi menzionati, tuttavia, non indicano la malattia conosciuta come vera lebbra che ha un progresso costante ma molto lento. Inoltre, la vera lebbra non è curabile senza una terapia farmacologica, quindi del tutto differente dalla *tsara'at* da cui i malati possono guarire senza medicinali nel periodo di quarantena. Il passaggio non menziona, inoltre, chiari sintomi di lebbra avanzata, quale la necrosi dei piedi, delle mani e delle ossa facciali e la mancanza di tatto. D’altro lato, il passaggio menziona ulcere, veschie e macchie della pelle (Lev 13,18-23.24-28) e decolorazione dei peli (Lev 13,3.10.20.25.30). Una lettura attenta della condizione chiamata *tsara'at* qui conduce a diversi tipi di lesioni della pelle, ad esempio l’esfoliazione, che persiste e non scompare durante i prescritti periodi di quarantena. La causa sembra essere l’infusione da fungo.

Si ritiene che l’autore biblico abbia messo assieme alcune osservazioni sulla malattia chiamata *tsara'at* e le abbia integrate nella consapevolezza del tempo di ciò che è puro e impuro in questioni relative alla celebrazione del culto. Ed è proprio in quella direzione che dovremmo indagare ulteriormente.

Questo passaggio sulla lebbra si trova nella parte del *Libro del Levitico* che tratta di Purezza Legale (Lev 11,1-15,33), che riguarda le leggi su animali puri e impuri e casi di temporanea impurità quali quelli che colpiscono le donne dopo il parto. La lebbra appartiene a questa temporanea impurità. Perché la *tsara'at* rende immondi e quindi la persona colpita è impura

per il culto? A causa della loro esteriore apparenza, quanti soffrono della malattia della pelle chiamata *tsara'at* sono spesso evitati e tenuti a distanza. Le persone sembrano avere una comune avversione naturale nei confronti di bolle rossicce e di condizioni squamose della pelle. Si sa, generalmente, che le malattie della pelle generano relazioni sociali simili in culture pur differenti e non collegate. Antropologi come Mary Douglas spiegano questa paura naturale con la teoria di impurità, secondo la quale ciò che è considerato impuro è generalmente ciò che è anormale o fuori posto. La malattia della pelle è quindi questa irregolarità. Nel Vecchio Testamento, la *tsara'at* è collegata alla morte (Num 12,12, cfr. anche Gb 18,13) e per questa ragione appartiene all’impuro e, se se ne viene a contatto senza un’adeguata precauzione, si diventa impuri.

In Lev 13-14 c’è anche un intero rito per determinare se una persona è colpita da *tsara'at* e pertanto è impura, o al contrario se ne è guarita dopo un periodo di quarantena. Colui che ha l’autorità di farlo è il sacerdote, il quale dovrà diagnosticare se la persona è affetta da *tsara'at* (Lev 13:1-59) o se è guarita. I sintomi sono particolari eruzioni della pelle (vv. 1-8), bolle (vv. 18-23), lesioni della pelle rossiccio-biancastre (24-28; 38-39), prurito (29-37), e perdita dei peli preceduta da decolorazione degli stessi (40-44). Se l’afflizione è cronica, la quarantena è inutile (vv. 9-17). Tutti questi sintomi permetteranno al sacerdote di dichiarare la persona impura, e quindi essa sarà tenuta lontana dagli assembramenti comunitari. Ciò è legato al fatto che, essendo ritualmente impura, si riteneva che la sua contaminazione avrebbe potuto essere trasmessa ad altri.

Anche dopo la guarigione, la persona non era “pulita” fino a che non era purificata ritualmente (Lev 14). Questa pulizia rituale consta di varie parti. La prima è l’esame, da parte del sacerdote, del fatto che la *tsara'at* sia veramente guarita e quindi la persona può essere mondata attraverso un rito, portando due uccelli puliti, legno di cedro, panno scarlatto e issopo. Uno degli uccelli deve essere immolato e il

suo sangue asperso sette volte su colui che deve essere purificato; infine il sacerdote deve annunziare che la persona è monda, e lasciare l'altro uccello libero. La persona dichiarata pulita deve compiere alcuni atti rituali: lavare i propri vestiti, farsi il bagno e stare sette giorni fuori dalla propria tenda. Il settimo giorno deve lavarsi tutti i peli del corpo, poi lavare nuovamente i vestiti e farsi il bagno. L'ottavo giorno deve portare due agnelli maschi e un'agnella femmina di un anno, un'offerta di cereali, farina e olio. Gli agnelli devono essere sacrificati dal sacerdote all'ingresso della tenda del convegno – e successivamente nel tempio – e questa sarà la riparazione per la persona dichiarata nuovamente pulita. Ci sono regole riguardanti anche il sacrificio per i poveri che non possono permettersi di sostenerne le spese.

In tutto il Vecchio Testamento, l'immagine di Dio come guaritore è di particolare rilevanza per il rapporto con queste persone. Benché non tutti i testi menzionino specificamente il tipo di malattia, è chiaro che la Bibbia vuol dire che Dio, se lo vuole, può guarire tutti i tipi di malattia. Questa è la fede che nutre il popolo del Vecchio Testamento, dalla culla alla tomba. Tuttavia, è nella letteratura profetica che il suo ruolo come guaritore diventa più articolato. Solo per citare alcuni esempi, le persone erano ripetutamente incoraggiate da Isaia a tornare a Dio affinché fossero guarite dalla loro malattia (*Is 6:10; 19:22; 30:26*). L'immagine di Dio come guaritore è ancor più chiara quando Ezechiele rimprovera il popolo per aver trascurato i malati e gli storpi (*Ez 34,4*), mentre Dio non mancò mai di averne cura. Pronunciamenti simili sono presenti in *Zac 11,15-17*. Il ruolo di guaritore è combinato con il ruolo di punitore, con piaghe e malattie. Il popolo del Vecchio Testamento aveva la convinzione che Dio dà e restituisce la salute a coloro che obbediscono ai suoi comandamenti, ma usa malattie e piaghe per punire i disobbedienti e coloro che sono ostili al suo popolo. Affermare che egli è il Dio della malattia equivale ad affermare che è al di sopra di tutte le forze del male che causano

infermità. Egli le usa perfino per punire, affinché gli uomini siano consapevoli del suo potere.

I Vangeli, inoltre, presentano Gesù come guaritore e le sue attività di guarigione sono le più impressionanti rispetto a tutto ciò che fece durante la sua vita terrena. Molti racconti di esorcismo sono anche storie di guarigione. Quando insegna alla folla sul Padre misericordioso in cielo, le persone credono che la liberazione dalla malattia sia un'ulteriore manifestazione di questa misericordia del cielo. Egli invia i suoi discepoli a sanare quanti sono afflitti da spiriti maligni, e quindi dalla malattia. Ancora una volta, non tutte le malattie riportate nei Vangeli potrebbero essere qualificate come le stesse malattie infettive di oggi. Tuttavia, il messaggio teologico è ancora valido. Dio ha inviato il suo Messia al suo popolo e questo Messia è colui che mostra compassione nei confronti dei suoi fratelli, gli esseri umani che sono afflitti da una malattia causata da una forza troppo grande per loro. Soltanto l'aiuto del cielo li salverà e li guarirà. Questo è ciò che essi hanno visto in Gesù ed è anche il segno che Dio ha agito per il suo popolo.

Il racconto di Gesù che guarisce i dieci lebbrosi (*Lc 17,11-19*) è esplicitamente collocato, come risulta dal v. 11, nel corso del suo viaggio verso Gerusalemme. La malattia di cui si parla qui è la stessa della *tsara'at* nel Vecchio Testamento, che abbiamo riferito prima. È tipico del Vangelo di Luca presentare Gesù come colui che cammina verso quella città dalla Galilea. Durante il viaggio, egli insegna e guarisce il popolo. In una di queste occasioni, dieci lebbrosi gli chiesero di avere pietà di loro. Il testo riporta che essi si erano fermati a una certa distanza, certamente a causa del fatto che erano stati separati da ogni contatto con le persone sane. Nessuno si sarebbe avvicinato a loro ed essi non dovevano avvicinare nessuno. Il testo ci dice, poi, che Gesù li guardò intensamente – come se volesse cercare di valutare la loro situazione. Quindi disse loro di andare e di mostrarsi ai sacerdoti. Il Vangelo dice poi che, mentre erano in cammino, furono sanati dalla malattia. Un lettore attento noterà il rappor-

to con il testo del *Levitico* di cui abbiamo parlato prima. Si noti che i sacerdoti dovevano esaminare se il malato era guarito, poi la persona sarebbe stata pulita attraverso un rito. Qui in *Luca* l'ordine sembra essere stato rovesciato. Gesù disse ai lebbrosi di andare in cerca dei sacerdoti e quando essi gli obbedirono, furono sanati. Gli stessi dieci lebbrosi devono aver visto che le loro afflizioni erano scomparse. Cosa avrebbero dovuto fare poi? Naturalmente chiedere al sacerdote di compiere il rituale della purificazione affinché potessero essere reintegrati nella società. Non si dice che Gesù li guarisce o li dichiara mondati dalla malattia. Queste dieci persone devono averlo preso alla lettera e per questo motivo furono sanate. Possiamo pensare anche a ciò che avvenne poi, e cioè che essi furono purificati secondo i riti riferiti nel *Levitico*. Ma la storia non finisce qui. Uno di loro – Luca aggiunge che era un Samaritano – tornò indietro e lo ringraziò. È chiaro che per lui essere guarito dalla malattia era sufficiente; non aveva bisogno di essere dichiarato mondato; anche se è guarito, infatti, sarà sempre considerato straniero, solo perché è un Samaritano. Ma Gesù esprime la propria sorpresa, perché solo uno dei dieci è tornato indietro per rendere grazie a Dio, e questi era uno straniero!

L'esegesi di questo evento è multistratificata. Ad un livello, il Samaritano sa che quell'uomo, Gesù, era colui che realmente gli aveva permesso di recuperare la dignità. Egli non aveva accesso al tempio. Colui che lo sana sarà capace anche di dichiararlo mondato, è questo che pensa. Ad un altro livello, egli ora riceve molto di più degli altri nove. Mentre questi ultimi ricevono soltanto una dichiarazione rituale della loro condizione risanata, il Samaritano riceve la fede che gli sana la vita. Gesù stesso gli dice, "La tua fede ti ha salvato; va in pace" (*Lc 11,19*). Il racconto è una narrazione di guarigione e di fede, è la storia di guarigione da una malattia che, secondo la consapevolezza contemporanea, è altamente contagiosa; è anche una storia sulla reintegrazione da una condizione che impedisce di vivere una vita umana decente. Questo

è uno degli atti di questo Gesù che assolve il compito di salvare l'umanità.

La lettura di cui sopra, tuttavia, è ciò che ci viene immediatamente in mente. Non abbiamo ancora esaminato la storia in profondità. Perché, ad esempio, i dieci lebbrosi hanno avvicinato Gesù? Naturalmente possiamo rispondere che egli era conosciuto come un potente guaritore. Notiamo, però, che i dieci non gli chiesero di essere guariti dalla loro afflizione corporea, ma invece chiesero che Gesù avesse pietà di loro. Pietà per cosa? Per il fatto di essere stati emarginati dalla società umana, ritengo. Ma c'è qualcosa di più. Queste persone erano disperate. La loro condizione li trasformò in esclusi ed essi non avevano alcun mezzo per liberarsi da questa schiavitù. Altre persone li evitavano. Questo è proprio dove il *Vangelo di Luca* dice qualcosa sulla venuta di Gesù. Nessuna pecorella smarrita sarebbe stata abbandonata. Nessun figliol prodigo sarebbe stato lasciato fuori della casa del Padre. Nessuno sarebbe stato più emarginato. Questo è, in poche parole, il messaggio del *Vangelo di Luca*.

I dieci lebbrosi si avvicinano a Gesù chiedendo misericordia. Ma Gesù dice loro di andare dai sacerdoti, facendoli rattristare. Ciò che essi si attendevano maggiormente non era la guarigione, ma la mise-

ricordia divina. Quella persona che pensavano fosse la loro unica speranza, non li capiva. Gesù li vede mentre chiedono la guarigione e naturalmente, nell'osservanza della vecchia tradizione della legge rivelata, li invia ai sacerdoti! I lebbrosi si sentono completamente abbandonati. Quindi vanno via, non per andare dai sacerdoti, che avrebbero fatto ciò che dovevano fare, ma per tornare alla loro miserabile vita di segregazione. Cosa accade allora? Mentre si allontanano, la loro lebbra è guarita! Questo però li pone in un'altra situazione imbarazzante. Come avrebbero potuto pagare tutti i rituali per essere dichiarati puri e quindi socialmente recuperati? Questa guarigione inattesa non fa altro che farli precipitare in un'altra crisi. Era questa la situazione dei dieci lebbrosi guariti. Ma non tutti si abbandonarono all'apatia. Uno, e cioè il Samaritano, tornò indietro. Egli comprese che cosa era successo. Aveva trovato ciò che aveva chiesto, è cioè, in verità, la stessa cosa che gli altri nove si aspettavano da Gesù: compassione. Ed è della compassione che parla la storia del racconto dei dieci lebbrosi.

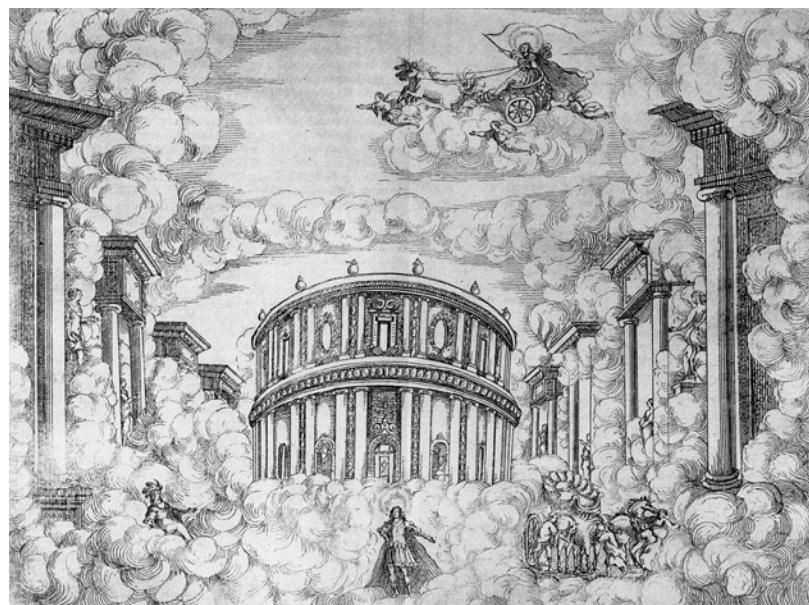
Con questa affermazione vorrei chiudere il mio intervento. La Bibbia ha una certa consapevolezza di ciò che oggi conosciamo come malattia infettiva e dei suoi spaventosi effetti sulla vita umana.

Essa integra l'esperienza dell'epidemia e delle piaghe nella sua visione del mondo e della società del suo tempo. È proprio in questo contesto che il Dio della Bibbia mostra compassione.

P. AGUSTINUS GIANTO, S.I.
Pro-Decano della Facoltà
di Studi Antichi Orientali,
Pontificio Istituto Biblico,
Roma

Per un'ulteriore lettura

La letteratura sui mali e sulle malattie nella Bibbia è enorme e per questa ragione citerò soltanto alcuni utili articoli encyclopedici, tratti dal multi volume *The Anchor Bible Dictionary*, pubblicato da D.N. FREEDMAN (New York: Random House, 1992): "Sickness and Diseases" (by Max Sussman in vol. VI pp. 6-15) "Leprosy" (di D.P. WRIGHT and R.N. JONES in vol. IV pp. 227-282) "Medicine and Healing" (H.C. Kee, in vol. IV pp. 659-664.) In questi articoli si può trovare molto materiale bibliografico. Il lavoro definitivo sulla *tsara'at* biblica resta quello di E.V. HULSE, "The Nature of Biblical 'Leprosy' and the use of Alternative Medical Terms in Modern Translations of the Bible" in *Palestine Exploration Quarterly* 107 (1975) pp. 87-105. Per un'interpretazione generale delle norme riguardanti la *tsara'at* in Lev 13-14, il lettore può fare riferimento a *The New Jerome Biblical Commentary*, pubblicato da R.E. BROWN, J.A. FITZMYER, e R.E. MURPHY (New Jersey: Prentice Hall, 1990), "Leviticus" (di R.J. FALEY, pp. 61-79), che introduce gli aspetti letterari e teologici del passaggio. Per l'interpretazione di *Luca* 17,11-19 vedere il mio *Langkahnya... Langkahku!* (Yogyakarta: Kanisius 2005) 186-191.



GABRIELE MARASCO

1.2 Le malattie infettive e i Padri della Chiesa

L'atteggiamento e la condotta nei confronti delle malattie infettive costituiscono uno dei campi in cui l'avvento del cristianesimo ha avuto il più forte impatto, determinando cambiamenti radicali nel pensiero e nella vita reale. Nell'antichità era diffusa la convinzione che queste malattie fossero effetto soprattutto dell'ira della divinità per i peccati e per le colpe degli uomini. Per quel che riguarda le malattie epidemiche, che gli antichi designavano con termini genericci, che pongono difficili problemi di identificazione con i morbi oggi conosciuti, questo concetto è già chiaro alle origini del mondo greco, nella peste che, in Omero, colpisce gli Achei, come punizione di Apollo per l'offesa che gli è stata arrecata¹; un'analogia convinzione ricorre, ad esempio, nel mito di Edipo² ed ancora, riguardo alla peste di Atene, il razionalista Tucidide, che pure non vuole esprimere opinioni personali sulle sue cause³, riferisce comunque allo stesso Pericle il riconoscimento del suo carattere soprannaturale⁴. Questa convinzione rimase estremamente diffusa, tanto che ancora lo scoppio della gravissima epidemia che colpì l'Impero sotto Marco Aurelio fu attribuito al sacrilegio subito da una statua di Apollo⁵; era quindi comune, in caso di epidemie, che lo Stato cercasse di farle cessare ricorrendo alla divinità e compiendo purificazioni e ceremonie espiatorie per le colpe commesse⁶. Credenze analoghe erano diffuse fra i popoli dell'Oriente: per gli Ebrei, in particolare, le pestilenze erano conseguenze della punizione divina per i peccati degli uomini⁷ e potevano, quindi, essere fatte cessare solo con la preghiera e con adeguate ceremonie espiatorie.

Nella scienza medica, invece, le pestilenze erano considerate effetto dei miasmi, provocati dalla corruzione dell'aria o dell'acqua⁸;

pertanto, anche se il concetto di contagio non era ignoto⁹, la soluzione più logica per scampare alla pestilenzia appariva quella di un radicale cambiamento di luogo e della fuga dai miasmi pestilenziali¹⁰. Ancora in occasione dell'epidemia che colpì Roma al tempo di Commodo, l'imperatore, su consiglio dei medici, si ritirò a Laurento, che era considerata un luogo sicuro, perché fresco e ben ombreggiato da alberi, il cui aroma impediva la corruzione dell'aria; a quelli che restavano in città, i medici consigliavano di riempirsi le narici e le orecchie di essenze profumate e di fare suffumigi, per ostacolare l'accesso dell'aria corrotta¹¹. All'inizio dell'epidemia di peste, del resto, Galeno afferma d'aver deciso di lasciare egli stesso Roma¹². Con tali premesse, è evidente che sia i medici che le persone disposte ad aiutare i malati potevano fare ben poco: Tucidide afferma, ad esempio, che durante la peste di Atene molti si tenevano lontani dai malati, che così perivano nell'abbandono, mentre i medici e quanti per mostrare la propria virtù e per rispetto umano prestavano la propria assistenza morivano con più frequenza¹³; d'altra parte, la mancanza di mezzi adeguati per attuare la profilassi e per impedire il diffondersi delle epidemie¹⁴ rendeva inefficace l'opera del medico¹⁵, che doveva limitarsi a curare finché possibile i sintomi più appariscenti del male.

Ancor più grave era poi la condizione dei malati di lebbra, termine con il quale gli antichi definivano non solo l'elefantiasi, corrispondente al morbo di Hansen, ma anche un'ampia gamma di malattie, più o meno gravi, che sfiguravano il malato¹⁶. Il disgusto e il terrore provocati dai segni che questa malattia provocava ed il timore del contagio¹⁷ danno ragione della quasi completa assenza di raffigura-

zioni di essa nell'arte antica¹⁸, che comunque corrispondeva anche a motivazioni religiose assai radicate. Già Erodoto, infatti, attesta che in Persia era vietato ai lebbrosi entrare in città od accostarsi ad altri: si riteneva, infatti, che il male fosse conseguenza di una colpa commessa contro il dio Sole ed anche gli stranieri colpiti da questa malattia venivano scacciati dal paese, come pure le colombe bianche, alle quali era attribuita la stessa colpa¹⁹. Ancora nel IV secolo del resto, secondo Plutarco, il re Artaserse I, la cui figlia e moglie Atossa era stata colpita dalla lebbra, si mise a pregare per lei la dea Era, prostrandosi dinanzi alla sua statua e riempindola di doni e di offerte²⁰. La lebbra che colpisce Atossa è qui, con ogni evidenza, manifestazione dello sdegno della dea per il matrimonio incestuoso, che doveva scandalizzare gli autori greci di *Persikà* del tempo, dai quali il racconto deriva²¹. Il fatto che nel seguito Atossa compaia ancora come sposa del re, al quale sopravvisse²², dimostra anche la fede nell'efficacia delle offerte e delle preghiere come cura per questo male di origine divina.

Ancor più rigido era l'atteggiamento degli Ebrei, per i quali la lebbra era pure manifestazione dell'ira di Dio contro il peccatore; la sua presenza era fattore d'imputrità non solo per il malato, ma anche per la società in cui viveva, sicché egli doveva essere isolato e allontanato da qualsiasi contatto²³. Così Miriam, moglie di Aronne, è colpita dalla lebbra per volere di Dio ed è costretta a restare isolata per sette giorni, prima che l'intercessione di Mosé possa valerle la guarigione e la riammissione nell'accampamento²⁴; le accurate prescrizioni che imponevano l'isolamento del lebbroso dalla società e la sua eventuale riammissione in caso di guarigione, sempre sotto-

poste al controllo e all'autorità del sacerdote²⁵, confermano il carattere religioso che veniva attribuito all'esclusione del lebbroso, in quanto peccatore particolarmente inviso a Dio. Queste credenze e le conseguenti regole applicate ai lebbrosi si mantengono intatte nel giudaismo dei primi secoli della nostra era, in cui i rabbini discettarono ampiamente sul numero e sulle caratteristiche dei tipi di lebbra, ma mai misero in discussione le regole mosaiche in proposito²⁶.

L'unico episodio di guarigione dalla lebbra nell'Antico Testamento riguarda il profeta Eliseo, che guarisce Nàaman, comandante dell'esercito degli Aramei, ordinandogli di bagnarsi sette volte nelle acque del Giordano; Nàaman si sdegna, perché pensava che Eliseo l'avrebbe guarito toccando con la mano la parte malata, ma i suoi servi lo convincono ad obbedire al profeta ed egli, bagnatosi nel Giordano, guarisce. Eliseo rifiuta, quindi, i preziosi doni di Nàaman e punisce il proprio servo, che ha cercato di sfruttare con l'inganno la generosità dell'arameo, colpendo lui e la sua discendenza con la lebbra²⁷. La conclusione della vicenda conferma il carattere della malattia, che Eliseo invoca da Dio per punire il servo infedele e ingannatore; ma è da sottolineare, soprattutto, che il profeta non tocca con la mano il lebbroso, come quest'ultimo si aspettava, provocando il suo sdegno, ma restando fedele al preceppo mosaico di non rompere l'isolamento di chi ancora è colpito da impurità.

L'impatto dell'insegnamento di Cristo su queste concezioni fu fortissimo e gravido di conseguenze, per la parola, ma ancor più per gli atti. Secondo il racconto dei Sinottici, infatti, Cristo guarì il lebbroso toccandolo con la mano, poi gli disse di mostrarsi al sacerdote e di offrire il sacrificio prescritto da Mosé per la sua purificazione²⁸. Nonostante l'ossequio alle regole mosaiche, sottolineato dal ruolo riconosciuto al sacerdote come garante dell'avvenuta guarigione e dalla prescrizione del sacrificio, la condotta di Gesù costituisce una notevole rottura con il passato, soprattutto per l'atto compiuto toccando il lebbroso, che infrange il tabù dell'impurità e costituisce, in-

sieme, una dimostrazione della divinità di Cristo, superiore a qualsiasi possibilità di contaminazione, e una dimostrazione di pietà e di partecipazione alla condizione del lebbroso. La particolare considerazione di Gesù per la situazione di questo genere di malati, i più abbietti ed abbandonati e perciò meritevoli di particolare impegno, è poi confermata non solo dalla guarigione di altri dieci lebbrosi²⁹, ma anche e soprattutto dalla missione affidata agli Apostoli di guarire gli infermi e mondare i lebbrosi³⁰, mentre l'ammonizione ai fedeli perché visitassero gli ammalati rendeva questo atto un dovere per tutti i cristiani³¹.



L'opinione secondo cui le malattie, ed in particolare quelle epidemiche, erano effetto della punizione divina rimase comunque diffusissima in epoca cristiana in tutti gli ambienti ed in tutte le confessioni. Già alla metà del III secolo, ad esempio, Cipriano attesta che i pagani attribuivano ai cristiani la colpa delle pestilenze che, insieme ad altre calamità, avevano colpito il mondo romano³²; Libanio, lamentando la morte di Giuliano e la conseguente reazione antipagana, ne considerava conseguenza anche le epidemie, inviate agli uomini dalle Ore³³; ancora alla fine del V secolo, papa Gelasio doveva polemizzare aspramente contro i pagani, che consideravano le epidemie abbattutesi su Roma conseguenza della soppressione dei Lupercali,

ricordando che l'epidemia avvenuta nel 467, all'epoca dell'arrivo a Roma dell'imperatore Artemio, si era verificata quando ancora quelle feste pagane venivano celebrate³⁴. Queste stesse credenze erano del resto assai diffuse anche fra i cristiani: ad esempio, l'epidemia che colpì l'Oriente nell'inverno 312/13³⁵ è interpretata dal contemporaneo Eusebio come effetto della punizione di Dio per le colpe del persecutore Massimino Daia e mezzo per abbatterne la tirannide³⁶. Nel 383, Ambrogio inviò una lettera ad alcuni vescovi della Macedonia, per confortarli della morte di Acolio, arcivescovo di Tessalonica, avvenuta durante un'invasione barbarica; le preghiere del defunto, come quelle del profeta Eliseo³⁷, avevano indotto Dio a colpire i Goti con una terribile pestilenzia, che li aveva costretti a fuggire ed in seguito a chiedere la pace³⁸. Ancora, l'epidemia che nel 434 aveva colpito l'esercito degli Unni che aveva invaso l'Impero, costringendo i barbari a ritirarsi, era ascritto dall'ortodosso Socrate all'opera del pio imperatore Teodosio II, che con le sue preghiere aveva ottenuto da Dio quel flagello³⁹; né gli aderenti alle altre confessioni la pensavano diversamente, dal momento che l'eunomiano Filostorgio elencava, analogamente, anche le epidemie tra i flagelli che avevano colpito il mondo romano durante il regno di Arcadio, persecutore della sua confessione⁴⁰.

La forza e la persistenza di queste credenze è ben evidenziata, del resto, dal loro ricorrere ancora nel VI secolo, in un ambiente ormai quasi totalmente cristianizzato. Vittore di Tunnuna⁴¹, ad esempio, narra che nel 507 una strana epidemia avrebbe colpito gli abitanti di Alessandria e dell'intero Egitto, i quali, persa la parola, latravano come cani e si mordevano le mani e le braccia; un angelo apparve loro ed annunziò che ciò avveniva perché avevano anatematizzato la fede di Calcedone⁴². Questo genere d'interpretazioni divenne quasi universale durante la grande epidemia di peste dell'epoca di Giustiniano⁴³, che, per le sue dimensioni e per il suo coincidere con altre catastrofi, ben si prestava ad esso⁴⁴. Il più antico agiografo di Si-

meone il Giovane, ad esempio, attribuiva la peste alla collera di Dio e narrava come il santo avesse ottenuto la salvezza per sé e per quanti ricorrevano a Dio nel suo nome⁴⁵. Vittore di Tunnuma la riteneva una punizione per l'azione dell'imperatrice Teodora a favore dei monofisiti⁴⁶, mentre gli storici monofisiti la considerano effetto dell'ira divina per la vittoria dell'ortodossia ed invito ad abbandonare la fede di Calcedone⁴⁷. Procopio, che nella sua opera storica non aveva preso posizione sul problema⁴⁸, fornendo piuttosto una narrazione "classicista" della peste, fondata sull'imitazione di Tucidide⁴⁹, nella *Storia segreta* la giudica una punizione per la malvagità del "demonio" Giustiniano e di Teodora⁵⁰; ma quel che più importa è che lo stesso Giustiniano sembra aver accettato ufficialmente la spiegazione soprannaturale, poiché proprio alla peste sono generalmente riferite le affermazioni contenute nella prefazione ad una legge contro gli omosessuali, che lamentano l'abbattersi della punizione di Dio per i peccati diffusi⁵¹. Ancor più esplicita è poi l'interpretazione della peste come castigo di Dio, in un rescritto che cerca di porre un freno al grave aumento dei prezzi intervenuto dopo l'epidemia⁵².

Il riconoscimento dell'origine divina delle epidemie non paralizzava, comunque, affatto l'azione dei cristiani; non solo, infatti, essi riconoscevano che in molti casi le malattie derivavano da cause naturali e richiedevano quindi le cure del medico⁵³, ma anche consideravano comunque l'assistenza ai malati un obbligo di fede, secondo i precetti di Cristo. Essa rientrava nei doveri dei diaconi⁵⁴ e costituiva un elemento importante di valutazione per i catecumeni⁵⁵; l'interesse in proposito era assai vivo ed era anche diretto, tanto che non solo è nota la presenza di medici nel clero⁵⁶, ma anche è attestata l'attività medica esercitata da vescovi fin dal III secolo⁵⁷.

Ma l'impegno di carità che il messaggio di Cristo imponeva ai fedeli andava al di là dell'assistenza degli specialisti e coinvolgeva tutti i cristiani, con una partecipazione diretta della Chiesa, in forme che costituivano un netto contrasto con la condotta precedente dei pa-

gani. Questa realtà si manifestò in particolare in occasione della grave epidemia che colpì il mondo romano, e soprattutto l'Egitto e l'Africa, che Eusebio data al 253, citandone come testimoni Dionisio d'Alessandria e il *De mortalitate*, composto allora da Cipriano⁵⁸. In quest'opera, in effetti, il vescovo di Cartagine confortava i fedeli, affranti perché l'epidemia li colpiva alla stessa maniera dei pagani persecutori, affermando che la malattia era una prova voluta da Dio in vista della salvezza eterna. Ma Cipriano ritornava sull'argomento anche nell'*Ad Demetrianum*, osservando, contro le affermazioni dei pagani, che attribuivano ai cristiani la colpa della pestilenzia e delle guerre, delle carestie e delle siccità del tempo, che al contrario proprio la peste era valsa a mostrare le colpe dei pagani, che non solo non avevano esercitato la misericordia verso i malati, ma anzi si erano dati da fare per depredare i morti; essi avevano evitato di assistere gli infermi, proprio perché questi ultimi non potessero scampare mediante le cure, per impadronirsi dei loro beni ed avevano rifuggito dall'occuparsi della sepoltura dei defunti⁵⁹.

Ma l'azione del vescovo di Cartagine in quei frangenti andò ben oltre la condanna delle colpe dei pagani; il suo biografo Ponzio, che espone anch'egli, sulla scorta di Cipriano⁶⁰, la condotta riprovevole dei pagani, insistendo sui particolari relativi ai cadaveri insepolti⁶¹, sottolinea soprattutto l'opera attiva svolta dal vescovo per alleviare gli effetti dell'epidemia e venire incontro ai malati. Cipriano, infatti, riunì i fedeli e li esortò alla carità, ammaestrando sull'importanza delle opere di pietà per guadagnare il favore di Dio; li esortò poi a soccorrere non solo i confratelli, ma anche i pagani persecutori, ricordando loro l'insegnamento di Cristo⁶². I fedeli risposero al suo appello, distribuendosi i compiti in base alle proprie capacità e disponibilità, sicché i poveri supplivano all'impossibilità di offrire denaro prestando la loro opera⁶³.

Conviene sottolineare in proposito il carattere perfettamente organizzato di questa azione, che Ponzio presenta del resto come *militia*, seguendo una terminologia ben

nota nei testi cristiani⁶⁴: essa fu frutto della predicazione di Cipriano, che si impose alla massa dei fedeli, con ogni evidenza restii ad assistere i pagani persecutori, e dell'organizzazione della Chiesa cartaginese. Ma la condotta dei cristiani di Cartagine non rimase affatto isolata.



In quegli stessi frangenti, infatti, si ambienta l'azione del vescovo Dionisio di Alessandria, che Eusebio delinea, citando una sua lettera festale scritta in occasione della Pasqua⁶⁵. In essa Dionisio, dopo aver narrato le persecuzioni anticristiane, la guerra e la carestia, riferisce dell'epidemia, che si diffuse maggiormente fra i pagani, pur colpendo anche i cristiani, per i quali fu però un esercizio ed una prova non inferiore a nessuna. La maggior parte di essi, infatti, spinti dalla carità (*agápe*) e dall'amore per il prossimo (*philadelphía*), visitava senza precauzione gli ammalati, li aiutava e li curava, morendo con essi, contaminata dal loro male. Molti, che avevano curato e guarito altri, morivano essi stessi; presbiteri, diaconi e laici perirono così, come martiri, dopo aver stretto nelle braccia i corpi dei malati, aver composto i cadaveri ed averli preparati per la sepoltura. I pagani, invece, cacciavano chi cominciava ad ammalarsi, evitavano anche i loro cari, gettavano sulla strada i moribondi, lasciavano i cadaveri insepolti e cercavano di

sfuggire al contagio, cosa non facile, benché prendessero tutte le precauzioni.

Ricorre, in questa descrizione, il netto contrasto che abbiamo già visto nelle testimonianze relative a Cartagine, fra la condotta egoista dei pagani, preoccupati solo di salvare se stessi e incuranti perfino della sepoltura dei cadaveri, ed i cristiani, spinti dalla carità a preoccuparsi di portare ai malati non solo un aiuto spirituale, ma anche un'assistenza materiale, che andava dalla cura dei sintomi della malattia al sollievo delle loro necessità, fino alla pulizia ed alla sepoltura dei cadaveri, che nella fede cristiana rappresentava un'esigenza primaria⁶⁶. La loro azione si distingueva nettamente anche da quella dei migliori fra i pagani proprio per la fede che l'ispirava: mentre, infatti, nel racconto di Tucidide a cercar di curare i malati sono i medici ed alcune persone spinte dal desiderio di mostrare la propria virtù⁶⁷, i cristiani erano spinti dalla propria fede ed ispirati dall'*agápe*⁶⁸. La differenza era anche pratica: nel primo caso, infatti, la scelta era individuale, in base alle motivazioni etiche ed al carattere del singolo, e l'assistenza quindi era limitata ai parenti e agli amici; nel secondo, invece, la scelta era della comunità, che si impegnava totalmente, come abbiamo visto nel caso di Cartagine in base alle possibilità concrete di ciascuno, a soccorrere i malati ed a seppellire le vittime, e l'azione era coordinata ed organizzata dalla Chiesa, con risultati evidentemente più efficaci, e si estendeva perfino ai pagani persecutori, in base ai precetti evangelici.

Le iniziative di Cipriano e di Dionisio potrebbero d'altra parte apparire temerarie, poiché esponevano al rischio del contagio i molti cristiani impegnati nell'assistenza ai malati e nella sepoltura dei defunti; ma, anche se Dionisio, in particolare, insiste sull'analogia con la sorte dei martiri, tali scelte devono a mio avviso essere comprese sulla base non solo della fede, ma anche delle concezioni diffuse nella scienza medica del tempo. Mi sembra illuminante, in proposito, un passo in genere trascritto, che nell'opera di Eusebio precede immediatamente la cita-

zione di Dionisio relativa all'epidemia; anche questo passo deriva da una lettera festale scritta dal vescovo di Alessandria in occasione della Pasqua, forse la stessa da cui è tratto il brano che abbiamo esaminato in precedenza⁶⁹. Dionisio, che qui lamenta le gravi conseguenze anche demografiche della recente rivolta degli Alessandrini, osserva che il Nilo è straripato, inondando le regioni circostanti, e scorre sempre contaminato da stragi, sangue e cadaveri annegati, tanto che non sarebbe possibile purificarlo, né rendere pura l'aria intorbidata dalle esalazioni che provengono da ogni parte, dalla terra, dal mare, dai fiumi, dai porti, tanto da superare quelle degli stessi cadaveri che imputridiscono. Egli continua: "Ci si stupisce, poi, e ci si chiede da dove vengano le continue pestilenze, le malattie gravi, le infezioni di ogni genere, lo sterminio vasto e multiforme degli uomini" e sottolinea le gravi conseguenze demografiche, con la fortissima diminuzione del numero degli abitanti⁷⁰.

Mi sembra evidente che Dionisio, uomo di grande cultura ed allievo di Origene⁷¹, accettasse la teoria dei miasmi, che considerava le pestilenze effetto della corruzione delle acque e dell'aria, e proprio in base a questa teoria spiegava l'epidemia che aveva colpito l'Egitto al suo tempo. L'apparente contraddizione con le affermazioni dello stesso Dionisio, che come abbiamo visto esaltava i cristiani morti contaminati dal male di altri mentre curavano i malati o seppellivano i morti, mi sembra risolta dalla conclusione della narrazione, in cui Dionisio sottolinea l'inefficacia delle precauzioni dei pagani, che allontanavano le persone più care, lasciavano i cadaveri insepolti e cercavano di sfuggire in ogni modo alla malattia, ma senza riuscire ad ottenere risultati apprezzabili⁷². In effetti, il problema essenziale, che rendeva del tutto impraticabile sul piano medico contrastare il contagio, era costituito dall'inefficacia di tutte le misure di profilassi allora note e dalla mancanza di una struttura amministrativa che potesse imporre; in tali condizioni, anche l'isolamento del malato dalla società non si poneva in alcun modo come soluzione at-

tuabile⁷³. D'altra parte, proprio l'osservazione del fatto che anche persone che rifuggivano in ogni modo il contatto con i malati cadevano poi preda dell'epidemia non poteva che rafforzare la conclusione della scienza medica, secondo cui il male era effetto dei miasmi ed era quindi inutile cercare di guardarsene con l'isolamento. La condotta a cui Dionisio esortava i cristiani era dunque non solo conforme alla fede, ma anche non in contrasto con la scienza medica del tempo. Quanto poi a Cipriano, non è attestato quale fosse la sua opinione al riguardo, ma il suo sapere sulla scienza medica⁷⁴ lascia credere che egli ben conoscesse la teoria dei miasmi e la sua applicazione alle epidemie.

La condotta dei cristiani di quel tempo non costituì, comunque, un caso isolato, bensì un esempio che fu seguito anche nelle epoche successive. Ancora Eusebio narra, infatti, di una carestia e di una pestilenza, cui si aggiunse un'epidemia di carbonchio, che colpirono le regioni dell'Oriente nell'inverno 312-13, durante il regno di Massimino Daia⁷⁵. Eusebio sottolinea l'eccezionale gravità dell'epidemia, che riempì di lutto le città e colpì gravemente i ceti abbienti, compresi i magistrati ed i curiali. Anche in quelle circostanze, si manifestarono particolarmente lo zelo e la devozione dei cristiani, che dimostrarono compassione ed umanità. Alcuni, infatti, si occupavano della sepoltura dei morti, mentre altri ovviavano alla carestia distribuendo pane a tutti⁷⁶. La testimonianza di Eusebio è in questo caso generalizzata, non ristretta all'iniziativa di un singolo vescovo in una singola città: in essa, l'impegno dei cristiani è corale e risalta come l'unica risposta efficace ad una situazione di crisi estrema, che lo Stato pagano non è in grado di affrontare in alcun modo.

L'avvento dell'Impero cristiano dovette poi modificare in certa misura la situazione: anche se non abbiamo notizie precise sulla situazione successiva, sappiamo che la Chiesa proseguì la sua azione, con ogni probabilità migliorando la propria organizzazione. Ad Alessandria, ad esempio, è attestata dal V secolo l'esistenza di un corpo speciale di infermieri (*para-*

balani), che aveva il compito di trasportare ed assistere i malati ed era alle dipendenze del vescovo, ma era riconosciuto anche dallo Stato⁷⁷; ma soprattutto interessanti appaiono alcune notizie relative alla grande epidemia di peste che colpì l’Oriente sotto il regno di Giustiniano.

Procopio, in particolare, narrando la pestilenza che colpì Costantinopoli e di cui egli stesso era stato testimone, afferma che coloro che curavano i malati erano in stato di costante stanchezza ed erano oggetto di pietà per i gravi problemi che incontravano, date le condizioni anche mentali dei malati, a cui essi dovevano dar da mangiare e da bere con grande difficoltà e che dovevano rimettere nei loro letti quando ne cadevano, ma non perché fossero minacciati dalla peste avvicinandosi ad essi: infatti, né i medici né altri contrassero il male attraverso il contatto con i malati o con i loro cadaveri, anzi molti che erano costantemente impegnati a seppellire od a curare persone che non erano affatto loro congiunti resistettero al male contro ogni aspettativa, mentre molti altri morirono all’improvviso, colpiti dal morbo senza alcun preavviso⁷⁸. Procopio descrive gli sforzi inutilmente compiuti dai medici per trovare cure adeguate, quindi descrive le misure adottate da Giustiniano, considerandole un suo compito naturale⁷⁹: in particolare, quando il numero dei morti divenne così elevato che i loro parenti non furono più in grado di provvedere alle sepolture, l’imperatore incaricò il *referendarius* Teodoro di seppellire i corpi di cui nessuno si prendeva cura, affidandogli denaro e soldati. Teodoro provvide a tale compito, spendendo anche del suo. In quell’occasione, perfino i membri delle fazioni del circo deposero la loro tradizionale inimicizia e collaborarono nel seppellire i morti⁸⁰. Procopio conclude: “A quell’epoca non appariva facile vedere qualcuno per le strade di Bisanzio, ma tutti coloro che avevano la fortuna di essere in buona salute se ne stavano nelle proprie case, o assistendo i malati o piangendo i morti”⁸¹.

Il racconto di Procopio attesta dunque che la cura dei malati in occasione di una grave epidemia era divenuta, nella capitale cristia-

na, un dovere comune a cui l’intera popolazione si dedicava. Da parte sua l’imperatore, ben diversamente da quel che avevano fatto le autorità pagane, considerava suo dovere intervenire nella misura del possibile, addossandosi in particolare il compito, fondamentale nella fede cristiana, della sepoltura dei defunti, e il *referendarius* che ne era incaricato non risparmiava del suo per espletare tale compito. Ancora a quell’epoca, del resto, era diffusa la convinzione che le epidemie non fossero contagiose, convinzione che appariva confermata dalla sopravvivenza di molti che pure erano stati a contatto continuo con i malati e dalla morte di molti altri, che invece avevano evitato ogni rapporto. Questa conclusione è del resto nettamente confermata dal racconto di Evagrio, che si riferisce ad una più ampia estensione cronologica e geografica dell’epidemia. Evagrio afferma infatti, in particolare, che i modi in cui si effettuava il contagio erano estremamente diversi: alcuni, infatti, morivano perché stavano vicino ai malati, altri solo per averli toccati, altri ancora, fuggiti dalle loro città, si salvavano, dopo aver trasmesso la malattia a quanti erano ancora sani. Alcuni, poi, rimasero del tutto immuni, pur vivendo con i malati e toccando sia questi, sia i cadaveri; altri infine, che desideravano morire per il dolore d’aver perso i propri cari e stavano perciò vicino ai malati, non furono affatto colti dal male⁸². Come si vede, anche Evagrio, pur avendo nozione della possibilità del contagio, ne minimizza in realtà l’importanza, sulla base dell’osservazione dei fatti, che dimostrava l’analogia della sorte fra quanti erano stati a contatto continuo con i malati e quanti invece avevano cercato di starne lontani.

Questa diffusa convinzione aiutò non poco a superare diffidenze e timori, rendendo la cura e l’assistenza ai malati e la sepoltura dei cadaveri in caso di epidemia un elemento distintivo della condotta dei cristiani, incitati ed organizzati dai vescovi e coadiuvati, con l’affermarsi dell’impero cristiano, anche dalle autorità civili, finalmente partecipi dello sforzo per contrastare gli effetti delle pestilenze.

L’impegno corale dei cristiani

incontrava invece difficoltà e resistenze assai maggiori nel caso di malattie infettive non epidemiche, ma che colpivano singoli individui, in particolare la lebbra, che era diffusa nel mondo romano e assai temuta; ancora nel I secolo d.C., il medico Areteo di Cappadocia, che offre un’accurata trattazione dell’elefantiasi, la considera una malattia terribile e senza speranza ed attesta che i malati venivano spesso scacciati dai loro stessi cari, spinti dalla paura, ed erano costretti a ritirarsi in luoghi isolati; Areteo riferisce anche che numerosi lebbrosi erano indotti dal dolore e dalla disperazione al suicidio e non sembra nutrire riprovazione per questa soluzione estrema⁸³. Ma proprio riguardo a questa malattia più forte e più esplicito era stato l’appello di Cristo alla necessità di un aiuto che fosse insieme spirituale e materiale, appello che però si scontrava con una mentalità diffusa anche fra i cristiani, nei quali la lebbra suscitava paura e repulsione per le sue manifestazioni esteriori ed era considerata ancora segno del peccato e della punizione divina⁸⁴.

La coscienza dell’importanza dell’appello di Cristo è comunque attestata in particolare⁸⁵ dalla tradizione su san Zoticò, rappresentata da una *Vita*⁸⁶ e, più brevemente, dalla notizia nel sinassario di Costantinopoli⁸⁷. Nato a Roma, Zoticò si era trasferito a Costantinopoli all’epoca della sua fondazione: poiché la lebbra si era diffusa grandemente, l’imperatore Costantino ordinò che tutti i lebbrosi, quale che fosse il loro rango, venissero espulsi dalla città o affogati in mare. Zoticò andò allora dall’imperatore e gli chiese una grande somma di denaro per acquistare gemme e perle per accrescere la fama del suo potere; ottenutala, la spese per liberare quanti stavano per essere scacciati o affogati e per stabilirli in una tendopoli su una collina sulla sponda asiatica del Bosforo. In seguito Zoticò, denunciato presso il nuovo imperatore, il filoariano Costanzo, condusse questi sulla collina e gli indicò i lebbrosi, dicendogli che quelle erano le gemme e le perle che davano lustro alla corona del regno dei Cieli, che Costanzo aveva ereditato grazie alle loro preghiere. Fra essi, l’im-

peratore vide anche la propria figlia, che egli aveva scacciata e che Zoticò aveva riscattata, salvandola dall'esilio o dalla morte. Costanzo, tuttavia, fece legare Zoticò a dei muli selvaggi, che lo trascinarono fino a farlo morire; ma, quando i muli parlarono e dissero che il martire doveva essere sepolto sulla collina ove erano ospitati i lebbrosi, si ravvide, fece seppellire il corpo e fece costruire in quel luogo un lebbrosario, fornendolo di tutti i mezzi, anche per l'avvenire. Secondo l'agiografo, inoltre, il lebbrosario fu mantenuto e più volte ricostruito dagli imperatori bizantini, fino a Michele IV, che si distinse per la sua azione, giungendo fino ad abbracciare e a curare egli stesso i lebbrosi⁸⁸.



GATTO D'ANGORA

Questo racconto è considerato dagli studiosi un'invenzione agiografica⁸⁹, tanto più che la fondazione del lebbrosario di Costantinopoli è datata nella tradizione antiquaria locale sotto Giustino⁹⁰. Esso resta non di meno importante, in primo luogo perché testimonia le resistenze che l'idea di assistere i lebbrosi doveva incontrare in un ambiente sociale abituato ad isolare quel genere di malati e ad allontanarli in ogni modo dalle città: il fatto stesso che alla soluzione della cacciata dei malati si unisca anche quella più radicale del loro affogamento conferma inoltre, a mio avviso, il persistere del forte significato religioso che, nella diffusa mentalità pagana, era attribuito a questa malattia come effetto di una punizione divina, poiché appunto l'affogamento in mare (*ka-*

tapontismós) era la soluzione applicata nella religione pagana per liberarsi di quei fenomeni e prodigi che indicavano l'ira divina e potevano quindi contaminare l'intera comunità⁹¹. D'altra parte, l'impegno attribuito a Zoticò per curare i lebbrosi e per evitare la soluzione, apparentemente più semplice, ma contraria alla dottrina di Cristo, del loro allontanamento, illustra l'importanza di questa problematica all'interno della fede cristiana, per la quale proprio i lebbrosi, per le tristissime condizioni in cui versavano, apparivano l'estremo di quelle situazioni di disagio sociale a cui il cristiano era tenuto ad ovviare.

Questo impegno fu sostenuto e praticato intensamente soprattutto nel IV secolo dai Padri Cappadoci. Basilio di Cesarea, in particolare, fu il promotore di un'iniziativa che ebbe un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'assistenza ai malati: egli fondò, a poca distanza dalla città di cui era vescovo, la Basiliade, un grande complesso in cui venivano ospitati gli stranieri e curati i malati⁹². Nella lettera scritta al governatore della provincia per difendersi da accuse che gli erano state rivolte in proposito, Basilio stesso afferma che nella Basiliade venivano ospitati stranieri e curati i malati e che vi risiedevano medici ed infermieri⁹³; Basilio, del resto, aveva studiato approfonditamente la medicina e prestava egli stesso le cure necessarie ai malati⁹⁴.

Ulteriori particolari sono offerti da Gregorio di Nazianzo, nell'orazione funebre che pronunciò nel 381 in memoria di Basilio⁹⁵: egli attesta che la Basiliade era insieme ospedale in cui venivano curati in particolare i lebbrosi, luogo d'ospitalità e magazzino per i doni dei fedeli; Basilio non disdegnava di curare egli stesso i lebbrosi, medicando le loro piaghe e imitando un Cristo che guariva la lebbra non a parole, ma con i fatti⁹⁶.

L'esempio di Basilio⁹⁷ ispirò poi il pensiero e l'azione degli altri Padri Cappadoci. Lo stesso Gregorio di Nazianzo, in particolare, dedicò all'assistenza ai lebbrosi il sermone *De pauperum amore*⁹⁸, in cui esorta ad aiutare quanti sono nel bisogno; fra essi sono da commiserare e da aiutare particolarmente

coloro che soffrono della malattia sacra (la lebbra), sono consumati fin nelle carni, nelle ossa e nelle midolla e sono traditi dal corpo miserabile, meschino e infido⁹⁹. Gregorio, che offre una descrizione terribile della loro vita¹⁰⁰, respinge l'opinione di quanti considerano la lebbra effetto della punizione divina, osservando che non sta a noi dire se chi soffre sia punito per i suoi peccati o non piuttosto purificato da essi perché raggiunga la santità¹⁰¹.

Il Nazianzeno, come si vede, confuta apertamente il primo motivo fondamentale che ostacolava l'impegno nella cura dei lebbrosi, la credenza, evidentemente ancora diffusa ai suoi tempi, che la lebbra fosse la conseguenza del peccato e dell'ira divina e la rovescia anzi totalmente, usando per essa il termine "malattia sacra" che i pagani avevano in precedenza applicato all'epilessia: questa scelta lessicale, che riflette l'intento di presentare il lebbroso come un essere privilegiato proprio per la sua sofferenza e per la mortificazione del corpo, che l'avvicinavano alla santità e promettevano ricompense nell'altra vita, è condivisa da Gregorio di Nissa¹⁰².

Anche quest'ultimo, da parte sua, dedicò alla cura della lebbra un sermone, il secondo *De pauperibus amandis*, in cui lamenta con accenti accorati la condizione dei lebbrosi, scacciati da ogni dove e respinti dal consesso umano¹⁰³. Le fortissime analogie, anche verbali, fra questo scritto ed il sermone di Gregorio di Nazianzo hanno anzi fatto pensare ad una fonte comune, che potrebbe ben essere stata un'opera di Basilio¹⁰⁴. Il Nisseno afferma poi che non basta lamentare a parole la condizione dei lebbrosi, né dar loro di che vivere in luoghi separati: questa soluzione, infatti, sotto il pretesto della misericordia, cela lo scopo reale di lasciarli morire lontano dalla nostra vista. Gregorio sottolinea come anche le persone apparentemente sane possano celare nei propri corpi le malattie più terribili, che li consumeranno¹⁰⁵. Egli combatte poi l'opinione che la lebbra sia contagiosa, ricordando che molti hanno prestato la loro opera per curarla dall'infanzia alla vecchiaia, senza danneggiare in alcun modo la propria salute, ed

osserva che anche in occasione di pestilenze e di altre malattie analoghe, che sono provocate da cause esterne, quali la corruzione dell'aria o dell'acqua, molti ritengono che il male si diffonda per contagio. Egli confuta questa opinione, affermando che la malattia colpisce anche altri solo per le medesime cause esterne, mentre il male resta circoscritto a colui che ne è affetto, e ne porta una curiosa conferma di chiara matrice filosofica: poiché i malati non traggono nessun miglioramento dal rapporto costante con coloro che li assistono, nonostante gli sforzi di questi ultimi per curarli, non è credibile che avvenga il contrario, che cioè il male passi dai malati a coloro che li assistono¹⁰⁶.

Il ragionamento del Nisseno, pur ispirato soprattutto ai fondamenti della fede cristiana, trova conforto nella conoscenza della scienza medica del tempo: egli ben conosce, infatti, ed accetta pienamente la teoria dell'origine delle pestilenze dai miasmi e se ne serve per respingere le paure di quanti temono il contagio. Non diversamente doveva ragionare anche Gregorio di Nazianzo, assai esperto di teoria e pratica medica¹⁰⁷, il quale accettava anch'egli la tesi dei miasmi¹⁰⁸. Ma il Nisseno estendeva la refutazione della possibilità del contagio anche alla lebbra¹⁰⁹ e la confortava non solo con l'esperienza, che mostrava come molti che avevano curato dei malati non erano stati colpiti da alcun contagio, ma anche con un ragionamento logico, basato sull'antitesi fra malattia e stato di salute, che era anch'essa caratteristica della speculazione medica antica¹¹⁰. Con tale ragionamento, egli si sforzava di combattere il timore del contagio, che era l'altro motivo, oltre alla concezione della punizione divina come causa della lebbra, che ostacolava l'impegno per curare chi ne era affetto. Gli sforzi del Nisseno per convincere i suoi fedeli erano confortati in questo caso, a mio avviso, anche dalla varietà stessa delle malattie che andavano sotto il nome di lebbra, solo alcune delle quali erano in effetti contagiose ed incurabili per la scienza del tempo, ma converrà ricordare che la scienza medica antica spiegava la lebbra con cause

esclusivamente interne all'organismo del malato, come effetto della corruzione e della decadenza degli umori¹¹¹, il che valeva ancora ad escludere il timore del contagio.

L'impegno dei Padri Cappadoci per la cura dei lebbrosi contrassegnò in maniera notevolissima il pensiero e l'azione dei cristiani anche in seguito: se, infatti, da un lato la concezione che essi avevano sostenuta della lebbra come prova particolare a cui Dio chiamava i malati in vista della salvezza eterna si riflette nell'applicazione ad essa del termine "malattia sacra", che ebbe particolare fortuna nella successiva letteratura cristiana¹¹², dall'altro l'azione che soprattutto Basilio aveva svolta rimase un esempio anche in seguito. L'ospe-

ticolare la cosiddetta malattia sacra"¹¹⁵. Anche se gli editori espungono quest'ultima precisazione come glossa, il fatto stesso del suo ricorrere conferma che la cura dei lebbrosi era sentita fortemente dai cristiani come una missione particolarmente confacente ad un vescovo e santo come il Crisostomo.

L'impegno della Chiesa per la cura dei lebbrosi rimase costante nelle epoche successive e ad esso si aggiunse, nell'impero bizantino, quello dello Stato: ancora nel XII secolo il *typikon* del Pantokrator di Costantinopoli attesta l'esistenza di uno speciale reparto adibito a lebbrosario¹¹⁶. Ancor più determinante era l'impegno della Chiesa in Occidente, dove le istituzioni statali erano assai più deboli; ma la diffusione della malattia ed i cambiamenti intervenuti nelle concezioni mediche imposero nuove soluzioni.

Nel 549, il quinto concilio di Orléans stabilì che tutti i sacerdoti e quanti tra i fedeli ne avessero la possibilità assistessero i bisognosi ed in particolare i lebbrosi e che ciascun vescovo fornisse a questi ultimi il vitto e l'abbigliamento sui fondi della Chiesa, perché non mancasse loro il soccorso della misericordia, dal momento che la loro malattia li costringeva all'indigenza¹¹⁷. Queste decisioni furono fatte proprie anche dal concilio tenutosi ad Auvergne nello stesso anno¹¹⁸. Nel 583, il terzo concilio di Lione stabilì all'unanimità che i vescovi provvedessero i lebbrosi nati o comunque residenti nei rispettivi territori del vitto sufficiente e degli abiti necessari, "affinché fosse loro impedita la libertà di vagare per le altre città"¹¹⁹. La precisazione finale chiarisce, a mio avviso, gli scopi della decisione conciliare: questa confermava l'impegno della Chiesa per il mantenimento e l'assistenza dei lebbrosi, che diveniva compito precipuo dei vescovi, ufficialmente autorizzati a spendere a tale scopo i beni della Chiesa, ma vi affiancava la finalità e l'impegno di impedire che i malati potessero spostarsi liberamente dal territorio di una città a quello di un'altra, con l'evidente intento di impedire il diffondersi della malattia. Diminuita ormai l'influenza della scienza medica antica con le teorie degli umori e dei



dale da lui fondato divenne famoso e restò in attività ben oltre la sua morte, sotto la direzione di ecclesiastici nominati dal vescovo¹¹³.

L'esempio dei Padri Cappadoci non rimase del resto affatto isolato, ed anzi l'azione in favore di questo genere di malati, i più bisognosi di aiuto, caratterizzò la Chiesa dell'epoca. Ad esempio, a Sebaste nel Ponto, alla metà del IV secolo, il vescovo Eustazio fondò un ospizio, nel quale venivano curati anche i lebbrosi, e vi prepose il presbitero Aerio, che però presto entrò in polemica con lui¹¹⁴. D'altra parte, Palladio narra che Giovanni Crisostomo fondò a Costantinopoli numerosi ospedali, installandovi dei medici, per curare gli stranieri di passaggio che si ammalavano e, aggiungono i manoscritti, "in par-

miasmi, la Chiesa stessa si preoccupava dunque della possibilità del contagio e cercava di contenerare la cura dei lebbrosi, ai quali ribadiva la propria piena assistenza, con quella del resto della popolazione, che intendeva preservare dal pericolo del contagio.

Prof. GABRIELE MARASCO
Professore di Storia Romana nella
Facoltà di Lettere e Lingue straniere,
Università degli Studi della Tuscia,
Viterbo, Italia.

Note

¹ Hom. *Il.* I 44-52; cfr., più in generale, *Od.* 15, 411.

² Soph. *Oed.* *Tyr.* 22-30.

³ Thuc. II 48, 3. Cfr. in particolare J.C.F. POOLE- A.J. HOLLADAY, *Thucydides and the Plague of Athens*, "Class. Quart." N.S. 29, 1979, pp. 282-300; K.-J. LEVEN, *Thukyrides und die "Pest" in Athen*, "Medizinhistorisches Journal" 26, 1991, pp. 128-60.

⁴ Thuc. II 64, 1-2.

⁵ Ha Ver. 8, 1-3; Amm. Marc. XXIII 6, 24.

⁶ Cfr. ad es. W. SIEBENTHAL, *Krankheit als Folge der Sünde. Eine medizinhistorische Untersuchung*, Hannover 1950; V. NUTTON, *Ancient Medicine*, London 2004, 281 ss.

⁷ Cfr. Num. 25, 3-9; *I Sam.* 5, 6; *II Sam.* 24, 13-17; *I Chron.* 21, 10-17; *Jer.* 15, 2; *Ez.* 5, 12. Si veda in particolare A. GIANTO, *Le malattie infettive nella Sacra Scrittura*, in questo stesso volume.

⁸ Cfr. soprattutto V. NUTTON, *The Seeds of Disease: An Explanation of Contagion and Infection from the Greeks to the Renaissance*, "Medical History" 27, 1983, pp. 1-34; R. PARKER, *Miasma. Pollution and Purification in Early Greek Religion*, Cambridge 1983; K.-H. LEVEN, *Miasma und Metadosis. Antike Vorstellungen von Antsteckung*, "Medizin, Gesellschaft und Geschichte" 11, 1993, pp. 44-73; Id., *Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert*, Landsberg/Lech 1997, pp. 21 ss. e 31-2; S. BAZIN-TACCELLA, D. QUÉRUEL, É. SAMAMA (éds.), *Air, miasmes et contagion. Les épidémies dans l'Antiquité et au Moyen Age*, Langres 2001.

⁹ In proposito cfr. soprattutto O. TEMKIN, *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, Baltimore-London 1977, pp. 456-71; M.D. GRIMEK, *Les vicissitudes des notions d'infection, de contagion et de germe dans la médecine antique*, in: G. SABBAGH (éd.), *Textes médicaux latins antiques*, (Centre Jean Palerme), Mémoires 5, St. Etienne 1984, pp. 53-70; LEVEN, *Die Geschichte...* cit., pp. 22-3 e 25; V. NUTTON, *Did the Greeks have a Word for it?*, in: L.I. CONRAD and D. WUJASTYK (eds.), *Contagion. Perspectives from Pre-modern Societies*, London 2000, pp. 137-62.

¹⁰ Cfr. ad es. GALEN. *De diff. febr.* I 7, Kühn VII 295-96.

¹¹ HERODIAN. I 12, 1-2. La fede di Erodiano nella spiegazione "miasmatica" delle malattie è confermata da un altro passaggio (HERO-

DIAN. VI 6, 1-2, su cui cfr. NUTTON, *Ancient Medicine*, pp. 25-6).

¹² GALEN, *De libr. propri.* 1, Kühn XIX 15; cfr. NUTTON, *The Chronology of Galen's Early Career*, "Class. Quart." 23, 1973, p. 159.

¹³ Thuc. II 47, 4; 51, 4-5.

¹⁴ Cfr. in particolare NUTTON, *Ancient Medicine*, p. 26-7 e, per i mezzi impiegati a tale scopo, LEVEN, *Die Geschichte...* cit., p. 29.

¹⁵ Le leggende sul ruolo di Ippocrate e di suo figlio Tessalo come guaritori di epidemie, attivi in Grecia e ricercati anche dal re di Persia (su cui cfr. soprattutto J.R. PINAULT, *Hippocratic Lives and Legends*, Leiden 1992, pp. 61-68; J. JOUANNA, *Hippocrate*, Paris 1992, pp. 51 ss.) non hanno alcuna rilevanza in proposito.

¹⁶ In proposito cfr. soprattutto F.W. BAYER, s.v. *Aussatz*, in: *Reallexikon für Antike und Christentum*, I, Stuttgart 1950, coll. 1023-26; M. GRIMEK, *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, Paris 1983, pp. 227-60; F. KUDLIEN, *Lepra in der Antike*, in: J.H. WOLF (hrsg.), *Aussatz. Lepra, Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel*, II, *Aufsätze*, Würzburg 1986, pp. 39-44; K. MANCHESTER, *Leprosy: the Origin and Development of the Disease in Antiquity*, in: D. GOUREVITCH (éd.), *Maladie et maladies: histoire et conceptualisation*, Genève 1992, pp. 31-50; LEVEN, *Die Geschichte...*, pp. 50-1; NUTTON, *Ancient Medicine*, pp. 29-30; LEVEN, s.v. *Lepra*, in: *Antike Medizin. Ein Lexikon*, hrsg. v. K.-H. LEVEN, München 2005, coll. 565-67.

¹⁷ Cfr. ad es. Ps.-Aristot. *Pr.* 7, 8, 887a, 33-35; *Thphr. Char.* 19, 2.

¹⁸ In proposito cfr. soprattutto M.D. GRIMEK-D. GOUREVITCH, *Les maladies dans l'art antique*, Paris 1998, pp. 247-52 e, per i documenti cristiani, F. BISCONTI, s.v. *Lebbroso (iconografia)*, in: *Dizionario patristico e di antichità cristiane*, dir. da A. Di BERARDINO, II, Casale Monferrato 1983, coll. 1917-18, con bibliografia.

¹⁹ Hdt. I 138.

²⁰ Plut. *Artax.* 23, 7.

²¹ Cfr. MARASCO, *Ctesia, Dinone, Eracleide di Cumae e le origini della storiografia "tragica"*, "Studi Italiani di Filologia Classica", Ser. III, 6, 1988, pp. 62-63.

²² Plut. *Artax.* 26, 2-3; 27, 2; 30, 1.

²³ In proposito cfr. soprattutto J. PREUSS, *Biblisch-talmudische Medizin*, Berlin 1911, pp. 369-90; A. PAUL, *La guérison d'un lépreux*, "Nouvelle Revue théologique" 102, 1970, pp. 601-4; O. BETZ, *Der Aussatz in der Bibel*, in: J.H. WOLF (hrsg.), *Aussatz. Lepra...* cit., pp. 45-62; P.P. GLÄSER, *Der Lepra-Begriff in der Bibel*, ibid., pp. 63-8; J.J. PILCH, *Healing in the New Testament. Insights from Medical and Mediterranean Anthropology*, Minneapolis 2000, pp. 39-54.

²⁴ Num. 11, 10-15; cfr. Deut. 24, 9.

²⁵ Lev. 13-14; cfr. Num. 5, 1-4; Deut. 24, 8-9.

²⁶ Cfr. in particolare Paul, *art. cit.*, pp. 602-3.

²⁷ II Reg. 5. Questa vicenda diede origine alla diffusa convinzione circa il potere delle acque del Giordano di guarire la lebbra (cfr. Philostorg. *Hist. Eccl.* XII 10, p. 147 Bidez-Winkelmann).

²⁸ Mt. 8, 1-3; Mc. 1, 40-45; Lc. 5, 12-13; cfr. in particolare Paul, *La guérison...* cit., pp. 592-601; *Commentario teologico del Nuovo Testamento. Il Vangelo di Marco*, I, Commento di R. Pesch, (trad. it.), Brescia 1980, pp. 237-50.

²⁹ Lc. 17, 11-19.

³⁰ Mt. 10, 8; cfr. 11, 5; Lc. 7, 22.

³¹ Mt. 25, 36.

³² Cyprian, *Ad Demetrianum*, 2.

³³ Liban. *Or.* XVIII 289-93, Förster, II, pp. 363-65.

³⁴ Gelas. *Adv. Andromachum* 3 e 13, "Sources Chrétiennes", N° 65, Paris 1959, pp. 164 e 172.

³⁵ Su questa epidemia e sulla sua datazione cfr. soprattutto D. CH. STATHAKOPOULOS, *Famine and Pestilence in the Late Roman and Early Byzantine Empire: a Systematic Survey of Subsistence Crises and Epidemics*, "Birmingham Byzantine and Ottoman monographs" 9, Aldershot 2004, pp. 179-82.

³⁶ Euseb. *Hist. eccl.* IX 7, 16-8, 15.

³⁷ Cfr. IV Reg. 7, 6-8.

³⁸ Ambros. *Epist.* VI 51, 60-67, CSEL 82, 2, p. 63: *Nonne in Macedonia similia dominus per orationes sancti Acholi fecit mira aut prope maiora? Non enim inani metu nec superflua suspicione, sed saeviente lue et ardenti pestilentia perturbati Gothi ac territi sunt. Denique tunc fugerunt ut evaderent, regressi postea pacem rogarunt ut viverent.* Sulla datazione e sul contesto della vicenda cfr. in particolare J.R. PALANQUE, *Saint Ambroise et l'Empire romain*, Paris 1933, pp. 508-9; Stathakopoulos, *op. cit.*, p. 207.

³⁹ Socrat. *Hist. Eccl.* VII 43, 2-3, p. 391 Hansen. Sulla vicenda, sulla sua datazione e sulle interpretazioni provvidenzialistiche che ne diede la propaganda di Teodosio II cfr. in particolare B. CROKE, *Evidence for the Hun Invasion of Thrace in A.D. 422*, "Greek, Roman and Byzantine Studies" 18, 1977, pp. 347-67.

⁴⁰ Philostorg. *Hist. Eccl.* XI 7, p. 137 Bidez-Winkelmann; cfr. G. MARASCO, *Philostorgio. Cultura, fede e politica in uno storico ecclesiastico del V secolo*, Roma 2005, pp. 220 ss.

⁴¹ Su di lui e sulla sua posizione dottrinale cfr. in particolare G. FATOUROS, s.v. *Victor*, in: *Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon*, XII, 1997, 350-51.

⁴² Vict. Tunn. *Chron.* 88, "Corpus Christianorum", Ser. Lat., CLXXIII A, p. 28; cfr. E. PLATAGEAN, *Pauvreté économique et pauvreté sociale à Byzance 4^e-7^e siècles*, Paris-The Hague 1977, p. 83.

⁴³ Su di essa basti qui rinviare a Stathakopoulos, *op. cit.*, pp. 110-54 e 277-94, con raccolta delle fonti principali; LEVEN, s.v. *Pest (Justinianische)*, in: Leven (hrsg.), *Antike Medizin...* cit., coll. 689-91 con bibliografia.

⁴⁴ In proposito cfr. soprattutto l'accurato studio di M. MEIER, *Das andere Zeitalter Justinians: Kontingenzerfahrung und Kontingenzbewältigung im 6. Jahrhundert n. Chr.*, Göttingen 2003, pp. 373 ss.; per i riflessi nella storiografia cfr. Id., *Prokop, Agathias, die Pest und das "Ende" der antiken Historiographie, Naturkatastrophen und Geschichtsschreibung in der ausgehenden Spätantike*, "Hist. Zeitschr." 278, 2004, pp. 281-310.

⁴⁵ Vita Sym. 69-70 (*La Vie ancienne de S. Syméon Styliste le Jeune [521-592]*, ed. P. van den Ven, 'Subsidia Hagiographica' 32, I, Bruxelles 1970, pp. 59-60).

⁴⁶ Vict. Tunn. *Chron.* 130, "Corpus Christianorum", Ser. Lat., CLXXIII A, pp. 42-43.

⁴⁷ Joh. Ephes. *Hist. Eccl.*, fr. II G, ed. W.J. VAN DOWEN – J.P.N. LAND, pp. 233, 7-20; 236, 12-18; Ps.Zachar. *Hist. eccl.* X 9 (ed. E.W. BROOKS, "CSCO" 83, *Script. Syri* 38, Louvain 1924, p. 129-30), secondo il quale ad Emesa molti si sarebbero salvati rifugiandosi nella chiesa in cui era conservata la testa di Giovanni Battista.

⁴⁸ Procop. *Pers.* II 22, 1-5. Sul suo racconto cfr. in particolare K.-H. LEVEN, *Die "Justinianische" Pest*, "Jahr. Inst. Gesch. Med. Robert Bosch Stiftung" 6, 1987, pp. 137-61; Meier, *Prokop, Agathias, die Pest...* cit., pp. 281-310.

⁴⁹ Cfr. ad es. recentemente A. CAMERON, *Procopius and the Sixth Century*, rist. London 1996, 40-41; A. KALDELLIS, *Procopius of Caesarea: Tyranny, History, and Philosophy at the End of Antiquity*, Philadelphia 2004.

⁵⁰ Procop. *Arc.* 12, 14-17; cfr. Meier, *op. cit.*, pp. 86 ss.

⁵¹ Cod. Iust. Nov. 141, *praef.*; cfr. ad es. B.V. HEIGEMÖLLER, *Die "widernatürliche Sünde" in der theologischen Pest- und Leprametaphorik des 13. Jahrhunderts*, "Forum Homosexualität und Literatur" 21, 1994, p. 5; Stathakopoulos, *op. cit.*, p. 305; Leven, s.v. Pest *cit.*, col. 690.

⁵² Cod. Iust. Nov. 122, *praef.*

⁵³ Ad es., per il pensiero di Basilio di Cesarea al riguardo, cfr. O. TEMKIN, *Hippocrates in a World of Pagans and Christians*, Baltimore 1991, pp. 169 ss.

⁵⁴ POLYCARP. *Epist. ad Philipp.* 6, 1, PG V, 1009; *Const. apost.* III 19, 3-5, "Sources Chrét.", N° 329, Paris 1986, pp. 160-62. Testimonianze epigrafiche più tarde attestano diaconi che univano alle funzioni religiose quelle di medici; cfr. G. DAGRON e D. FEISSEL, *Inscriptions de Cilicie*, Paris 1987, N° 116 con commento.

⁵⁵ HIPPO. *Trad. Apost.* 20, "Sources Chrétaines", N° 11bis, Paris 1968, p. 78.

⁵⁶ Cfr. ad es. A. HARNACK, *Medizinisches aus der ältesten Kirchengeschichte*, "Texte und Untersuchungen zur Geschichte der altchristlichen Literatur", VIII 3, Leipzig 1892, pp. 37-50; M. LECLERCQ, s.v. Médecins, in: *Dictionnaire d'archéologie chrétienne et de liturgie*, XI 1, Paris 1933, coll. 160-65; P. CANIVET, *Le monachisme syrien selon Théodore de Cyr*, Paris 1977, pp. 131-32.

⁵⁷ Cfr. G. MARASCO, *Vescovi e assistenza medica*, in: *Cultura e promozione umana... Convegno Internazionale di Studi (Oasi "Maria Santissima" di Troina, 29 ottobre - 1° novembre 1999)*, a cura di E. DAL COVOLO e I. GIANNETTO, Troina 2000, pp. 49-57.

⁵⁸ Euseb. *Chron.*, p. 219 Helm: *Pestilens morbus multas totius orbis provincias occupavit maximeque Alexandriam et Aegyptum, ut scribit Dionysius et Cypriani de mortalitate testis est liber*. Su questa epidemia e sulla sua datazione cfr. in particolare A. ALFÖLDI, *Studien zur Geschichte der Weltkrise des 3. Jahrhunderts nach Christus*, Darmstadt 1967, p. 422 e N° 196; M.M. SAGE, *Cyprian*, Philadelphia 1975, pp. 269 ss.

⁵⁹ CYPRIAN. *Ad Demetrian.* 10-11: *Pestem et luem criminariis; cum peste ipsa et lue vel detecta sint vel auctor crimina singulorum; dum nec infirmis exhibetur misericordia, et defunctis avarizia ac rapina. Idem ad pietatis obsequium timidi, ad impia lucra temerarii; fugientes morentium funera, et adeptentes spolia mortuorum; ut appareat in aegritudine sua miseros ad hoc forsitan et derelictos esse: ne possent dum curantur evadere. Nam perire aegrum voluit qui censem pereuntis invadit. Tantus claudium terror dare non potest innocentiae disciplinam; et, inter populum frequenti strage mortientem, nemo considerat et se esse mortalem*. Cfr. in particolare Sage, *op. cit.*, pp. 276 ss.

⁶⁰ Pont. V. Cypr. 9, 1-4; cfr. Ponzi, *Vita e martirio di San Cipriano*, a cura di M. PELLERINO, Alba 1955, p. 131; *Cipriano. A Demetrio*, a cura di E. Gallicet, Torino 1976, p. 208.

⁶¹ Pont. V. Cypr. 9, 3: *Iacebant interim tota civitate vicatim non iam corpora, sed cadavera plurimorum et misericordiam in se euntium contemplatione sortis mutuae flagitabant*.

⁶² Pont. V. Cypr. 9, 6-9.

⁶³ Pont. V. Cypr. 10, 2: *Distributa sunt ergo continuo pro qualitate hominum atque ordinum ministeria. Multi qui paupertatis beneficio sumptus exhibere non poterant, plus sumptibus exhibebant, compensantes proprio labore mercedem deditis omnibus cariorem*.

⁶⁴ Pont. V. Cypr. 10, 3: *Et quis non sub tanto doctore properaret inventire partem aliquam talis militiae, per quam placeret et Deo patri et iudici Cristo et interim sacerdoti?*

⁶⁵ EUSEB. *Hist. Eccl.* VII 22, 1-10. Cfr. in particolare A. von HARNACK, *Mission und Ausbreitung des Christentums*, I, Leipzig

1965⁴, pp. 195-97; K.-H. LEVEN, *Medizinisches bei Eusebius von Kaisareia*, "Düsseldorfer Arbeiten zur Geschichte der Medizin" 62, Düsseldorf 1987, pp. 116 ss.

⁶⁶ Cfr. ad es., con particolare riferimento al pensiero di Cipriano, V. SAXER, *Vie liturgique et quotidienne à Carthage vers le milieu du III siècle*, Città del Vaticano 1969, pp. 284 ss.

⁶⁷ Thuc. II 47, 4; 51, 4-5.

⁶⁸ In proposito cfr. soprattutto TEMKIN, *Hippocrates*, pp. 160 ss.; K.-H. LEVEN, *Athumia and philanthropia. Social reactions to plagues in late antiquity and early Byzantine society*, in: Ph. J. VAN DER EJK- H.F.J. HORSTMANSHOFF- P.H. SCHRIJVERS (eds.), *Ancient Medicine in its Socio-Cultural Context. Papers Read at the Congress Held at Leiden University (13-15 April 1992)*, II, "Clio Medica" 28, Amsterdam- Atlanta 1995, pp. 394-95.

⁶⁹ Cfr. C.L. FELTOE, *The Letters and Other Remains of Dionysius of Alexandria*, Cambridge 1904, p. 79.

⁷⁰ Euseb. *Hist. Eccl.* VII 21, 5-10.

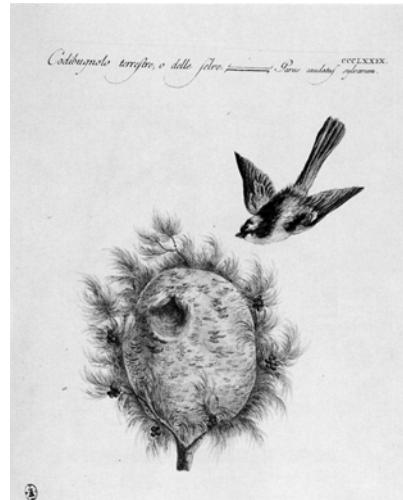
⁷¹ Cfr. ad es. J. QUASTREN, *Patrology*, II, Utrecht- Antwerp 1952, pp. 101-9; F.W. BAUTZ, s.v. *Dionysius von Alexandrien*, in: *Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon*, I, 1990, coll. 1318-20; P. NAUTIN- E. PRINZIVALLI, s.v. *Dionigi di Alessandria*, in: *Nuovo Dizionario patristico e di Antichità Cristiane*, dir. da A. DI BERARDINO, I, Genova-Milano 2006, coll. 1431-32, con bibliografia.

⁷² Euseb. *Hist. Eccl.* VII 22, 10.

⁷³ Cfr. in particolare NUTTON, *Ancient Medicine*, 26.

⁷⁴ Cfr. in particolare E. PEITER, *Zu den medizinischen Anschauungen des Kirchenvaters Cyprian von Karthago*, Berlin 1970.

⁷⁵ EUSEB. *Hist. Eccl.* IX 8. Cfr. in particola-



re R. LAQUER, *Eusebius als Historiker seiner Zeit*, Berlin- Leipzig 1929, pp. 103-6; LEVEN, *Medizinisches bei Eusebius...*, pp. 65-6; STATHAKOPOULOS, *op. cit.*, pp. 179-82.

⁷⁶ EUSEB. *Hist. eccl.* IX 8, 11-14.

⁷⁷ Cod. Theod. XVI 2, 42-3; Cod. Iust. I 3, 17-18; cfr. A. PHILIPSBORN, *La compagnie d'ambulanciers "Parabalani" d'Alexandrie, "Byzantion"* 20, 1950, pp. 185-90; W. SCHUBART, *Parabalani*, "Journ. Egypt. Arch." 40, 1954, pp. 97-101; R. VOLK, *Gesundheitswesen und Wohltätigkeit im Spiegel der byzantinischen Klosterotypika*, "Miscellanea Byzantina Monacensis" 28, München 1983, p. 41.

⁷⁸ Procop. *Bell.* II 22, 22-23.

⁷⁹ Procop. *Bell.* II 23, 5.

⁸⁰ Procop. *Bell.* II 23, 6-13.

⁸¹ Procop. *Bell.* II 23, 17.

⁸² Evagr. *Hist. Eccl.* IV 29, pp. 178-79 Bidez-Parmentier.

⁸³ Aret. IV 13, 19, *CMG*, II, p. 89-90.

⁸⁴ Della forte diffusione di questa credenza è testimonianza evidente la grande popolarità, nella Tarda Antichità e in tutto il Medioevo, della leggenda di Costantino, colpito dalla lebbra come punizione per un massacro di cristiani e poi mondato da papa Silvestro mediante il battesimo: in proposito cfr. soprattutto W. POHLKAMP, *Kaiser Konstantin, die heidnische und der christliche Kult in den Actus Silvestri*, "Frühmittelalterliche Studien" 18, 1984, pp. 357-400; V. AIELLO, *Costantino, la lebbra e il battesimo di Silvestro*, in: *Costantino dal'Antichità all'Umanesimo. Colloquio sul Cristianesimo nel mondo antico* (Macerata, 18-20 dicembre 1990), a cura di G. BONAMENTE e F. FUSCO, Macerata 1992, I, pp. 17-58 con bibliografia.

⁸⁵ Per la discussa interpretazione del Canone 17 del Concilio di Ancira (in: Ch.J. HEFELE-H. LECLERCQ, *Histoire des Conciles d'après les documents originaux*, I 1, Paris 1907, p. 318), in cui comunque la lebbra non sembra da intendersi in senso letterale, ma riferita al peccato, cfr. in particolare HEFELE-LECLERCQ, *op. cit.*, I 1, pp. 319-20; BAYER, s.v. *Aussatz*, col. 1027 con bibliografia.

⁸⁶ Edita da M. AUBINEAU (*Zotikos de Constantinople, nourricier des pauvres et serviteur des lépreux*, "Analecta Bollandiana" 93, 1975, pp. 67-108).

⁸⁷ H. DELEHAYE, *Synaxarium Ecclesiae Constantinopolitanae*, Bruxelles 1902, coll. 359-62.

⁸⁸ Vita 11-14, pp. 82-84. Per le testimonianze parallele, che confermano il patronato degli imperatori bizantini, cfr. AUBINEAU, *art. cit.*, pp. 96-97.

⁸⁹ Cfr. AUBINEAU, *art. cit.*, pp. 95-108; G. DAGRON, *Constantinopoli. Nascita di una capitale* (330-451), trad. it., Torino 1991, p. 519.

⁹⁰ Patria III 47 e 164 (in: *Scriptores originum constantinopolitanarum*, rec. Th. Preger, II, Lipsia 1911, pp. 253 e 267); cfr. R. JANIN, *La géographie ecclésiastique de l'Empire byzantin. Première partie, Le siège de Constantinople et le patriarchat oecuménique*. Tome III, *Les églises et les monastères*, Paris 1953, pp. 142-43 e 578-79.

⁹¹ Cfr. ad es. L. BREGLIA PULCI DORIA, *Oracoli sibillini tra rituali e propaganda (Studi su Flegone di Tralles)*, Napoli 1983, pp. 41 ss.

⁹² Cfr. in particolare S. GIET, *Les idées et l'action sociale de saint Basile*, Paris 1941, pp. 419-23; M.M. FOX, *The Life and Times of St. Basil the Great as Revealed in his Works*, Washington 1939, pp. 152 ss.; D.J. CONSTANTELOS, *Byzantine Philanthropy and Social Welfare*, New Brunswick 1968, pp. 152 ss.; D.W. AMUNDSEN, *Philanthropy in Medicine: Some Historical Perspectives*, in: E.E. SHELP (ed.), *Beneficence ad Health Care*, Dordrecht 1982, pp. 15 ss.; TEMKIN, *Hippocrates...* cit., pp. 162-63; T.S. MILLER, *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*, Baltimore 1985, pp. 85 ss.; P. VAN MINNEN, *Medical care in late Antiquity*, in: VAN DER EJK- HORSTMANSHOFF-SCHRIJVERS, *Ancient Medicine...* cit., I, pp. 153-69.

⁹³ BASIL. *Epist.* 94; cfr. B. GAIN, *L'Église de Cappadoce au IV siècle d'après la correspondance de Basile de Césarée*, "Orientalia Christiana analecta", n° 225, Rome 1985, pp. 277-89.

⁹⁴ Cfr. MARASCO, *Vescovi e assistenza medica* cit., pp. 54-57.

⁹⁵ Cfr. in particolare J. DANIELOU, *La chronologie des sermons de Saint Grégoire de Nyssa*, "Revue des Sciences Religieuses" 29, 1955, p. 351.

⁹⁶ Greg. Naz. *Or.* 43, 63, 'Sources Chrétiennes', N° 384, Paris 1992, pp. 262-64.

⁹⁷ È comunque possibile che l'iniziativa di Basilio fosse stata preceduta da altre analoghe. Miller (*op. cit.*, pp. 80 ss.), ad esempio,

suppone che già in precedenza gli ariani avessero adottato analoghe iniziative assistenziali e che Basilio intendesse rispondervi. D'altra parte, l'istituzione di *xenodochia* per assistere i forestieri, che fu iniziativa precipua di Giuliano, era intesa apertamente a contrapporsi all'attività assistenziale dei cristiani Julian. *Epist.* 84; cfr. SOZOMEN. *Hist. Eccl.* V 16, pp. 216-19, Bidez-Hansen); è credibile che tali istituzioni provvedessero anche alla cura dei malati : cfr. F. KISLINGER, *Kaiser Julian und die (christlichen) Xenodocheia*, in: *Byzantios. Festschrift für Herbert Hunger zum 70. Geburtstag*, Wien 1984, pp. 171-84.

⁹⁸ Sulla datazione e sul contesto di questo sermone cfr. in particolare J. BERNARDI, *La prédication des Pères Cappadociens. Le prédictateur et son auditoire*, Paris 1968, pp. 104-8.

⁹⁹ Greg. Naz. *De paup. am.* 14, 6, PG XXXV 866.

¹⁰⁰ Greg. Naz. *De paup. am.* 10-13, PG XXXV 869-73.

¹⁰¹ Greg. Naz. *De paup. am.* 29-34, PG XXXV 897-904.

¹⁰² Greg. Nyss. *De anima et resurrect.*, PG XLVI 140.

¹⁰³ Greg. Nyss. *De paup. am.* 2 (ed. Van Eck, pp. 24, 23 ss.).

¹⁰⁴ Cfr. *Gregorii Nysseni De pauperibus amandis orationes duo*, ed. A. Van Eck, Leiden 1964, pp. 120-24.

¹⁰⁵ Greg. Nyss. *De paup. am.* 2 (ed. Van Eck, pp. 29, 16-31, 11).

¹⁰⁶ Greg. Nyss. *De paup. am.* 2 (ed. Van Eck, pp. 34, 7-35, 4).

¹⁰⁷ Cfr. M.E. KEENAN, *St. Gregory of Nazianzus and Early Byzantine Medicine*, "Bull. Hist. Med." 9, 1941, pp. 8-30; MARASCO, *Vescovi e assistenza medica*, pp. 54-5.

¹⁰⁸ Greg. Naz. *Or.* 2, 11, "Sources Chrétien-nes", N° 247, Paris 1978, p. 104.

¹⁰⁹ Contrariamente a quanto intende R. LE COZ (*Les pères de l'église grecque et la médecine*, "Bull. Litt. Eccl." 98, 1997, p. 145), che travisa completamente il significato del passo del Nisseno.

¹¹⁰ Cfr. ad es. Galen. *Meth. Med.* 1, 7, Kühn X 51-2; A. LABISCH, s.v. *Gesundheit*, in: LEVEN (hrsgb.), *Antike Medizin...* cit., pp. 350-53 con bibliografia.

¹¹¹ Cfr. ad es. LEVEN, *Die Geschichte...* cit., p. 50; Id., s.v. *Lepra*, coll. 565-66.

¹¹² Cfr. in particolare BAYER, s.v. *Aussatz* cit., coll. 1026-27; O. TEMKIN, *The Falling Sickness*, Baltimore 1971¹, pp. 19 ss.; H. BRAKMANN, s.v. *Heilige Krankheit*, in: *Reallexikon für Antike und Christentum*, XIV, Stuttgart 1987, coll. 64-6.

¹¹³ SOZOMEN. *Hist. Eccl.* VI 34, 9, 'Sources Chrétien-nes', N° 495, Paris 2005, p. 432.

¹¹⁴ EPIPHAN. *Panarion haer.* 75, 1, 7, ed. K. Hohl, III, p. 333; cfr. J. GRIBOMONT, *Saint Basile et le monachisme enthousiaste*, "Irénikon" 53, 1980, pp. 123-44.

¹¹⁵ Pallad. *Dial.* V 134-35, "Sources Chrét.", N° 341, Paris 1988, p. 122.

¹¹⁶ P. GAUTIER, *Le typikon du Christ Sauveur Pantocrator*, "Rev. Et. Byz." 32, 1974, pp. 111-13; cfr. A. PHILIPSBORN, *Hieros nosos und die Spezial-Anstalt des Pantokrator-Krankenhauses*, "Byzantion" 23, 1963, pp. 223-30; E. KISLINGER, *Der Pantocrator-Xenon, ein trügerisches Ideal?*, "Jahrb. Österri. Byz." 37, 1987, pp. 173-79.

¹¹⁷ Canon 21 (in: J.D. MANSI, *Sacrorum Conciliorum nova et amplissima collectio*, IX, Florentiae 1763, col. 134): *Et licet proprio Deo omnium domini sacerdotum, vel quorumcumque haec cura possit esse fidelium, ut egentibus necessariae debeant ministrare, specialiter tamen de leprosis id pietatis causa convenit, ut unusquisque episcoporum, quos incolas hanc infirmitatem incurrisse, tam territori sui quam civitatis agnoverit, de domo ecclesiae iuxta possibilitatem victui et vestitiu necessaria subministret, ut non eis desit misericordiae cura, quos per duram infirmitatem intolerabilis constringit inopia.*

¹¹⁸ Canon 21 (in: MANSI, *op. cit.*, IX, col. 146): *Omnes leprosi victum et vestimentum ab ecclesia habeant.*

¹¹⁹ Canon 6, (in: MANSI, *op. cit.*, IX, col. 943): *Placuit etiam universo concilio, ut uniuscuiusque civitatis leprosi, qui intra territorium civitatis ipsius aut nascuntur, aut videntur consistere, ab episcopo ecclesiae ipsius sufficienda alimenta, et necessaria vestimenta accipiant, ut illis per alias civitates vagandi licentia denegetur.*



FIDEL GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1.3 Le malattie infettive nella storia della Chiesa

L'uomo è un essere per la morte (Heidegger) o un essere per la vita (Gv 3,16)? Ecco un interrogativo angoscioso non solo per l'uomo di oggi ma, credo, per l'uomo di tutti i tempi. Per i credenti in Cristo, l'uomo è un essere per la vita. Però la sua cura, la sua protezione e promozione è parte integrante della loro missione, la quale è testimonianza di quella dimensione integrante del ministero del Signore in terra, quando premurosamente sanava tutti coloro che facevano ricorso a Lui. L'attività guaritrice di Gesù era ed è tuttora l'espressione della misericordia di Dio per ogni persona, soprattutto per quella piazzata.

La misericordia di Dio è resa visibile, concreta e tangibile attraverso i suoi innumerevoli interventi nella storia dell'umanità. È proprio della misericordia di Dio spingere coloro che da essa sono toccati a testimoniarne l'esigenza di cambiare i propri riferimenti valoriali e orientamenti di vita, infondendovi un supplemento di fiducia, di speranza, di carità operante e di coraggio. Al fine d'incarnare nella vita vissuta tale testimonianza alla Carità di Dio per l'umanità, la Chiesa ha storicamente creato organizzazioni e istituzioni, quali gli ordini e le congregazioni religiosi, le farmacie, gli ospedali e le scuole mediche, per poter accogliere e curare, senza distinzione alcuna, le persone colpite da malattie infettive e contagiose o quelle abbandonate a se stesse. Come Cristo, la Chiesa accoglie chi è allontanato dalla società o si sente solo e se ne prende cura.

Nelle sue iniziative e attività a favore degli ammalati, la Chiesa fissa sempre il proprio sguardo al di là del presente, guarda al suo Signore e Redentore, vincitore della morte, che è sintesi di ogni male,

ora assiso alla destra di Dio Padre, dove attende ciascuno di noi. Lo sguardo della fede non ignora né tralascia chi arranca nelle difficoltà della vita qua giù, ma, al contrario, lo invita ad alzare gli occhi verso Colui che ci tende la mano e ci attira tutti a sé (Gv 12, 32).

Per la Chiesa, la sofferenza è, allo stesso tempo, un male da combattere e un richiamo a volgere lo sguardo alle realtà oltremondane: l'uomo è stato creato per la vita eterna (Gv 3,16). La cura della salute prelude a quella per la salvezza. Donde il ricorso alla Parola di Dio, alla preghiera e alla vita sacramentale. Non si cura solo il corpo malato, ma la persona nella sua integralità. Per questo motivo e contrariamente a quanto accadeva in certe epoche storiche, la Chiesa non si è mai estraniata dalla ricerca medica né ha separato la cura del corpo da quella dell'anima. Essa guarda alla persona che soffre pensando allo stesso tempo alla sua chiamata alla santità e vita eterna. Con questo spirito, i credenti hanno sempre affrontato le epidemie e le malattie infettive senza risparmiarsi minimamente.

Sul problema degli "Aspetti pastorali della cura delle malattie infettive" dal punto di vista storico si può spaziare molto: si va dalla medicina monastica medievale, ai lazzaretti quattrocenteschi, dai grandi fondatori di ordini ospedalieri del Cinque-Seicento, alle numerose fondazioni di carità, assistenza e promozione sociale che ebbero inizio nei secoli XIX-XX, agli interventi di numerosi cristiani, come la Madre Teresa di Calcutta e tante donne e tanti uomini della carità, a cristiani come Folleau per i lebbrosi, sino agli attuali contributi alla lotta all'AIDS e alle altre malattie infettive nei Paesi del Sud del mondo. È un argomen-

to vasto, ma affascinante. Come affrontare il problema? A quali aspetti dovremmo limitarci dal punto di vista storico e tematico? Fare un'analisi più "tecnica" di alcune realtà-campione in contesti storici e geografici differenti? Analizzare solo l'impatto dell'aspetto pastorale sulla struttura e sull'organizzazione della sanità in prospettiva storica e attuale? Limitarsi, per esempio, all'ultimo secolo sarebbe un po' riduttivo. Si potrebbe presentare un quadro retrospettivo e prospettivo più ampio, mettendo in evidenza l'unitarietà del "metodo caritativo" che attraversa immutato i secoli pur nella sua diversa espressività perché nasce da un "vissuto" e da un "esperienza" che sono quelle che Cristo stesso ha mostrato agli uomini ("guarire il corpo" è simmetrico a "salvare l'anima": lo dimostra Cristo nei Vangeli attraverso i suoi "interventi medici"). In questa sede ci dovremmo quindi limitare a segnalare alcuni aspetti che consideriamo importanti in questa lunga e complessa storia e tematica.

I. LA CHIESA E LE GRANDI PESTI O PANDEMIE

1. Le tragedie delle grandi pandemie o pesti

Una delle tragedie sanitarie più gravi nella storia dell'umanità è stata lo scoppio periodico di pandemie e pesti di vario genere¹. Il fenomeno prenderà dimensioni sempre più gravi e universali a partire soprattutto del Medioevo. L'origine della peste è molto antica², e per la sua forza distruttrice, è diventata nell'immaginario collettivo la "morte nera", la malattia che ha accompagnato l'umanità nei secoli e che per questo è spesso

presente nelle grandi opere letterarie e artistiche³.

2. La grande “peste nera” nel Basso Medioevo

Nella storia europea è famosa in Europa la peste cosiddetta di “Giustiniano”, descritta da Procopio di Cesarea, iniziata nel 542-543, e che finirà verso il secolo VII. Ri-comparirà nel secolo XIV sotto il nome di “peste nera”, arrivando in Europa dall’Est, attraverso le rotte commerciali, infuriando nelle pianure del Volga e del Don.

Ma la grande e terribile peste fu quella che desolò l’Europa a partire dal 1437. Durante l’assedio di Caffa (l’odierna Feodosia), scalo commerciale genovese in Crimea, il khan tartaro Ganī Be fa lanciare dei cadaveri infetti all’interno delle mura cittadine. Si diffuse così la grande peste che diventerà micidiale e cronica lungo il secolo, causando la morte di quasi un terzo della popolazione europea e contagiando tutti i paesi, dal Mediterraneo alla Scandinavia e alla Russia, nel giro di cinque anni. Fu anche, e questa è stata una grossa novità, la conseguenza di un atto deliberato di *bioterrorismo*. Nel 1347, infatti, l’esercito dei tartari stava assediando Caffa, scalo commerciale della città di Genova in Crimea. Le fila dell’esercito orientale erano sconvolte da un’epidemia di peste, diffusa da qualche anno in Asia e così il khan Ganī Be decise di utilizzare i corpi dei soldati morti per espugnare la città, catapultandoli oltre le mura. I marinai genovesi scappando da Caffa portarono la peste nei porti del Mediterraneo e da lì la malattia si diffuse in tutta Europa e, andando il tempo, anche nel resto del mondo⁴.

Le galere genovesi trasportano così la peste prima a Pera, nel porto di Costantinopoli, poi a Messina. Genova rifiuta di accogliere le proprie navi infette, così che queste devono ripiegare sul porto di Marsiglia, ma ormai il contagio è sparso per tutti i porti del Mar Mediterraneo. Ma le cause della tremenda diffusione della peste in Europa vanno però anche ricercate in una serie di avvenimenti precedenti al 1347, come l’incremento demografico, il commercio, le

mutazioni climatiche con l’abbandono di coltivazioni nel nord dell’Europa come quella dei cereali in Islanda e dell’uva in Inghilterra e una diminuzione della produzione agricola in tutta Europa. Ci furono numerose carestie e la malnutrizione comportò un indebolimento delle persone, motivo per cui, anche a causa delle scarse condizioni igieniche, assistemmo alla diffusione di malattie come la peste. La mortalità fu altissima: dato che non esisteva più una “memoria immunitaria” per questa malattia e quindi la forma più frequente di manifestazione fu quella polmonare, a contagio interumano (cioè non mediata dalla pulce), e con una mortalità prossima al 100%. In un secondo tempo e specialmente nelle epidemie degli anni seguenti, la peste si propagò nella forma bubbonica, sensibilmente meno letale.

to che si potesse e di ciò che avveniva ridersi e beffarsi esser medicina certissima a tanto male». Anche una volta cessata l’epidemia, la vita civile ed ecclesiastica rimane profondamente colpita: le città e i monasteri semivuoti, i costumi più decadenti, la vita più debole. Un cronista dell’epoca, Matteo Villani, nella sua *Cronica* riporta che «*trovandosi pochi, e abbondanti per l’eredità e successioni dei beni terreni, dimenticando le cose passate come se state non fossero, si diedero alla più sconcia e disonesta vita che prima non avevano usata*». La peste, paradossalmente, crea una forte ricchezza nella gente sopravvissuta, in quanto pochi muoiono lasciando delle volontà testamentarie, anche perché difficilmente i notai si recano in casa dei moribondi. Dopo la peste, i tribunali vengono intasati da centinaia di cause legate a dispute ereditarie.



3. La sua rapida diffusione

Agli inizi del 1348 la peste raggiunge il centro e il nord dell’Europa. Il 20 agosto raggiunge Parigi, il 29 settembre Londra. Il 1349 vede la peste imperversare in tutta Europa. Da quel momento la peste si presenta ogni 10-12 anni, mettendo innumerevoli vittime e sconvolgendo tutta la vita sociale europea. Come Giovanni Boccaccio scrive nel suo *Decamerone*, la peste rende nulle le leggi umane, come rende vano ogni ordine sociale e civile. «*altri [...] affermavano il bere assai e il godere e l’andar cantando a torno e sollazzando e il soddisfare d’ogni cosa all’appetito*

4. Gli effetti sociali e religiosi della peste

La peste arrestò nell’Europa del Basso Medioevo la crescita ed ebbe inizio una grave crisi economica che si protrasse per circa un secolo e mezzo. Alcune delle cause principali di questa depressione furono, tra le altre, le pestilenze, le guerre e i mutamenti climatici. Le guerre portarono saccheggi, incendi e devastazioni, oltre a sottrarre uomini alle attività lavorative e produttive. Nelle epoche precedenti erano di solito di breve durata e molto locali: adesso, nel XIV secolo il fenomeno si estende nello spazio e nel tempo. Molte regioni europee vivono in situazioni belliche senza sosta, a piccola e a grande scala. Proprio in questo periodo, si incominciano ad operare eserciti mercenari, in cui i soldati utilizzavano sistematicamente il saccheggio per arricchirsi ed integrare il loro compenso.

La guerra portava, quindi, distruzioni e devastazioni, povertà, orfani e vedove, fame e miseria, come bene ricordano le litanie dei Santi in cui si implorava che “*a fame, peste et bello (...) libera nos, Domine...*”. Fu allora un facile campo per le pestilenze, che proprio nel XIV secolo si diffusero in

maniera terrificante provocando con il loro passaggio migliaia di vittime e rimanendo endemiche; ricomparendo periodicamente ora in una regione ora in un'altra dell'Europa. La peste devastò, quindi, l'intera Europa. Non è facile determinare quanti furono i morti provocati da questa sciagura, ma si può affermare che mai un contagio aveva provocato tanti danni; la crescita demografica fu ostacolata dal carattere frequente delle epidemie che fecero la loro ricomparsa a intervalli di circa dieci anni. Alcuni studiosi ritengono che la percentuale dei morti sia stata tra il trenta e il cinquanta per cento della popolazione europea.

L'Italia fu uno dei Paesi europei in cui la peste si manifestò con maggiore violenza, lasciando conseguenze che perdureranno nei secoli successivi. Si creò un clima di paura e drammaticità che perdurerà e che emergerà dai racconti dei cronisti dell'epoca. La paura e l'incertezza determinarono un imbarbarimento dei costumi e portarono a comportamenti estremi. Il rispetto e la compassione cristiana si affievolirono; l'egoismo, la paura dei vivi e dei morti ebbero il sopravvento. Si cercava di non avere contatti con altre persone che potevano essere infette; le città chiudevano le proprie porte agli stranieri. Ma l'epidemia continuava a diffondersi creando un'atmosfera di sospetto, superstizione e di terribile paura che immaginava "untori" e "stregoni e streghe" causa del male e della sua diffusione. Il fatto, poi, che in una città la peste giungesse da un'altra accese conflitti tra le città e infiammò antichi rancori.

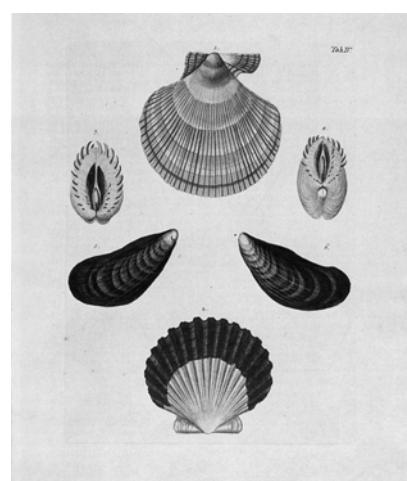
Gli stessi sospetti e ostilità potevano anche sorgere fra gli abitanti e i quartieri di una stessa città, fomentando sospetti e sfiducia fra la gente. Anche la paura del contagio serpeggiava fra chierici e religiosi e ciò contribuiva ad aggravare la situazione, poiché uno dei timori più grandi era proprio quello di morire senza essere riusciti a confessarsi e a ricevere l'estrema unzione.

Il timore perdurava anche per i pochi sopravvissuti alla malattia, segnati dallo stigma del sospetto, abbandonati anche da amici e familiari. In opere letterarie che raccontano del periodo della peste si

parla a volte della moglie che non voleva più vedere il marito o i genitori che non volessero più avere nulla a che fare con i figli se colpiti dalla malattia. Gli ammalati rimanevano abbandonati nelle case da cui arrivavano le invocazioni di aiuto, che però rimanevano inascoltate, mentre i parenti più stretti, piangendo, si mantenevano a distanza. La gente credeva che ormai si avvicinasse la fine del mondo.

sati di avvelenare i pozzi delle città e spesso le processioni dei flagellanti si concludevano con una vera e propria caccia agli Ebrei. Le autorità cercarono di contenere il fenomeno, pur con grande fatica e ci fu una sua condanna da parte prima dell'Università di Parigi e poi del Pontefice.

Si diffuse una grande devozione per quei Santi che, in qualche modo, erano legati alla peste e dei quali si invocava la protezione per sfuggire alla malattia e perché salvassero il mondo da questa immagine catastrofe. In modo particolare, subì un forte incremento il culto di San Sebastiano in quanto il Santo, rappresentato legato ad una colonna e trafitto dalle frecce, veniva considerato il simbolo dell'umanità trafitta dagli strali della peste, un'immagine già cara agli artisti dell'antichità. Durante le frequenti epidemie successive al 1348 si diffuse anche il culto di San Rocco, che, così vuole la tradizione, mentre si recava in pellegrinaggio a Gerusalemme da Montpellier, incontrò a Roma la peste nera e qui si fermò circa tre anni per assistere i malati. Mentre tornava nella propria città fu vittima egli stesso della peste nei pressi di Piacenza, ma grazie all'aiuto di un cane e di un angelo riuscì a guarire e a riprendere la sua strada.



5. Vista da molti come castigo di Dio

Si credeva anche che la malattia fosse un castigo inviato da Dio per punire la depravazione dei costumi. Si poté così assistere ad un riaccendersi del fervore religioso della popolazione che portò ad una ripresa del movimento penitenziale nel sud della Francia e nelle città del centro e del nord Europa: una moltitudine di persone scendeva nelle piazze e per le strade, si recava in processione nelle chiese della città e si flagellava pregando e invocando il nome di Cristo e della Vergine Maria affinché proteggessero il mondo, che sembrava prossimo alla fine.

La mancanza di sufficienti conoscenze mediche determinava poi l'impotenza di fronte alla malattia ed un senso di frustrazione che spingeva a cercare qualcuno a cui far risalire la causa e la responsabilità del contagio: si pensava che, individuando e punendo i responsabili, l'ira divina si sarebbe placata. Così, la colpa dell'epidemia venne fatta ricadere sui "diversi" dell'epoca, gli Ebrei, accu-

6. Ma la sciagura non fu sempre motivo di ravidimento morale

Di fronte ad uno scenario apocalittico come quello creato dalla peste, la reazione di gran parte della gente, paradossalmente, non fu quella di deprimersi e di pregare pentendosi dei propri peccati in vista di un'imminente fine del genere umano, ma, racconta il Boccaccio nel suo *Decamerone*, che, dopo una prima fase di disperazione e smarrimento, mentre alcuni cercavano di condurre un'esistenza morigerata e di evitare il contatto con altre persone per sfuggire alla malattia, "altri in contraria opinion tratti, affermavano il bere assai e il godere e l'andar cantando a torno e sollazzando e il soddisfare d'ogni cosa all'appetito che si potesse e di ciò che avveniva ridersi e befarsì esser medicina certissima a

tanto male: e così come il dicevano il mettevano in opera a lor potere, il giorno e la notte ora a quella taverna ora a quella altra andando, bevendo senza modo e senza misura, e molto più ciò per l'altru case facendo, solamente che cose vi sentissero che lor venissero a grado o in piacere”.

La situazione dei costumi non cambiò neppure quando ormai il peggio era passato e i sopravvissuti, invece di ringraziare Dio per averli risparmiati tenendo una condotta conforme agli insegnamenti cristiani, “si diedero alla più sconcia e disonesta vita che prima” (Matteo Villani, cronista dell’epoca).

In realtà la degenerazione dei costumi era già iniziata prima del diffondersi dell’epidemia, ma fu questo evento a provocare una crescita del tenore di vita e del gusto per il lusso, dovuto anche alla possibilità di sfruttare la grande quantità di sostanze di cui ciascuno poteva disporre, dopo averle ereditate da coloro che erano stati portati via dal morbo. Alcuni sostengono addirittura che proprio la peste favorì la formazione di patrimoni e cooperò così a far sorgere quei fenomeni storici che sbocceranno nel periodo.

Anche molti chierici e religiosi, che avevano continuato ad occuparsi dei bisognosi morirono di peste, tanto che in molte diocesi i vescovi furono costretti a consacrare sacerdoti giovani che non avevano ancora terminato gli studi necessari, e anche tra i laici, appartenenti alle confraternite che assistevano gli ammalati, le perdite furono altissime, come per esempio nelle Scuole veneziane della Carità e di San Giovanni, dove morirono circa trecento confratelli. L’elevata mortalità bloccava anche l’attività degli organi pubblici, le opere e l’economia delle città e delle campagne. Tutto il fenomeno portò ad una crisi demografica; le città erano diventate un groviglio di case piccolissime, per cui anche il contagio era più facile. In seguito, crescono gli spazi e nei secoli successivi assistiamo con le maggiori possibilità economiche di parte della popolazione, alla creazione di grandi palazzi che mutarono anche così radicalmente il volto delle città.

Tuttavia, la ricchezza raggiunta da molti superstiti si rivelò a lungo andare un’illusione; nell’arco di pochi anni di crescita assistiamo alla nascita di nuove crisi economiche causate da diversi fattori. La grande peste del 1348 non soltanto determinò cambiamenti radicali nell’aspetto delle città o nella vita economica, ma mutò il modo di pensare degli uomini del tempo. L’esperienza della peste aveva evidenziato in modo drammatico l’incertezza del domani. Tuttavia, bisogna segnalare che precisamente in quel tempo si iniziava quel processo storico che apre alla chiamata modernità con gli inizi dell’Umanesimo ed il Rinascimento, periodo storico in cui assistiamo anche a nuovi problemi anche nel campo sanitario.

7. E la Chiesa fu presente nella tragedia con l’opera di molti cristiani

L’esercizio delle opere di misericordia è stato il naturale sbocco della vera vita cristiana. Non era possibile che i cristiani fossero assenti di fronte a tutto il dolore e a tanta sciagura. Il crescere di iniziative di carità, la fondazione di nuove confraternite ed ospedali ne sono l’esempio. Così il beato Giovanni Colombini (+1367), un mercante senese, che a cinquant’anni prende l’abito di penitente per assistere i malati, viene scambiato per un “fraticello” ed espulso da Siena. Ritorna in patria, quando è colpita dalla peste, per curare i malati; gli sta vicina sua cugina, Caterina Colombini (+1387). Ora la durezza dei tempi, appesantita dalle calamità e dalle pesti, offre un ampio campo di lavoro alle opere di misericordia. Lo favoriscono anche l’esempio dei santi (per esempio sant’Alessio) e le nuove feste, come della Visitazione⁵.

Questo spirito di carità è aiutato da una nuova spinta di rinnovamento spirituale promosso dalla così detta *devotio moderna*: la vera contemplazione si raggiunge nell’esercizio della carità. Certamente ci troviamo ormai alle soglie dell’Umanesimo, ma anche le nuove correnti di osservanza e rinnovamento in alcuni ordini religiosi fa-

voriscono tale fenomeno. Si rinnovano antiche istituzioni di carità e ne nascono altre nuove.

Di fronte all’immane tragedia della peste con le sue stragi, la Chiesa non è rimasta inattiva. Se nei secoli passati le attività caritative e assistenziali della Chiesa erano state sempre vive, adesso agli antichi ordini, congregazioni e confraternite se ne aggiungono di nuovi. Nascono nuove forze ospedaliere, come la forma comune dei *Poveri volontari* o *Celliti* (perché vivevano in celle vicino agli ospedali, chiamati anche *Alessiani*, perché hanno Sant’Alessio come patrono) e l’istituzione dei *Gesuati*. Sono uomini e donne, che, in comunità separate, vivono la loro totale consacrazione religiosa a Dio con i voti, in povertà, umiltà e continenza e si dedicano alla cura dei malati e a seppellire i morti. Vengono chiamati anche lo lardi (perché avrebbero una certa affinità con i goliardi); *Tobiti*, da Tobi, che seppelliva i morti. In Germania si trovano i così detti *Rollbrüder* (*Fratelli del registro*), per il registro dei morti che seppellivano. Sono nuove denominazioni che segnalano queste confraternite secolari nate precisamente in quei tempi di peste, e che vengono approvate dai papi della fine del Trecento e inizi del Quattrocento. In quella società in crisi e in un’evoluzione epocale sorgono quindi nuove forme di carità, come quella dei *Gesuati* (perché avevano continuamente il nome di *Gesù* sulle labbra), poi Chierici Apostolici di san Girolamo, fondati da Giovanni Colombini (1304-1367) e le Sorelle della Visitazione (1366), fondate dalla cugina, Caterina Colombini (+1387). La conversione del mercante-banchiere senese Giovanni Colombini forse è da mettere in relazione con il diffondersi della peste nera e i tumulti popolari della creazione delle signorie⁶. Il Colombini entra in rapporto con altri fondatori e asceti del tempo e con altri esponenti della carità consacrata ai più emarginati. Con sua moglie Biagia, che lo segue in tale consacrazione, insieme a Francesco Vincenti, si dedica all’esercizio delle opere di misericordia: assistere i morenti nell’ospedale di Santa Maria della Scala. Il loro

esempio di “*poverelli di Cristo*” viene seguito da altri, soprattutto nobili e notai. Da questa matrice sorgereanno in seguito varie altre forme di vita consacrata domenicana, come quella dalla quale proviene Santa Caterina da Siena (+1380). Vivono uno forte spirito contemplativo e allo stesso tempo una vita totalmente dedita alla carità. Vorrebbero accendere il fuoco dell’amore in tutti, sino alla fine del mondo. Gli uomini, i *Jesusuiti*, all’inizio evitano di diventare sacerdoti; loro consacrano la vita ai malati, vivendo del lavoro manuale e della questua.

Seguendo le tracce di queste forti esperienze di vita evangelica, sorgono lungo il Quattrocento altri movimenti che prendono diverse forme clericali o laicali, secondo i casi, che vivono in mezzo alla gente e sono attenti ai loro problemi. Saranno con il tempo fucina di numerose compagnie di vita consacrata nel Quattrocento e nel Cinquecento, come le forme chiamate “oratoria”, fenomeno che in Italia diventa importante e che raggruppa chierici e laici, uomini e donne a torno a chiese, ospizi, ospedali ed opere di carità diversa, soprattutto verso i meno fortunati. Ci troviamo, così, con il fiorire di forme istituzionali di confraternite di carità e di misericordia, spesso in favore di ammalati inguaribili, come nel caso dell’Ospedale degli Incurabili fondato a Napoli dalla nobile vedova spagnola Maria Lorenza Longo (+1542) e dalla sua compagna anche nobile vedova Maria Acerbe d’Aragona (+1543), futuro nucleo delle cappuccine e che hanno una speciale cura delle donne di strada. Qualcosa di simile avviene a Brescia attorno ad Angela di Merici, che fonda una Compagnia, come “succursale” dell’Ospedale degli Incurabili, a protezione delle ragazze che devono rimanere nelle loro case⁷.

La vita cristiana, nella sua dimensione caritatevole, è quindi assai ricca e accompagna continuamente la vita della Chiesa e della società. L’elenco e la storia di queste opere e fondazioni forma parte di una ricca storia, che spesso bisogna cercarle nelle singole monografie locali o nelle agiografie del tempo.

II. L’ESPERIENZA CRISTIANA SPAGNOLA IN AMERICA

1. Nella Spagna dei “re Cattolici”

La storia della carità è uno dei fatti più dimostrativi della risposta al bisogno concreto dell'uomo e della cura specifica del malato come persona da parte dell'esperienza cristiana. Accennando alla storia della cura dei malati nei brevi accenni dati precedentemente abbiamo visto la peculiare concezione di molti ai tempi dell’Umanesimo e del Rinascimento europeo, quando si sottolineava un interesse per il corpo umano dal punto di vista anatomico, artistico (bellezza ed armonia) e umanistico; ma, allo stesso tempo, questo interesse portava a trascurare gli ammalati, quasi a disprezzare i corpi difettosi, quasi a voler “nascondere” malattia e povertà come disturbatri di quella sognata armonia.

Non potendo soffermarmi in una visione panoramica della storia di questa carità concreta nella storia della Chiesa moderna e contemporanea, vorrei almeno accennare ad una esperienza significativa in un tempo dove predomina una visione umanista dove l'uomo “è misura di ogni cosa”, ma dove, allo stesso tempo, viene spesso dimenticata la vera natura dell'uomo nella sua globalità.

Non fu così dove era in corso un forte rinnovamento di vita cristiana, come nella Spagna dei “re Cattolici” della fine del Quattrocento dove era in corso una notevole riforma cattolica che darà anche i suoi frutti nella storia dell’evangelizzazione dell’America; tale riforma si vede anche nella storia della carità, della santità e quindi anche nella creazione di numerosi ospedali. Uno di questi, che possiamo considerare come esemplare, anche architettonico, è l’Ospedale Tavera di Toledo, fondato nella prima parte del Cinquecento dall’omonimo cardinale toletano. Nella Spagna del tempo nacque un ordine religioso totalmente consacrato al servizio dei malati ad opera di san Giovanni di Dio, i Fatebenefratelli, che a partire da Granada si estenderà in tutto il mondo cristiano⁸.

Il portoghese Giovanni Ciudad (Juan de Dios) (1495-1550)⁹, vissuto in Spagna, soldato sotto Carlo V, errabondo finché nel 1539 si incontra con san Giovanni d’Avila, che orienta in modo nuovo la sua esistenza. A Granata, egli comincia a raccogliere i mendicanti e i malati nel cortile di un signore locale e in seguito in una casa affittata. È il suo primo ospedale. Egli gira per le vie della città chiedendo la carità per i suoi malati: “Fate bene, fratelli!”: agli altri e a se stessi, perché la carità incarna il bene massimo di Cristo. Viene considerato come uno dei fondatori degli ospedali moderni: è medico, infermiere, lavandaio, lavapiatti, sguattero, servo di tutti i suoi poveri malati. Lavora solo per loro, specialmente per coloro che allora erano più discriminati. In loro vive Cristo e a Lui affida la sua opera! I suoi “Fatebenefratelli” o “Fratelli di San Giovanni di Dio” ben presto stenderanno quella carità diventata opera in tutta l’Europa e in America.

2. La storia degli ospedali e della carità nel Nuovo Mondo

La storia degli ospedali nel Nuovo Mondo (Americhe) coincide con la storia della sua evangelizzazione¹⁰. Il primo ospedale del Nuovo Mondo sorge nel 1503 a Santo Domingo, per opera di Don Nicolás de Obando con una cinquantina di letti¹¹; nel 1509, Diego Colón, figlio dello scopritore e suo continuatore, dà notizia di altri due ospedali nell’Isola. Hernán Cortés fonda in Messico, immediatamente dopo la conquista, e prima di edificare una chiesa, i due ospedali della Concepción e di San Lazaro. “*El conquistador, como buen cristiano, consideró que el mejor homenaje que podía hacer a Dios, que le había dado la victoria, era una obra de caridad. Una obra mediante la cual hallasen consuelo en sus enfermedades los desvalidos*”¹². Quest’opera ospedaliera è rimasta in attività fino ai nostri giorni. Clemente VII approvò la costituzione di un patronato per il suo sostegno con una bolla datata 1529.

Un altro esempio paradigmatico di questa carità missionaria, anche

nel Messico, e precisamente nelle regioni dell'attuale Stato del Michoacan, è stata l'opera del grande vescovo Vasco de Quiroga. Al suo arrivo in Messico nel 1531, egli trova un mondo piagato di dolore, miseria e disorganizzazione, "cosa de no poder creer si no se ve", scrisse egli stesso. Il nuovo arrivato, che era allora un semplice laico mandato dall'imperatore Carlo V come Oidor (Giudice) dell'Audiencia de Messico, reagisce di fronte a questa penosa situazione, secondo il vescovo del Messico, il francescano fra Juan de Zumarraga, con "un amor visceral por los indios", "pero con la pequeñez de aquel que entiende que cumple su cristianismo teniendo al día algunos momentos de caridad, sino con esa plenitud de cristiano íntegro que sabe que la caridad es la vida entra, y que por tanto vive en caridad"¹³.

Don Vasco crea i paesi-ospedali, dove raccoglierà orfani, e soprattutto gente dispersa, popolazioni indios smarrite; donerà una dimora ai disabili e ai senza casa e patria, si curerà dei malati; in una parola, crea una specie di piccole "republiche-ospedali", come egli stesso chiamerà, con lo scopo di farle diventare luoghi di memoria cristiana e dimora umana dove i dolori di tutti venivano leniti e curati e le persone trovavano un focolare. Questi "paesi-ospedali" sono stati un vero esempio di guarigione di ferite profonde, anche fisiche e soprattutto psichiche e morali dovute ai traumi che seguirono la conquista in molte popolazioni, di sviluppo umano, di convivenza cristiana e di risposta ai problemi dei popoli indigeni del centro del Messico in momenti assai drammatici della loro storia.

Uno dei grandi missionari e missiologi del XVI secolo in Messico e Perù, il p. José de Acosta, scrive nel suo trattato *De procuranda indorum salute* (cap. XII): "Nadie se ama a sí mismo como conviene, si abandona el cuidado de su salud corporal y espiritual o no persevera en ella. Lo primero que es necesario inculcar a los indios, sobre todo a los bárbaros, es que miren por su propia vida y salud y no a enten contra ella, como muchas veces hacen, por desesperación o por obstinación", e conclude il missio-

nario gesuita: "Hay que enseñar a los bárbaros [...] a que aprendan a amarse a sí mismos, su sentido y su cuerpo, y a conservarse conforme a la naturaleza"¹⁴.

3. Una storia segnata anche da tragedie sanitarie, da pesti e pandemie

La storia della scoperta europea del Nuovo Mondo e della sua conquista fu accompagnata fin dai primordi da autentiche tragedie umanitarie anche dal punto di vista sanitario. Gli europei portarono con sé, sia nelle persone, sia negli animali domestici importati, anche numerose malattie che diventarono ben presto origine di pandemie e catastrofi sanitarie. Certamente, malattie e pandemie, precarietà nella salute e vita relativamente corta erano fenomeni conosciuti e frequenti nel mondo precolombiano americano. Non ci riferiamo alle guerre di conquista né alle guerre frequenti e sanguinose nel mondo preispanico. Vogliamo riferirci qui alle malattie arrivate con gli europei, spesso sconosciute nel Nuovo Mondo e contro le quali le popolazioni native non possedevano difese biologiche né ricorsi per difendersi. Alcuni storici, riferendosi alle Antille, parlano di almeno una ventina di malattie nuove introdotte che sono state in gran parte responsabili della morte in massa e in un tempo relativamente breve di gran parte della popolazione indigena. Il fenomeno si ripete in seguito in altri luoghi: Messico, Centroamerica e Sudamerica, Perù ecc... .

Uno dei casi più studiati è quello dell'antico Messico. La prima grande epidemia scoppiata in quella regione del Mesoamerica fu il vaiolo, che arrivò nel 1520 con un individuo giunto da Cuba a Veracruz (Messico) in una spedizione mandata per arrestare Cortés. Il vaiolo ben presto si diffondeva ovunque e arrivò così a Tenochtitlán, capitale dell'Impero Azteca. Morirono in moltissimi, incluso anche Cuitlahuac, successore di Motecuzuma. La malattia irrompe in un sistema ecologico fragile e si diffondono sia per contagio diretto come proprio per questo. La malattia non sparirà per anni, riemergendo

con virulenza periodicamente, e anche cooperando forse alla diffusione di altre epidemie. Così nel 1545 appare un'altra epidemia dalle gravi conseguenze, probabilmente il morbillo. Fu allora, che molti paesi, già debilitati, sparirono, specialmente sulla costa. Alcuni studiosi parlano di una mortalità addirittura di diversi milioni di persone: una vera catastrofe demografica, la scomparsa di numerosi "principati antichi", l'impoverimento e lo scompiglio sociale ed economico di tutta la Regione. La popolazione si vide così ridotta ai minimi termini e tutti furono vittime della stessa: indigeni e nuovi arrivati. Una terribile disperazione prese possesso nell'animo di molti. Verso il 1550 la Nuova Spagna (Messico) forse si era ridotta ad una popolazione di circa 3 milioni di persone.



4. La risposta della carità cristiana

La storia della carità nell'America Spagnola si manifesta nella dedica ai malati e a tutti i bisognosi da parte dei religiosi missionari della prima ora, come francescani, domenicani, agostiniani, mercedari e gesuiti e in seguito da parte di ordini fondati a questo scopo, come i "fratelli della carità", i "juaninos" o i fratelli di San Giovanni di Dio (fatebenefratelli), gli antoniani, i betlemiti¹⁵, i fratelli di Sant'Ippolito, più tardi i camilliani, e da parte di molti membri

del clero secolare e di singoli laici e confraternite formate da essi. La storica messicana Josefina Muriel, nella sua opera *Hospitales de la Nueva España*, ci offre uno studio monumentale dei più di trecento ospedali creati soltanto nel Messico dal secolo XVI al XVIII, 200 soltanto nel XVI secolo, molti di essi in luoghi lontani e in località sperdute; alcuni di questi ospedali arrivarono ad assistere mezzo migliaio di ammalati, specialmente durante le frequenti epidemie.

Gli ospedali sono presenti fin dal primo momento e hanno una speciale importanza, sia per il loro numero sia per il loro ruolo nel tessuto sociale del Nuovo Mondo. Essi, aperti a ogni bisogno, difesero la vita umana di tutte le razze, diedero un tetto ai senzatetto, cibo agli affamati e accoglienza a orfani e vedove. La loro opera fu considerata così importante che un cronista francescano dell'epoca, Agustín de Betancourt, diceva che ad essi doveva il re l'avere dei sudditi¹⁶. Gli ospedali rispondono a bisogni concreti, sia da parte dei nuovi arrivati, spesso vittime di malattie gravi, spesso frutto dei lunghi viaggi, delle vicende delle spedizioni e conquiste, feriti, mutilati, vittime della fame e della miseria causata da pesti e da malattie sconosciute. Lo stesso accade con gli indigeni, vittime anche loro di tutte le disastrose conseguenze e modalità della conquista, delle nuove malattie e delle epidemie mortali, che falciano milioni di persone. L'opera degli ospedali ebbe, fin dagli inizi, tre componenti: gli ecclesiastici, i laici e uno Stato cattolico. Le tre componenti sono pressoché pari. I laici, per esempio, furono un gruppo importantissimo, formato da uomini e donne spagnoli, creoli, meticci, indios, afroamericani e castas, che pieni di virtù umane e divine si consacraroni ad opere di beneficenza, creandole, sostenendole e servendole, spesso in grado eroico. Questo l'hanno fatto di solito uniti in confraternite e congregazioni, come le mariane dirette dai Gesuiti, e i Terzi Ordini, dipendenti dai grandi Ordini Mendicanti presenti. Altri laici, isolatamente, costruirono diverse opere di carità, che a volte hanno attratto altri cristiani e cristiane che con il tempo hanno

formato Ordini ospedalieri. Troviamo questi centri ed opere di carità in zone urbane e rurali, ospedali per lavoratori, ospizi per orfani, anziani, nelle zone delle rotte marittime, nei centri minerari, case per accogliere ed assistere ragazze e donne in difficoltà... E nei luoghi delle tragedie pandemiche, troviamo sempre la presenza eroica di religiosi e laici consacrati all'assistenza di coloro spesso abbandonati da tutti.



Spesso questi ospedali erano retti da confraternite o da ordini religiosi; fra di questi, uno, quello dei betlemiti, è stato il primo ordine religioso, fondato nel Nuovo Mondo, e precisamente nella Città di Guatemala, ad opera del canario San Pedro de Betancour nel 1660. Questo santo facilitò il lavoro negli ospedali "primero a sacerdotes, después a seglares distinguidos, y luego a familias enteras, como lo fue la del Virrey Duque de Alburquerque"¹⁷. Un altro esponente significativo di questa storia della carità verso i sofferenti e i malati fu Bernardino Alvarez, fondatore dei fratelli della carità e di due reti ospedaliere consacrate all'attenzione dei dementi. "Contando ya setenta años de edad, cansado y enfermo, seguía saliendo a las calles y con gran humildad reclamaba de la sociedad el auxilio para sus pobres. Incansable en el pedir, invencible ante las humillaciones y trabajos que esto le implicaba, mereció que se le llamara: 'limosnero heroico'. For-

maba sus compañeros y los aleataba para soportar las penalidades de los trabajos que implicaba el tratar con locos, idiotas, incurables y con enfermos de la más baja esfera social como eran los esclavos y los forzados"¹⁸.

Una nota particolare meritano le confraternite, congregazioni e terz'ordini, formati secondo i casi da secolari, sacerdoti, religiosi e con membri che provenivano da ogni ceto sociale e etnico: bianchi, mettici, indios, negri, mulatti, creoli... Queste confraternite avevano speciale cura dei malati e dei bisognosi; alimentavano la loro vita di pietà cristiana e la loro carità nella preghiera. Soltanto nella città di Lima verso il 1630 esistevano 57 di queste confraternite. "Particularmente activas eran las de indígenas, la más antigua de las cuales era la fundada en Santo Domingo en 1554. Como todas las similares, sus miembros daban de comer a los pobres, visitaban a los enfermos. [...] De todas nos parece ser la más interesante la de la Caridad, instituida para el enterramiento de los pobres"¹⁹. Molti, religiosi e laici, hanno consumato la propria vita nel servizio dei bisognosi e degli ammalati; fra i laici, alcuni notabili: "a via de ejemplo, entre los indios, Don Pablo, Rey de Michoacán, que muere vistiendo el hábito de la Compañía de Jesús, atendiendo a las víctimas de la peste de 1576, o Don Juan Cacique de Patzcuaro, que vistió el sayal franciscano renunciando antes a su inmensa fortuna, que distribuyó entre los pobres"²⁰. La storia della carità spesso diventava non soltanto assistenza, ma anche promozione sociale e sforzo per migliorare le condizioni di vita e di salute della gente, tutto in nome di Cristo e per amore all'uomo, sua immagine: il lavoro nelle "reducciones", fondazioni di città, bonifica delle terre, opere idrauliche e di ogni genere. "El misionero aparecía como la encarnación de la providencia para el indio", commenta il noto storico Robert Ricard, riferendosi al Messico²¹. Fra Pedro Juárez de Escobar, in suo rapporto mandato a Filippo II di Spagna, scrive che "los religiosos son [para los indios] sus padres y sus madres, sus abogados, sus representantes, sus defensores y so-

*stén, sus escudos y protección, que en su lugar reciben los golpes de la desgracia; sus médicos y enfermeros, lo mismo para sus llagas y dolencias corporales, que para las faltas y pecados en que por su miseria caen; ellos recurren en sus sufrimientos y persecuciones, en sus hambres y escasezes, y en su regazo se refugian para llorar y lamentarse, como los niños en su madre”²². Gli esempi di dedizione coincidono spesso con la storia della santità canonizzata, come nel caso di san Martino de Porres, che fece diventare la portineria del convento di Santo Domingo di Lima un vero ospedale per i poveri. La gente lo chiamava *Martín de la caridad*. San Pedro Claver faceva lo stesso con gli schiavi portati dall’Africa stivati nelle navi negriere che approdavano a Cartagena de Indias; egli convertì parte della residenza dei gesuiti di quella città in un luogo di accoglienza e di assistenza per i più ammalati e pieni di piaghe; si firmava *esclavo de los esclavos negros* e seppe coinvolgere in questa sua opera di carità non soltanto i confratelli, ma anche molte altre persone secolari della città; lo stesso si può dire del beato fra Junípero Serra apostolo della carità fra gli indios chichimecas della Sierra Gorda di Querétaro nel Messico centrale e in seguito evangelizzatore della California. San Toribio de Mogrovejo, arcivescovo di Lima e patrono dei vescovi americani, esercitava il suo ministero, alla fine del Cinquecento e nei primi anni del Seicento, cercando gli ammalati e coloro che avevano degli impedimenti nelle loro proprie case, specialmente ai tempi drammatici delle epidemie di vaiolo ed altre pesti, senza paura alcuna di contagio o di morire; come scrive il suo biografo Nicolás Sánchez Prieto e afferma un testimone *de visu*: “Que por estar todos los indios en sus casas caídos con la dicha enfermedad [viruelas], se andaba el dicho señor arzobispo de casa en casa a confirmarlos, sufriendo el hedor pestilencial y materia de la deicha enfermedad. En lo cual conoció este testigo que el amor de verdadero pastor y gran santidad de dicho señor Arzobispo lo haría sufrir y hacer lo que [...] ni persona particular pudiera hacer”²³.*

III. UNA STORIA CRISTIANA CHE CONTINUA FINO AI NOSTRI GIORNI

1. La storia europea e mondiale dell’epoca moderna è seminata da pesti e pandemie

L’epoca moderna, a partire dal Cinquecento, è stata più che mai seminata da guerre, epidemie, da grosse piaghe sociali e quindi da disastri sanitari di vario genere. Ricordarle tutte o tentare un semplice elenco di queste tragedie umane è fuori del nostro scopo. I secoli XV, XVI e XVII europei sono piagati da guerre di ogni genere. E si sa cosa producono le guerre: morti, feriti e devastazioni, abbandono dei campi, orfani e vedove, invalidi e mendicanti, fame, malattie e pesti croniche. A Roma, per esempio, dopo il sacco del 1527 troviamo saccheggi, devastazioni e ben presto la peste. Ma lo scenario si moltiplica lungo le strade dell’Europa lungo i due secoli che seguono.

Vorrei ricordare la celebre peste del nord Italia del 1630 e le ultime epidemie dell’epoca moderna. Gli anni 1628 e 1629 vedono una terribile carestia imperversare per il nord Italia. Le città vengono prese d’assalto da vagabondi e mendicanti, in cerca di condizioni di vita migliori rispetto alle campagne, scoppiano tumulti ed agitazioni. Come colmo dei mali, arrivò anche la peste. Per evitare che il contagio dilagasse, le autorità imposevano l’isolamento dei paesi dove si davano i primi casi di peste, mediante la chiusura delle strade. La peste imperversò per tutto il nord Italia. A fine maggio 1630 sembrava che l’epidemia si fosse dissipata, ma a giugno si ripresentò, mettendo innumerevoli vittime. La peste di questi anni è descritta dal Manzoni nel suo celebre romanzo *I Promessi Sposi*. Il XXXI e il XXXII capitolo sono di pura trattazione storica, in cui tutta l’attenzione di Manzoni sembra rivolta allo studio della peste del 1630 a Milano. L’analisi storica offre, tuttavia, a Manzoni l’occasione per indagare nel cuore degli uomini. Milano, come altri luoghi dell’Europa del tempo, fu teatro di una tragica carestia, che attrae anche l’attenzione del Manzoni nel suo

romanzo. Egli ci parla sulla carità «ardente e versatile» del cardinale Federigo, che distribuisce «ogni mattina duemila scodelle di minestra di riso», che spedisce «ai luoghi più bisognosi della diocesi» viventi e soccorsi: diventa, così, nelle pagine tristi e crudeli della carestia, un vivo esempio di carità cristiana, dell’amore dell’uomo per il suo prossimo.

Esistono nel romanzo manzoniano tre figure di religiosi: don Abbondio, fra Cristoforo, il cardinale Federigo, che esprimono tre diversi modi di vivere e operare religiosamente. Per Don Abbondio il ministero sacerdotale diventa in un mondo difficile un sistema per assicurarsi un quieto vivere. Davanti alla tragedia della carestia e della peste, Manzoni mette in risalto la dedica eroica da parte di alcuni ecclesiastici e religiosi, come il Borromeo e i frati cappuccini in uno dei numerosi lazzaretti, creati dalla carità cristiana per accogliere gli ammalati di peste ed altri²⁴. La figura del cardinale Federigo Borromeo opera nel mondo e lo scalca con il suo esempio: sa dunque opporre alla falsità del mondo un modello di verità che è proprio la verità della parola di Dio. Fra Cristoforo è, invece, l’immagine del religioso che opera nel mondo, fino ad opporsi, anche con aggressività, ai mali della società secentesca. È il predicatore che crede che la parola di Dio abbia creato il mondo: perciò le sue parole non restano soltanto parole, ma diventano azioni concrete (affronta don Rodrigo, va a servire gli appestati, scioglie il voto di castità di Lucia, per esempio). Allora, nelle sue pagine compaiono gli esempi di grande carità cristiana, di quanti, «nella furia del contagio», visitano gli ammalati per dare il loro conforto e il loro aiuto. «Ma di fronte a queste sublimazioni di virtù» non mancano anche gli esempi di «perversità» di coloro «sui quali l’attrattiva della rapina» è più forte del timore della malattia. Questi uomini entrano da padroni nelle case degli infermi, maltrattano, rubano e saccheggiano senza pietà. Quello della peste diventa, dunque, un nuovo quadro dell’umanità, descritta da Manzoni in tutti i suoi aspetti.

La guerra dei Trent’anni (1618-

1648) portò con sé effetti devastanti in tutti i campi, seminando ovunque, nel cuore dell'Europa, sconvolgimenti e miserie sociali che perdureranno a lungo. Nella logica dei fatti di una guerra di anni, e quindi cronica, "peste, fame, e profonde ferite sociali si succedono e sono concatenate.

Le ultime epidemie di peste in Europa sono state quelle del 1720 (l'ultima in Francia), che ebbe come centro principalmente Marsiglia ma non raggiunse Parigi. Nel 1743 troviamo l'ultima in Italia, e ancora, alla fine dell'Ottocento (nel 1889) assistiamo a un'importante epidemia di peste in Russia, principalmente a Mosca. Dopo, verranno altri tipi di epidemie, come l'influenza. È famosa quella chiamata "spagnola" durante la Prima Grande Guerra (1914-1918) che falciò migliaia di vite in tutta l'Europa. Seguirono altri casi simili, come quella chiamata "asiatica" negli ultimi anni cinquanta del XX secolo. Nell'età moderna si registrano circa 1000-3000 casi annuali di peste nel mondo.

Il numero delle grandi malattie che in certo senso sono croniche ed epidemiche in alcune zone del mondo è vario lungo l'ultimo secolo. Fra queste bisogna annoverare la malaria²⁵. Chiamata 'malaria' in seguito alla credenza che venisse trasmessa dalle paludi e dall'aria stagnante, la malaria oggi minaccia oltre il 40 per cento della popolazione mondiale, soprattutto quella residente in Paesi del Sud del mondo; infatti è endemica in vaste zone dell'Asia, Africa, America Latina, isole delle Antille e Oceania, con centinaia di milioni di malati ogni anno e quasi un milione di morti. Assieme alla tubercolosi e all'AIDS, è oggi una delle principali emergenze sanitarie del pianeta. Oltre a essere endemica in molte regioni, la malaria viene sempre più frequentemente importata anche in zone dove è stata eliminata, grazie ai movimenti migratori e ai viaggi.

Le epidemie più recenti si sono avute in Uganda, l'²⁶, (novembre 1998), in Namibia (maggio 1999), Malawi (luglio 1999), quella "aviaria" (in Asia) e attualmente altre forme di epidemie emergenti, provenienti dal mondo asiatico e che hanno fatto già la loro presen-

za in certe aree delle Antille; ma è soprattutto la ormai universale situazione degli ammalati di AIDS, che se bene non si tratti di un'epidemia, è certamente un caso di malattia "nuova" che ancora pone seri problemi alla comunità internazionale.

2. La storia della carità nella Chiesa è spesso storia di santità eroica e di preoccupazione per i marginati e gli appestati

L'enciclica *Deus Caritas est* di Benedetto XVI dedica la seconda parte alla "caritas", come esercizio dell'amore da parte della Chiesa quale comunità di amore. Il Pontefice ci offre una rassegna sintetica di questa storia a partire dalla Chiesa primitiva (nn. 20 e ss.); ci spiega il senso delle "diaconie" della carità (n. 23), e risponde alle obiezioni di alcuni pensatori marxisti che criticano l'attività della Chiesa al servizio della carità a scapito della giustizia, ricordando, però, lo sviluppo del pensiero sociale della Chiesa sulla giustizia sociale (nn. 26-29). Passa dopo a esaminare le molteplici strutture di servizio caritativo nell'odierno contesto sociale e il profilo specifico dell'attività caritativa della Chiesa (nn. 30-39). Il Papa, nella sua conclusione, ricorda come la storia della Chiesa sia una storia di dedizione al servizio del prossimo, dei più bisognosi e discriminati. Ricorda così il caso del monachesimo; come "nel confronto faccia a faccia" con quel Dio che è amore, il monaco avverte l'esigenza impellente di trasformare in servizio del prossimo, oltre che di Dio, tutta la propria vita. Si spiegano così le grandi strutture di accoglienza, di ricovero e di cura sorte accanto ai monasteri. Si spiegano le ingenti iniziative di promozione umana e di formazione cristiana, destinate innanzitutto ai più poveri, di cui si sono fatti carico dapprima gli Ordini monastici e mendicanti e poi i vari Istituti religiosi maschili e femminili, lungo tutta la storia della Chiesa. Figure di Santi come Francesco d'Assisi, Ignazio di Lodola, Giovanni di Dio, Camillo de Lellis, Vincenzo de' Paoli, Luisa de Marillac, Giuseppe B.

Cottolengo, Giovanni Bosco, Luigi Orione, Teresa di Calcutta – per fare alcuni nomi – rimangono modelli insigni di carità sociale per tutti gli uomini di buona volontà. I santi sono i veri portatori di luce all'interno della storia, perché sono uomini e donne di fede, di speranza e di amore" (n. 40).

Ho fatto un riferimento specifico al caso della storia cristiana dell'America Latina. Questa stessa storia di carità e cura squisita degli ammalati è assai ricca in ogni luogo. La storia degli ospedali, per esempio, nella Spagna dell'epoca moderna è un chiaro esempio. È noto nel Seicento il caso del nobile sivigliano Manuel Mañara²⁷, uomo pubblico, che consacra tutta la propria vita al servizio degli ammalati, fondando diversi ospedali e confraternite e che, una volta diventato vedovo egli stesso vive, in mezzo ai malati con una consacrazione totale al loro servizio. Molti di questi ospedali sono ancor'oggi in attività.

Buona parte dei fondatori dell'epoca moderna, da San Giovanni di Dio, a San Camillo di Lellis, a San Vincenzo de' Paoli fino ai grandi santi fondatori e fondatrici dell'Ottocento, sono stati la carità squisita di Cristo verso i poveri, sofferenti e ammalati, con numerose fondazioni nate proprio dal loro specifico carisma, precisamente in momenti in cui la società secolarizzata o in via verso un neopaganismo trascurava totalmente il bisogno globale delle persone più discriminate, bisognose e ammalate. L'elenco dei martiri della carità in tutta la Chiesa è incalcolabile; questo elenco, nel caso specifico di ogni regione, forma da sé un nutrito martirologio e di solito accompagna la stria dell'evangelizzazione e le vicende quotidiane di ogni chiesa particolare.

Il C in quecento, così martoriato da guerre e pesti, è segnato anche dalla presenza di numerosi santi della carità. Abbiamo già ricordato San Giovanni di Dio parlando della cura dei malati e degli ospedali in Spagna. Vorrei ricordare alcuni altri come esempio.

Nella vita di San Gaetano da Tiene (1480-1547)²⁸, appartenente al movimento chiamato oratoriano e cofondatore dei chierici chiamati "teatini", è stata importante la do-

lorosa esperienza compiuta a Roma a partire del 1523. Nel 1527 assistiamo al sacco di Roma e l'anno seguente, 1528, all'epidemia della peste. Gaetano e i suoi compagni compiono miracoli di carità in quei tragici mesi. In seguito, costruiscono monti di pietà per aiutare i meno abbienti, ospedali, ospizi per i poveri e per malati abbandonati.



Contemporaneo è San Girolamo Emiliani (1481-1537)²⁹, anche lui parte di quel movimento di riforma chiamato oratoriano, militare e avventuriero, prigioniero con una dura esperienza di carcere, diventerà dopo la sua conversione, sacerdote (1518). Quando i lanzichenecchi tedeschi invadono l'Italia portano con sé devastazioni, saccheggi, soprusi, carestia e pestilenze. Girolamo vende i propri averi per soccorrere le vittime. Di giorno cura i malati, di notte seppellisce i morti. Le guerre creano tante ferite; fra di esse le malattie, gli orfani e le ragazze-madri. Nel 1531 Girolamo si consacra definitivamente al servizio dei poveri, soprattutto degli orfani. Li accoglie, ne diventa padre, insegnava loro un mestiere. Provvede anche alle ragazze madri. Nasce così la famiglia religiosa che continuerà la sua carità diventata opera. Egli stesso morirà di peste, curando gli appestati, a Somasca nel 1537.

Anche Ignazio di Loyola e i suoi compagni, come esperienza comune a tutti questi fondatori, li troviamo all'inizio frequentando gli

ospedali e i lazzaretti servendo gli ammalati. Uno dei giovani figli della Compagnia di Ignazio, Luigi Gonzaga (1568-1591)³⁰, morirà precisamente assistendo gli appestati a Roma. Infatti, nel 1590-91, fame e peste affliggono Roma. Luigi, con tutti i suoi confratelli, si procura nell'assistenza ai malati all'ospedale San Sisto, poi a Santa Maria della Consolazione. Portando un appestato sulle spalle, contrae la malattia. Giace alcuni mesi ammalato, visitato dal suo direttore e confessore, il gesuita San Roberto Bellarmino e muore il 20 giugno.

L'altra grande figura della storia della carità verso gli ammalati è quella di San Camillo di Lellis (1550-1614)³¹. Anche lui ha avuto una vita avventurosa e azzardosa. Soldato, ferito in guerra, forse anche vittima di una malattia inguaribile porterà durante tutta la sua vita una ferita ad una gamba, che non si rimarginerà più e una piaga lo tormenterà fino alla morte. Si trasferisce a Roma all'ospedale di San Giacomo, per curarsi e dove inizia a lavorare come infermiere per procurarsi i soldi per pagarsi le cure. È svogliato, attaccabrighe, giocatore, per cui venne cacciato. Misteriosamente la grazia lo raggiunge sulla strada da Manfredonia a San Giovanni Rotondo. Vuole allora farsi cappuccino. Ma la sua ferita gli impedisce di diventare frate. Torna quindi a Roma, all'ospedale degli incurabili, a San Giacomo, questa volta trasformato dalla grazia. Sarà l'inizio di quell'esperienza di grazia carismatica che lo porterà a fondare, con alcuni compagni, il cappellano e quattro impiegati, la futura famiglia religiosa dei camilliani per servire gli ammalati, specialmente quelli più segregati, incurabili, poveri... Diventato, in seguito, sacerdote, anche con l'aiuto di San Filippo Neri, dedicherà tutta la sua vita al servizio dei malati, egli innamorato di Cristo nei malati. Quando morirà, nel 1614, lascerà quindici case religiose, otto ospedali e circa 142 religiosi "camilliani". La sua vita è un vangelo di carità verso i malati, gli appestati, i malati di malattie infettive. "Quando serviva qualcuno di loro pareva struggersi di amore e di compassione e volentieri avrebbe preso sopra di

sé ogni male per addolcire il loro dolore, e alleviarli dalle infermità" (*Vita di san Camillo, scritta da un suo compagno*)³². Egli si china così su ogni ammalato, sulla sua sofferenza fisica, che per lui è Cristo stesso malato.

Nel Seicento spiccano diversi santi della carità che si preoccupano per i malati; ricordiamo San Vincenzo de' Paoli (1581-1660)³³. Questo prete, che all'inizio della propria vita cerca vantaggi e privilegi, trova, dopo una forte prova nella fede, una grande trasformazione interiore. Nel 1617 per soccorrere una famiglia malata organizza la prima di quelle che saranno le sue future "carità". Poi estende la propria carità ovunque si trovano miserie di ogni sorta: prigionieri, ergastolani, malati... Secondo fondatore e formatore di sacerdoti missionari popolari, Vincenzo diventerà riconosciuto apostolo della carità in favore di questi gruppi più diseredati. L'incontro con Louise de Marillac, vedova di Antoine Le Gross, porta Vincenzo de' Paoli a organizzare gruppi di "carità", soprattutto di signore, che agiscono in particolare negli ospedali. In seguito, questi gruppi crescono, nascono anche delle compagnie di vergini della carità. Nascono così le "figlie della carità". Vincenzo ne definisce la vita così: "Non hanno per monastero che le case dei malati, per cella una camera d'affitto, per cappella la chiesa parrocchiale, per chiostro le strade della città, per clausura l'obbedienza, per velo la modestia..."³⁴. Dall'opera carismatica di San Vincenzo nascerà una storia eroica di carità presente in tutto il mondo e dedicata sempre a coloro lasciati da parte da tutti, soprattutto gli esclusi, i malati contagiosi (tubercolosi, per esempio) e mille altre opere collegate a questo grande carisma.

Si potrebbe dire che molte fondazioni nella Chiesa a partire dal Cinquecento fino ai nostri giorni sono state anche risposte "tempestive" a situazioni di degrado sociale o preoccupazioni particolari nei confronti di bisogni cui la società civile non riusciva a dare una risposta soddisfacente, nel campo educativo, nel campo della promozione della donna, e in diversi altri settori della vita sociale, come quello sanitario dove è cresciuto

sempre di più un mondo di emarginati e le piaghe sociali si sono sempre allargate. Nascono così, una cospicua rete di alberghi, ospizi per anziani abbandonati, per ragazzi di strada, donne emarginate, per quelle divise dai mariti, orfano-trofi, e certamente di fronte a situazioni limite, come il caso dei malati di mente, o dei malati con malattie considerate inguaribili e infettive ecc... Così, nel 1833, F. Ozanam (oggi beato) creerà, con alcuni amici, ispirandosi all'opera di San Vincenzo de' Paoli, la prima "conferenza di san Vincenzo" per la carità ai poveri.

3. La moderna esplosione delle fondazioni di carità

Molte congregazioni "moderne" hanno avuto origine precisamente nelle situazioni sopra accennate. Con l'andare del tempo, alle antiche forme di vita consacrata, si aggiungono altre nuove e nascono le congregazioni secolari. L'esercizio della misericordia di Dio e i bisogni e le piaghe sociali prodotte dalla nuova società moderna spingono alla nascita di queste nuove realtà della carità cristiana. Il regno di Dio si rende presente attraverso l'esercizio della sua misericordia. Questa spinge donne e uomini cristiani a lenire queste piaghe sociali come il pauperismo, le ingiustizie e la malattie (anche quelle infettive) e a dare una risposta alle dolorose situazioni che colpiscono la società moderna. Si tratta di un esercizio di carità e non di beneficenza o di asettica opera sociale. In questo campo l'esercizio della carità cristiana è così vasto che non c'è Paese con una presenza cristiana, anche minima, dove non siano fiorite fondazioni carismatiche in questo senso. Forse, nella nostra epoca dominata dal relativismo nichilista, non si è visto un fiorire così forte di movimenti ecclesiali, dove la *caritas Christi* è messa al centro dell'esperienza cristiana come chiaro e preciso annuncio dell'Avvenimento di Cristo operante nei cristiani. Si potrebbero ricordare i risvolti di questa carità operosa nelle numerose fondazioni degli ultimi due secoli. Oltre, come quella della Madre Teresa di Calcutta, di Raoul Follereau in

favore dei lebbrosi ed altri cristiani da una parte, o gesti continui in favore della giustizia e la pace, come quelli degli ultimi pontefici – basti ricordare il venerato Giovanni Paolo II – dimostrano questa presenza operante di Cristo nei fedeli.



La storia della santità canonizzata e quelle delle fondazioni religiose dal XIX al XX secolo dimostrano questa preoccupazione dei cristiani nella Chiesa e la consacrazione a lenire tutte le piaghe sociali, specialmente quelle più trascurate da parte della società stessa. In questi anni, sono fioriti nella Chiesa numerosi santi: uomini e donne, totalmente consacrati a tali ministeri. Ricordando soltanto l'Ottocento, segnalato anche nella storia della Chiesa come un secolo particolarmente ricco in figure di donne sante consurate alla carità, bisogna dire che non c'è settore del mondo degli emarginati ed emarginate dove non troviamo tali figure. Nel caso specifico oggetto della nostra segnalazione, bisogna ricordare la loro dedizione ai malati di tubercolosi, di lebbra e altre malattie contagiose nei numerosi ospedali, lebbrosari, reparti per combattere la malaria in mille modi, vaccinazioni a tappeto nelle "periferie" del Sud del mondo e altre istituzioni del genere da loro gestite in tutto il mondo. Troviamo queste persone presenti in mezzo alle pandemie di febbre gialla, di vaiolo, di colera, in numerosi casi il cui elenco sarebbe infinito. Diverse donne e uomini sono caduti

anche vittime di tale loro consacrazione in tali situazioni sia per la loro dedizione permanente come anche nei momenti di emergenza. Bisognerebbe annoverare per primi la schiera infinita di missionari e missionarie caduti sulle frontiere della missione, a causa della loro carità e spesso anche vittime mortali delle malattie epidemiche delle regioni dove operavano. Ricordiamo i nomi di Marion de Bresillac e i suoi primi compagni missionari in Sierra Leone, caduti appena arrivati, vittime della febbre gialla, consapevoli del pericolo mortale che correva; dei più dei cento missionari dell'Africa Centrale, caduti sul campo, spesso giorni e mesi dopo il loro arrivo, nei primi 20 anni di quella storia missionaria, chiamata già allora un "necrologio permanente"; fra di essi spicca il loro primo vescovo San Daniele Comboni, morto di malaria, tifo e stenti appena ai 50 anni. Damiano di Veuster nella Polinesia, del fratello comboniano Giosuè dei Cas in Sudan, morti lebbrosi perché consacrati al lavoro in mezzo a tali fratelli. Recentemente in Uganda, il medico e missionario comboniano, il Servo di Dio p. Giuseppe Ambrosoli, morì a Lira (Uganda) vittima della sua carità dopo aver salvato tutti gli ammalati dell'ospedale missionario di Kalongo (Uganda), evacuando in piena guerra tutti i degenti (circa mezzo migliaio) in una lunga *via crucis* di quasi due giorni di cammino. Alla fine egli stesso, gravemente ammalato, consegnava la sua anima a Dio, ma aveva salvato tutti quei poveri innocenti. Una suora e un medico missionari sono morti vittime dell'ebola assistendo i numerosi ammalati di questa sconosciuta epidemia, al St. Mary's Hospital di Gulu (Uganda), che aveva aperto un reparto per questi ammalati e per quelli di AIDS. La storia missionaria è ricca di questi esempi. La carità diventò opera precisamente in queste situazioni di emarginazione sociale. Si potrebbe scrivere una copiosa storia di questa carità verso gli ammalati di ogni sorta di malattie infettive. Vorrei ricordare un solo caso: la posizione della Chiesa di fronte al dramma del HIV/AIDS in Africa, riportandomi al caso concreto dell'Uganda.

IV. LA CARITÀ CONTINUA DIVENTANDO OPERA

Raccolgo due punti che emergono dalla esperienze di alcuni organismi di salute della Chiesa cattolica in Uganda di fronte all'epidemia chiamata HIV/AIDS.

Il primo è quello che deriva dall'unità che si dà fra carisma e istituzione e che tratta di applicare il principio di sussidiarietà in rapporto alle istituzioni ecclesiastiche e ai doni di carità che lo Spirito suscita nella Chiesa.

Il secondo è il cammino di azione che la Chiesa impulsa attraverso i suoi figli e figlie in questo campo, specialmente in coloro che lavorano nelle sue istituzioni sanitarie come parte fondamentale della sua opera di carità. Questi due aspetti metodologici sono di fatto inseparabili nella vita della Chiesa. Lo sono stati lungo la sua storia e lo sono anche oggi.

1. L'epidemia di HIV/AIDS in Uganda e la Chiesa

Alla fine della visita “ad limina Apostolorum” dei vescovi dell’Uganda nel settembre del 2004, fra le raccomandazioni del Santo Padre Giovanni Paolo II si trovava una riguardante lo sforzo dei vescovi “nei campi della salute, dell’educazione e dello sviluppo” per mostrare con chiarezza “l’impegno della Chiesa nel benessere globale dei suoi figli e figlie e di tutti gli ugandesi”. La storia dell’evangelizzazione dell’Uganda mostra l’impegno della Chiesa in tutti i campi della vita sociale, specialmente in quei tre. Soltanto nel campo sanitario la Chiesa cattolica nel 2006 gestiva 27 ospedali (un quarto di tutti gli ospedali del Paese), più di 230 centri sanitari (dispensari), con un corpo di lavoratori sanitari che supera le 6.000 persone, il secondo corpo sanitario nel paese dopo quello dello Stato. Lo stesso si può dire nel campo educativo.

La Chiesa cattolica ha creato nel campo sanitario il *Catholic Medical Bureau* (UCMB), incaricato di studiare e dirigere gli aiuti sanitari e medici della Chiesa nel Paese³⁵. Questo Ufficio è retto da una segretariato permanente, che assie-

me alla UCMB e alla Conferenza Episcopale Ugandese ha stabilito nel *Catholic Secretariat* altri due Uffici tecnici chiamati *HIV/AIDS Focal Point* e *Global Initiatives Fund and Management Unit – GIFTMU*³⁶, specialmente consacrati alla cura e alla lotta contro l’AIDS, una delle malattie ormai più devastanti nel Paese, fin dagli anni Ottanta del secolo XX. La malattia è diventata una delle sfide notoriamente più gravi nella vita dell’Africa in genere e dell’Uganda in particolare. Per questo, la cura degli ammalati di AIDS è diventata una sfida alla missione di carità della Chiesa.

L’impegno della Chiesa in Uganda nella lotta contro l’AIDS e l’aiuto alle persone colpite da questa malattia e alle loro famiglie non è qualcosa di nuovo nella storia della carità della Chiesa. Nel caso dell’AIDS, la Chiesa cattolica è stata pioniera nell’assistere i malati. Il primo “test” (prova) di carattere biologico, che portò alla diagnosi del HIV/AIDS nell’Africa sotto il Sahara, fu fatto nell’Ospedale di St. Francis, Nsambya, da Nelezinha Carvalho, una suora francescana, il 23 di maggio 1986. Era nato dalla preoccupazione del pericolo effettivo del diffondersi delle infezioni attraverso le trasfusioni di sangue. Questo ospedale stabilì, ancora nel 1986, a uno specifico dipartimento, con i suoi laboratori, una clinica e un servizio di assistenza sanitaria mobile per questa malattia. Diventerà, in seguito, “il modello di cura” seguito dagli altri ospedali in Uganda e altrove.

Quindi, già dal primo momento in cui l’epidemia era esplosa e gli agenti sanitari si sono resi conto del dramma in corso. Chi scrive queste righe lavorava come sacerdote missionario in quegli anni nel nord del Paese in guerra e ricorda molto bene la catena di morti causata da una strana malattia che la gente chiamava con il nome significativo di *sleem desease* (malattia del dimagrire). La Chiesa mobilitò subito tutte le proprie energie, a partire dalle istituzioni sanitarie; i suoi ospedali iniziarono subito a studiare quella strana malattia e a prendere diverse misure, creando anche nel seno degli ospedali reparti dedicati esclusivamente ad accogliere i numerosi malati che

arrivavano e a offrire loro le cure che allora si potevano dare. Tutta un’azione preventiva, seguendo la mente della dottrina cattolica, e i metodi da questa propugnata, ha dato dei risultati che hanno avuto l’ammirazione di molti³⁷. Questo ebbe luogo già fin dai primi anni, quando ancora l’HIV/AIDS non era oggetto di una grande attenzione nel mondo. Nel 1989 i vescovi ugandesi pubblicarono una Lettera Pastorale dal titolo *The AIDS epidemic*³⁸. I vescovi spiegavano al popolo come non dovevano guardare l’AIDS come un castigo divino, come alcuni settori di quella società avevano iniziato a vederlo. Per i vescovi la malattia era certamente occasione per un cambiamento nei comportamenti di molti, una chiamata alla conversione, un’occasione per guardare quanto la legge naturale di Dio voleva riguardo l’uso della sessualità e del matrimonio e anche sul valore della castità stessa. Quando l’HIV/AIDS era visto come una maledizione e uno stigma infamante, la lettera dei vescovi insisteva sul rispetto verso gli ammalati; come non si doveva guardare a essi con sospetto o con occhi di condanna, ma con occhi di solidarietà, comprensione, amore e compassione cristiana. I vescovi volevano mobilitare l’importante rete sanitaria della Chiesa in tutte le sue energie e con tutti i mezzi nella lotta contro quella temuta malattia. Stabilivano anche che sotto l’UCMB venisse aperto un ufficio speciale per questo scopo. L’esperienza cattolica ugandese potrebbe essere sintetizzata in questi punti:

Impegno totale nella lotta contro l’HIV/AIDS, con un’apertura sulla natura e gravità dell’epidemia e sulle modalità più comuni della trasmissione dell’epidemia;

Forte impegno ecclesiale e civile nella lotta contro la malattia;

Rifiuto delle posizioni di segregazione, condanna e stigmatizzazione delle persone ammalate di AIDS;

*Un messaggio chiaro, e non ambiguo, sul bisogno di prevenire la trasmissione della malattia, basato sull’ABC (=abstain, be faithful, use condom if you cannot abstain or be faithful), lanciato e in seguito comunicato nell’ordine giusto di priorità*³⁹.

Si è ormai scritto parecchio sull'esperienza ugandese. Ciò che forse è meno noto è l'aspetto organizzativo della questione. Una cosa rimane chiara: l'importanza che ebbero i vescovi con i loro interventi in materia e nell'educazione delle coscienze dei fedeli in un momento che nel Paese stava diventando devastante e tragico per le dolorose conseguenze dell'epidemia⁴⁰.

2. Lo Spirito e la libertà personale

Nella vita della Chiesa ogni cosa si muove attraverso l'impulso dello Spirito di Dio. Ciò è ancora più evidente in tutte le azioni che tendono a dare corpo "qui ed ora" alla Missione di Gesù Cristo. Una persona riceve ispirazione ed energia, vede un aspetto in particolare di quanto chiede la Missione di Gesù in circostanze specifiche e opera conformemente a tale ispirazione. Altre persone, attratte da tale "natività", si uniscono e si mettono insieme; generano così un'opera, che certamente ha le sue origini in Dio stesso. Con il tempo, si vede opportuno dare a tale opera una struttura che corrisponda alla sua natura. Nascono così le organizzazioni o comunità ecclesiali con un carisma specifico. Al polo opposto di questo dinamismo possiamo parlare di "istituzione". Ciò accade attraverso un discernimento continuo delle persone coinvolte e sotto la guida dell'autorità nella Chiesa.

La Madre Kevin e le sue suore – seguendo il carisma di San Francesco di Assisi – arrivarono in Uganda all'inizio della sua storia missionaria e iniziarono a curare le piaghe e le ulcere dei malati di Kampala sotto un grande albero nel colle di Nsambya nello stesso giorno in cui arrivarono a Kampala. Cent'anni dopo, quello stesso albero è circondato da uno dei più grandi ospedali dell'Uganda, un'istituzione solida e famosa nel Paese che porta proprio il nome di San Francesco di Assisi. Questo stesso ospedale è stato l'avanguardia della mobilitazione della Chiesa cattolica in Uganda nella sua lotta contro l'epidemia dell'HIV/AIDS.

Quanto abbiamo osservato in Uganda è successo anche in altre migliaia di casi nel mondo moder-

no. Basti ricordare, un caso fra molti, l'azione di Madre Teresa di Calcutta, il suo carisma e il lavoro delle sue suore e religiosi ed altri amici, iniziato in maniera semplice, ma precisa dalla Madre, nell'India degli anni Quaranta, e in seguito la sua estensione lungo le strade più dolorose e discriminate del mondo, fino ad oggi. In tutti questi casi assistiamo alla risposta data dai numerosi carismi dei figli e delle figlie della Chiesa ai bisogni più drammatici degli uomini e delle donne di ogni tempo. In questo senso, i carismi dati dallo Spirito Santo ai figli e figlie della Chiesa sono sempre *tempestivi e corrispondenti* ai bisogni di ogni tempo. Anche figli e figlie della Chiesa, nati da carismi specifici vissuti come grazia dai santi fondatori del passato, se riscoperti, diventano di nuovo una sorgente di carità tempestiva per i tempi attuali. Queste persone laiche o consacrate che siano riscoprono, così, la vitalità carismatica dei santi; riconoscono le sfide del mondo attuale e dei suoi problemi, come quello di malattie sconosciute nel passato (*AIDS, Ebola...*) e ritrovano la forza di una nuova creatività nella carità (come negli esempi sopra ricordati ed altri assai numerosi), e che ci ricordava il venerato Giovanni Paolo II nella *"Novo Millennio Ineunte"*. Nel caso ugandese, l'attenta segnalazione dei vescovi su quel dramma immane risvegliò il popolo di Dio in quel Paese. In Uganda si è visto così sorgere tutto un movimento di gente mossa dallo stesso Spirito, uomini e donne che si sono messi mano all'opera con numerose iniziative e con una creatività esemplare, cooperando con le istituzioni che la Chiesa aveva già in atto dai primi anni della sua istituzione in Uganda. Queste istituzioni ecclesiache hanno operato dal primo momento con un preciso proposito di *sussidiarietà* e cooperazione con quelle statali. E ciò rappresentò nel Paese anche un nuovo segno di cooperazione e di mutuo rispetto.

3. Dal momento carismatico alle istituzioni

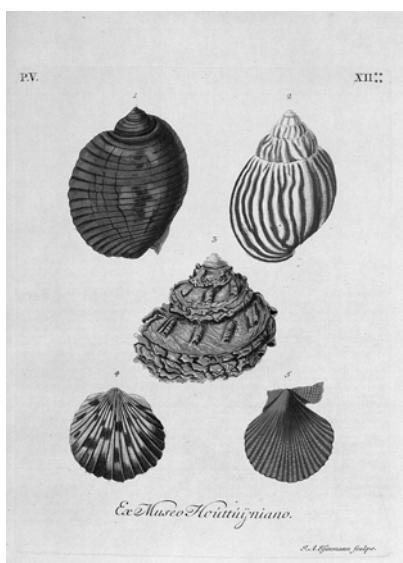
Ci sono due punti di metodo che si riferiscono a uno dei due poli del

continuo rapporto dinamico tra carisma e istituzione. Il momento carismatico è un avvenimento personale. È un atto di libertà della persona toccata dallo Spirito; è il momento carismatico che forma, da quel momento in avanti, l'identità di quella persona e delle opere che genera. Non abbiamo un controllo su questo momento. È avvenuto. E continua avvenendo. Ciò che è fondamentale è sapere riconoscere quando capita e servirlo. L'esempio citato della Madre Teresa di Calcutta nei nostri tempi appartiene e spiega questo aspetto; nella stessa linea bisogna leggere tutti gli avvenimenti carismatici nel caso del lungo elenco dei fondatori come Benedetto, Domenico, Francesco, Ignazio, Teresa di Gesù, Vincenzo de' Paoli, Giovanni Bosco e decine di altri nella storia della Chiesa, veri doni dello Sposo, Cristo, alla sua Sposa (la Chiesa), come amava dire Urs von Balthasar. La grossa tentazione delle burocrazie (anche ecclesiastiche) è quella di voler limitare quanto non possono gestire. Spesso nella storia della Chiesa le grandi iniziative di rinnovamento, di missione e di carità hanno un'origine prettamente carismatico. Quando qualche anno fa i vescovi ugandesi hanno approvato la missione e la politica del *Catholic Health Services*, hanno introdotto in un articolo⁴¹ il principio che riconosceva tutti i servizi sanitari dipendenti giuridicamente dalla Chiesa e quindi dai servizi offerti dalla stessa Conferenza Episcopale attraverso i suoi organismi. Infatti, essa creò appositi organismi per affrontare i nuovi problemi che poneva la dolorosa e drammatica situazione dell'*HIV/AIDS* (i.e. *HIV/AIDS Focal Point e GIFMU*). Quindi, i nuovi organismi della Conferenza Episcopale estesero gli stessi principi a tutti gli organismi, associazioni e movimenti cattolici, che avessero il proposito di servire la persona del malato e la sua famiglia nel nome di Gesù.

4. Lezioni imparate dal momento istituzionale

Le istituzioni prendono di solito forme giuridiche e, organizzative stabili. La stabilità assicura la con-

tinuità del carisma, aiutando le opere che genera a rimanere nel tempo. La vita istituzionale è determinata dal rapporto dinamico tra la governabilità (il cui punto di continuo riferimento è proprio il carisma) e l'amministrazione dell'opera. La polarità corretta di queste due funzioni non è sempre chiara, per cui c'è il rischio che queste istituzioni si vedano in un certo senso intrappolate dal bisogno di rimanere nella storia e quindi ciò sia a scapito della vera ragione del suo essere e del motivo che le ha fatte nascere (la Missione). Comitati e amministrazioni a volte rischiano di cercare una loro continuità, perdendo di vista lo scopo della missione che il carisma ha messo in movimento. Questa tentazione non è nuova nella storia della Chiesa.



Una strada dove questo pericolo è più piccolo è quella tradizionale nella vita della Chiesa di affidare l'amministrazione di queste istituzioni ai figli e alle figlie del carisma (le Congregazioni Religiose). Ma ciò non è neanche automatico, perché oggi a volte gli istituti religiosi non hanno personale sufficiente né sufficientemente preparato per rispondere adeguatamente a queste nuove situazioni dei malati vittime di queste grosse epidemie. In questo senso la Chiesa si trova davanti a grandi sfide nella formazione di vocazioni totalmente consacrate a tale servizio di carità cristiana. Non si tratta soltanto di offrire una formazione tecnica,

ma di saper promuovere vere vocazioni di carità. Qui entra l'aspetto fondamentale della carità cristiana come vocazione e la libertà di ognuno che viene chiamato a tali responsabilità.

Il caso accennato dell'Uganda e la grave e grossa situazione creata dall'epidemia dell'*HIV/AIDS* mostrano come la Chiesa cattolica una volta in più non abbia lasciato la sua vocazione fondamentale di essere vicina a coloro che soffrono nel corpo e nell'anima. Lo Spirito Santo continua ad essere "tempestivo" con le sue grazie (carismi) e con la forza data alla Chiesa per rispondere a tali situazioni di emarginazione e di dolore tremendamente drammatico e umano.

A MODO DI CONCLUSIONE

Si può affrontare il tema della storia del coinvolgimento dei cristiani nell'assistenza e nella cura delle malattie in generale e di quelle considerate più infettive attraverso un elenco di dati con lo scopo di dimostrare tale coinvolgimento. Questi dati sono sempre imprescindibili. Il metodo di studio esige una visione complessiva del diverso operare dello Spirito nella Chiesa, come già abbiamo accennato in un nostro libro⁴². Questo metodo richiede uno sguardo di insieme alla storia della Chiesa nei suoi diversi aspetti: l'aspetto della cura pastorale dei malati, l'aspetto dell'azione guaritrice in atto nella Chiesa attraverso interventi straordinari di Dio (mediazione dei santi e la preghiera della Chiesa), la storia della carità e della cura dei più poveri e di tutti i malati, specialmente dei più discriminati e bisognosi.

Fra questi aspetti è parte fondamentale lo sguardo ai santi. È parte del realismo metodologico "guardare i volti dei santi", secondo l'antica indicazione della *Didakché*. La storia dell'azione dello Spirito Santo nella vita della Chiesa, della presenza in essa di carismi specifici, di ministeri al servizio della costruzione della Chiesa stessa va studiata precisamente per individuare la presenza di carismi specifici e di particolari modalità dell'operare dello Spirito Santo in essa: quanto Gesù e gli Apostoli

hanno fatto e ordinato di fare va verificato nella storia susseguente della Chiesa. In questo senso è importante questo sguardo per scoprire o verificare il tema dei carismi in favore degli ammalati, dei ministeri: in questo senso e del significato della cura dei malati. *Vita e miracoli* dei santi è storia dimostrativa dell'Avvenimento cristiano e dimostra come la promessa fatta da Cristo ai suoi Apostoli si compie. Nella compagnia di questi santi la sequela di Cristo è più affascinante e si capisce meglio la storia della Chiesa in questo senso. Nei santi si palesa la grazia e la libertà di Cristo. I santi non passano nella storia della Chiesa come meteore, senza lasciare traccia: non solo testimoniano per la Chiesa, ma la trasformano, la mettono continuamente in movimento, mostrano l'efficacia riformatrice della santità vissuta nella Chiesa, sono costruttori di Storia della Chiesa. I santi sono sempre regali di Dio alla sua Chiesa. Infine, alla santità viene riconosciuto un carattere di provvidenzialmente tempestivo⁴³. Le bolle di canonizzazione sottolineano che le persone di cui conservano la santità sono arrivate *al tempo opportuno* per rispondere ai bisogni profondi della Chiesa e del mondo nel variare delle epoche. Se è pur vero che i miracoli non fanno la santità, però la possono dimostrare, come ricordavano alcuni primi compagni di San Francesco, scrivendo al capitolo generale di Greccio e riferendosi al Santo di Assisi. Le vite di santi come Antonio da Padova, il Santo Curato d'Ars, San Riccardo Pampuri, padre Pio, Madre Teresa, Giovanni Paolo II – per ricordare alcuni casi assai noti – evidenziano in sovrabbondanza questi miracoli di «guarigioni» e di cura dei più discriminati fra gli ammalati. In questo senso l'elenco dei santi degli ultimi secoli rappresenta una chiara manifestazione di cristiani e cristiane totalmente consacrati a lenire le ferite umane e ad offrire con le numerose fondazioni, che ancora oggi rimangono, delle risposte concrete a tali bisogni. Si tratta chiaramente di carismi elargiti particolarmente dallo Spirito Santo a questi cristiani come doni particolari. Questi santi della carità cristiana hanno esercitato la carità

cristiana come parte essenziale della loro vita.

Essere guariti da una malattia è sempre una vittoria sulla morte fisica; ma la vittoria definitiva è sempre quella escatologica, che è una grazia, partecipazione alla Risurrezione di Cristo (cfr. 1 Cor 15). Questa prospettiva non deve mai essere dimenticata di fronte ai malati, in ogni tipo di «cura». La Chiesa non l'ha mai dimenticato lungo tutta la sua storia; e un sacramento, quello dei malati, lo sottolinea. Essa implora sempre la guarigione totale dell'uomo, senza mai dimenticare la dimensione escatologica. Se avviene la guarigione in maniera straordinaria (miracoli), essa è stata vista sempre come una manifestazione della potenza divina che può risuscitare i morti⁴⁴.

Giovanni Paolo II così conclude la sua Lettera Apostolica «*Salvifici doloris*»:

*«Questo è il senso veramente soprannaturale ed insieme umano della sofferenza. È soprannaturale, perché si radica nel mistero di vino della redenzione del mondo, ed è, altresì, profondamente umano, perché in esso l'uomo ritrova se stesso, la propria umanità, la propria dignità, la propria missione [...]. Il mistero della redenzione del mondo è in modo sorprendente radicato nella sofferenza, e questa, a sua volta, trova in esso il suo supremo e più sicuro punto di riferimento»*⁴⁵.

Il decreto “*Ad gentes*” del Vaticano II dice: “*La presenza dei Cristiani nei gruppi umani deve essere animata da quella carità, con la quale Dio ci ha amato [...] Come Cristo percorreva tutte le città e villaggi, sanando ogni malattia ed infermità a dimostrazione dell'avvento del Regno di Dio, così anche la Chiesa attraverso i suoi figli si unisce a tutti gli uomini di qualsiasi condizione, ma soprattutto ai poveri ed ai sofferenti, prodigandosi volentieri per loro. Essa infatti condivide le loro gioie ed i loro dolori, conosce le aspirazioni e i misteri della vita, soffre con essi nell'angoscia della morte...*

Proprio per tutto questo, il mistero della sofferenza, e quindi della ricerca della cura dei malati vanno visti storicamente nella storia della Chiesa all'interno dell'ambito della sua origine, del suo scopo

e del suo interesse per la persona, creata da Dio e redenta da Cristo con un fine metastorico, alla luce del quale prende senso tutto nella vita dell'uomo: nascita, vita, salute, malattia e morte.

P. FIDEL GONZÁLEZ

FERNÁNDEZ, M.C.C.J.

Professore di Storia ecclesiastica
alle Pontificie Università Urbaniana
e Gregoriana, Roma

Consultore delle Congregazioni
per l'Evangelizzazione dei Popoli
e per le Cause dei Santi,
Santa Sede

Note

¹ La peste è una malattia infettiva di origine batterica, tuttora diffusa in molte parti del mondo. È causata dal batterio *Yersinia pestis*, che normalmente ha come ospite le pulci parassite dei roditori, ratti, alcune specie di scoiattoli, cani della prateria.

² Alcuni testi egizi del secondo millennio a.C. descrivono alcune gravi epidemie; ne parlano anche gli ittiti della Mesopotamia. Anche nella Bibbia si parla di pestilenze. Nel Primo libro di Samuele si racconta di come Dio abbia inviato una pestilenzia ai Filistei (verso il 1030-1076 a.C.), colpevoli di aver rubato l'Arca dell'Alleanza. Il pittore Nicolas Poussin immortalò questo passo biblico nel suo dipinto *La peste di Ashdod* o *La peste di Azoth* (1630 circa), conservato al Museo del Louvre a Parigi. Il primo storico a descrivere accuratamente un'epidemia di peste è il greco Tucidide, che narra gli eventi della guerra del Peloponneso (431-430 a.C.). L'epidemia di vaiolo, o di tifo o di colera si dice sia arrivata dall'Etiopia, e che abbia imperversato in Persia ed in Egitto prima di raggiungere la Grecia durante la guerra. Migliaia sono i morti. Fra le prime vittime vi fu lo stesso Pericle (nel 429 a.C.).

³ L'ultima grande pandemia di peste iniziò in Cina a fine '800 e da lì si diffuse al resto dei continenti, contaggiando oltre 30 milioni di persone e uccidendo 12 milioni. Questa nuova diffusione della malattia fu affrontata con uno sforzo sovranazionale di ricerca che portò all'identificazione dell'agente della malattia. Nel 1894, Yersin e Kitasato, lavorando separatamente, descrissero un batterio gram negativo, isolato a Hong Kong dai bubboni di persone morte di peste. In seguito ai risultati raggiunti dal primo dei due ricercatori, il batterio prese il suo nome, *Yersinia pestis*. Fu chiaro da subito che i portatori della malattia erano i ratti, visto che l'epidemia umana solitamente scoppia in seguito a una grande moria di roditori. L'osservazione che non fosse necessario il contatto umano per diffondere la malattia, portò alla comprensione del ruolo delle pulci nella sua trasmissione. Oggi, esistono numerosi studi sulla trasmissione, l'epidemiologia e la patogenesi della peste di cui uno di Gage, apparso su *Bacteriological review* nel 1998, che analizza il percorso scientifico che ha portato alla diagnosi della malattia da parte dei due ricercatori. Nel 1894 il medico svizzero Alexandre John-Émile Yersin, durante l'epidemia di Hong Kong, isolò il batterio che per millenni ha seminato la morte nel mondo. Lo battezzò *Pasteurella pestis*, in onore di Louis Pasteur, l'uomo che con le sue teorie ha reso possibile la conce-

zione batterica. Lo stesso anno anche il medico giapponese Shibasaburo Kitasato, che già nel 1889 ha isolato il bacillo del tetano, ottiene indipendentemente gli stessi risultati del collega svizzero. Ma la Storia si ricorderà solo di Yersin, in quanto solo in suo onore il bacillo della peste verrà mutato da *Pasteurella* a *Yersinia pestis*.

⁴ L'ultima epidemia urbana di peste negli Stati Uniti è stata nel 1924-25, a Los Angeles, e da allora la malattia si manifesta soprattutto nelle aree rurali al ritmo di 10-15 casi all'anno, soprattutto in due zone, quella del New Mexico, nord Arizona e sud Colorado e tra California, sud dell'Oregon e Nevada occidentale. Globalmente, invece, l'OMS riporta dai 1000 ai 3000 casi di peste ogni anno, distribuiti soprattutto tra Africa, Asia e Sudamerica. In Asia, la peste è diffusa nelle zone del Caucaso, in Russia, nel Medioriente, in Cina, e anche in alcune zone dell'Asia sud-occidentale e sud-orientale. Manifestazioni regolari della malattia si hanno in Madagascar, in Uganda e in Sudafrica. Recentemente, si sono avute epidemie consistenti in Kenia, Tanzania, Zaire, Mozambico, Botswana e anche in zone isolate nell'est e nel nord Africa. In Sudamerica, ci sono ancora due zone di attività della malattia: la regione andina montagnosa (in Bolivia, Perù ed Ecuador) e in Brasile. La peste è assente in Europa e in Australia.

⁵ Cfr. E. SANTRE SANTOS, o.c., 491.

⁶ Cfr. E. SANTRE SANTOS, o.c., 520.

⁷ Cfr. E. SANTRE SANTOS, o.c., 581-582.

⁸ A Roma, per esempio, si vede una fioritura di carità verso gli ammalati in questo tempo; emergerà l'esperienza carismatica di san Camillo de Lellis, violento soldato di ventura, anch'egli colpito da una piaga inguaribile di origine venerea; Camillo, dopo la sua conversione, consacrerà tutta la vita al servizio degli ammalati, visti come presenza di Cristo. Attorno a lui nascerà una compagnia di amici consacrati a questo scopo.

⁹ Giovanni di Dio è canonizzato nel 1690; Leone XIII lo dichiarerà patrono degli ospedali.

¹⁰ Cfr. Una buona sintesi sulla storia della carità in A.L. in: ALEJANDRO CRAVIOTO LEBRIJA, *La historia de la caridad en la evangelización de América Latina*, in *Historia de la Evangelización de América. Trayectoria, identidad y esperanza de un Continente. Simposio Internacional. Actas. Ciudad del Vaticano, 11-14 de mayo de 1992*, Librería Editrice Vaticana, 1992, 458-469. Alcuni dati qui esposti li prendo di tale contributo.

¹¹ WALTER PALM ERWIN, *Los Hospitales antiguos de la Española*, R. Dominicana, 1950.

¹² JOSEFINA MURIEL, *Hospitales de la Nueva España*, t. I, México: UNAM-Cruz Roja Mexicana, 1990, 37.

¹³ Ivi, 58-59.

¹⁴ JOSÉ DE ACOSTA, *De procuranda Indorum Salute*, Madrid: CSIC, 1987, 277 e 291.

¹⁵ Il primo ordine religioso ospedaliero fondato in America, nel Guatimala, dal canarino di Tenerife San Pedro de Betancourt (1626-1667), canonizzato il 30 luglio 2001 a Guatimala da Giovanni Paolo II.

¹⁶ JOSEFINA MURIEL, *La Iglesia y la Beneficencia*, en P. BORGES, *Historia de la Iglesia en Hispanoamérica y Filipinas*, I, BAC, Madrid 1992, 761-780.

¹⁷ JUAN ANTONIO PRESAS, *Grandes Testigos de Nuestra Fe*, Bogotá: CELAM, 1986, 73.

¹⁸ JOSEFINA MURIEL, 211-244.

¹⁹ GABRIEL GUARDA, *Los Laicos en la Cristianización de América*, Santiago de Chile: Ed. Universidad Católica de Chile, 1987, 97.

²⁰ Ivi.

²¹ ROBERT RICARD, *La conquista espiritual de México*, México: FCE, 1986, 250.

²² Ivi.

²³ SANDRO DAVILA, *Irigoyen*, II, 134, cit. en

A. CRAVIOTO LEBRIJA, *Historia de la caridad en la evangelización de América Latina*, 468.

²⁴ AA.VV., "Settimana manzoniana" omaggio dei Frati Minori Cappuccini nel Primo Centenario dei Promessi Sposi (1827-1927), "Annali Francescani", Milano 1928; *I Cappuccini nei Promessi Sposi*, in "L'Italia Francescana", 2 (1929), pp. 444 ss.

²⁵ L'isolamento del *Plasmodium*, il protozoo agente della malattia, risale a fine '800, quando si comprese che la malattia si manifestava in seguito alla puntura della femmina della zanzara *Anopheles*, che trasmette all'uomo il proprio parassita.

²⁶ L'Ebola è un *filovirus* in grado di provare gravi febbri emorragiche. Deve il suo nome al fiume della Repubblica Democratica del Congo dove fu isolato per la prima volta nel 1976. Dei quattro ceppi del virus isolati fino a ora, tre sono letali per gli esseri umani. Probabilmente il contagio alla nostra specie è avvenuto dalle scimmie e da qualche altro mammifero della foresta africana, ma l'origine e la modalità di trasmissione rimangono un mistero. A oggi si sono registrate cinque epidemie di Ebola: nel Congo, nel Sudan, nell'Uganda, nel Gabon e nella Costa d'Avorio. La mortalità ha raggiunto l'88% dei casi rilevati. Il contagio avviene con il contatto diretto con il sangue (spesso tramite siringhe infette), il seme, le secrezioni e il vomito di chi è già infetto, di norma circa 4-16 giorni dopo l'esposizione all'agente virale. La morte sopraggiunge dopo circa 72 ore dall'insorgenza dei primi sintomi. Attualmente non si conosce una cura all'infezione di Ebola, né un vaccino. L'Ebola è stata elencata dalla NATO tra i 31 agenti potenzialmente utilizzabili nelle azioni di bioterrorismo.

²⁷ È stato introdotto il suo processo di canonizzazione. Manuel Mafara non è stato il "Don Juan" di certa letteratura romantica che l'ha reso ingiustamente famoso in quel senso di peccatore incallito e finalmente convertito.

²⁸ Beatificato da Urbano VIII nel 1629 e canonizzato da Clemente X nel 1671.

²⁹ È canonizzato da Clemente XIII nel 1767

³⁰ Beatificato da Paolo V nel 1605, canonizzato da Benedetto XIII nel 1726.

³¹ Beatificato da Benedetto XIV nel 1742 e canonizzato da lui stesso nel 1746; Leone XIII

lo dichiara assieme a san Giovanni di Dio patrono degli ospedali nel 1886.

³² In *Lezione dell'Ufficio delle Letture*, 14 luglio.

³³ Beatificato da Benedetto XIII nel 1729 e canonizzato dallo stesso pontefice nel 1737. Leone XIII lo dichierà patrono di tutte le opere di carità.

³⁴ VINCENZO DE' PAOLI, *Correspondance, entretiens, documents*, Gabalda, Paris 1910, vol. 10, 661)

³⁵ Il Catholic Medical Bureau (UCMB), fu creato nel 1955. Il suo scopo è quello di offrire aiuto tecnico alle istituzioni dipendenti, direttive di azione sanitaria, di guida e di sviluppo, formazione per il personale sanitario, consulenza tecnica e legale e informazioni necessarie nel campo sanitario e medico.

³⁶ Mentre l'UCMB si centra sulla vita delle istituzioni di sanità, l'HIV/AIDS ha come scopo servire di unione fra i differenti servizi che la Chiesa offre in rapporto all'HIV/AIDS (educazione, pastorale, sociale ecc.); il GIMFU si occupa con i meccanismi di finanziamento.

³⁷ STONEBURNER, RL, *Low-Beer, D, Analyses of HIV trend and behavioral data in Uganda, Kenya, and Zambia: Prevalence declines in Uganda relate more to reduction in sex partners than condom use*. (Abstract ThOrC734. XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa July 7-14, 2000.

³⁸ "The AIDS epidemic": Message of the Catholic Bishops of Uganda. Marianum Press, 1989.

³⁹ La versione locale, un tanto semplificata, e forse un tanto cruda ma efficace, diventò il "zero grazing message".

⁴⁰ La Chiesa cattolica accolse la prima parte del messaggio (*abstain and be faithful*) e non fu mai forzata a compromessi con la sua posizione e ad accogliere la promozione del condom come parte della sua azione per poter guadagnarsi accettazione e poter partecipare così alla campagna nazionale di risposta all'epidemia. La Presidenza della *Uganda AIDS Commission* – l'organismo più alto a livello nazionale in Uganda per combattere HIV/AIDS – è stato sempre affidato ai Vescovi Cattolici ed Anglicani. D'altra parte, l'enfasi dato alla promozione del condom apparirà molto più tardi nella storia dell'epidemia in

Uganda, una volta che i risultati positivi delle priorità promosse dal messaggio ABC hanno iniziato a produrre il suo effetto. Per una conoscenza più precisa sul caso cfr.: HOGLE J. GREEN E., NANTULYA V. STONEBURNER R. AND STOVER J., *What happened in Uganda? Declining HIV Prevalence, Behavior Change and the National Response*, Published by USAID, in the Project Lesson Learned Series, September 2002.

⁴¹ From the Mission and Policy Statement of RCC Health services, Part IV, par. 2.3. Relationship with privileged partners. "Partners" possono essere tutte le organizzazioni cristiane, NGO, uniti' sanitarie che operano mosse dallo stesso spirito evangelico, si riconoscono nella stessa missione anche se a volte possono essere distinte dalle diocesi.

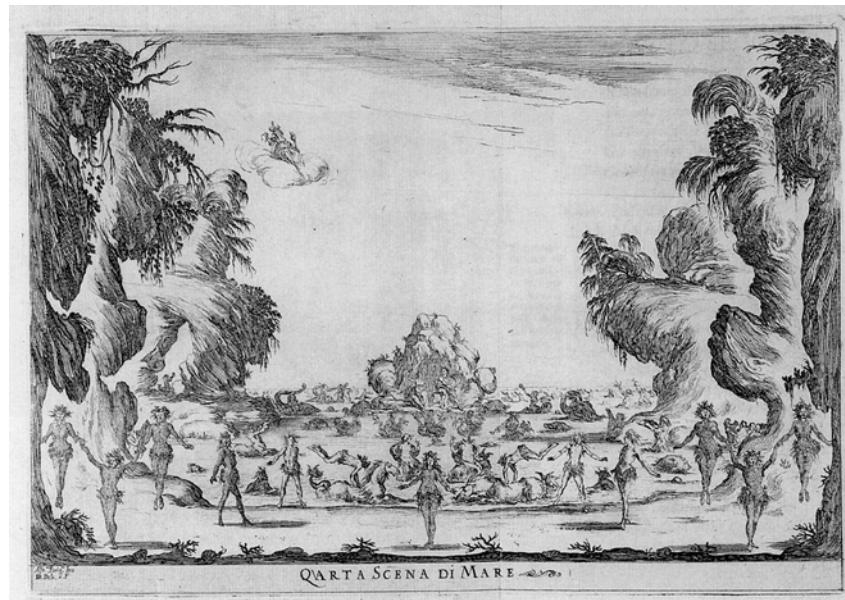
⁴² F. GONZALEZ, *Los movimientos en la Historia de la Iglesia*, Madrid: Encuentro, 1999; I movimenti. Dalla Chiesa degli Apostoli a oggi. Prefazione di Giorgio Feliciani. Postfazione del cardinale Joseph Ratzinger, Milano: Biblioteca Universale Rizzoli, 2000.

⁴³ Cfr. U. von BALTHASAR, *Sorelle nello Spirito. Teresa di Lisieux e Elisabetta di Digione*. Jaca Book, Milano 1974, 1-32.

⁴⁴ THOMAS TALLEY, *Healing, Sacrement or Charism?*, in "Worship", 46 (1972), 518-527, cfr. 521; DAVID STANLEY s.j., *Salvation and healing*, in "The Way", 10 (1970), 298-317.

⁴⁵ *Salvifici doloris* [11 febbraio 1984], n. 31.

⁴⁶ Ad gentes, 12; proprio per questo si deve garantire la sussistenza a chi è in difficoltà per malattia (*ibidem*; cfr. anche *Apostolicam actuositatem*, n. 8); i documenti conciliari fanno numerosi riferimenti all'assistenza agli infermi; i testi conciliari che si riferiscono al senso della sofferenza seguendo le tracce di Cristo e il suo atteggiamenti di fronte ai sofferenti sono molto ricchi; gli stessi atteggiamenti devono essere quelli della Chiesa e dei cristiani. Nella *Lumen gentium*, 41 si parla dell'unione dei sofferenti e dei malati in modo speciale al Mistero di Cristo (n. 41). Lo stesso viene sottolineato nel messaggio del Concilio (8.12.1965) ai poveri, agli ammalati, a tutti coloro che soffrono. Anche la *Lumen gentium*, n. 46, parlando della consacrazione religiosa, sottolinea precisamente questi aspetti nella consacrazione totale del religioso/a a Cristo.



2. Riflessione sulla rivelazione

WOJCIECH GIERTYCH

2.1 Fede, carità e malattie infettive

1. Edmund Wojtyła, fratello maggiore di Giovanni Paolo II, era medico. Morì nel 1932 in seguito ad un'infezione di scarlattina contratta nell'ospedale in cui lavorava. Poco prima di morire, chiese al padre di fare tutto il possibile affinché il fratello minore Karol non diventasse medico né sacerdote per non essere obbligato ad avere contatti con molte persone, e quindi non correre il rischio di contrarre una malattia grave¹. Quando, durante gli anni della guerra, Karol Wojtyła scoprì la propria vocazione, si era abituato alla vicinanza della morte e non si preoccupò delle paure del fratello. Egli non sapeva che nella sua vita sacerdotale avrebbe incontrato più persone di chiunque altro nella storia dell'umanità! Visse la sua vocazione in pieno, come *Totus Tuus*, fiducioso del sostegno della grazia divina, senza contrarre nessuna malattia infettiva pericolosa.

2. Il dramma che porta con sé una malattia infettiva disorienta coloro che ne sono colpiti, i familiari, gli amici, la società in generale e, soprattutto, lo staff medico che è stato a contatto con il malato. La naturale paura della sofferenza e della morte in una situazione del genere diventa acuta. Come gestire questa paura? Che tipo di contatto stabilire con il paziente, per non diffondere la malattia e non infettarsi? I pazienti dovrebbero essere curati in sanatori chiusi, respinti dalla società, come i lebbrosi del Vecchio Testamento, oppure si dovrebbe concedere loro di avere un contatto con la società in generale? Medici e infermieri devono essere

obbligati ad avere contatti con tali pazienti, quando perfino i loro parenti più stretti tendono ad allontanarli per paura del contagio? È moralmente permisibile rischiare la vita per il bene di un paziente che morirà comunque presto? So-prattutto nei paesi in cui c'è scarsità di personale medico, (e dove addirittura possono scomparire, come in alcuni paesi dell'Africa drammaticamente colpiti dalla pandemia dell'AIDS), la possibilità di infettarsi non dovrebbe convincere i medici a salvare anzitutto la propria vita per il bene di un numero maggiore di persone, che essi potrebbero servire?

3. Queste questioni, cavillose come tutte le questioni morali, possono essere viste da varie angolazioni. È possibile analizzarle dal punto di vista della legge naturale e da quello della legge rivelata, che è stata data all'umanità in due fasi. La legge della vecchia dispensazione, composta di comandamenti, esclude le azioni malvagie basilari e conduce verso un'etica più alta data da Cristo. La nuova legge del Vangelo è, anzitutto, una legge interiore, condizionata nell'anima dallo stesso Spirito Santo, che infonde virtù e doni divini, e che, attraverso l'insegnamento offerto nei Vangeli e dal Magistero della Chiesa, conduce verso una fede più profonda in Cristo e manifesta come la grazia di Dio, liberamente data, possa essere applicata in svariate situazioni umane. Per questo, la nuova legge, a parte i comandamenti morali, conosciuti dalla legge naturale e dalla vecchia dispen-

sazione, propone consigli evangelici che possono essere messi in pratica soltanto sulla base di una fede e di una fiducia profonda nel sostegno divino.

4. Nella ricerca di un fondamento di una politica pubblica riguardo il trattamento di persone colpite da malattie infettive, la riflessione etica, nel migliore dei casi, si rivolge verso principi morali che possono essere tratti dalla legge naturale o, nell'atrofia di cognizione dei fondamenti metafisici della legge naturale, verso un'etica procedurale elaborata sulla base dell'esperienza, del reciproco consenso o dell'utilitarismo. Nei Paesi in cui prevale una cultura prevaricatrice, vengono promulgate politiche scritte che determinano procedure dettagliate da seguire in ogni possibile situazione attraverso le quali le istituzioni si difendono da processi dispendiosi. Gli ospedali possiedono una chiara esposizione della loro missione e regolamenti ben definiti sugli obblighi dello staff ospedaliero, che include ipotesi di comportamento con pazienti che soffrono di malattie infettive. I dentisti sono obbligati ad estrarre i denti dei pazienti HIV positivi, correndo il rischio, in questo modo, di entrare in contatto con il loro sangue infetto? Quale tipo di protezione, a parte una pulizia generale o una mascherina sul volto, i medici e le infermiere devono usare o hanno la possibilità di indossare quando entrano in contatto con pazienti che soffrono di tubercolosi, non soltanto tenendo presente il bene

del paziente, ma anche il proprio? Una riflessione sulla legge naturale, partendo dall'intuizione fondamentale che il buono deve essere perseguito e il male evitato, elabora conclusioni dalle inclinazioni basilari della natura umana, quali l'inclinazione a conservare e a trasmettere la vita e ad educare i figli, e quella di conoscere la verità e vivere nella società. Dalle inclinazioni basilari focalizzate sui valori principali, tenendo conto della dignità del paziente e di quella del medico, i loro diritti intrinseci di esseri umani e quelli acquisiti, si devono trovare delle soluzioni. Arrivare a conclusioni pratiche sulla base di un ragionamento puramente naturale non è facile e non è in tutti i casi convincente, in particolare quando manca l'accordo sui fondamenti filosofici.

5. Una risposta cristiana alle sfide morali va oltre le conclusioni alle quali si può arrivare mediante una riflessione filosofica razionale. Mentre non sempre può essere possibile formulare e difendere una politica pubblica sulla base della pienezza del messaggio evangelico, l'etica specificatamente cristiana può e deve permeare dall'interno gli atteggiamenti e la testimonianza dei cristiani. La suprema legge morale cristiana, la nuova legge di grazia, non è soltanto una legge esterna che potrebbe offrire soluzioni precise alla mente perplessa². Il suo fondamento è la presenza misteriosa della grazia dello Spirito Santo, che dal profondo dell'anima offre intuizioni e sostegno spirituali che trasformano la mente, aprendola a prospettive che ne trascendono percezioni e calcoli esterni, provocando nella volontà un'attrazione verso il bene supremo della carità e suscitando nel cuore, cioè nelle emozioni e nelle intuizioni, una compassione e una preoccupazione che garantiscono un carattere umano a tutte le nostre azioni. L'apertura verso un movimento interiore dello Spirito Santo richiede una fede vera in Cristo come suo fondamento. La parola esternamente trasmessa, che troviamo primariamente nel Sermone della Montagna e nel cospicuo insegnamento della Chiesa, con il suo con-

comitante dinamismo spirituale, proveniente dalla Persona divina, dispone ad una fede profonda in Cristo e ordina l'uso della grazia in numerose situazioni umane. Seguendo la conclusione di San Paolo nella *Lettera ai Galati*, che fortemente insiste su unicità, libertà interiore e fecondità morale di una vita basata sulla fede in Cristo, San Tommaso d'Aquino, definendo e sostenendo esplicitamente gli elementi specifici della nuova legge e il suo funzionamento nell'anima, riconosceva la manifestazione dello Spirito Santo nella "fede che opera per mezzo della carità" (*Gal 5,6*). Mentre le opere misteriose della grazia, assieme ad altre verità di fede, non possono essere praticamente notate e razionalmente provate, l'esperienza di intraprendere azioni che hanno una fede pratica in Cristo come loro fondamento e che aspirano alla suprema carità può essere notata tanto da colui che agisce quanto dagli altri, che testimoniano un atto eroico di carità che può essere motivato soltanto da una fede profonda.



Collocare la nuova legge di grazia come apice della sintesi morale di San Tommaso è pienamente in accordo con l'insegnamento di San Paolo³. Una riflessione sulla legge naturale e le sue implicazioni morali trova posto in una legge morale cristiana, poiché il mistero della fede non nega i diritti e la competenza della ragione, ma una

vera presentazione cristiana della vita morale si arresterebbe, se il dinamismo della grazia dello Spirito Santo, funzionando nell'esercizio dell'atto morale fosse ignorato o messo da parte. La parola del Vangelo che è Buona Novella, capace di cambiare il mondo dall'interno, è una parola che ha ricevuto la grazia dalla potenza dello stesso Dio vivente. Ciò vuol dire che è possibile una presentazione ad un duplice livello dei dilemmi morali: una centrata sul dilemma stesso, alla ricerca di argomenti razionali, filosoficamente difendibili che possono servire nell'elaborazione di soluzioni di prudenza, e un'altra centrata non sul dilemma stesso, bensì sulla presenza salvifica del Dio vivente che, attraverso il dinamismo interiore dello Spirito Santo, illumina, ispira e stimola la soluzione di un concreto dilemma morale che supera di gran lunga le conclusioni limitate e prive di rischio della mente pensante, o ancor più crea un dilemma morale, in cui la mente puramente razionale non vede alcun problema. Il credente sa che una fede viva, provocando atti inimmaginabili di carità, trasforma completamente tutte le situazioni morali, facendo di esse occasioni in cui si manifesta la fecondità di Dio. Per quanto riguarda le questioni morali, spesso l'attenzione è stata rivolta soltanto e puramente alla riflessione razionale, nella convinzione che le questioni morali debbano essere interpretate alla luce degli argomenti filosofici, concretizzando la giustificazione ultima delle norme morali obbligatorie e apprendo, così, un terreno di dialogo con i non credenti, la cui volontà di impegnarsi in un dibattito intellettuale ed etico sulla base delle assunzioni metafisiche era presunta. La difficoltà ad accettare argomenti razionali morali, tuttavia, è causata non solo dalla debolezza delle menti, ma anche dalla debolezza delle volontà, e dai cuori flebili che indietreggiano perfino di fronte a conclusioni morali convincenti. Inoltre, una focalizzazione speciale sull'argomentazione razionale ha condotto ad un Pelagianesimo pratico, privando gli agenti morali di un'iniziazione nella vita di grazia che offre l'unico dinamismo disponibile, capace di dominare la volontà e di muove-

re i cuori deboli nella loro lotta per il bene supremo e permettendo di vivere le sfide morali che la mente debole spesso percepisce vagamente e che tuttavia, nella conoscenza dei propri limiti, respinge. Non sono necessari ulteriori argomenti razionali a difesa dei vincoli morali difficili, ma un'introduzione nella vita spirituale che generi fiducia nella forza della Parola viva di Dio, che può toccare menti, volontà e cuore più profondamente del ragionamento filosofico. Ciò vuol dire che un discorso morale deve essere veramente teologico, focalizzato sulla presenza reale della forza dello Spirito Santo, esattamente al cuore dei dilemmi morali concreti. Solo allora la presentazione di una sfida morale sarà, allo stesso tempo, un'iniziazione nell'incontro con la grazia che rende possibile assumere la sfida. Se, nel mondo occidentale, la Chiesa deve affrontare un rifiuto diffuso, ciò è dovuto per la maggior parte al fatto che il discorso della Chiesa è anzitutto interpretato come moralizzante e non sufficientemente come un annuncio della forza della grazia che Cristo offre.

6. La vita spirituale ha bisogno, per iniziare, di una fede viva, centrata nella Persona di Cristo. L'atto di fede è un momento di umiltà dell'intelletto, quando la mente percepisce i propri limiti e malgrado ciò continua a tendere verso il mistero che le è stato trasmesso nella Chiesa dagli apostoli. Fede non è amputazione dell'intelletto, ma accettazione che l'intelletto è tratto più in profondità nel mistero divino. L'oggetto della fede è Dio stesso, non la mera conoscenza, anche quella teologica, su Dio, ma il Dio vivente. E Dio è anche il motivo dell'atto di fede, intrapreso sotto l'impulso della volontà. Noi crediamo in Dio, a causa di Dio, perché siamo mossi da Dio. L'origine della fede nell'anima proviene da un movimento di grazia liberamente dato, anche se la crescita della fede e la sua applicazione nel pensare e nell'assumere decisioni dipendono dallo sforzo e dalla cooperazione dell'uomo. Il carattere soprannaturale della fede spiega perché non è possibile convincere nessuna persona sulle verità

di fede. Le argomentazioni apologetiche possono mostrare che l'atto di fede non è assurdo, che c'è una logica inherente nelle verità di fede, che sono basate sulla Rivelazione, ma esse non possono forzare il passaggio dalla non fede alla fede, dal livello naturale a quello soprannaturale. Questo viene come un dono di Dio. Nella teologia barocca influenzata dagli scritti del gesuita L. Molina, si riteneva che mentre l'oggetto di fede è soprannaturale, il motivo di fede potrebbe essere naturale. Non è questa la posizione dell'Aquinate, che affermava che anche il motivo di fede è soprannaturale, in quanto è Dio stesso. Ciò vuol dire che i motivi di fede puramente naturali, come l'appartenenza alla cultura cristiana, l'autorità di individui rispettati, le argomentazioni filosofiche o la sorpresa causata dai miracoli, non sono sufficienti per la fede. Questa, come virtù infusa, comporta la penetrazione dell'intelletto da parte di Dio stesso, ed è questa la grandezza della fede, e non la sua debolezza.

qui nel tabernacolo", Dio ne rimane toccato e immediatamente un movimento invisibile di grazia, come un fiume sotterraneo, penetra l'anima. È necessario credere nel carattere soprannaturale della fede, in quanto esso rende possibile un contatto diretto con Dio. Per questo è estremamente importante assicurare momenti regolari nella vita in cui è esercitata la fede. Questa fede deve essere fanciullesca e adulta allo stesso tempo. In maniera adulta, attraverso la pratica regolare della preghiera, si deve mantenere la fede viva, ma questa deve conservare una fiducia semplice e infantile, focalizzata sulla bontà di Dio, dal quale ci si aspetta di ricevere ogni cosa. Solo allora, quando la fede esercitata diventerà l'impulso dominante della vita, la grazia comincerà a trasformare la vita spirituale dall'interno, infondendo i doni dello Spirito Santo, cioè quelle capacità spirituali che permettono di riconoscere le intuizioni divine, e infondono le virtù morali che provocano una reazione generosa e creativa alle sfide umane concrete.

La vita di fede richiede il sostegno del ragionamento teologico, che la nutre, la rafforza e la difende, abituando la mente all'insegnamento rivelato e trasmesso. Essa richiede altresì che si ricevano i sacramenti, che sono cibo per la fede. Ma, in definitiva, a rafforzare la fede è l'esercizio della fede stessa, nella preghiera privata, nella ricezione liturgica dei sacramenti e, al di sopra di tutto, nel praticare atti umani concreti di cui essa è il fondamento. La fede è nutrita da se stessa, in quanto apre alla vita divina. Una fede viva, poiché il suo oggetto è Dio stesso, accetta come vere non solo le verità dogmatiche (cosa non particolarmente difficile), ma anche il mistero della guida divina, in quanto esso si rivela nella vita quotidiana come fondamento delle decisioni pratiche. Questa guida divina resta misteriosa e, quando la fede viene rafforzata e la sua influenza penetra l'intera personalità, il buio del mistero della fede rimane e diventa sempre più scuro. Il buio della fede non scaturisce dalla peccaminosità, ma dalla natura dell'intelletto, che cerca la luce. C'è una contraddizione inerente tra l'aspirazione naturale di



Poiché la fede è soprannaturale, essa permette il contatto con il Dio vivo⁴. Nella preghiera, vocale o contemplativa, quando è esercitata la fede, tra l'anima e Dio si stabilisce un punto di contatto. E poiché Dio è amore supremo, Egli ha il bisogno intrinseco di dare se stesso. Ogni qualvolta avviene un vero atto di fede, anche sulla base di una semplice formulazione cognitiva: "Io credo che Gesù sia presente

intelletto e il mistero di fede, che richiede umiltà dell'intelletto, e ciò è causa di dolore. Ma, poiché Dio si nasconde nel mistero, Egli non può essere ridotto al livello di un oggetto di cognizione sul quale si potrebbe avere potere. Là dove il contatto avviene attraverso la fede, Dio non è ridotto al livello di una soluzione di un rebus, e nell'approcchio con Lui c'è quindi spazio per la fiducia, la speranza e l'amore. Paradossalmente, nascondendosi nel mistero, Dio rende possibile un contatto fiducioso con Lui, rivelandovi la Sua paternità. Per condurre una vita veramente spirituale, c'è bisogno di coraggio per proseguire sulla base di quel solido fondamento che è il camminare sulle acque. Quando San Pietro credeva in Cristo, egli camminava verso di Lui sulle onde (*Mt 14,29*). Quando la sua fede vacillò, cominciò ad affogare. A volte può sembrare che proseguire sia facile, come camminare su un lago ghiacciato. In altri momenti, occorre decidere di realizzare atti di fede profondi al fine di proseguire verso un futuro che è misterioso ed incomprensibile, nonostante insicurezze, dubbi ed emozioni di paura, disgusto o perfino rabbia. Una fede viva, poiché stabilisce un contatto con Dio e apre l'anima ai movimenti invisibili della grazia, allarga la mente verso orizzonti che eccedono le sue naturali capacità, disponendo a ricevere i movimenti dei doni dello Spirito Santo. Con la mediazione della parola del Vangelo, che include la parabola sul Buon Samaritano (*Lc 10,29-37*) e i numerosi consigli evangelici che invitano a fare più miglia, ad offrire la guancia, a perdonare (*Mt 5,38-42*), a visitare gli ammalati (*Mt 25,35*), lo Spirito Santo ispira e provoca atti di carità, che richiedono un atto di fede come fondamento. Solo quando la ragione è crocifissa dalla fede, nell'anima viene suscitata la pienezza di carità. Il Buon Samaritano doveva avere una fede profonda per investire nel pover'uomo, non solo la preoccupazione e il denaro che aveva con sé al momento, ma anche quello che non aveva, e che sperava di guadagnare a Gerico. Nella carità è offerto un amore – di cui non si conosce la potenza – sulla base di una fede centrata in Cri-

sto, nel credere che il Suo Spirito infonderà l'amore necessario. Inviti divini, quali i talenti evangelici (*Mt 25,14-30*), devono essere posti in pratica in maniera intelligente e creativa, sulla base della fede. La capacità di dare liberamente e intelligentemente, unicamente sulla base di un'intuizione divina, riconosciuta soltanto in fede, e a volte lottando contro emozioni contrarie, cresce con l'esercizio. Più si risponde a Dio, più le grazie susseguenti diventano esigenti. Più si è trasparenti ai movimenti interiori di grazia, più Dio invita a una maggiore generosità, sempre con il mistero di fede come fondamento.

La teologia classica, secondo l'Aquinate, definiva una fede attiva come una fede formata dalla carità⁵, una fede caratterizzata dal movimento. Lo sottolineano distinzioni precise, rese possibili dalla grammatica latina. Una fede non formata può riferirsi a due atti: *Credo Deum esse* e *Credo Deo*. Il primo si riferisce al credo nell'esistenza di Dio e il secondo al credo nella sincerità di Dio. È possibile credere che Dio esiste, poiché non credere è assurdo e lascia il rebus di ogni esistenza irrisolto, senza impegnarsi veramente in una fede viva. Allo stesso modo, è possibile accettare in un atto generale di fede, la veridicità delle Scritture e tutti i dogmi insegnati dalla Chiesa, senza realmente esserne disturbati. L'atto di fede formato dalla carità: *Credo in Deum*, dove la preposizione *in* è seguita dall'accusativo, si riferisce a un credo che include movimento verso l'oggetto di fede e che potrebbe essere tradotto nel seguente modo: "Credo verso Dio", e significare che l'atto di fede trasporta con sé un movimento di carità e tutte le altre virtù morali. Il punto centrale di Dio in una fede formata non è mero assenso o approvazione dell'esistenza di Dio e del Suo insegnamento. Esso coinvolge il funzionamento del fondamento di fede nell'azione umana, a tutti i livelli, dall'intenzione, decisione, a volte deliberazione ed esecuzione. Un'apertura attiva a Dio comporta, quindi, l'invito di Dio e il Suo ineffabile mistero nel processo di assunzione di decisioni e di azione. L'estensione della percezione della mente verso il mistero divino

mediante la fede permette di vedere intuitivamente sfide e dilemmi morali laddove una mente grossolana non vede nulla, e l'infusione della carità divina nella volontà desta la sua attrazione intrinseca verso un bene, vero e spesso difficile, che una volontà insensibile e indifferente evita.

7. Tra fede e carità c'è posto per la speranza. La virtù teologale della speranza come la fede è centrata in Dio. Essa è distinta dall'emozione della speranza o dall'ambizione che fornisce l'energia psichica per intraprendere compiti ardui, e dalla virtù della speranza naturale, chiamata magnanimità, che è focalizzata su fini naturali e difficili. Essendo una virtù, la virtù teologale della speranza va coltivata abituando la volontà a dirigersi verso il mistero che Dio ha pianificato. Essa cresce attraverso l'abbandono degli attaccamenti, compreso quello alle memorie, buone e cattive, che possono prevenire l'accettazione della volontà di Dio. Così come la fede comprende che c'è un ignoto nella vita quotidiana, all'interno del quale c'è una presenza nascosta di Dio, così la speranza accetta che il futuro sia, in definitiva, nelle mani di Dio, e che è pieno di sorprese perché Dio guida attraverso la vita in una maniera che non si potrebbe mai immaginare o pianificare.

8. Carità è partecipazione all'amore che "è stato riversato nei nostri cuori per mezzo dello Spirito Santo che ci è stato dato" (*Rm 5,5*). È un amore soprannaturale, ma creato, che condiziona la volontà nelle sue scelte, e spesso si riflette nelle emozioni, generando compassione, preoccupazione e attaccamento. La carità mette in grado di entrare in amicizia con Dio e con altri in vista di Dio. L'amicizia richiede che con l'amico si stia su uno stesso livello, che ci sia un fine comune e uno scambio. È possibile diventare amico di Dio, solo perché Dio ha elevato la mente per mezzo della grazia ad un livello soprannaturale, altrimenti un incontro con Dio non sarebbe stato possibile. Il fine dell'amicizia della carità è l'unione finale con Dio nell'eternità. Per mantenere viva questa amicizia, deve esserci uno

scambio, un dialogo regolare. Dio, infatti, è più preoccupato della qualità dell'incontro con Lui che del successo reale del lavoro intrapreso. Importante non è ciò che facciamo nella vita, ma come incontriamo Dio. Il rapporto con Lui può essere intrattenuto anche quando le cose compiute non sono considerate importanti e grandi secondo gli standard umani. Non è l'attivismo, che può essere un campo d'orgoglio decisivo nella vita cristiana, ma l'incontro regolare con Dio, attraverso una fede viva e una risposta generosa agli impulsi divini. Questi sono inviti ad una maggiore generosità, a un dono di sé, al vero servizio, a un sorriso.



L'amore di Dio si riversa nell'amore per gli altri. Coloro che amano Dio amano coloro che Dio ama, e con lo stesso amore. La prospettiva di fede ci rende capaci di percepire nell'altro, iniziando da noi stessi, il fatto che egli è racchiuso nell'amore di Dio. Il medico o l'infermiera, nell'amore per il paziente, riconoscono che anche il paziente è figlio di Dio, oggetto di amore divino. Quando si ama una persona, se ne desidera il bene. Questo bene desiderato per l'altro è percepito in chiave di fede ed include anche il bene supremo che è l'unione finale con Dio. La prospettiva escatologica della fede influenza la qualità dell'amore per l'altro. Non è solo il benessere fisico dell'altro ad essere desiderato in carità, ma anche quello morale e spirituale. Per questo, il nostro bene morale è posto ad un livello più

alto del bene dell'altro. Noi possiamo sacrificare il nostro bene fisico per il bene dell'altro, ma non possiamo sacrificare il nostro bene spirituale e morale. Non c'è rivalità tra l'amore di Dio, l'amore di sé e l'amore per i fratelli, perché è lo stesso amore divino indirizzato direttamente verso Dio e verso gli altri. Ci sarà rivalità soltanto quando l'amore di carità si troverà di fronte ad un attaccamento puramente naturale, volontario o appassionato. Tuttavia, un amore che, inizialmente, può essere appassionato ed egoistico, in quanto sarà elevato, attraverso la fede in Dio, al livello soprannaturale, si focalizzerà sul bene supremo dell'altro e sarà purificato di ogni egoismo residuo, senza perdere nulla della sua umanità naturale ed emozionale.

L'amore di carità è incarnato nei rapporti umani, che trasforma e ai quali dà una profondità spirituale. Esso può iniziare con un attaccamento puramente naturale, o anche con un'avversione, ma se è mantenuto il primato della fede in Dio, quest'amore sarà elevato e qualcosa dell'amore di Dio traspirerà nel rapporto umano. L'amore di carità ha una fecondità divina. Dio ci chiede di offrire le nostre mani e i nostri cuori, le nostre scelte e la nostra creatività affinché il Suo amore sia presente, qui e ora, proprio là dove si ritroverà ad essere, e dove porterà frutti. Infatti, questa "fede che opera per mezzo della carità" nel contesto delle relazioni umane e delle responsabilità è un modo di rendere la Chiesa presente nel mondo. La qualità delle relazioni umane, trasformata dall'amore divino, cambia il mondo dall'interno. È comprensibile, allora come questo amore divino, incarnato così come è nelle varie situazioni e relazioni umane, sia mosso sempre da un affetto uguale. Non tutte le persone sono amate con la stessa intensità, quando sono amate attraverso l'amore divino. Pensare che tutti debbano essere amati nella stessa misura vuol dire che nessuno è amato. È normale che ci sia una maggiore responsabilità per coloro che sono vicini – per legami familiari, amicizia naturale e legami sociali – rispetto a coloro che sono distanti⁶. L'amore di carità sarà quindi sem-

pre preferenziale, e ciò non dovrrebbe essere messo in questione. L'amore di coloro che sono vicini e che rispondono con un amore reciproco conferisce una forza psicologica che rigenera la personalità e permette quindi l'amore di quanti sono distanti. Se un medico ama teneramente la propria famiglia (non unicamente su una pura base naturale, ma anche attraverso la fede), e attraverso il suo amore sperimenta una rigenerazione psichica, ciò gli darà la capacità affettiva di amare quanti incontra su base regolare, cioè i pazienti. Per il medico che non ama nessuno in maniera profonda, sarà molto difficile amare i pazienti, con i quali i rapporti non sono così stretti.

9. I presenti principi teologici riguardanti le virtù teologali descrivono gli elementi basilari di un approccio mistico alla vita. In ogni vocazione e in ogni situazione umana, c'è posto per la fede e per l'amore divino. Ciò è vero, in particolare, per i rappresentanti delle professioni mediche, che ogni giorno passano attraverso malattie e tragedie umane, affrontano il mistero della morte e la gioia della vita. Medici o infermieri, incontrando i pazienti che soffrono di malattie contagiose gravi, oltre a prendere quelle misure che saranno tecnicamente appropriate secondo la scienza medica, possono guardare alla tragedia del paziente, cercando di consolarlo, di sollevarlo, e anche di aiutarlo ad affrontare la morte ormai prossima e l'incontro con il Creatore. Nella paura del contagio, essi potrebbero anche ridurre le procedure mediche all'essenziale, manifestando timore, disgusto o distanza che saranno umilianti per il paziente. Nella scelta di atteggiamenti e atti concreti, c'è posto per una fede viva, aperta a Dio, per una speranza che va al di là dei calcoli personali, per un amore che ha fiducia nella presenza di Dio nel cuore, nei gesti, e nelle scelte fatte per il bene del paziente. Non è possibile legiferare su procedure e atteggiamenti che scaturiscono da un incontro personale con Dio, ma è possibile proporre quegli atteggiamenti e quelle disposizioni interne in cui sarà mantenuta una lucida apertura al mistero di Dio.

La persona che soffre di una malattia contagiosa sa che ogni contatto umano può mettere a rischio l’altro. Ciò è estremamente umiliante e va ad aggiungersi alla sofferenza e alla paura della morte che il paziente prova. Ogni ammalato sperimenta la solitudine, che è aggravata in questo caso dall’isolamento causato dal possibile contagio. Tuttavia, il tempo della malattia può essere anche una sorta di ritiro, un momento di rinnovamento spirituale, un periodo inviato dal cielo per fare i conti con se stessi, con i risentimenti, la rabbia, le resistenze nascoste alla grazia, e una preparazione alla morte. La paura della morte e l’incapacità di affrontarla e di interpretarla, generano a volte nello staff medico atteggiamenti contraddittori tra coloro che cercano disperatamente di prolungare la vita con mezzi non comuni e quelli che invece vogliono terminarla prematuramente ricorrendo all’eutanasia⁷. Una comprensione cristiana della morte come momento dell’incontro finale ed eterno con Dio, e una comprensione del morire come un processo in cui si sviluppa l’apertura alla grazia di Dio e il dono di sé per essere amati da Dio, permetterà allo

staff medico di assistere il morente nel viaggio spirituale finale. Il superamento, da parte dei medici e degli infermieri, delle proprie paure attraverso una fede viva, e la loro carità vera e devota, possono aiutare il paziente a crescere in fiducia e ad accettare le mani amoroze di Dio. Le misure palliative non dovrebbero privare il paziente della possibilità di affrontare la morte in maniera umana e dignitosa. Nel vedere il generoso dono di sé del medico e dell’infermiera, spiegato solo dalla fede, il paziente può, a volte in maniera decisiva, percepire l’amore misericordioso di Dio, che aspetta solo il cuore fiducioso di Suo figlio. Nei secoli precedenti, la gente viveva in una maggiore dipendenza da Dio, e aveva pertanto un rapporto di fiducia con Lui. Oggi, molti, nella loro vita, non hanno bisogno di Dio perché si ritengono autosufficienti. Tuttavia Dio, nella Sua misericordia, ha prolungato la durata della vita e a volte il periodo finale trascorre nella sofferenza e nella solitudine. Questo è un momento inviato dal cielo per imparare ad essere bambini di fronte a Lui. La trasmissione della carità basata sulla fede da parte di coloro che

accompagnano il morente è un mistero meraviglioso di lunga ben più importante degli stretti servizi medici somministrati. L’intuizione e la vivida testimonianza della beata Teresa di Calcutta lo hanno mostrato al mondo.

P. WOJCIECH GIERTYCH OP
Teologo della Casa Pontificia,
Santa Sede

Note

¹ Ho sentito questa storia a Cracovia.

² SAN TOMMASO D’AQUINO, *Summa theologiae*, IIa-IIae, q. 106-108.

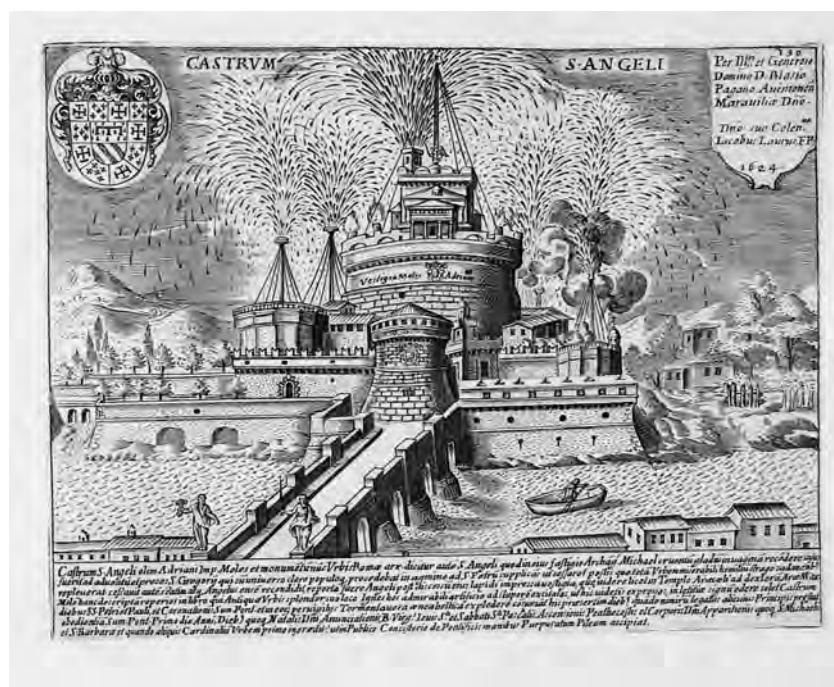
³ SERVAIS PINCKAERS OP, *Les sources de la morale chrétienne*, (Éditions Universitaires, Cerf, Friburgo - Parigi, 1985), p. 178-194.

⁴ SAN TOMMASO D’AQUINO, *Summa theologiae*, IIa-IIae, q. 1, art. 2, ad 2: *Actus autem creditis non terminatur ad enuntiabile, sed ad rem.* Giovanni Paolo II, *Dominum et vivificantem*, n. 51. *La fede, nella sua più profonda essenza, è l’apertura del cuore umano davanti al dono: davanti all’autocomunicazione di Dio nello Spirito Santo.*

⁵ SAN TOMMASO D’AQUINO, *Summa theologiae*, IIa-IIae, q. 2, art. 2.

⁶ In un raro caso di rabbia, San Tommaso d’Aquin respinse fortemente l’idea che l’amore di carità deve essere uguale: *IIa-IIae*, q. 26, art. 6: *Quidam enim dixerunt quod omnes proximi sunt aequaliter ex caritate diligendi quandum ad affectum... Sed hoc irrationaliter dicitur.*

⁷ JEAN-MIGUEL GARRIGUES, *À l’heure de notre mort. Accueillir la vie éternelle*, (Éditions de l’Emmanuel, Parigi, 2000), p. 52.



venerdì
24
novembre

PASCUAL PILES FERRANDO

2.2 Le testimonianze dei santi che si sono dedicati alla cura dei malati contagiosi

1. Seguire Gesù ci porta a vivere amando gli altri

Nella Chiesa siamo stati chiamati a seguire Gesù Cristo suo fondatore e il Vangelo che, come Buona Novella, ci ha trasmesso.

Sappiamo che il comandamento principale tra quelli della Legge è il comandamento dell'amore.

Gli chiesero: "Maestro, qual è il più grande comandamento della legge? Rispose: *Amerai il Signore Dio tuo con tutto il cuore, con tutta la tua anima e con tutta la tua mente.* Questo è il primo dei comandamenti. E il secondo è simile al primo: *Amerai il prossimo tuo come te stesso*" (*Mt 22,36-39*).

Le numerose azioni di Gesù descritte dai Vangeli, le parabole che presentò durante la sua predicazione, le riflessioni dell'ultima cena che San Giovanni raccoglie nei capitoli dal 13 al 17 (culminate con la preghiera sacerdotale), lo confermano.

Gesù lo dice chiaramente. Egli è il Messia. Lo esprime chiaramente all'inizio della sua vita pubblica, quando, nella sinagoga di Nazaret, gli consegnano il libro di Isaia e, srotolando il volume, va al passaggio in cui era scritto: "Lo Spirito del Signore è sopra di me; per questo mi ha consacrato con l'unzione, e mi ha mandato per annunziare ai poveri un lieto messaggio, per proclamare ai prigionieri la liberazione e ai ciechi la vista, per rimettere in libertà gli oppressi, e per predicare un anno di grazia del Signore" (*Lc 4,17-19*).

In seguito, di fronte alla domanda dei discepoli di Giovanni Battista, che gli chiedono se era lui colui che doveva venire o se dovevano attendere ancora, risponde: "Andate e riferite a Giovanni ciò

che avete visto e udito: i ciechi riacquistano la vista, gli zoppi camminano, i lebbrosi vengono sanati, i sordi odono, i morti risuscitano, ai poveri è annunziata la buona novella" (*Lc 7,22*).

Gesù presenta questa chiamata in forma molto diretta nella Parabola del Buon Samaritano (*Lc 10,29-37*). Alla fine del racconto, rivolge un grande invito: "Va', e fa' lo stesso".

Alla figura del Buon Samaritano Giovanni Paolo II dedicò l'intero capitolo VII della Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*. Con questa parabola, secondo il Papa, Cristo vuole rispondere alla domanda: "Chi è il mio prossimo?". Solamente il Samaritano dimostrò di essere il prossimo dell'uomo sfortunato derubato e ferito dai briganti.

La parabola del Buon Samaritano ci indica quale deve essere il rapporto che ciascuno di noi deve avere nei confronti del prossimo che soffre. Non ci è permesso passare al largo, ma dobbiamo invece metterci al suo fianco. Il Buon Samaritano è ogni uomo che è vicino alla sofferenza di un altro uomo, indipendentemente da chi esso sia. Questo atteggiamento non significa curiosità, ma piuttosto disponibilità.

Dopo un'analisi della parte compassionevole della dedizione agli altri nel momento del dolore, il Papa passa a fare un'analisi dell'aiuto offerto nella sofferenza, di qualsiasi tipo essa sia, in modo efficace, come donazione di se stessi, che può mettere persino in pericolo la propria vita, così come è successo in molti casi di malattie contagiose, quando non è stato possibile prendere le dovute precauzioni per evitare l'infezione.

Dalla parabola del Buon Sama-

ritano, il Santo Padre, nella sua analisi, passa al testo di *Mt 25,31-46*, nel quale Gesù rivela come nel giudizio finale quanto sarà stato fatto agli altri sarà considerato come fatto a Lui stesso: "Venite, benedetti del Padre mio, ricevete in eredità il regno preparato per voi fin dalla fondazione del mondo. Perché ho avuto fame e mi avete dato da mangiare, sete e mi avete dato da bere...".

Molti cristiani, consacrati e non, si sono dedicati come operatori sanitari alle persone sofferenti. Lo hanno fatto anche molte altre persone, lavorando come volontari, dedicando agli altri il proprio tempo e le proprie conoscenze. La Chiesa annovera una grande schiera di persone che hanno dedicato la propria vita in modo particolare agli altri, soprattutto a coloro che erano nella necessità e nella sofferenza.

2. Donarsi agli altri in modo eroico

Il mistero pasquale di Gesù Cristo, passione, morte e risurrezione, è la testimonianza della sua dedizione eroica, al Padre e a noi, per redimerci.

Questo mistero pasquale fu predetto in varie occasioni, una delle quali è raccolta dall'Evangelista Marco: "Gesù istruiva i suoi discepoli, e diceva loro: il Figlio dell'uomo sta per essere consegnato nelle mani degli uomini e lo uccideranno; ma una volta ucciso, dopo tre giorni, risusciterà" (*Mc 9,31*).

Non è facile comprendere che bisogna dare la vita per gli altri, ma quando lo si capisce è un grande cammino che porta al senso della vita, un cammino di crescita spirituale.

Una dedizione di grande valore è quella della vita quotidiana. Riuscire ad alzarsi ogni giorno con la forza che ci dà il Signore, con la gioia di iniziare la giornata vedendola come una nuova opportunità per dedicarci agli altri, ringrazian- do per la salute, e poter dedicare con generosità e con gioia la nostra persona e il nostro tempo alla Chiesa, alle persone, al lavoro, a quanti soffrono, è una grande testimonianza, un fatto eroico.

Sono molte le giornate veramente significative, arricchite dalle esperienze che provengono dal contatto con i malati e i bisognosi, persone che abbiamo aiutato nelle loro necessità morali o spirituali, o che abbiamo aiutato per venire incontro alle loro necessità fisiche. È veramente un privilegio.

Le circostanze hanno fatto sì che, in alcune situazioni, molti cristiani siano giunti a donare la propria vita fino alla morte. Il martirio di tante persone per la causa di Cristo è realmente la testimonianza di una dedizione per la professione di fede e per amore a Dio. Non ci soffermeremo ora su questo punto.

Il nostro obiettivo è quello di presentare la vita dei Santi e dei Beati che si sono dedicati a curare i malati contagiosi. La loro dedizione è stata eroica. In alcuni casi sono stati contagiate dalla malattia, in altri morirono sempre a causa del contagio.

3. Testimonianze di Santi e Beati che si dedicarono alla cura dei malati contagiosi

È sorprendente vedere quante sono le persone che, lungo l'arco della storia della Chiesa, hanno dedicato la propria vita a curare i malati contagiosi. Mi soffermerò su alcuni di loro.

3.1 Santi e Beati morti a causa di epidemie al servizio dei malati

1. I Santi Martiri di Alessandria, 28 febbraio 262.
2. San Finniano di Clonard, 12 dicembre 549.
3. San Salvio di Albi, 10 settembre 584.
4. San Cedda, 26 ottobre 664.

5. San Luigi di Francia, 25 agosto 1270.

6. Beato Bartolo Buonpedoni, 12 dicembre 1310.

7. Beato Bernardo Tolomei, 20 agosto 1348.

8. Beato Odino Barotti, 7 luglio 1400.

9. San Giovanni da Capistrano, 23 ottobre 1456.

10. Beato Simone da Lipnica, 18 luglio 1482.

11. San Gerónimo Emiliani, 8 febbraio 1537.

12. San Luigi Gonzaga, 21 giugno 1591.

13. San Giovanni Grande, 3 giugno 1600.



14. Beato Antonio Constante Auriel, 16 giugno 1794.

15. Beato Agostino Giuseppe Desgardin, 6 luglio 1794.

16. Beato Bartolomeo Jarrige de la Morelie de Biars, 13 luglio 1794.

17. Beato Claudio Richard, 9 agosto 1794.

18. Beato Florencio D. de Cardillac, 5 settembre 1794.

19. Beato Santiago Gagnot, 10 settembre 1794.

20. Beato Pietro Sulpicio Cristóbal Faverge, 12 settembre 1794.

21. Beato Stefano Bellesini, 2 febbraio 1840.

22. Beata Maria Emilia Tavernier Gamelin, 23 settembre 1851.

23. Beato Modestino di Gesù e Maria (Domenico Mazzarello), 24 luglio 1854.

24. Santa Maria Michela del

Santissimo Sacramento (Micaela Desmasières), 24 agosto 1865.

25. San Francesco Maria da Camporosso, 17 settembre 1866.

26. Beato Damiano de Veuster, 15 aprile 1889.

27. Beato Piergiorgio Frassati, 4 luglio 1925.

28. Beato Eustachio van Lieshout, 30 agosto 1943.

29. Beato Giuseppe Zaplata, 19 febbraio 1945.

30. Beato Stefano Vincenzo Frelichowski, 23 febbraio 1945.

31. Beato Ilarione Januszewski, 25 marzo 1945.

32. Beato Luigi Variaria, nel 1923.

3.2 Beati che dedicarono la loro vita al servizio dei lebbrosi, anche se non furono contagiatati dalla malattia

1. Beato Pietro Donders, 14 gennaio 1887.

2. Beato Giovanni Beyzym, 2 ottobre 1912.

3. Beata Marianna (Barbara) Cope, 9 de agosto de 1918.

4. Commenti biografici

A seconda delle nostre conoscenze storiche, dei vincoli affettivi che ci legano alle nostre Congregazioni religiose, della devozione o curiosità che abbiamo per alcune figure, ci sono Santi e Beati che sono conosciuti da tutti o da quasi tutti, mentre alcuni di loro sono totalmente sconosciuti alla massa.

– È sorprendente il modo in cui hanno agito i **Santi Martiri di Alessandria**, fedeli, sacerdoti e diaconi, nell'anno 262, mentre era imperatore Galieno. Essi si dedicarono alla cura dei malati infettati dalla peste e prestarono loro con grande carità tutte le cure del caso, arrivando a contagiarli e a morire. La comunità cristiana li venerò in seguito come martiri.

– **San Luigi di Francia.** Luigi IX di Francia morì nel suo accampamento vicino a Tunz, contagiatto dall'epidemia di peste che stava distruggendo il suo esercito. Si narra che, iniziata l'epidemia, non si sottrasse dal visitare e consolare i malati, fino a quando non con-

trasse la terribile malattia, morendo il 25 agosto del 1270. Fu canonizzato nel 1297.

– **San Geronimo Emiliani**, fondatore dell'Ordine dei Chierici Regolari di Somasca, prestò il proprio servizio durante l'epidemia del 1528; in seguito diede accoglienza e un'educazione agli orfani dei morti a causa della peste. Quando la peste si manifestò di nuovo, si dedicò alla cura dei malati con carità eroica, fino a quando egli stesso non rimase vittima del contagio e morì l'8 febbraio del 1537. Fu canonizzato il 16 luglio del 1767.

– **San Luigi Gonzaga**, religioso professo della Compagnia di Gesù e chierico minore, che ottenne il permesso di curare i malati di peste a Roma, contagiandosi con la malattia e morendo il 21 giugno del 1591. Fu canonizzato il 31 dicembre del 1726.

– **San Giovanni Grande**, religioso dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio e fondatore dell'Ospedale della Candelaria a Jerez de la Frontera. Mentre era in corso un'epidemia di peste, si dedicò totalmente alla cura dei malati, fino a rimanere vittima del contagio e morire il 3 giugno del 1600. Fu canonizzato il 2 giugno del 1996.

– **Beata María Emilia Tavernier Gamelin**. Rimasta vedova, fondò a Montréal la Congregazione delle Suore della Provvidenza per la cura di anziani, orfani e malati, compresi quelli contagiosi. Lei stessa, durante un'epidemia di colera, fu infettata dalla malattia e morì il 23 settembre del 1851, lasciando alle sue Figlie spirituali il suo grande esempio di carità. Beatificata il 7 ottobre del 2001.

– **Santa Maria Michela del Santissimo Sacramento (Micaela Desmasières)**, fondatrice delle Suore Adoratrici. Quando seppe che a Valencia era in corso un'epidemia di colera, pensò solamente ad aiutare le Sorelle nella cura dei malati, e per questo motivo si recò sul posto, contagiandosi con la malattia e morendo, il 24 agosto del 1865. Fu canonizzata il 4 marzo del 1934.

– **San Francesco Maria da Camporosso**, religioso laico dell'Ordine dei Cappuccini, che dopo aver dato un insigne esempio di

Santità di vita, quando si verificò a Genova un'epidemia di colera si dedicò alla cura degli infermi fino a quando non si contagiò con la malattia e morì il 17 settembre del 1866, dopo aver offerto la propria vita a Dio. Fu canonizzato il 9 dicembre del 1962.

– **Beato Damiano de Veuster**, presbitero belga della Congregazione dei Sacri Cuori. Accettò di dedicarsi alla cura dei malati di lebbra nell'isola di Molokai fino a quando anche lui non rimase vittima della malattia. Dopo aver dato un sublime esempio di carità e dedizione, morì, il 15 aprile del 1889. Fu beatificato il 4 giugno del 1995.



– **Beato Luigi Variaria**, presbitero della Congregazione Salesiana, fondatore dell'Istituto delle Figlie dei Sacri Cuori di Gesù e Maria. Fu educato da San Giovanni Bosco a Valdocco. Questo apostolo e servo dei lebbrosi, ai quali si dedicò con amore instancabile, devoto al S. Cuore di Gesù, con il suo spirito salesiano portò allegria e ottimismo tra i lebbrosi. In questa Congregazione possono vivere insieme persone sane e inferme, non escludendo pertanto che tra le inferme possa nascere la vocazione a consacrare la propria vita a Dio. Attraversò un periodo di incom-

prensioni che lo costrinse ad allontanarsi a Cúcuta, in Colombia, dove morì santamente il 1º febbraio del 1923. Fu beatificato il 14 aprile del 2002.

– **Beato Piergiorgio Frassati**, giovane laico che mostrò grande spirito di pietà e ardore apostolico, oltre a distinguersi per le opere di carità e per le visite ai poveri e ai malati. Sembra che proprio durante queste visite contrasse la malattia che in breve lo portò a morire il 4 luglio del 1925 a Torino. Fu beatificato il 20 maggio del 1990.

– **Beato Eustachio van Lieshout**, sacerdote olandese della Congregazione dei Sacri Cuori, nella quale entrò attratto dall'esempio del Beato Damián de Veuster e volendo seguire il suo spirito di dedizione totale. Missionario in Brasile a partire dal 1925, gli venne attribuito il carisma delle guarigioni, e migliaia di persone accorrevano per ricevere la sua benedizione. Trasferito a Belo Horizonte, mentre si occupava di un malato di tifo esantematico, si contagiò con la malattia e morì il 30 agosto del 1943. Beatificato il 15 giugno del 2006.

– **Beato Stefano Vincenzo Frelichowski**, presbitero secolare polacco, destinato a Torun come vicario parrocchiale e cappellano dei giovani scout. Imprigionato dai tedeschi in vari campi di concentramento, alla fine giunse in quello di Dachau. Si offrì per assistere i malati di tifo nella baracca in cui erano stati confinati, e qui si contagiò. Morì il 23 febbraio del 1945, ed è stato beatificato come martire a Torun il 9 giugno 1999.

È interessante tenere conto di tre Beati che non si contagiaroni, malgrado avessero dedicato la vita a curare i lebbrosi.

– **Beato Pietro Donders**, olandese, appartenente ad una famiglia profondamente cattolica, optò prima per il sacerdozio secolare, andando missionario nel Suriname, la Guyana olandese, per servire i malati nel lebbrosario di Batavia, e successivamente professò nella Congregazione del SS. Redentore. Dopo aver trascorso anni ad assistere i lebbrosi con tutte le sue forze, morì il 14 gennaio del 1887. Fu beatificato il 23 maggio del 1982.

– Beato Giovanni Beyzym, polacco, sacerdote della Compagnia di Gesù. Dopo aver esercitato il proprio ministero in vari collegi, fu destinato nel 1898 in Madagascar, dove si dedicò alla cura dei lebbrosi, per i quali costruì un ospedale. Tra questi malati realizzò un meraviglioso lavoro apostolico e sociale. Morì il 2 ottobre del 1912, ed è stato beatificato il 18 agosto del 2002.

– Beata Marianna (Barbara) Cope. Nata in Germania, la sua famiglia emigrò negli Stati Uniti quando aveva due anni. Apparteneva alle suore del Terz'ordine francescano di Syracuse (USA). Succede al Beato Damiano de Veuster nella direzione del lebbrosario di Molokai, dove attivò la coltivazione delle terre da parte dei malati, il loro accesso all'istruzione e introdusse il concetto di igiene e di sanità. Morì il 9 agosto del 1918. È stata beatificata il 14 maggio del 2005.

5. Le malattie infettive

In molti luoghi, la situazione del nostro mondo è certamente migliore rispetto a quella dei secoli precedenti. I mezzi che abbiamo a disposizione per combattere le malattie ci danno molta garanzia e sicurezza.

L'igiene, l'asepsi, gli strumenti che impediscono il contatto diretto (guanti, mascherine ecc.) fanno sì che le possibilità di contagio siano minime.

Qualora esistano malattie contagiose, abbiamo molti più mezzi per combatterle e, anche se in alcuni casi si può rimanere infettati, è per mancanza di cura, per promiscuità, per contatti intimi tra persone infette. Possono verificarsi, però, anche casualità, che possono portarci all'infezione.

6. Conclusione

La testimonianza dei nostri Santi ci dà una possibilità di riflessione per il futuro.

Da una parte, non possiamo non apprezzare il fatto che nella Chiesa ci siano state persone che hanno veramente donato la propria vita agli altri: sono stati laici (uomini e

donne), tra i quali anche un re, sacerdoti e diaconi, religiose e religiosi, che hanno vissuto dedicandosi generosamente ai malati contagiosi, sia che fossero malati cronici, o persone rimaste vittime di una pestilenza, del tifo, di malattie che non perdonano e che portano, in breve, alla morte. Possiamo affermare con soddisfazione che la Chiesa è stata pioniera e presenza costante nel suo amore, per i deboli, gli emarginati, i poveri e, soprattutto, i malati e gli invalidi. Sono loro che hanno costituito e che costituiscono l'oggetto preferenziale del suo amore, seguendo il modello incarnato da Gesù.

I Santi che abbiamo ricordato hanno cercato di essere testimoni di Gesù Cristo, che si è donato agli altri fino a morire, per manifestare agli uomini il Suo amore misericordioso. Questi Santi si sono dedicati interamente al servizio delle persone bisognose, arrivando a donare la vita, e per questo sono stati considerati martiri del servizio.

Molte Costituzioni di Congregazioni o di Ordini Religiosi contemplano la possibilità che possa presentarsi la necessità di una dedizione eroica, come nel caso del nostro Ordine: “Ci dedichiamo all'assistenza degli ammalati e dei bisognosi, impegnandoci a prestare loro tutti i servizi necessari, anche i più umili e con pericolo della propria vita, a imitazione di Cristo, che ci amò fino a morire per la nostra salvezza” (Costituzioni dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, n. 22).

Innumerevoli sono stati coloro che sono morti, in questo servizio, nell'arco della storia della Chiesa, e la cui santità non è stata riconosciuta pubblicamente. Essi devono essere sempre considerati testimoni della dedizione della vita con grande amore, e costituire per noi una chiamata a dedicarci agli altri con generosità, nella forma moderna di essere apostoli della carità.

Come persone che si dedicano per vocazione all'assistenza dei malati, saper rispondere in ogni momento di bisogno deve costituire una grande sfida.

Rispetto a chi ci ha preceduto abbiamo a disposizione molti più mezzi, ma, malgrado ciò, dobbiamo riporre molta attenzione affin-

ché eventuali imprudenze non favoriscano il contagio, anche se può succedere che, pur stando attenti, ci si possa infettare.

Senza voler sottovalutare altri tipi di malattie infettive, oggi la grande pandemia è costituita dall'HIV/AIDS. La sua comparsa provocò grande sorpresa: molte persone si considerarono vittime di una realtà impensabile, e purtroppo, nei Paesi in via di sviluppo, la malattia continua a mietere molte vittime. Abbiamo preferito chiudere gli occhi di fronte alla realtà. Ci sono stati modi di vita basati sulla ricerca di soddisfazioni immediate e lontani dagli ideali di vita che possono restituire dignità alle persone. Dobbiamo dire, però, che non è stato così per tutti i casi.

La dedizione dei nostri Santi ai malati contagiosi è una grande chiamata a dedicarci all'educazione delle persone e alla prevenzione, e, grazie a Dio, possiamo offrire a questi malati una vita dignitosa, se non debellando l'infezione del virus, almeno con la possibilità di convivere con la malattia, con la promozione di unità in cui le persone malate, ormai allo stato terminale, possano essere accompagnate adeguatamente con cure palliative. Dobbiamo mostrare comprensione nei confronti di questi malati, soprattutto quando i loro modelli di vita non sono gli stessi del Magistero della Chiesa, offrendo sempre il nostro amore generoso, perché, come dice Benedetto XVI, dove c'è amore c'è Dio, perché “Dio è amore e si rende presente proprio nei momenti in cui nient'altro viene fatto fuorché amare” (Benedetto XVI, *Deus Caritas Est*, 31c).

Il Signore ci dia la capacità di donarci con generosità, di accettare quanto ci accade e di sentirci identificati con Cristo che morì per noi, di sentirci identificati con i martiri della Chiesa che hanno dato la propria vita per professare la fede e con tutti i martiri, che possiamo definire martiri dell'amore e dell'ospitalità.

P. PASCUAL PILES FERRANDO,
O.H.

Fratello dell'Ordine Ospedaliero
di San Giovanni di Dio (Fatebenefratelli)
Membro del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

TONY ANATRELLA

2.3 Epidemie, paure collettive e speranza cristiana

Numerose malattie infettive si sono sviluppate da sempre e altre, senza dubbio, faranno la loro comparsa o si manifesteranno nuovamente nel corso dei prossimi anni. Di fronte ad ogni fenomeno epidemico, sono state espresse paure e angosce. La Chiesa ha svolto un ruolo considerevole nell'accoglienza, nella cura dei malati e nell'accompagnamento sociale, e ciò l'ha spinta a riflettere e ad agire sulle paure che invadono le coscenze. Il discorso evangelico ha dovuto liberarsi del discorso terreno che vedeva in tutte le malattie un castigo divino. Dio non invia disgrazie e sofferenze agli uomini, ma al contrario li richiama al senso di responsabilità e a saper misurare le conseguenze delle loro azioni sulla vita, la fauna, la flora e l'universo. Tornerò più avanti nel mio intervento su questa prospettiva dell'antropologia cristiana.

Nella metà del secolo scorso, grazie agli innumerevoli progressi compiuti in campo farmacologico, si pensò di poter eliminare progressivamente le malattie dovute ai microbi, in particolare con l'uso degli antibiotici. Chiusi in questa speranza di un avvenire radioso, abbiamo dovuto, però, ritornare con i piedi per terra: in realtà, eravamo ben lontani dall'essere liberati dall'influenza degli agenti patogeni. Oggi, alcune specie continuano a sparire, intere foreste sono in pericolo di morte e l'uomo è colpito da diverse patologie infettive. L'angoscia di un'invasione da parte di una pandemia devastatrice è tornata ad essere realtà. A causa della globalizzazione, l'umanità, ma anche la flora e la fauna, si trovano di fronte all'aumento di agenti infettivi che li mettono in pericolo, ponendo problemi di salute pubblica, ma anche spirituali e morali.

Vi propongo una riflessione sui tre temi seguenti:

1. La coesistenza tra mondo microbico e gli esseri umani
2. Epidemie e paure collettive
3. Dalla paura alla speranza cristiana.

1. La coesistenza tra il mondo microbico, l'ambiente e gli esseri umani

1.1 Diffusione umana degli agenti infettivi

Le grandi epidemie ben conosciute della storia – vaiolo, peste, tubercolosi, malaria, sifilide, difterite ecc. e, più di recente, l'AIDS, la SARS e l'influenza aviaria – sono malattie provocate da agenti infettivi che sono, tra gli altri, passati dall'animale all'uomo. Esiste un legame tra i vivai di questi agenti patogeni e gli uomini che, per diverse ragioni, li contrarranno. A volte questi microrganismi subiscono mutazioni per adattarsi alla biologia umana e provocare epidemie.

Fermiamoci al significato del termine epidemia. Deriva dal latino *épidemia* che ha origine nel termine greco *epidemos* e significa *che circola nel popolo*. Un'epidemia è, dunque, la propagazione delle affezioni trasmissibili da agenti biologici. Più precisamente, un'epidemia è la diffusione, in un gruppo di agenti patogeni, dei microrganismi che si infiltrano in un organismo per colonizzarlo e vivere a sue spese con le sue risorse biologiche. Un microbo non provoca un'epidemia, ma un'epidemia non può aver luogo senza microbi.

Le malattie proliferano ogni volta che un microbo è espulso dal

suo vivaio naturale per andare a migrare in un altro organismo, spesso in seguito all'azione dell'uomo. Le deforestazioni, ad esempio, liberano individui biologici che devono trovare nuovi ospiti. O ancora, la vicinanza con i volatili e la mancanza di igiene favoriscono le trasmissioni. È così che nel 2002 il virus della SARS (Sindrome Respiratoria Acuta Grave) è probabilmente passato da una civetta all'uomo. Succede allo stesso modo con la pneumopatia provocata dal virus dell'influenza aviaria, che è l'ultimo agente patogeno carico di conseguenze per l'umanità. Ogni volta che, nella storia, assistiamo al ripetersi degli stessi fenomeni legati a un'epidemia, l'uomo ha sempre delle responsabilità nella diffusione degli agenti infettivi. Noi accettiamo di riconoscerlo per tutte le affezioni tranne, stranamente, per la proliferazione del virus HIV che provoca l'AIDS. La trasmissione di questo virus è perfettamente evitabile grazie ai nostri comportamenti e alle nostre pratiche, cosa invece che non avviene per molti agenti patogeni.

Ben inteso, è il microbo a provare la malattia, ma le epidemie rivelano comportamenti umani, cattivi funzionamenti sociali, conseguenze guerre, povertà, malnutrizione, carestia, mancanza d'igiene e di riferimenti morali, ecc. Un'epidemia può destabilizzare la vita e la struttura della società, decretare la fine di una specie animale o vegetale, e può anche modificare il corso della storia. È così che nel passato abbiamo assistito, in seguito alla morte del sovrano e dell'élite di una nazione, al prodursi di rotture politiche e di inclinazioni ideologiche, cioè alla destrutturazione di intere civiltà.

1.2 Le epidemie contestuali

Le epidemie sviluppano una drammaturgia singolare, ma ogni epoca ha conosciuto patologie dominanti e una specificità epidemica. Per descriverle, gli storici delle mentalità e delle malattie utilizzano la nozione di “transizione epidemica”. Vengono, così, presi in considerazione quattro periodi.



1.2.1 La transizione epidemica a partire dal Neolitico

Una prima transizione epidemiologica si è presentata nella storia diecimila anni fa. Essa è legata all'abbandono del nomadismo per la sedentarizzazione e la produzione dell'agricoltura. Si passa da un'economia di caccia, pesca e raccolta a un'economia di produzione. In Mesopotamia, si sviluppa la Mezzaluna Fertile che forma un cerchio che va dal Nilo alla Siria, in cui è nata l'agricoltura. Si coltivano cereali selvaggi (grano, orzo), legumi (piselli, lenticchie) e si allevano animali (buoi, montoni, capre). I vegetali e gli animali sono addomesticati, il che modifica la natura e apre la via ai fattori umani delle epidemie. Durante questo periodo, a motivo della manipolazione dei vegetali e della vicinanza con gli animali che condividono l'abitazione delle persone senza alcuna igiene, si sviluppano numerose malattie infettive (stafilococchi, tubercolosi, lebbra, sifilide ecc.). L'addomesticamento degli animali favorisce altre malattie d'origine

animale: il vaiolo, la difterite, l'influenza maligna, la salmonellosi, la peste ecc.

La distruzione delle foreste, per creare nuovi spazi all'agricoltura, libera nell'area mediterranea uccelli, insetti e microbi. Perdendo il loro luogo di origine, alcune specie spariscono per sempre, mentre altre proliferano e si avvicinano all'uomo. I costruttori di paesaggi permettono a numerosi virus di superare alcune barriere e trovare nuovi ospiti. L'espansione del territorio comporta guerre che sono anch'esse vettori di diffusione di organismi patogeni e di epidemie.

1.2.2 La transizione epidemica legata all'espansione degli Stati e delle guerre

Stati e delle guerre. La nascita dei grandi Stati e il loro bisogno di occupare sempre più spazio hanno provocato rivalità, conflitti e spesso un apogeo e un declino. Le guerre e gli scambi commerciali sono vettori microbiici. Gli eserciti hanno conosciuto epidemie devastanti.

Le guerre sono state il grande vettore di infezioni di ogni tipo. Una delle prime armi, l'arco, è stata il simbolo dell'infezione. La peste nera arriva in Francia, a Marsiglia, nel 1347 per opera dei genovesi, che fuggono dal porto del Mar Nero. Per salvare i propri beni, i commercianti si portano dentro anche l'agente della peste, soprattutto attraverso i topi presenti sulle loro navi. Nel *Decamerone* di Boccaccio viene descritta la *mortale pestilenzia* che si abbatte sull'eccellente città di Venezia. In alcuni luoghi della Francia, sparisce dall'80 al 90% della popolazione. Il Paese, dissanguato dalla guerra, ha paura. I mercenari, non essendo più occupati dai conflitti armati, si abbattono sulle campagne per razziare, depredare i contadini e abbandonarsi ad atti infami. La peste fa razzia. Nel 1359, tra i 17.000 morti di Avignone, si contano 9 cardinali e tutti i 100 vescovi della Corte pontificia. Il microbo continua a cambiare il corso della storia attraverso i mercanti e gli eserciti che solcano le vie del mare.

1.2.3 La transizione epidemica legata alla colonizzazione

Alla colonizzazione delle Americhe e dell'Africa corrisponderà

un lungo periodo di espansione virale e lo sviluppo della medicina cosiddetta coloniale. L'avvenimento più emblematico è legato non soltanto al genocidio degli Atzehi e dei Maya da parte degli invasori, ma anche al virus del vaiolo che decimò l'insieme di queste popolazioni e, quindi, della loro civiltà. Si stima che 50 milioni di Amerindiani siano morti sotto i colpi di questo duplice fenomeno. Conosciuto nell'antica Cina in cui sarebbe stato introdotto nell'anno 49 della nostra era, è generalmente ammesso che il vaiolo, correntemente chiamato peste antonina, è arrivato in Europa mediante le invasioni arabe, in seguito all'epidemia della Mecca nel 572. Tuttavia, diversi specialisti hanno voluto vedere il vaiolo anche dietro l'epidemia che colpì l'impero romano durante il regno di Marco Aurelio. Il flagello si è in seguito diffuso in tutto il mondo, causando, nel corso dei secoli, pandemie spaventose, responsabili di milioni di morti. È la più virulenta delle malattie che decimarono le popolazioni amerinde durante la conquista del Nuovo Mondo, dal suo arrivo nel 1518.

La maggior parte delle potenze europee creò imperi marittimi addossati a vari porti in tutti i continenti. Scambi di animali, piante, legname, frutti, legumi, ma anche la circolazione degli uomini e, in particolare, degli schiavi giunti dall'Africa, servirono da vettori ai vari organismi patogeni. Gli europei furono così colpiti, più dei loro schiavi, dalla febbre gialla. Nel XIX secolo, al momento della conquista dell'Algeria da parte dei francesi, la malaria avrebbe colpito i nuovi occupanti.

Come possiamo vedere, l'espansione europea, militare, commerciale e culturale, ha modificato l'ecologia umana dei continenti nell'ignoranza delle conseguenze dei loro atti. Queste trasformazioni sono spesso accompagnate dagli effetti devastatori delle epidemie.

1.2.4 La transizione epidemica della globalizzazione

L'accorciamento delle distanze e gli scambi intensivi di popolazioni e merci favoriti dalla modernizzazione dei viaggi aerei permette attualmente ai batteri e ai virus di spostarsi con l'uomo. Anche le

grandi opere, spesso gigantesche, svolgono un ruolo di diffusione degli individui contaminanti. Queste opere comportano la modifica delle foreste, dei corsi d'acqua, della fauna e della flora, e allontanano, ancora una volta, miliardi di individui batterici.

Le infezioni legate alle migrazioni umane e all'immigrazione internazionale mondializzano l'espansione virale: batteri e virus si delocalizzano. Se la globalizzazione permette scambi promettenti e dà all'umanità una consapevolezza più viva della sua unicità, dall'altra parte rischia di perdere di vista la solidarietà con l'ambiente della flora, della fauna e con l'equilibrio ecologico. L'uomo appare come uno dei grandi predatori del pianeta quando dimentica di esserne l'amministratore.

I microbi approfittano del comportamento dell'uomo, non dimentichiamolo, per mettere in atto la loro globalizzazione. L'era dei prioni – conosciamo a sufficienza la natura e il meccanismo d'azione di questa particella infettiva proteica all'origine delle encefalopatie spongiformi – beneficerà senza dubbio dell'indebolimento degli organismi per diffondersi. Nel passato, si osservava già il fenomeno della "tremante" nei bovini e negli ovini (si è parlato della malattia della *mucca pazza* o del *montone tremante*, l'animale scartato dal gregge finiva al macello), ma senza conoscerne le origini. Oggi riusciamo meglio ad identificare gli agenti patogeni che si attaccano al sistema centrale cerebrale (la malattia di Creutzfeldt Jakob sembra legata a un prione che nell'uomo evolve verso la demenza) e al sistema immunitario (AIDS), cioè all'infinitamente piccolo che tocca l'organismo umano. Sono comparsi e sono stati identificati nuovi agenti: i retrovirus (1973), tra cui il virus Ebola (1977), il batterio della malattia del legionario (1977), la malattia di Lyme (1982), il virus dell'HIV (identificato nel 1983), quello dell'epatite C (1989) ecc. L'AIDS, tra altre infezioni, è senza dubbio la malattia più emblematica dell'epoca, mentre altre patologie provocano un numero maggiore di morti. Le malattie infettive sono responsabili del dieci per cento della mortalità umana, di cui

meno dell'uno per cento è dovuto all'AIDS.

In tre miliardi d'anni di esistenza, il mondo microbico ha conquistato la maggior parte dell'ambiente naturale terrestre in cui si sviluppa. Alcuni hanno affermato che "il pianeta appartiene ai batteri", che hanno il potere di cambiare il corso della storia.

Noi ospitiamo dieci volte più batteri del numero totale delle nostre cellule. È la ragione per cui siamo dotati di un sistema di protezione, il sistema immunitario. Cosa avverrà all'aggressione microbica è legato all'atteggiamento di questo sistema nel reagire e nel lottare contro il suo insediamento nell'organismo umano. L'uomo possiede una capacità di resistenza e di adattamento per non essere annientato, o facendo ricorso anche ad altre risorse che sono, in particolare, i medicinali. Invece, siamo relativamente impreparati, come sempre, di fronte alle minacce epidemiche. Siamo dunque obbligati a pensare alla vita umana al fine di non produrre effetti qualsiasi sulla natura a partire dalle realtà economiche, dalla circolazione dei beni e dagli scambi individuali. Dobbiamo ugualmente individuare la paura che assilla le popolazioni rese fragili dalle epidemie.

2. Epidemie e paure collettive

Siamo ad un punto della storia dell'umanità in cui i microbi – per parlare in maniera globale – essendo stati sloggiati dai loro siti naturali, si adattano al loro nuovo terreno: l'uomo. L'"omofagia" è la nuova sfida dei virus e dei prioni. Essi, per propagarsi, ripongono la loro fiducia nell'uomo e nei suoi comportamenti in quanto, come abbiamo rapidamente accennato, è l'uomo a prendere l'iniziativa delle epidemie, distruggendone il sito di accoglienza. I comportamenti e le azioni dell'uomo sono la causa della maggior parte delle epidemie, cioè della diffusione dei microrganismi patogeni. Ma, invece di valutare la sua responsabilità personale sulla fragilità dell'ecosistema della vita, l'uomo si è spesso ritenuto attaccato e aggredito dal mondo esteriore e, in particolare, dagli agenti patogeni. Un atteg-

giamento d'animo che si esprime con la paura.

2.1 Una paura complessa

Lo sviluppo di un'epidemia ha sempre suscitato paura. La paura di essere vittima di un influsso, di una forza che non si conosce e sulla quale l'uomo non ha potere, quella di essere annientati e di morire. La paura nasce a partire da una situazione che sembra spaventosa e sulla quale il cittadino non può agire. In caso di epidemia, essa si trasforma spesso in psicosi collettiva, attraverso la percezione di un pericolo futuro ampiamente sconosciuto. Dalla paura che il sole ci cada sulla testa, alla paura dei marziani, siamo ora alla paura dell'influenza aviaria. Bene inteso, non si tratta di sottovalutare il rischio che questa affezione rappresenta, ma di illustrare la paura che s'impossessa degli animi prima ancora che la malattia sia diventata una realtà importante. È vero che quando la fobia si impadronisce degli animi, essa è incontrollabile nonostante gli sforzi di informa-



zione e razionalizzazione dei dati oggettivi. La paura come manifestazione emotiva è sempre là, densa e paralizzante, e si ha ragione nel dire che è sempre cattiva consigliera. È contagiosa e lo è ancor più nel mondo contemporaneo in cui le società sono meglio protette che nel passato. In effetti, la speranza di vita è più lunga, la medicina allevia e guarisce numerosi ma-

li, il cibo non manca anche se ci sono popolazioni che soffrono tragicamente la carestia, i rischi esistono, ma sono spesso circoscritti. Di fronte ai pericoli delle catastrofi naturali, di pandemie, degli allevamenti in batteria, del cibo industriale, dei cambiamenti climatici, degli incidenti industriali, di uno sfruttamento ad oltranza delle risorse naturali, delle guerre nucleari e chimiche, nuove minacce spuntano all'orizzonte delle generazioni future. Gli scenari dei film, delle serie televisive, dei videogiochi e dei romanzi sono organizzati principalmente attorno all'idea di un cataclisma che mette in pericolo l'umanità o parte della popolazione mondiale. Oggi, la paura di un pericolo imminente o futuro è mondiale e non più circoscritta ad una regione particolare. Questo clima pesa sulle psicologie individuali, sulla psicologia collettiva e su quella dei politici, mentre l'industria degli psicotropi per i tranquillanti prospera. Ad un problema morale, psicologico e antropologico viene apportata una risposta chimica.

2.2 Una paura contagiosa

La paura diventa contagio mentale quando è amplificata e alimentata dai mass media. Questi sono spesso una cassa di risonanza emotiva che prevede catastrofi che non sono ancora avvenute e che, senza dubbio, non arriveranno. Diffondendo la stessa informazione, essi producono un effetto ossessivo e che dà insicurezza su un avvenimento che si tende a generalizzare e a mondializzare. Vivendo in questo clima di paura, si crea un fenomeno di panico e di aggressività che suscita realtà arcaiche della psicologia umana.

Quando un folla ha paura e si associa attorno a produzioni immaginarie, difficilmente intende ragioni e riflette. La paura parte da un fatto reale e può essere controllata esaminando la realtà e riflettendo sulle emozioni che scatena per prendere la distanza tra il fatto da trattare e l'emozione che può falsarne l'approccio. Quando la paura è sovrainterpretata e sovrassfruttata emotivamente, le reazioni rischiano di essere incontrollabili. Un sentimento di annienta-

mento suscita un movimento di panico che si comunica tra la gente. Esso instaura un sentimento di paura collettiva che invade persone che, per la maggior parte del tempo, sono ragionevoli, controllate e attente agli altri. Contrariamente a questo comportamento, esse si lasciano impregnare da idee a forte carica emotiva e d'imitazione dello stesso comportamento (secondo le teorie di Gustave Le Bon e di Isaac Joseph Tardé). Freud trarrà ispirazione da questa analisi e vedrà, dietro questo fenomeno, la riattualizzazione dell'*orda primitiva*. La psicologia di massa che resta gregaria, immaginaria e passionale, è quella che oggi risponde meglio ai media audiovisivi. La televisione, in particolare, ricostruisce la realtà in immagini per cogliere e bloccare emotivamente il telespettatore e mantenere un clima di *orda primitiva*. Ciò che si vede alla televisione è vero per colui che si lascia prendere, poiché il peso delle immagini prevale. Ma queste immagini, che sono sempre una ricostruzione della realtà, non sono sempre nella verità delle cose. Il telespettatore non conosce altro che ciò che vede, non sapendo d'altronde o non disponendo della cultura necessaria per rettificare il discorso mediatico. I soggetti si ricongliono in maniera assai particolare per mezzo dell'immagine televisiva e si lasciano influenzare da ciò che vedono. Basta che un reportage sull'influenza aviaria sia diffuso nel corso di un telegiornale per constatare, il giorno seguente, una diminuzione nell'acquisto dei polli, mentre il consumatore, invece, non ha nulla da temere per la propria salute. Assistiamo così ad un fenomeno di contagio della paura per mimetismo che ritroviamo nello spavento suscitato da un'eventuale pandemia.

2.3 Una paura primitiva

In questo clima di immaturità innata, le paure più primitive restano a fior di pelle e mantengono i soggetti nei timori infantili. Viviamo in una società inquieta. Gli adulti trasmettono le loro paure ai figli, che non sempre dispongono dei mezzi per liberarsi di quei timori che paralizzano. Le paure

fanno parte della vita, a cominciare da quelle del bambino che manca di conoscenze, di esperienze e della padronanza degli avvenimenti. La paura qui è un elemento motore per vivere, crescere, scoprire ed acquisire la conoscenza della realtà. Ma ci sono paure che paralizzano e spingono a proteggersi. Impegnare la propria vita sotto l'unico metodo della protezione e della sicurezza non è sano. È vero che per dei genitori l'avvenire è inquietante. I prodotti alimentari dagli effetti secondari sulla salute, l'inquinamento, le malattie come l'AIDS e l'influenza aviaria sono realtà che possono arrivare a creare la visione paranoica del mondo che ci circonda. Ciò vuol dire che, al di fuori della protezione parentale, il mondo esteriore è pericoloso. Senza dubbio è uno dei fattori che spiegano perché numerosi giovani tardano a lasciare il domicilio dei genitori o vi tornino quando incontrano difficoltà, disoccupazione, oppure divorziano.

Tutti gli uomini hanno paura. Solo i perversi e i paranoici non ce l'hanno e passano il tempo a inquietare e a terrorizzare gli altri. Dietro la paura individuale che serve da base al contagio sociale della paura, c'è la paura di essere abbandonati, la paura di essere trasformati e modificati, la paura di perdersi e non essere ritrovati, la paura di essere aggrediti, la paura di non essere protetti da persone più forti di se stessi come i genitori e gli adulti, la paura di soffrire, la paura di morire. La paura esistenziale di morire ha sempre rappresentato una minaccia permanente nelle società in cui la mortalità infantile era frequente e l'aspettativa di vita ridotta a causa di uno stato sanitario precario. Ma le popolazioni erano più fatalistiche di oggi e avevano integrato la morte nella condizione umana. Attualmente, la morte è socialmente nascosta e per alcuni nostri contemporanei, a volte appare come un incidente della vita che si sarebbe potuto evitare. Le malattie infettive infrangono questo circolo illusorio e ci ricordano il carattere morale della nostra condizione. La vita non consiste nel passare il tempo a diffidare del mondo e a proteggersi a causa della paura di morire, ma a sapere

come passare dalla paura alla vita e alla speranza.

3. Dalla paura alla speranza cristiana

Nel libro della *Genesi* (1,26), Dio dona la vita e fa dell'uomo il custode e il gestore della creazione per mantenerla e farla fruttificare. Egli fissa anche i limiti del suo potere, non perché è geloso del proprio – mentre appare soprattutto come un Dio umile, discreto e amorevole –, ma perché ciascuno resti nella sua libertà d'essere. Dio vuole stringere un'alleanza di reciprocità e non di concorrenza con l'uomo. Il mondo non è il luogo in cui soltanto Dio può intervenire e mantenere l'uomo al di fuori di ogni accordo. Il mondo è impegnato in un legame di alleanza tra Dio e l'uomo, è il luogo in cui questi dovrà esercitare la propria libertà e responsabilità, collaborando all'opera del Creatore. Ma la relazione è lungi dall'essere semplice. La Bibbia ci racconta che questo legame tra l'uomo e Dio è spesso conflittuale. I profeti Isaia, Amos e Geremia ci dicono quanto Dio possa essere colpito dai voltafaccia e dalle infedeltà dell'uomo. Dio, nella sua pazienza amorevole, non smette di interpellare l'uomo per stringere un'alleanza con lui e fargli comprendere il senso della sua libertà per cercare ciò che è vero, buono e giusto. Ma l'uomo non sa sempre restare al suo posto nel Creato. Egli se ne affranca facendo del suo unico giudizio la norma dei suoi atti e di tutte le cose. Egli arriva a “*chiamare bene il male e male il bene*” (*Isaia 5,20*); è l'essenza stessa di ogni peccato. Di qui l'appello dei profeti: “*Cercate il bene e non il male, se volete vivere (...) Odiate il male e amate il bene*” (*Amos 5, 14-15*). Egli non tiene conto dei principi divini e delle realtà oggettive e universali con le quali deve essere in dialogo. Sottraendosi a questa duplice dimensione, l'uomo rischia di subire la conseguenza dei propri atti più che essere oggetto della collera di Dio.

In questa prospettiva teologica, le malattie infettive non sono l'espressione del *castigo di Dio* inflitto all'uomo a causa delle sue trasgressioni, cioè del suo peccato.

Esse sono l'espressione della contingenza dell'universo e del comportamento e dell'azione dell'uomo sul Creato. Come abbiamo mostrato, queste malattie e la loro espansione sono il risultato delle pratiche e delle condotte dell'uomo. In una psicologia religiosa primaria, un'epidemia è a volte interpretata come una punizione divina mentre essa è una prova, a volte difficile, da superare. Il Vangelo ci invita a passare dalla magia alla fede e a non lagnarci cercando colpevoli o cause esteriori a noi stessi senza doverci rimettere in questione. Invece di adottare un riflesso quasi paranoico attribuendo la colpa a un altro, dobbiamo diventare più responsabili della gestione del Creato, essere solidali per poter vincere la paura dell'epidemia, sviluppare la ricerca scientifica e le cure mediche con una preoccupazione particolare per i più poveri, poiché spesso sono proprio questi ad essere le prime vittime del degrado dell'ambiente, come ha ricordato Papa Benedetto XVI in occasione della prima celebrazione, da parte della Chiesa italiana, giovedì 1° settembre 2006, della Giornata della salvaguardia del Creato. Ben inteso, la nostra prima responsabilità è quella di adoperare i mezzi necessari e significativi per proteggere il Creato, per proteggere noi stessi e per proteggere gli altri. Vivere della spiritualità del Creato e della resurrezione, vuol dire evitare tutte le soluzioni di morte e calarci deliberatamente sul versante della vita. Ad ogni epidemia, ritroviamo sempre le stesse domande e gli stessi comportamenti contrassegnati dall'irrazionalità. La fede cristiana ci spinge ad affrontare i rischi della vita, e a non abbassare le braccia, ad essere fatalisti, a non lamentarci o cercare capri espiatori. Dobbiamo mantenere la ragione per contenere ed evitare di passare da un'epidemia virale all'epidemia della paura, all'immagine dei figli che sono perduti quando si ritrovano soli e senza oggetti controfobici.

La Chiesa ha sempre apportato il proprio contributo alla lotta contro le epidemie. Essa è sanitaria, sociale ed economica accogliendo i malati e i bisognosi. Ma va più lontano ricordando le parole di Cristo: “*Che giova infatti all'uomo*

guadagnare il mondo intero, se poi perde la propria anima?” (*Mc 8,36*). Forte della speranza del Vangelo, la Chiesa invita, dunque, a un sussulto morale e spirituale che può avvenire soltanto nella misura in cui l'uomo accetta di interrogarsi su se stesso, su ciò che produce la sua condotta e le sue conseguenze sull'ambiente e sulle generazioni a venire. Non possiamo accontentarci di semplici protezioni tecniche immediate. L'uomo è un essere fatto di ragione, parola e morale. Egli può progredire in qualità di essere e di coscienza solo se accetta, a volte, di rinunciare a quelle pratiche che, anche se sono tecnicamente possibili, non sono necessariamente accettabili moralmente. L'unico vero pericolo per l'umanità, è che essa perda la propria anima.

La tecnica in sé non è un progresso se non è moralmente regolata. Quando diventa autonoma, essa forma un mondo a sé che obbedisce a proprie leggi senza tener conto di altri parametri. Arriva perfino a rinnegare riferimenti o a pretendere che sia necessario creare di nuovi con il pretesto di aprire nuove strade. Non essendo più regolata dalle esigenze della coscienza morale, la tecnica può rivoltarsi contro l'uomo e partecipare allo scatenarsi e all'espandersi delle epidemie. Non dimentichiamo che è l'uomo a provocare l'epidemia. Per questo dobbiamo interessarci alle pratiche e ai comportamenti umani.

La storia ci insegna che la natura finisce sempre per riequilibrarsi. Ma occorre notare che ciò può avvenire ad un'unica condizione: che le sue strutture di base non siano colpite. La storia delle società si è evoluta in maniera differente secondo le epidemie che le hanno colpite. I virus partecipano alla selezione degli individui, delle popolazioni e delle società, colpendo spesso le popolazioni disagiate e povere. Carestia e povertà sono i primi fattori di mortalità nel mondo. I virus si diffondono in occasione di vari disordini, siano essi economici, ecologici, relazionali e sociali, approfittando della destabilizzazione dell'ecosistema per introdursi nelle varie faglie che si offrono alle attività.

Come ci insegna la speranza cri-

stiana, dobbiamo sviluppare una morale della responsabilità che eviti il dualismo perverso dell'etica della convinzione e dell'etica della responsabilità. Questa separa i principi dall'azione e ci trasporta in una morale del male minore in cui ciascuno è rimandato alla propria libertà personale – il che è un bene –, per decidere ciò che essa giudica di dover fare, anche se lo fa in contraddizione con i principi morali, alterando così la coscienza morale.

In effetti, la questione morale che si pone di fronte alle varie epidemie è di sapere come ciascuno di noi possa partecipare a una politica sanitaria. Non bisogna farsi illusioni: non riusciremo a sopprimere i virus. L'unica cosa che possiamo fare è quella di evitarne la propagazione con le nostre pratiche, di renderli inattivi, cioè di curare gli effetti patogeni che essi generano. Le soluzioni che ci offrono la ricerca scientifica e la medicina sono importanti, ma non sufficienti. Le epidemie si traducono in una forte mortalità, spesso di bambini e soggetti giovani. Dobbiamo essere particolarmente attenti a questo fenomeno tragico delle storie umane interrotte, poiché il rinnovamento delle generazioni non è più assicurato nel mondo. Nell'ottica della speranza cristiana in cui si colloca la preoccupazione della vita che ci è donata da Dio, sarà nostro compito riflettere sul comportamento umano e adottare un nuovo stile di vita (cfr.

Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa, n. 486 e 487) che rispetta l'ordine del creato e rinnova un legame di solidarietà tra gli uomini e l'ambiente. Altrimenti, rischiamo di “svuotare la natura del suo significato profondo, depauperandola” (n. 487 op. cit.).

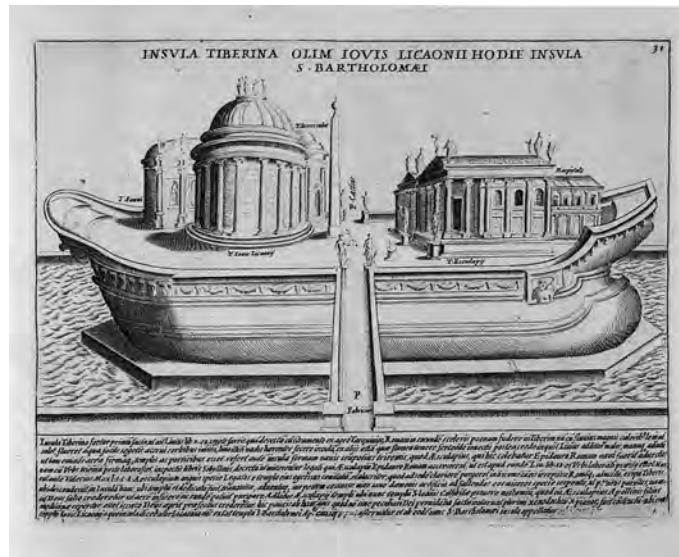
Di fronte alle epidemie, l'angoscia di morte diventa più attiva e forse paralizzante. Abbiamo bisogno di trovare un comportamento giusto e uno stile di vita che ci faccia dirigere sempre più verso una mentalità dell’“essere” piuttosto che dell’“avere”. Non possiamo accontentarci di questa mentalità del consumo senza interrogarci sul sistema della società commerciale che la produce. La corsa all'avere, il consumo dei beni materiali e dei rapporti umani possono essere interpretati come un modo per far tacere un'angoscia di morte che la società contemporanea tenta di occultare. La mancanza di speranza causa spesso desolazione e tristezza esistenziale. Questa fuga in avanti in un mondo senza limiti rivela nel profondo il bisogno di una vita spirituale da destare e nutrire.

La paura è una realtà che può assalirci, è un fatto legato alle prove e ai pericoli della vita. Ma le società occidentali che vanno invecchiando si irrigidiscono progressivamente nel bisogno di proteggersi e di ricorrere, a proposito di tutto e di niente, al “princípio di precauzione” che vorrebbe sostituirsi alla virtù della prudenza, una virtù

più aperta sulla vita, sulla riflessione e sulla previsione dei progetti futuri.

La speranza cristiana è un progetto di vita. Essa ci apre un orizzonte e un avvenire per non essere prigionieri dell'epidemia della paura. La relazione con Cristo ci fa passare dalla paura alla fede. Durante la tempesta placata, Egli domanda ai discepoli: “Perché avete paura, uomini di poca fede?” (*Mt* 8,26). Dobbiamo quindi comprendere che la paura è spesso la traduzione di una mancanza di fede e di fiducia. Ciò non vuol dire, però, che vivremo i rischi e i pericoli della vita nell'ingenuità, bensì che li affronteremo fiduciosi nella parola di vita di Cristo. San Paolo ne ha fatto l'esperienza: “Pericoli di fiumi, pericoli di briganti, pericoli dai miei connazionali, pericoli dai pagani, pericoli nella città, pericoli nel deserto, pericoli sul mare, pericoli da parte di falsi fratelli” (*2Co* 11,26). Nella sua debolezza e fragilità, egli li viveva nella pace di Cristo nel quale aveva riposto la propria fiducia. In effetti, né la paura né la morte avranno l'ultima parola. L'ultima parola, lo sappiamo, è la resurrezione di Cristo Salvatore.

Mons. TONY ANATRELLA
Psicanalista e Specialista
in Psichiatria Sociale
Consultore del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
e del Pontificio Consiglio
per la Famiglia



IGNACIO CARRASCO DE PAULA

2.4 Responsabilità cristiana e malattie infettive

1. Responsabilità cristiana

La responsabilità, intesa in senso generale, come pure nel contesto delle malattie infettive, potrebbe essere definita come l'autonoma e volontaria orientazione della propria libertà personale in modo da evitare di essere causa intenzionale di danno per gli altri. La libertà, infatti, è la proprietà esclusiva dell'uomo di essere padrone dei propri atti e, quindi, del correlativo dovere di “**rispondere**” di essi davanti alla propria coscienza, davanti al proprio *entourage* etico – la comunità – e davanti a Dio in quanto garante del bene umano. Responsabilità significa sia il dovere di **giustificarsi**, di dar ragione delle proprie scelte e decisioni, ma anche e soprattutto il dovere di **accettare** le conseguenze che da esse derivano.

L'aggettivo “cristiano” aggiunge alla responsabilità un particolare modello, quello indicato dall’agire e dall’insegnamento di Cristo, tutto proteso a promuovere il bene del prossimo anche a costo di rimetterci la vita. La responsabilità per il cristiano trova il suo fondamento nella carità e implica il netto rifiuto di ogni forma di chiuso individualismo e soprattutto di egoismo, ossia della tendenza a privilegiare i propri interessi, il proprio io, rispetto agli interessi e alla persona degli altri. Egoista è colui che subordina il bene degli altri al bene proprio e regola le proprie scelte e decisioni secondo questa prospettiva.

Nel considerare la responsabilità cristiana nel contesto dei rischi presenti nelle malattie infettive è necessario tener conto di un duplice soggetto e di un triplice dovere. Per quanto riguarda il soggetto, distinguiamo la responsabilità individuale da quella collettiva; la prima è riferita alla singola persona, la seconda alla comunità sociale e in particolare ai responsabili della cosa pubblica. Per quanto riguarda

i doveri, per primo sta il dovere della prevenzione, cioè di evitare di esporsi al rischio di contrarre una malattia, poi, se indicato clinicamente, il dovere di sottoporsi alle prove diagnostiche adeguate e, finalmente, se malgrado tutto si diventa infetti, il dovere di adoperare le necessarie cautele per non trasmettere ad altri la malattia.

2. Malattie infettive

Per malattia infettiva, s'intende una patologia dovuta al contagio dell'organismo umano da parte di microrganismi (batteri, virus, miceti, parassiti ecc.) con conseguente sviluppo della sintomatologia caratteristica di quella specifica malattia. Le patologie di eziologia infettiva sono numerosissime. Qui andremo a considerarne solo due: una, la tubercolosi, a trasmissione aerea, e un'altra a trasmissione sessuale, l'AIDS/HIV. Queste due sono sia quelle maggiormente pericolose tra quelle che colpiscono la popolazione anche dei Paesi sviluppati sia quelle che meglio di tutte le altre esemplificano la problematica etica sollevata dai processi infettivi.

a. La tubercolosi

La tubercolosi (TBC), una malattia provocata da un bacillo, il *Mycobacterium tuberculosis*, o bacillo di Koch, fino al 1940 rappresentava la principale causa di morte tra la popolazione occidentale. Successivamente, con la scoperta degli antibiotici, in questi Paesi fu quasi completamente debellata. Ciò nonostante, da una ventina d'anni a questa parte, ha cominciato a rifiorire, forse a causa della sempre maggiore mobilità delle persone provenienti da regioni del mondo in cui il bacillo era ancora attivo. Oggi il quadro della situazione dal punto di vista epidemi-

ologico è piuttosto preoccupante, poiché negli Stati baltici, nell'Europa dell'Est ed in Asia centrale sono in continua crescita i livelli della c.d. TBC “resistente ai trattamenti multifarmaco” (MDR-TB). Inoltre sta emergendo una forma di TBC “ultraresistente ai farmaci” (XDR-TB), ossia non guaribile.

Questi sono i dati presentati dall'organizzazione medico-umanitaria internazionale Medici Senza Frontiere (MSF), in occasione della Conferenza Mondiale sulle malattie polmonari svoltasi recentemente a Parigi (31 ottobre-3 novembre 2006), in occasione della quale MSF ha chiesto all'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) un cambiamento immediato di strategia proprio in considerazione del fatto che nessuno dei farmaci attualmente allo studio per contrastare la TBC potrà offrire una soluzione in tempi rapidi, e continuare ad utilizzare le terapie attualmente in uso, ma largamente inefficaci, è una scelta che condanna a morte centinaia di pazienti. Ogni anno, infatti, si registrano 450 mila nuovi casi di TBC “ultraresistente”¹¹.

Per altro, la TBC è una patologia facilmente trasmissibile per via aerea. Un solo colpo di tosse, uno starnuto o il semplice parlare da parte di un malato di TBC polmonare o laringea può bastare per immettere il bacillo nell'aria che respirano le persone con le quali sta a contatto. In un documento di metà ottobre scorso, anche la WMA (Associazione Medica Mondiale) mette in guardia contro la crescente diffusione delle forme ultraresistenti e ricorda che la prevenzione si fonda ancora sugli esami radiologici e sull'analisi della saliva dei soggetti a rischio.

b. AIDS/HIV

La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita – *Acquired Immuno-*

ne Deficiency Sindrome (AIDS) – è una malattia indotta da un retrovirus, l'*Human Immunodeficiency Virus* (HIV), che indebolisce le difese immunitarie di un organismo per cui i soggetti malati di AIDS non sono in grado di contrastare l'insorgenza di infezioni e malattie – più o meno gravi – causate da altri virus, batteri o funghi (infezioni/malattie opportunistiche).



L'infezione non ha una propria specifica manifestazione, ma si rivela esclusivamente attraverso gli effetti che provoca sul sistema immunitario. Una persona contagiatà viene definita sieropositiva all'HIV. Pur essendo sieropositivi, è possibile vivere per anni senza alcun sintomo e accorgersi del contagio solo al manifestarsi di una malattia opportunistica. Sottoporsi al test della ricerca degli anticorpi anti-HIV è, quindi, l'unico modo per scoprire l'infezione. I progressi della ricerca scientifica e l'uso della terapia HAART efficace (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy*) hanno reso possibile allungare la vita di una persona sieropositiva di molti anni.

Il virus è presente in alcuni liquidi biologici: sangue, liquido pre-eiaculatorio, sperma, secrezioni vaginali, latte materno; le modalità di trasmissione, pertanto, sono differenti. Il contagio può avvenire tramite: 1. sangue infetto (stretto e diretto contatto tra ferite aperte e

sanguinanti, scambio di siringhe); 2. rapporti sessuali con persone infette; 3. da madre con HIV a figlio durante la gravidanza, il parto oppure l'allattamento al seno.

È bene precisare che la trasmissione attraverso il sangue non costituisce più un serio problema poiché, a partire dal 1995, lo *screening* delle unità di sangue con la conseguente eliminazione di quelle risultate positive, il minor ricorso a trasfusioni "inutili", l'impiego dell'autotrasfusione, il trattamento con calore degli emoderivati e la selezione dei donatori con l'esclusione di quelli con comportamenti a rischio, hanno di fatto eliminato il pericolo di contagio attraverso queste modalità in ambito sanitario, mentre il rischio permane ancora nella popolazione dedita all'uso di droga per via endovenosa a causa della diffusa pratica di scambio di siringhe.

Anche la trasmissione verticale e perinatale (da madre a figlio) è tenuta sotto controllo. Il rischio per una donna sieropositiva di trasmettere al feto l'infezione è circa del 20%, ma, somministrando una terapia antiretrovirale alla madre durante la gravidanza e al neonato per le prime sei settimane di vita, si è ridotto il tasso di rischio al di sotto del 4%. Mentre il ricorso al parto cesareo e all'allattamento artificiale hanno permesso di ridurre all'1% il rischio di contagio del piccolo al momento della nascita o nei primi mesi della vita neonatale.

In conclusione, al presente, la modalità di trasmissione più diffusa dell'infezione da HIV nel mondo è quella sessuale.

In Italia dal 1982 a dicembre 2005 sono stati notificati 56.076 casi di AIDS, di cui 1.577 nell'ultimo anno considerato. Del totale dei casi diagnosticati, il 77,6% erano di sesso maschile, l'1,3% in età pediatrica. L'andamento dei tassi d'incidenza per anno di diagnosi mostra un incremento dei casi fino al 1995, seguito da una diminuzione nel 1996 continuata fino al 2001, mentre dal 2002 il numero dei casi diagnosticati sembra stabilizzarsi².

A livello mondiale, secondo le ultime stime dell'OMS e dell'UNAIDS (l'agenzia dell'Onu che si occupa della lotta all'AIDS), nel mondo vivono 40 milioni di perso-

ne infettate dall'HIV, di cui la maggior parte vive nell'Africa sub-sahariana e nei Caraibi. Le persone che si sono infettate nel 2003 sono 5 milioni. La maggior parte delle nuove infezioni (3 milioni) si è verificata nell'Africa sub-sahariana³.

3. Responsabilità personale

La preziosità della vita e della salute di ogni essere umano, messe in pericolo dalle malattie a trasmissione diretta, come nel caso delle malattie infettive, chiama direttamente in causa la responsabilità personale di tutti i soggetti coinvolti, ed in particolare di chi, vivendo esposto al rischio d'infezione, può a sua volta diventare – persino inconsapevolmente – agente di contagio.

Tale responsabilità implica, per queste persone, in primo luogo il dovere di accettare le proprie condizioni di salute, ossia se si è stati effettivamente contagiati o meno. Per entrambi i generi di patologie che in questa sede sono state prese in considerazione è necessario che il soggetto a rischio si sottoponga volontariamente agli *screening*. È ovvio che per questo ci vuole un senso di responsabilità verso se stessi e verso gli altri, che induca a cercare consapevolmente una verifica del proprio stato di salute e a modificare adeguatamente le proprie condotte.

La condizione prioritaria perché si giunga all'acquisizione di tale senso di responsabilità personale, diffusa comunque a livello sociale, è che venga intensificata la messa in atto di tutta una serie di strategie educative. In definitiva una buona strategia educativa finalizzata alla responsabilizzazione individuale richiede una responsabilizzazione previa della collettività affinché chi è incerto circa il proprio stato infettivo, e quindi circa la propria potenziale infettività, sciolga tale dubbio.

Inoltre, è indispensabile che i test per stabilire l'eventuale contagio siano accompagnati da un opportuno consenso informato, che venga garantita la massima riservatezza possibile e che sia previsto un *counseling* pre- e post-accertamento.

Nessuno può opporre un rifiuto a questi test avanzando un presunto "diritto a non sapere", proprio perché tale rifiuto è in evidente contrasto con il prioritario diritto alla vita di altre persone.

Ad ogni modo, qualora il soggetto potenzialmente infetto non acconsenta ad accettare le proprie condizioni di salute, è responsabilità dei moderatori del bene comune provvedere affinché il personale medico possa procedere anche senza il consenso del paziente.

Inoltre, nel caso della forma ultraresistente di TBC, in considerazione del concreto pericolo di diffondere una patologia necessariamente mortale allo stato attuale delle conoscenze e delle possibilità farmacologiche, il potenziale agente di contagio dovrebbe acconsentire – se fosse clinicamente necessario – sia all'essere messo precauzionalmente in quarantena sia all'essere tenuto in isolamento qualora venisse accertato l'avvenuto contagio.

Nel caso di malattie infettive a trasmissione sessuale, la responsabilità personale del malato dovrebbe indurlo a riconoscere e ad accettare non solo l'obbligo di curarsi, ma anche l'obbligo morale di modificare i propri comportamenti e di informare il coniuge/partner.

In merito alla modifica dei propri comportamenti, oggi s'insiste sempre più sulla triplice strategia denominata "ABC" (*ABC approach*) dalle iniziali inglese delle parole astinenza (*abstinence*), fedeltà (*be faithful*) e profilattici (*condoms*)⁴, strategia che non manca di ragionevolezza, specialmente per quanto riguarda il secondo elemento, la fedeltà, una virtù strettamente imparentata con la responsabilità. Più complessa è la problematica che solleva la raccomandazione del ricorso al preservativo, sia perché risulta una misura ingannevole e oggettivamente insufficiente⁵, sia perché non è facile svincolarla dal contesto diseducativo in cui viene a collocarsi ancora oggi. In qualsiasi caso, i dati presentati a livello internazionale, in particolar modo quelli dell'Uganda, confermano una verità etica: la prevenzione non può che passare per la responsabilizzazione dei singoli⁶, aiutati da una comunità che promuova la dignità della persona.

Anche il problema della responsabilità nell'informare il coniuge/partner non è semplice. Inoltre, per il personale medico si pone il dilemma tra la tutela della vita e il rispetto del segreto professionale. Tuttavia, questi principi non sono allo stesso livello, e il dovere di evitare un danno ad un terzo innocente dovrebbe essere ordinariamente prioritario. Senza dimenticare, però, che a fondamento di ogni intervento medico sta sempre la relazione medico-paziente che è il solco entro il quale dovrebbero essere risolte le difficoltà del malato⁷.



4. La responsabilità sociale

Rientra nella responsabilità collettiva rispetto sia all'AIDS sia alla TBC nella forma ultraresistente un triplice sforzo:

1) da parte della comunità scientifica internazionale, volto alla ricerca di nuovi farmaci e vaccini;

2) da parte delle differenti comunità socio-politiche, di stanziare i fondi necessari per la ricerca;

3) da parte delle case farmaceutiche, di condurre ricerche su nuovi farmaci e vaccini (anche a fronte di una riduzione dei profitti economici).

Merita di essere rilevato che nel 2000 soltanto il 10% delle attività di ricerca e di sviluppo è stato dedicato a patologie responsabili del 90% delle affezioni mondiali⁸. Per sopprimere a questa mancanza, l'U-

nione Europea nel 2000 ha adottato una comunicazione⁹ che invita ad accelerare la lotta alle malattie infettive, seguita nel 2001 da un programma d'azione¹⁰ e nel 2003 da un Regolamento¹¹ che persegue tre obiettivi specifici: 1) massimizzare l'impatto degli interventi, dei servizi e dei prodotti di base già disponibili; 2) rendere più abbordabile il costo dei medicinali essenziali e delle diagnosi; 3) intensificare la ricerca e lo sviluppo, in particolare per quanto riguarda i vaccini, i microbicidi e le terapie innovative.

È inoltre responsabilità sociale consentire un equo accesso ai trattamenti sanitari evitando le disparità tra i cittadini dei PS e quelli dei PVS, sia quando sono finalizzati alla guarigione sia quando sono finalizzati esclusivamente alla cura della persona inguaribile. E ciò non solo perché si teme che le infezioni non rispettino i confini politici e, quindi, giungano anche nei PS, ma perché ogni essere umano è detentore di una dignità che ci obbliga a rispettarlo e ad amarlo anche quando è malato e sta per morire.

Inoltre, di fronte alla TBC ultraresistente la società dovrà trovare un punto di equilibrio tra le restrizioni da imporre agli individui per l'interesse della collettività e il rispetto della libertà del singolo malato.

In questo senso, va vista con favore l'applicazione dei programmi di screening su soggetti potenzialmente infetti, ad esempio su coloro che vivono in regioni dove è maggiormente diffuso il bacillo ultraresistente, sugli immigrati e su coloro che viaggiano e potrebbero essere stati consapevolmente e inconsapevolmente potenzialmente esposti al contagio.

Mons. IGNACIO CARRASCO
DE PAULA

Cancelliere della Pontificia Accademia
per la Vita; Santa Sede;
Direttore dell'Istituto di Bioetica,
Università Cattolica del Sacro Cuore,
Roma

Note

¹ Cfr. *Il mercato ha fallito: urgono nuove strategie contro la Tuberculosis. Appello di MSF in occasione della Conferenza mondiale sulle malattie polmonari*; <http://www.msf.it/>

msfinforma/comunicati_stampa/30102006.shtml. Il problema è così urgente e serio che la Croce Rossa e la Mezzaluna Rossa hanno stretto un'alleanza con le maggiori organizzazioni della salute contro l'aumento del rischio di resistenza farmacologica alla tubercolosi in Europa (cfr. Caffè Dunant. Notizie nel Mondo della Croce Rossa, n. 289 del 3.11.06, http://www.caffedunant.it/index.php?option=com_content&task=view&id=346).

² Cfr. Istituto Superiore di Sanità, Bollettini, <http://www.simis.iss.it/bollettini.htm>

³ Cfr. World Health Organization, *About HIV/AIDS*, <http://www.who.int/hiv/abouthiv/en/>

⁴ Cfr. HALPERIN D., STEINER M., CASSELL M. et al., *The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV*, Lancet 2004, 264, p. 1913.

⁵ Cfr. CONANT M. et al., *Condoms prevent transmission of AIDS-associate retrovirus*, Jama 1986, 255, p. 1706; MINUK G. et al., *Condoms and prevention of AIDS*, Jama 1986, 256, p. 1443; RIETMEIJER C.A.M. et al., *Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus*, Jama 1988, 259, p. 1851.

⁶ Cfr. GREEN E., *Rethinking AIDS prevention: Learning from successes in developing countries*, Westport (Connecticut): Praeger Publishers, 2003; STONEBURG R., LOW-BEER D., *Population-level HIV declines and behavioural risk avoidance in Uganda*, Science 2004, 302, p. 714; SHELTON J., HALPERIN D., NANTULYA V., POTTS M., GAYLE H., *Partner reduction is crucial for balanced "ABC" approach to HIV prevention*, BMJ 2004, 328, p. 891; HEARST N., CHEN S., *Condom promotion for AIDS prevention in the developing world. Is it working?*, Stud Fam Plann 2004, 35, p. 39.

⁷ Nel caso in cui un paziente sieropositivo non voglia dare direttamente l'informazione al coniuge/partner, il medico curante potrebbe rivelare il segreto a condizione che: 1) La necessità di tutelare si fondi sull'esigenza di tutelare un diritto pari o superiore a quello della riservatezza, ossia, come nel caso in questione la vita o l'incolmabilità di terzi. 2) Il destinatario della rivelazione sia esclusivamente il coniuge o il partner convivente ignaro. 3) Il medico abbia dapprima esperito invano ogni tentativo di ottenere che il paziente stesso informi il coniuge/partner. 4) Non vi sia altro modo per tu-

telare la salute del coniuge/partner. 5) Il medico adotti vie di informazioni le più discrete possibili. 6) Il medico si impegni a dare un'assistenza anche su un piano psicologico alla persona che ha informato. Cfr. SIRINSKIENE A., JUSKEVICIUS J., NABERKOVAS A., *Confidentiality and duty to warn the third parties in HIV/AIDS context*, Med Etika Bioet. 2005, 12(1), pp. 2-7; SELGELID M.J., *Ethics and infectious disease*, Bioethics. 2005 giugno; 19(3), pp. 272-289.

⁸ Cfr. LEE K., MILLS A., *Strengthening governance for global health research*, BMJ 2000, 321, pp. 775-776.

⁹ CE - Accelerated action targeted at major communicable diseases within the context of poverty reduction, <http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c11534.htm>.

¹⁰ CE - Health: programme for accelerated action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis (2001-2006), <http://europa.eu/scadplus/leg/en/vb/r12503.htm>.

¹¹ Cfr. CE - Regolamento n. 1568/2003, *Lotta contro l'HIV/AIDS, la malaria e la tubercolosi*, <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lb/r12513.htm>.



3. Dialogo interreligioso sulle malattie infettive

ABRAMO ALBERTO PIATTELLI

3.1 Malattie infettive: prospettiva ebraica

Data tale premessa generale, conviene che ci poniamo la seguente domanda: qual è l'atteggiamento della Scrittura nei confronti della malattia? Ovvero: come deve porsi l'ammalato di fronte alla malattia che lo ha colpito?

In sintesi, assai illuminanti appaiono le parole della Scrittura secondo cui: “*Se ascolterai attentamente la voce dell'Eterno tuo Dio, farai ciò che è retto ai Suoi occhi, presterai ascolto ai Suoi precetti e osserverai tutti i Suoi statuti, non porrò su di te alcuno dei malanni con i quali ho colpito l'Egitto, poiché Io, l'Eterno, sono Colui che ti dà la guarigione*” (*Esodo 15,26*).

È Dio che colpisce con la malattia, generalmente come punizione, ed è Dio che procura la guarigione. L'osservanza della Legge divina protegge da qualunque sofferenza e degenerazione sia fisica che sociale. Anzi, è la migliore medicina preventiva contro ogni forma di male.

Nella Bibbia si parla spesso di malattie che hanno colpito la collettività e di altre che hanno interessato il singolo individuo. Si possono trovare descrizioni dettagliate di malattie che rivelano sintomi cutanei soprattutto in quei versi del Levitico (Capitolo 13) in cui vengono trattate le “impurità” rituali.

Da quanto si è affermato in precedenza, esiste una stretta relazione tra malattia e comportamento morale. È particolarmente interessante il gioco di parole con cui i Maestri ebrei interpretano l'espressione *zara'at*: patologia normalmente identificata con la lebbra e le cui disposizioni si ritrovano nel Levitico (Capp. 13 e 14), in-

sieme con altre malattie cutanee inserite nel contesto della purità e dell'impurità.

Chi è affetto dalla *zara'at* (la diagnosi veniva effettuata dal sacerdote) è considerato impuro ed abbandonato dalla collettività. Una volta guarito deve sottoporsi ad uno specifico rituale per riacquistare lo stato di purità ed essere riammesso, quindi, all'interno della comunità.



Da quanto si rileva dalla Scrittura, non è possibile far rientrare tali disposizioni all'interno di una normativa medico-igienica. Ad esempio, la successiva esegeti talmudica prevede addirittura come le norme della *zara'at* non sono applicabili a chi annualmente compie il pellegrinaggio a Gerusalemme, e che quindi necessariamente si trova a contatto con folle di fedeli, ma solo una volta terminato il viaggio. Così pure l'isolamento dello sposo colpito dalla *zara'at* avviene sola-

mente al termine dei sette giorni di festeggiamenti per il matrimonio.

I Maestri del Talmud collegano la lebbra – *zara'at* – con il peccato della maledicenza. “*Affermò Resh Lakish: come si può intendere la frase: ‘queste sono le leggi relative al lebbroso (mezora)’? Queste sono le leggi per colui che diffonde la maledicenza*” (*moze' shem ra'*) (*T.B. Arachim, 15b*). Con un gioco di assonanze, il termine *mezora'* (lebbroso) viene spiegato con *moze' shem ra'* (colui che diffonde maledicenza). D'altra parte, non mancano nella Scrittura precedenti famosi che concordano con questa interpretazione. Si ricordi quando Mosè, trovandosi davanti a Dio rivelatosi nel rovente ardente, si ritrova ad avere la mano colpita da lebbra dopo che ha manifestato qualche sospetto circa la fede di Israele (*Esodo 4,1 e 6*). Così pure viene menzionato il caso di Aron e di Miriam, quando, dopo avere parlato male di Mosè, si ritrovano ambedue colpiti dalla lebbra (*Numeri, 12,1 e segg.*).

La *zara'at* è il sintomo di un disagio morale e spirituale. Volendo stabilire un nesso tra i due fatti assistiamo all'esistenza di una specie di contrappasso: il potere del linguaggio è tale che può modificare in bene e soprattutto in male l'aspetto dell'individuo così come la lebbra cambia la fisionomia ed i connotati esteriori di colui che è colpito da questa grave malattia. Il testo che afferma “*il piagato se ne starà isolato*” (*Levitico 13,46*) viene interpretato come ammonimento a chi è colpito dalla *zara'at* di non stare vicino neppure ad un altro piagato. Con il suo comportamento ha cercato di portare di-

scordia e divisione, è giusto quindi che a sua volta rimanda isolato (Rashi, i.l.).

Ciò nonostante, le malattie infettive costituiscono una grave minaccia per chiunque dovesse venire in contatto con l'ammalato. A questo proposito risuonano di grande attualità le parole della Scrittura secondo cui: "state molto attenti alla vostra persona" (*Deuteronomio* 4,15) perché contengono il richiamo a tenersi lontano da qualunque pericolo o rischio, e ad avere, invece, la massima cura della salute sia fisica che spirituale.

In questa logica, vanno allora lette le numerose direttive che provengono dai Maestri ebrei di fronte al contagio che può derivare dalle malattie infettive. Anche se visitare gli ammalati viene considerato un importante dovere religioso, nel caso di malattie infettive esiste la dispensa. Si racconta che durante l'infezione di colera che nel 1849 colpì certi paesi dell'Europa, il grande rabbino Israel Salanter annunciò solennemente la proibizione di digiunare nel giorno del Kippur e di trascorrere invece la giornata a passeggiare per i campi a contatto con l'aria pura. Egli stesso salì sul pulpito, e di fronte a tutti, si mise a mangiare. Tutto al fine di non indebolire il

fisico della gente e di evitare qualsiasi promiscuità foriera di infezione.

Di fronte a qualunque malattia infettiva il medico deve fare tutto quanto gli viene richiesto per curare l'ammalato ed alleviare la sua sofferenza. Si tratta di un dovere religioso al quale è impossibile sottrarsi.

Un aspetto interessante relativo alle malattie infettive e che si riscontra con la grave diffusione dell'AIDS, è il problema che riguarda il rapporto con la *privacy* dell'ammalato. In altre parole, è permesso far conoscere all'esterno l'esistenza della malattia dell'individuo onde prevenire la sua diffusione in mezzo alla collettività?

Il tema è molto dibattuto nella letteratura rabbinica e nell'opinione pubblica ebraica; si tratta di stabilire se debba prevalere la dignità dell'individuo oppure la salute della collettività.

A conclusione, desidero rammentare quanto ci racconta la Bibbia (2Re 7,3 e segg.) a proposito dei quattro lebbrosi lasciati isolati al di fuori della città. Questi, in considerazione della grave carestia che aveva colpito la città, in mancanza di alternative, decidono di consegnarsi al campo degli assediati Aramei. I quattro si resero conto che gli

Aramei avevano abbandonato l'accampamento per paura dell'assalto di Israele, lasciando il luogo con tutte le vettovaglie ed ogni ben di Dio. Dopo essersi abbondantemente rifocillati, i quattro lebbrosi decidono di riferire la cosa al re di Israele. Questi, superate le prime titubanze, decide di occupare l'accampamento arameo, di fare man bassa delle provviste e di salvare, così, la città dalla fame.

Quale insegnamento è possibile trarre dalla storia appena accennata? La salvezza arriva proprio da coloro che erano stati emarginati ed estraniati dalla vita sociale a causa della loro malattia. Nonostante ciò, quelli si ritrovano ad essere operatori attivi per la salvezza del popolo e a divenire, così, esempio di altruismo e di preoccupazione per la salute dell'altro.

Il malato, affetto da malattie infettive, deve essere considerato contro ogni pregiudizio parte attiva e positiva della società verso la quale è in grado di dare tutto il proprio contributo per lo sviluppo ed il benessere della stessa collettività.

Prof. ABRAMO ALBERTO PIATTELLI

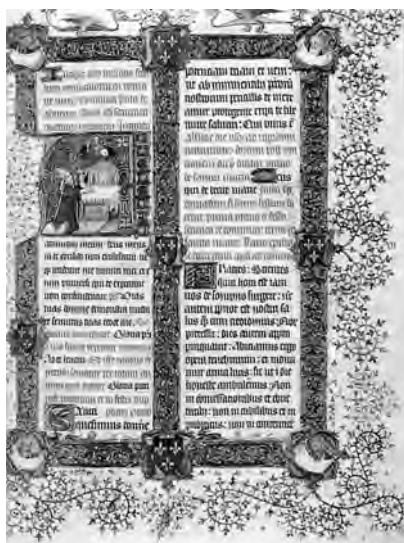
Rabbino Capo della Comunità Ebraica di Roma, Docente di Ebraismo Post-Biblico alla Pontificia università Lateranense, Roma



JUSTO LACUNZA BALDA

3.2 Il punto di vista dell'Islam

Una delle grandi sfide del dialogo interreligioso fra cristiani e musulmani nella sfera delle malattie infettive è la ricerca di spazi umani e l'ideazione di progetti solidali dove siano possibili la collaborazione umana, la cooperazione scientifica e lo sviluppo delle cure mediche. Questi aspetti potrebbero sembrare a molti lontani dalle finalità e dagli scopi del dialogo interreligioso. Ma esso non può essere concepito come un esercizio intellettuale sconnesso dalla realtà umana. È necessario affermare



senza nessuna esitazione che la vita umana è sacra. Perciò, dialogare insieme, lavorare insieme e costruire insieme l'umanità è entrare in armonia con l'Ideatore e il Creatore della vita. In ogni forma di dialogo interreligioso fra cristiani e musulmani viene attivata la fede dei vari interlocutori perché sia Dio a illuminare le vie, il cammino e le modalità di un tale dialogo. Nel caso dei malati, la fede viene legata alle opere in favore di coloro che vivono nella sofferenza, nell'angoscia e nel dolore. La loro vita è sacra perché è Dio a darla, a concederla e a toglierla. Ma nella

visione cristiana e musulmana la vita umana è un passaggio necessario verso la vita in Dio, senza tramonto e senza fine.

Ma sulla vita umana c'è una diversità di visioni nell'Islam e nel Cristianesimo. La religione musulmana presenta un'impostazione teocentrica della vita e della società. Perciò la bioetica islamica ha un carattere apologetico che tende a nascondere le carenze economico-sociali della tutela del malato e le carenze di strutture sanitarie adeguate. Le possibili critiche allo Stato possono essere interpretate come una critica diretta alla religione. D'altra parte, la poligamia permessa nel Corano non aiuta certamente a controllare le malattie infettive. In Paesi come la Tunisia le leggi dello Stato proibiscono la poligamia perché essa non è in armonia con i diritti umani delle donne. È un modo per sottolineare l'uguaglianza di diritti in materia matrimoniale e per difendere la donna come soggetto di diritti, e non solo di doveri, coiugiali. La donna nel matrimonio musulmano secondo la *shariah* (la legge religiosa dell'Islam) è subordinata al marito, che ha pagato la dote per avere rapporti sessuali legalmente riconosciuti e permessi. Nei casi di adulterio, è la donna ad essere condannata e talvolta pubblicamente giustiziata. Un quadro esaustivo in materia di diritto matrimoniale è offerto da ognuna delle quattro scuole giuridiche canoniche dell'Islam sunnita: la hanafita, la più diffusa, la malikita (presente soprattutto nel Maghreb, in Egitto, nell'Africa sub-sahariana), la shafita (diffusa nel subcontinente indiano, in Africa orientale, in Egitto e nello Yemen) e la hanbalita (nell'Arabia Saudita).

Le malattie infettive hanno contribuito a far riflettere seriamente sui diritti e i doveri dei coniugi, sui diritti dei bambini, sulla sorte degli orfani, sui vari approcci al control-

lo e alla lotta, specialmente contro l'AIDS. Tuttavia, la strada è ardua e lunga, mentre continua ad aumentare il numero delle persone colpite da malattie infettive e mancano le risorse per le cure mediche e la ricerca scientifica. Iniziare dall'ambito familiare sembra l'approccio giusto, ma anche qui le difficoltà non mancano. La donna musulmana riconosce il diritto agli uomini di richiedere un certificato di verginità alla futura sposa. Alla donna musulmana, invece, non viene riconosciuto alcun diritto. Questo fatto mette in pericolo migliaia di donne che trasmettono la malattia infettiva ai bambini prima della nascita. La dignità, la tutela e i diritti della donna non possono essere lasciati alla buona fortuna. È molto diffusa la credenza fra i musulmani secondo la quale la donna è la fonte di tutti i mali e naturalmente la causa delle sterilità e delle malattie come l'AIDS. Non può essere l'uomo colui che trasmette il male.

Non ci sono versetti nel Corano che fanno riferimento esplicito alle malattie infettive. Ma molti degli esperti in questioni di diritto islamico sostengono che occorre demistificare la famiglia musulmana e individuare gli elementi che la rafforzano e quelli che la distruggono. Perciò, è necessario riformare le leggi ed è urgente la messa a punto di una legislazione aggiornata per difendere i diritti delle donne e dei bambini dalle malattie infettive. Il nucleo familiare deve funzionare come una struttura che offre protezione e dà appoggio a tutti i suoi membri. La diffusione delle malattie infettive fra i bambini fa pensare alla tutela degli orfani, che continuano ad aumentare specialmente nei Paesi africani. C'è una realtà umana di povertà, di miseria e di abbandono che deve interpellare anche i capi religiosi per far fronte a situazioni di vera

emergenza. Tutti i Paesi musulmani senza eccezione hanno delle normative in materia di malattie infettive. Ma le risorse a disposizione, l'ignoranza in materia e la lentezza nella riforme legali rallentano considerevolmente le iniziative locali, impediscono il monitoraggio di tutta la popolazione e frenano i progetti nazionali.

Ma quali sono le proposte che si possono fare e gli orientamenti che si possono suggerire a livello del dialogo interreligioso fra cristiani e musulmani davanti alle malattie infettive?

Il primo punto è promuovere la dignità, l'uguaglianza e i diritti per tutti. La diversità religiosa non può essere in nessun modo un ostacolo per la piena collaborazione fra credenti di religioni diverse. La fede non può in nessun modo bloccare la strada di una cooperazione efficace perché la dignità umana porta il sigillo divino. Ed è questo il punto centrale. La fede religiosa conduce il credente ad esplorare il senso e il significato della vita alla luce del Creatore. Sia i cristiani sia i musulmani sono convinti di questo di fronte alle malattie infettive. La vita umana corre sempre il rischio di diventare un campo di ricerca e un laboratorio di sperimentazione. La foresta non ci deve impedire di contemplare gli alberi.

Il secondo aspetto è che occorre

andare oltre la legge, l'ordinamento in vigore e la legislazione civile. Questo crea le condizioni necessarie per un dialogo interreligioso, che conduca alla misericordia e all'amore per gli altri. Pur mantenendo le proprie identità religiose, il dialogo interreligioso diventa un modo per ridare speranza, per sollevare l'animo, per offrire il conforto nel dolore e la sofferenza. I credenti non si possono fermare sul piano legale senza attingere alla sorgente della vita. La vita del malato di AIDS, per esempio, non può essere incapsulata in una formula legale e giuridica. La vita è più nobile e infinitamente più grande della legge. Non c'è posto per l'indifferenza e l'apatia quando si tratta di difendere il diritto alla vita in tutta la sua complessità.

Il terzo punto importante è che il dialogo interreligioso aiuta al rinnovamento dello spirito al di là di ogni forma di strumentalizzazione, di polemica o di sopraffazione. La persona umana deve essere al centro di ogni tentativo, di ogni sforzo, di ogni suggerimento per migliorarla. La radice e il fondamento di questo atteggiamento verso coloro che sono affetti da malattie infettive è nel credere nell'amore di Dio per la vita con i suoi momenti alti e bassi, di luce e di buio, di pessimismo e di speranza. Per i cristiani e i musulmani Dio dà la

vita e Dio toglie la vita. Un mistero insondabile che la mente umana difficilmente riesce a capire, ma che la fede illumina in ogni momento e circostanza.

Il quarto aspetto tocca le strade del dialogo interreligioso che portano ad una maggior consapevolezza delle difficoltà, dei problemi e dei pregiudizi. Muri, fili spinati, barriere, confini, frontiere incidono sul nostro modo di pensare, di affrontare i problemi e di offrire delle soluzioni. Le malattie infettive toccano lo spirito dei malati, fanno scoprire quanto la vita sia fragile, quanto il mistero fa parte del destino dell'uomo. Si sente molto parlare di pluralismo religioso, di diversità culturale, di differenze linguistiche. Ma siamo consapevoli della realtà che ci circonda? Siamo disposti a percorrere le strade dell'altro per capire i suoi pensieri e il suo modo di ragionare? La scelta è quella tra essere protagonisti autentici o semplicemente spettatori da stadio. Il dialogo interreligioso aiuta a capire il punto di vista dell'altro. E questo è già un grande passo avanti quando le malattie infettive svegliano l'alba e il tramonto della vita.

P. JUSTO LACUNZA BALDA
Preside del Pontificio Istituto
di Studi Arabi e d'Islamistica,
Roma



R.K. MUTATKAR

3.3 Il punto di vista dell'induismo

Basi filosofiche della medicina indù

La medicina indù è conosciuta come Ayurveda, la scienza della vita. L'unione di corpo, sensi, mente e anima costituisce la vita. I Veda, che rivelano la verità eterna, sono quattro: Rigveda, Samveda, Yajurveda e Atharvaveda. L'Ayurveda è una sottodisciplina dell'Atharvaveda. L'Induismo, come fede, è difficile da definire, e non ha nessun fondatore. Il Mahatma Gandhi lo ha definito come la religione della Verità. Secondo il Jawaharlal Nehru, il suo spirito sembra essere quello di vivere e di lasciar vivere. È presente il concetto di un Dio che ha creato l'universo, ed è conosciuto come la filosofia della non-dualità (*advait*). Lo scopo più alto dell'Induismo è la fusione dell'anima dell'uomo con quella dell'Onnipotente. Dato che ciò non è possibile nella vita pratica, quando una persona nasce ha una predisposizione naturale alla progressione spirituale verso la divinità, attraverso una serie di rinascite, fino a quando l'anima non sarà liberata, il che significa il raggiungimento della Moksha (Liberazione). L'unione tra anima e spirito sacro si chiama anche Yoga. Swami Vivekanand definisce lo Yoga come l'unione di tutte le esistenze. L'Ayurveda e lo Yoga sono considerate pratiche terapeutiche.

L'India ha accettato l'ideologia morale e religiosa del Mahatma Gandhi di "La Verità è Religione e Dio", condensandola nel motto: la Verità trionferà (*Satyamev Jayate*). Un altro principio predicato e praticato dal Mahatma Gandhi, quello della bontà di tutti (*Sarvodaya*), è conservato nei suoi 18 Programmi Costruttivi, che contengono quattro programmi sanitari, comprese le misure igieniche a salvaguardia della salute e la lebbra.

Il sistema della medicina ayurvedica

La filosofia ayurvedica si basa sul concetto della percezione del mondo fisico attraverso i cinque sensi: vista, udito, olfatto, gusto e tatto, che si trovano nell'occhio, nell'orecchio, nel naso, sulla lingua e sulla pelle. Anche l'univer-



so, come il corpo umano, è composto da cinque elementi (*bhutas*): etere (*akasa*) con il suono, aria (*vayu*) con il tatto, fuoco (*agni*) con la luce, acqua (*ap*) con il gusto e terra (*prithvi*) con l'olfatto. Anche le sostanze con le quali si producono cibo, bevande o medicinali sono composte di questi cinque elementi, che collaborano insieme per sostenere il corpo, che a sua volta consiste di sette processi metabolici nel percorso della digestione dei cibi (*dhatu*), cioè sostanza digerita (*rasa*), sangue (*rakta*), carne (*mamsa*), grasso (*medas*), osso (*asthi*), midollo (*majja*) e liquido seminale (*sukra*). La vitalità o forza interiore

che cra un'aura attorno al volto è chiamata *ojas*, ed è il risultato della giusta proporzione dei sette "dhatu", rafforzati dal comportamento morale e spirituale. Ogni squilibrio nei cinque elementi e nei sette *dhatu* crea malattie e malesseri. L'identità individuale del corpo e la composizione del carattere (*prakriti*) sono determinate da *dosa* (umori), *vata* (respiro), *pitta* (bile) e *kapha* (muco), che sono scorie interne, derivate da porzioni di cibo non assorbito dopo la digestione. Ogni individuo può avere una combinazione di *dosa*, uno dei quali può predominare sull'altro. Anche il cibo e le medicine sono classificati secondo i *dosa* e sono prescritti di conseguenza per il trattamento. L'interazione dei *dosa* e lo squilibrio provocano la malattia, che il medico cerca di curare con l'applicazione terapeutica e la regolamentazione della dieta, l'esercizio, il riposo ecc.

In breve, l'Ayurveda, come medicina, ha attinenza con cinque elementi (*bhuta*), sette *dhatu* e tre *dosa* nel corpo, nella mente, nel cibo e nelle bevande. Lo Yoga ha attinenza con la mente e l'io (anima), con il loro effetto sul corpo. La causa principale della maggior parte delle malattie è ristretta al comportamento imprudente radicato nella mente. Viene data grande enfasi al sistema di vita che, a seconda delle stagioni climatiche, fa variare la dieta, l'esercizio, il riposo e il comportamento sessuale. Il messaggio, seguendo la natura, è di essere in simbiosi con essa. Il Mahatma Gandhi predicava e praticava la naturopatia per la prevenzione e per il trattamento delle malattie.

Nell'Ayurveda, non c'è alcun concetto che rimandi ad agenti esterni come virus o bacilli responsabili di malattie. La ragione per cui alcune persone contraggono una malattia ed altre no, se esposte

a bacilli o virus, è dovuta alla mancanza di immunità o forza interna per combattere o resistere alla malattia stessa, a causa dello scostamento dal giusto comportamento (*dharma*). La tubercolosi potrebbe essere causata da un'eccessiva ricerca dell'appagamento sessuale. Si suppone che l'origine della lebbra possa risiedere nel peccato, sia in questa vita che nell'ultima. Quando non c'era la medicina moderna, la lebbra era considerata incurabile o difficile da curare, ed era necessario l'intervento divino per guarire.

La filosofia indù e la pratica per l'uomo comune

La *Bhagvad Gita*, che è un trattato di filosofia per l'uomo comune, asserisce che ci sono tre cammini per avvicinarsi a Dio: sono il cammino del *karma*, cioè l'azione personale rinunciando ai risultati di questa azione; quello del *jnana*, cioè della conoscenza, e quello del *bhakti*, cioè della devozione. Tutte le persone sono classificate secondo le loro abitudini e il loro temperamento; illuminato e pacifico (*sattvic*), irascibile e impulsivo (*rajasic*), pigro e ignorante (*tamasic*), nella scala spirituale. Anche gli alimenti sono classificati di conseguenza. La Gita si è dedicata di più alla salute mentale, predicando azioni (*karma*) secondo una giusta condotta (*dharma*).

Il concetto centrale della moralità che garantisce la progressione spirituale si riferisce al comportamento sincero e giusto, secondo la propria posizione nella vita come singolo individuo o come membro di un gruppo sociale o professionale. I concetti di Varna e Casta si basano su questo principio. La vita dell'individuo è governata dai quattro stadi della vita (*Ashrama*), ciascuno dei quali ha degli obblighi approvati dalla società e da un codice di comportamento. Il capofamiglia (*Grihasthashram*) può avere rapporti sessuali per procreare, ma non negli altri tre ashrama (*Brahmacharyashram*, *Vanprasthashram*, *Sanyasashram*). Deve apprendere a sostenersi attraverso mezzi onesti. Un comportamento deviante è peccaminoso,

immorale e può provocare malesseri e malattie.

Le malattie virali, come il vaiolo, la varicella o il morbillo, venivano trattate cercando di placare Dio, che per l'uomo comune è una divinità e un idolo del tempio. Il Sanyasi (monaco), che si riteneva avesse il controllo dei sensi, benediva gli idoli del tempio, in quanto i discepoli li colmavano del meglio del prodotto dell'umano piacere: cibo, vestiti, musica e ornamenti.



Si supponeva che le malattie incurabili come la lebbra fossero opera degli spiriti maligni o della collera di Dio, a causa di un comportamento immorale deviante. Lo stigma della lebbra ora sembra essersi spostato sull'HIV/AIDS. Tra gli Indù, curare un malato ed essere impegnati in questo processo di guarigione vuol dire perseguire l'operato di Dio. Il Mahatma Gandhi nel suo eremo massaggiava personalmente gli arti di un malato di lebbra. Preoccuparsi per la salute e per il benessere dei genitori anziani viene considerato come un atto di devozione a Dio.

Tutte le preghiere indù, di qualsiasi durata esse siano, chiedono a Dio salute e prosperità materiale per la famiglia. Molte persone che compiono miracoli nel curare i pazienti sono considerate detentori di poteri spirituali che consentono loro di farlo. Essi seguono un rigoroso regime di preghiere e una vita rigorosa.

La filosofia indù è stata tradotta a livello pratico in un lavoro umanitario nel XX secolo da persone come Swami Vivekananda, che instaurò la Ramkrishna Mission. Il Mahatma Gandhi associò la lotta per la libertà dell'India a programmi costruttivi, dando maggiore importanza ai mezzi piuttosto che al fine. Il Sanyasi (monaco) Ramdeo attualmente predica la terapia yoga per malattie croniche incurabili, mostrando di ottenere risultati secondo i parametri della medicina moderna. Egli diffonde la fama dello Yoga e il giusto comportamento (*dharma*) secondo i valori universali salvaguardati da tutte le religioni.

Conclusione

Gli effetti della globalizzazione e le economie basate sulle macchine da guerra, così come la diffusione dei cibi preconfezionati e l'inquinamento dell'ambiente, hanno aumentato gli stati patologici nella società umana. Sembra che attualmente ci sia un maggiore interesse per la terapia ayurvedica e per lo yoga, che stanno assumendo però un carattere più profano. La corsa al profitto spinge l'economia ad allargare il divario tra ricchi e poveri, e le donne sono le più colpite dall'infezione dell'HIV. Dato che l'Induismo non è una religione formale, ma piuttosto uno stile di vita che sostiene una giusta condotta (*dharma*) e la Verità, esempi come Swami Vivekananda, il Mahatma Gandhi e, attualmente Swami Ramdeo potrebbero mostrare la strada che porta alla salute e alla pace.

Il messaggio dell'Induismo riguardo alla prevenzione e alla cura delle malattie infettive potrebbe essere l'armonia e l'equilibrio con la natura e con se stessi, attraverso un corretto comportamento, esortandoci a cercare lo Spirito Santo Universale.

Prof. R.K. MUTATKAR
Presidente della "Maharashtra Association of Anthropological Sciences"
Professore Onorario di Medicina Antropologica,
Scuola di Scienze Sanitarie,
Università di Pune, India

MASAHIRO TANAKA

3.4 Il buddismo e gli aspetti pastorali relativi alla cura delle malattie infettive

Vorrei parlarvi del Buddismo e della cura delle malattie infettive.

La storia delle malattie infettive è strettamente legata alla storia del Buddismo, perché la madre di Buddha, Maya, morì una settimana dopo il parto. La causa più probabile della morte potrebbe essere stata la febbre puerperale: un'infezione batterica che si verifica dopo il parto. Dal quel periodo fino al XIX secolo la cura delle malattie provocate da batteri non ha fatto fondamentalmente alcun progresso.

Nel 1847, Ignaz Philipp Semmelweis, un medico ungherese, scoprì che era possibile prevenire la febbre puerperale se i medici avessero adottando l'accortezza di lavarsi le mani prima del parto. Fino a quei giorni, si pensava che la produzione di pus fosse parte essenziale del processo di guarigione piuttosto che un problema da prevenire. Nel 1865, Louis Pasteur, il grande batteriologo francese, ipotizzò che quella che noi chiamiamo ora malattia di origine batterica fosse causata da organismi viventi. Nel 1867, Joseph Lister, un chirurgo inglese, collegò l'idea di Pasteur all'infezione delle ferite e iniziò a pulirle e a bendarle con una soluzione di fenolo. Il fatto di disinfettarle dimostrò che le ferite guarivano senza produrre pus. Nel 1874, l'ipotesi che i batteri causavano malattie infettive fu dimostrata in ultima analisi dagli esperimenti del tedesco Robert Koch. La penicillina antibiotica fu scoperta dallo scozzese Alexander Fleming nel 1928 e iniziò ad essere prodotta come medicinale per uso umano in seguito a ricerche successive, provocando un rapido aumento dell'aspettativa di vita. Ora, nelle nazioni progredite, le morti materne, come fu nel caso della madre di Buddha, sono meno di una su 10 mila.

Il Buddismo e la medicina sono sempre stati strettamente legati. Storicamente, i sacerdoti buddisti dovevano studiare cinque soggetti: linguistica, logica, ingegneria, Buddismo e medicina. Una ragione per cui il Buddismo si sviluppò in Asia fu che i sacerdoti buddisti, con la loro conoscenza medica, viaggiavano per la regione curando le malattie fisiche per mezzo di erbe medicinali e le sofferenze spirituali grazie all'insegnamento di Buddha. La situazione attuale, per quanto riguarda le malattie infettive e il Buddismo, ribadisce questa storia. Le malattie infettive sono trattate come argomenti scientifici e i problemi spirituali o di etica medica sono affidati al Buddismo. Nel corso della storia, in Giappone medicina e Buddismo hanno sempre camminato fianco a fianco. Il primo ospedale nazionale è stato fondato sulle fondamenta di un tempio buddista. Nel VI secolo, quando compare il primo tempio nazionale giapponese, esso contiene un ospedale e una farmacia.

Tuttavia, prima che venissero trovate delle cure scientifiche per le malattie infettive, il Buddismo si limitava a ciò che avrebbe potuto fare per aiutare le persone affette da malattie quali il vaiolo. Ciò che più metteva paura in quel periodo era la possibilità di un'epidemia, per la quale non esisteva realmente una cura efficace. Per questo, le persone facevano ricorso alla preghiera per cercare di sfuggire ad una eventuale pestilenza. Sperando di evitare la diffusione del vaiolo, i giapponesi pregavano un Dio speciale, che assumeva la forma di una divinità con la testa di toro. Si pensava infatti che questo Dio con la testa di toro fosse il guardiano di un antico tempio buddista chiamato "Gion", consi-

derato un'incarnazione medica del Buddha.

Dall'anno 869, sono stati costruiti in tutto il Giappone oltre 4.000 santuari di "Gion" e si iniziarono a celebrare ovunque feste estive di "Gion", che si tengono ancora oggi in tutto il Paese.

Non si sa perché per il rituale si usasse una divinità con la testa di toro, ma si dice che l'usanza potrebbe essere collegata al vaiolo vaccino. Nell'antica Asia, l'immunizzazione veniva praticata fino al primo secolo a.C., usando il materiale proveniente da pustole di individui malati per immunizzare le persone sane contro la malattia. La tecnica arrivò anche in Giappone. Essa fu introdotta in Europa nel 1721 dall'inglese Mary Wortley Montagu, ma era ancora pericolosa, con una percentuale di mortalità attorno all'1%. Jenner aveva sentito di una tradizione popolare esistente tra i mungitori che lasciava pensare che l'infezione da parte della forma bovina di vaiolo potesse proteggere dalla forma umana. Jenner iniziò quindi a verificare questa leggenda attraverso esperimenti sull'uomo e salvò il mondo dal vaiolo. Pasteur coniò la parola "vaccino" derivandola dal termine latino "vaca".

Quando il vaccino di Jenner arrivò in Giappone, venne pubblicizzato con un guerriero a cavallo di un toro che distrugge il virus del vaiolo. Sembrava che il Dio Budista dalla testa di toro avesse risposto ai fedeli che lo pregavano durante la festa di "Gion" e avesse messo fine all'epidemia di vaiolo inviando il vaccino di Jenner.

Il riconoscimento dell'io e del non-io ha un ruolo sia per quanto riguarda l'immunità, sia per quanto si riferisce al Buddismo. L'immunità è connessa al discernimen-

to dell'io e del non-io ed è indispensabile per guarire da una malattia infettiva. Durante lo sviluppo fetale, il nostro sistema immunitario impara a distinguere tra il proprio corpo e i corpi estranei, come i virus, attraverso il timo. Se l'immunoreazione diventa debole, la resistenza agli organismi patogeni si indebolisce, e quindi ne deriva la malattia. Con il passare del tempo, attorno ai 20 anni, il nostro sistema immunitario ha già iniziato a morire. Tuttavia, ciò che può essere un disastro per il sistema immunitario può costituire la salvezza per lo spirito, dato che la nostra autoconsapevolezza e il nostro sistema immunitario sono su piani diversi.



Gilbert Ryle scrisse *The Concept of Mind*, in cui mostrò l'errore logico nel cogito di Cartesio "Cogito ergo sum" (penso, pertanto sono). Ryle scrisse: "Si tratta di un errore di categoria. A uno straniero che visita Oxford o Cambridge per la prima volta vengono mostrati gli istituti, le biblioteche, i campi da gioco, i musei e i dipartimenti scientifici, oltre agli uffici amministrativi. A questo punto, il visitatore chiede 'Ma dov'è l'Università? Ho visto dove vivono i membri dei college, il luogo in cui lavora l'archivista, il laboratorio in cui gli scienziati fanno sperimenti ecc. Ma non ho ancora visto l'Università'''".

L'errore di cui parla Ryle corrisponde a ciò che diceva Budda: "Questo corpo sono io oppure il corpo è mio?" "Questa percezione sono io oppure essa mi appartiene?" "Questo concetto sono io oppure è mio?" Budda diceva che ciò

che posso controllare liberamente secondo i miei desideri è mio. Viceversa, ciò che non posso controllare liberamente secondo il mio desiderio non mi appartiene. Noi non abbiamo il controllo sui nostri corpi per quanto riguarda la nascita, l'invecchiamento, la malattia e la morte. Pertanto, per poter controllare noi stessi dobbiamo riconoscere che i nostri corpi non ci appartengono. Non c'è nulla di cui si possa dire "È mio" o sono io stesso, perché, perfino questo corpo, non mi appartiene. Se una persona considera se stessa in questo modo, non discriminerà gli altri. Questa è la saggezza dell'uguaglianza nel Buddhismo.

Buddha diceva che il Buddhismo stesso è come una zattera che ci porta sull'altra sponda del fiume, ma alla quale, una volta arrivati, non dovremmo rimanere attaccati. Non rimanendo attaccati a noi stessi e nemmeno al Buddhismo, i Buddisti possono provare compassione per ogni persona ed affermare che tutte le religioni sono uguali.

In Giappone esistono abitudini e rituali singolari per i morti. Quando una malattia può essere controllata con la medicina, la persona non deve mai arrendersi o accettare la morte. Ma se invece non c'è alcun modo per guarire, ella non deve rimanere attaccata alla vita. Un malato terminale dovrebbe pregare secondo la propria religione, confessare le proprie pene secondo il proprio rito, immaginare l'altra sponda della personalità ideale che è la parte principale del proprio culto e prepararsi alla morte concentrando la mente su di essa.

Come già detto all'inizio, oggi abbiamo sconfitto malattie infettive antiche, ma nuovi tipi per i quali non abbiamo alcuna immunità potrebbero provocare enormi disastri. I progressi compiuti nel campo dei trasporti aerei consentono ai virus di spostarsi da un luogo all'altro della terra in poco tempo. Come i sacerdoti buddisti, anche noi dobbiamo aiutare le persone ad essere altruiste e a consentire alla scienza di funzionare liberamente in quanto essa tende a compiere progressi in campo medico per il bene di tutti. Una nuova crisi influenzale è imminente. La cosiddetta influenza spagnola uccise circa il 2,5% della popolazione

mondiale. Prima che si verifichi un'altra epidemia influenzale a livello mondiale, dobbiamo fare qualcosa per prevenirla. È stato un ricercatore giapponese il primo a sintetizzare artificialmente il virus dell'influenza di tipo A, anche se non lo ha fatto in Giappone. In questo Paese, infatti, non è possibile effettuare tale tipo di ricerca ad alto rischio malgrado il fatto che possiedano almeno due laboratori BSL-4 totalmente funzionanti. Il problema in Giappone non è la mancanza di perizia tecnica, ma l'assenza di cooperazione tra le persone. Le comunità che vivono nelle vicinanze di questi laboratori si rifiutano di farli funzionare, in quanto hanno paura di essere esposti a virus o a batteri sperimentali. I ricercatori giapponesi sono costretti, quindi, a fare questo tipo di ricerca all'estero. Forse può sembrare incredibile che i giapponesi si trovino in una tale assurda situazione. Le nostre strutture per questo tipo di ricerca sono sufficienti, ma ciò che manca è l'etica, e il Buddhismo dovrebbe biasimare i responsabili di questa situazione.

La separazione dal Buddhismo fu sancita dal governo rivoluzionario di Meiji nel 1868. Per contrastare la pressione occidentale e assicurarsi il controllo politico, il governo pose fine al coinvolgimento buddista nel sistema socio-politico e favorì una sola religione di Stato, che era una versione dello Scintoismo, rimuovendo l'influenza misericordiosa del Buddhismo: una politica, questa, che terminò con i tristi avvenimenti della Seconda Guerra Mondiale. Durante quel periodo, gradatamente prevalse la tendenza egoista del popolo giapponese e ancora oggi viviamo nella sua ombra. I buddisti giapponesi devono assumersi la responsabilità di contrastare tale tendenza, partecipare a conferenze come questa per discutere dei rapporti tra religioni e problemi quali le malattie infettive, e imparare dal Vaticano ad essere una religione che sia utile al mondo per raggiungere la felicità.

Dott. MASAHIRO TANAKA,
Sacerdote bonzo responsabile presso
il "Buddhist Temple Saimyōji",
Medico presso la Clinica "Fuman-in"
Mashiko, Giappone

JÁN ĎAČOK

3.5 Il punto di vista della postmodernità

Introduzione

Questa relazione mira alla descrizione generale delle malattie infettive connesse alla postmodernità. La prima parte cercherà di rispondere ad alcune domande: quali sono le caratteristiche specifiche delle malattie infettive? Quali sono i bisogni più urgenti degli ammalati infettivi? Cosa vivono questi ammalati? Nella seconda parte, si applicherà la posizione postmoderna ai bisogni dell'ammalato infettivo. Come risponde a tali bisogni la postmodernità? È capace di soddisfarli?

L'uomo colpito da una malattia infettiva

L'esistenza delle malattie infettive è possibile solo se sono presenti tre condizioni elementari: 1. *la sorgente dell'infezione* (il malato, l'animale infettato, il portatore) dalla quale si è infettato un ammalato, 2. *la possibilità di un contagio* (i fattori ambientali, dell'aria, del cibo ecc.), 3. *la percepibilità della popolazione* che permette la circolazione dell'agente in un ambiente. Queste tre condizioni elementari e necessarie hanno un significato diverso riguardo le misure mirate contro l'infezione. Esse spiegano il meccanismo interno del processo epidemiologico, ma esistono fattori diversi che influiscono sull'intensità delle malattie singole. I fattori si dividono in due grandi gruppi: 1. fattori naturali (geografici, ecologici, climatici, etc.), 2. fattori sociali (socio-economici, culturali, professionali, educativi, demografici, agricoli ecc.). Molto importante è, naturalmente, anche il livello delle cure sanitarie. Di conseguenza, l'agire – la lotta – contro le malattie infettive, in primo luogo, è diretta contro queste tre condizioni elementari del processo epidemiologico. Si tratta dei processi seguenti: 1. l'eliminazione della sorgente di in-

fezione, 2. l'interruzione delle vie di trasporto, 3. l'aumento dell'immunità degli abitanti. In seguito, ci limiteremo solo ai passi che riguardano l'ammalato e lasceremo gli altri aspetti agli esperti nel campo delle malattie infettive.

1. *L'eliminazione della sorgente d'infezione* si fa in diversi modi: a) Attraverso l'isolamento, il che significa una separazione degli ammalati dagli altri abitanti. Esso deve avvenire presto, perché gli ammalati sono particolarmente contagiosi all'inizio della malattia. L'isolamento dovrebbe toccare tutti gli ammalati contagiati da un'infezione nella stessa località. Esso si svolge in un reparto o in una clinica per le malattie infettive o a casa, se il paziente non richiede una cura clinica particolare e non minaccia gli altri membri della famiglia. L'isolamento si estende al periodo della contagiosità dell'ammalato. b) La terapia è molto importante nel processo antiepidemiologico che mira all'eliminazione della contagiosità dell'ammalato. c) Il depistaggio significa una ricerca attiva di ammalati e di portatori in un ambiente infettivo.

2. *L'interruzione delle vie di trasporto* è diversa e dipende dal tipo di malattia infettiva.

3. *Le misure nel focolaio dell'infezione.* Come focolaio si intende lo spazio in cui dura l'esposizione all'infezione (la presenza della sorgente di un'infezione, la possibilità di contagio). Un focolaio dura fino a quando non passerà il tempo massimo dell'incubazione dall'ultimo contatto con l'ammalato o dall'ultima disinfezione dell'ambiente.

Misure riguardanti gli ammalati nel focolaio dell'infezione. a) La definizione della diagnosi deve essere rapida e precisa. b) L'avviso della malattia infettiva all'Istituto Superiore della Sanità. c) L'isolamento dell'ammalato al reparto o alla clinica per le malattie infettive che ha un regime specifico. Se

l'ammalato rimane nell'isolamento domestico, si devono escludere le visite delle persone contagibili.

Misure riguardanti i sani nel focolaio dell'infezione. a) La disinfezione personale: la disinfezione dei vestiti, il bagno di purificazione ecc. b) Il controllo sanitario: il controllo della temperatura, l'investigazione dei sintomi iniziali, gli esami di laboratorio ecc. Se è necessario, si dichiara la quarantena. c) L'immunizzazione o la chimoprofilassia dei membri di un gruppo o di una popolazione¹.

Possiamo, in sintesi, sottolineare le caratteristiche specifiche di questo campo: l'uomo colpito da una malattia infettiva, particolarmente quello in istituzioni sanitarie (ospedali, cliniche), è più isolato, più abbandonato, più insicuro, più soffrente e spesso esposto anche ad un andamento rapido della malattia che può condurre alla morte. In una parola: l'uomo colpito da una malattia infettiva è più bisognoso dell'attenzione e della cura degli altri. Come intende la postmodernità i suoi bisogni?

Postmodernità

In occasione delle due Conferenze Internazionali, dedicate alle cure palliative (2004) e alla genetica (2005), organizzate dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, abbiamo già avuto la possibilità di presentare brevemente il fenomeno complesso della postmodernità. Nella Conferenza dedicata alle cure palliative, la postmodernità è stata presentata dal punto di vista filosofico-socio-culturale ed etico-morale². Un anno fa – nella Conferenza dedicata alla Genetica – abbiamo presentato le caratteristiche culturali ed antropologiche dell'uomo postmoderno. In questa sede ci limiteremo solo ad alcuni aspetti complementari di questo fenomeno che ci aiuteranno a capire meglio la rela-

zione tra la postmodernità e le malattie infettive.

Come abbiamo sottolineato, la postmodernità intende il mondo come una cosa, un oggetto, e non più come una creatura di Dio. Un mondo senza Dio o un mondo indebolito offre all'uomo – particolarmente al *Superuomo* – la possibilità di esercitare la propria volontà di potenza. A questa volontà di potenza sono esposti tutti, particolarmente quelli deboli e fra loro anche gli ammalati dalle malattie infettive. L'uomo postmoderno vive nell'assenza di Dio e di verità sul proprio essere. Da qui scaturisce la sua crisi di senso e di orientamento etico-morale³. L'uomo postmoderno viene inteso come quello *debole* nel suo insieme. Egli ha perso il senso religioso e sacrale della vita, che per lui non ha nessun senso.



La visione postmoderna della vita umana viene intesa come quella contrattualista, utilitarista, pragmatica, nichilista e cinica. Il valore della vita umana viene relativizzato e offuscato. Come sappiamo, la sofferenza, la fase terminale, il morire e la morte fanno parte della vita umana normale. La postmodernità, però, non riconosce nessun senso alla sofferenza, alla fase terminale, al morire e alla morte, che sono causate e accompagnate anche dalle malattie infettive. La postmodernità, invece, davanti a queste realtà, rifugge nel suicidio, nel suicidio assistito e nell'eutanasia⁴.

La cultura postmoderna viene caratterizzata da un individualismo possessivo ed anarchico, che mette al suo centro l'individuo assoluto: il *Superuomo di Nietzsche* o il *Superuomo tecnologico*. Quest'ultimo è la misura etico-morale per sé stesso e può permettersi tutto. Come si può collocare insieme il *Superuomo* e la realtà delle malattie infettive con l'isolamento, l'abbandono, l'insicurezza, la sofferenza e spesso

anche il rischio reale di una morte rapida? L'uomo colpito da una malattia infettiva è veramente debole da tutti i punti di vista: quello fisico, psichico, spirituale, familiare, sociale, economico ecc. Può il *Superuomo* accettare una debolezza reale? Può il *Superuomo* soffrire di una malattia infettiva? Non si tratta di una negazione o antinomia? In una parola: la postmodernità non si identifica con la figura dell'uomo sofferente delle malattie infettive. Essa non risponde alle sue domande e non è capace di soddisfare i suoi bisogni.

Conclusione

Ad una visione postmoderna della vita umana è necessario opporre una forte *cultura personalista* o *christiana*. Quest'ultima pone al centro la persona con tutta la sua dignità e riafferma il valore fondamentale di ogni persona umana, anche di quella colpita da una malattia infettiva.

Come dialogare con l'uomo postmoderno, particolarmente con quello colpito da una malattia infettiva, dal punto di vista della fede cristiana? Come parlargli di Dio? L'esempio di Paolo, fattosi «debole con i deboli, per guadagnare i deboli; [...] tutto a tutti, per salvare ad ogni costo qualcuno. Tutto io faccio per il vangelo, per diventare partecipe con loro» (*ICor* 9,22-23; cfr. anche *ICor* 9,19-21), è sicuramente ispirante e incoraggiante anche per noi. In questa direzione, va la raccomandazione di Giancarlo Bruni per il cristiano d'oggi che: «si fa postmoderno con i post-moderni per non privarli di una gioiosa notizia. [...] Un farsi compagnia che fa propria, con discernimento critico, la legge della post-modernità, camminando, con "passione" e con "compassione", con questa figura d'uomo tentando di comunicargli ciò che brucia nel cuore». Di conseguenza, secondo l'Autore, nel contesto del «pensiero debole», se di Dio si può e si deve parlare è del *Dio debole*⁵.

È, infatti, Dio che in Gesù Cristo voleva diventare tanto simile all'uomo, volendo sperimentare personalmente tutte le debolezze e le fatiche umane (la durezza del lavoro, la povertà, la fame, la sete, il freddo, l'incomprensione, i conflitti con gli altri, il rifiuto, la persecuzio-

ne, il tradimento, le malattie, il dolore, la sofferenza, la morte), escluso il peccato. L'amore del *Dio debole* potrebbe risvegliare l'amore anche nell'uomo *debole* o in quello *postmoderno*. Qui si mostra una straordinaria importanza della missione della fede e della cultura cristiana.

Gianfranco Morra, alla domanda: «Dove va la società postmoderna?», applicandola alla società italiana, risponde, sottolineando tre direzioni: la prima: «attuale stato di decadenza, che potrebbe essere anche un lungo tramonto»; la seconda: «un assorbimento da parte di altre civiltà "forti", come quella islamica», e la terza, che troviamo quella più importante per il nostro approccio: «Oppure potrà risorgere e trovare una nuova forza, che [...] deriva solo dagli eroi e dai santi»⁶. A questo aggiungiamo che tali – eroi e santi – possono diventare anche molti operatori sanitari e gli accompagnatori di ammalati infettivi, particolarmente quelli che si ispirano alla fede in Gesù Cristo. Santo Damiano de Veuster, l'apostolo dei lebbrosi, ne è un esempio eloquente.

P. JÁN ĎAČOK, S.J.
Docente di Teologia morale ed Etica
Facoltà Teologica
dell'Università di Trnava,
Bratislava, Slovacchia
Provinciale della Compagnia di Gesù
nella Slovacchia

Note

¹ Cfr. E. KMETY, "Regole generali della lotta contro le malattie infettive", in *Vademecum Medici*, Osveda, Martin 2003, pp. 110-112.

² Cfr. J. ĎAČOK, "New Age, Post-modernity", in *Dolentium Hominum*, No. 58, Year XX, 2005, No. 1, pp. 97-99.

³ Per un contesto più ampio e specifico si vedano: P. VALADIER, *L'anarchie des valeurs. Le relativisme est-il fatal?*, Albin Michel, Paris 1997; D. MIETH, *Che cosa vogliamo potere? Etica nell'epoca della biotecnica*, Queriniana, Brescia 2003; CH. W. COLSON, N. M DE S. CAMERON, Ed., *Human Dignity in the Biotech Century*, InterVarsity Press, Illinois 2004.

⁴ Cfr. J. ĎAČOK, *La fase terminale della vita umana. Bioetica postmoderna e riflessione teologico - morale contemporanea*, Dissertazione per il dottorato, Pontificia Università Gregoriana, Roma 2003, pp. 328-329.

⁵ Cfr. G. BRUNI, "Dire Dio agli uomini d'oggi. Linee di discussione", in *Parlare di Dio all'uomo postmoderno. Linee di discussione*, ed. P. Poupard, Roma 1994, pp. 23-35.

⁶ Cfr. G.F. MORRA, *Il Quarto uomo. Postmodernità o crisi della modernità?*, Roma 1992, 1996, pp. 148-149.

Terza Sessione

Cosa fare?

1. Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista psicologico culturale

MARCELO SÁNCHEZ SORONDO

1.1 La cura delle malattie infettive in un mondo globalizzato. La salute è al corpo come la grazia all'anima

"Gratia se habet ad essentiam animae sicut sanitas ad corpus" (San Tommaso d'Aquino, *De Virtutibus in Communi*, q. un., 2 ad 21).

Naturalmente il tema a me proposto si può considerare sia dal punto di vista dell'individuo malato sia dal punto di vista della comunità. Credo altri abbiano già toccato o toccheranno il tema dal punto di vista dei malati. Il mio approccio qui sarà dal punto di vista globale, seguendo le grandi indicazioni della splendida lezione inaugurale del Card. Javier Lozano Barragán.

Una comunità umana che ripensa costantemente alle finalità dell'educazione fa circolare in modo sano idee ed energie da impiegare per il bene dei suoi membri. Tanto più se si tratta del bene fondamentale della vita umana sulla terra: la salute, che è per il corpo quello che la grazia soprannaturale è per l'anima. Ogni generazione dovrebbe riesaminare i modi in cui trasmettere la propria saggezza ai suoi discendenti, perché è attraverso l'e-

ducazione che l'uomo diviene pienamente ciò che è: un cittadino del mondo, consapevole, libero e responsabile. Pensare l'educazione e soprattutto all'educazione della salute vuol dire pensare alle future generazioni e dunque è qualcosa di radicato nella speranza e che necessita di generosità.

Una globalizzazione correttamente gestita può costituire una grande opportunità per l'educazione alla salute, per il bene della popolazione e per la pace, dal momento che può avvicinare gli esseri umani gli uni agli altri ed è in grado di promuovere la condivisione di valori comuni.

Come in tutte le questioni umane, l'istruzione presuppone innanzitutto un'idea di che cosa sia un essere umano, poiché sono uomini e donne coloro che vengono educati ed anche coloro che educano. Dunque, l'istruzione deve innanzitutto rispondere a una domanda fondamentale, vale a dire: qual è il nostro reale sapere oggi sugli uomini e sulle donne?

Dobbiamo cercare di esaminare

in cosa può consistere un progetto educativo, specialmente per la salute, in un mondo sempre più globalizzato. Tale progetto deve essere basato sulle nostre attuali conoscenze bio-antropologiche circa gli uomini e le donne, in dialogo con le scienze, nel contesto della diversità e dell'interdipendenza delle culture, e sull'universalità dei valori religiosi, antropologici ed etici, che sempre più si intrecciano con le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, nonché con nuovi modelli di migrazione internazionale.

Come ha detto il Papa oggi, nel nostro mondo globalizzato, centrale è il problema della giustizia, anche per la salute. Vale a dire che tutti gli uomini e le donne, ovunque si trovino e qualunque sia la loro condizione di vita, dovrebbero avere il diritto e la possibilità di ricevere una buona istruzione e godere di un generale accesso alla cultura, specialmente nei temi della salute. Questo vuol dire un'istruzione base – fino a nove anni – per tutti, seguita da un'istruzione secondaria e su-

periore sulla base delle capacità e delle risorse. Chiaramente, il mondo globalizzato implica un miglioramento dell'educazione alla salute e al benessere corporeo non solo per gli abitanti del mondo in via di sviluppo, ma anche di quello sviluppato. Oggi, per tutte le persone, c'è una straordinaria abbondanza di sapere in generale e medico in particolare senza precedenti nella storia. Tale abbondanza di sapere medico dovrebbe essere resa disponibile attraverso nuovi ed adeguati processi di sintesi e di comunicazione. Tutti hanno il diritto ad un'istruzione che consideri l'ambiente come la casa dell'umanità, e la salute come il bene del corpo, tale da impedire che l'ambiente fisico e l'ambiente umano diventino dannosi per la salute ed il benessere della comunità.

Malgrado le molte affermazioni e le numerose dichiarazioni di intenti, formulate dalle Nazioni Unite e da altre agenzie, e sebbene sforzi significativi siano stati compiuti in alcune nazioni, i livelli di istruzione in generale e riguardo alla salute in particolare, permangono straordinariamente disuguali nella popolazione mondiale, e ciò nonostante che le risorse necessarie per il miglioramento di tale situazione non sembrino fuori dalla nostra portata. Nel corso dell'ultimo decennio uno speciale motivo di preoccupazione è stata la divergente e crescente disuguaglianza, concomitante con la globalizzazione e collegata alle politiche nel campo dell'istruzione, tra Paesi sviluppati o emergenti, e Paesi che si trovano in una condizione di stagnazione, ovvero che sono bloccati nella trappola della povertà e delle malattie ad essa relative. Questo ha conseguenze nel campo delle malattie infettive e nella nuova ripresa del loro potere distruttivo.

Vista la crescente importanza dell'educazione in generale e di quella medica in particolare, ora più che mai nella storia dell'uomo, un'analogia fonte di preoccupazione è rappresentata dal grande e spesso crescente divario tra le scuole frequentate dai poveri e quelle dai non poveri. Ciò è tanto vero che frequentemente emergono percorsi educativi differenziati e separati. Ancora più allarmante è

il fatto che in tutto il mondo circa 200 milioni di bambini e ragazzi che dovrebbero ricevere un'istruzione di base non vengono neanche iscritti a scuola. Quindi specialmente le donne non hanno un'educazione capace di affrontare i problemi della salute. Gli esempi tipici sono la tubercolosi e la salmonella che sono state sconfitte nel recente passato e che oggi tornano, con l'AIDS, a colpire numerose persone a causa della loro minore difesa immunologica davanti alle nuove forme che prendono i virus.



Oggi, davanti alla globalizzazione, alle migrazioni, al grande sviluppo del sapere e alla concomitante affermazione di un'economia fondata nella conoscenza (*knowledge-intensive economy*), e soprattutto di fronte all'irrefutabile obbligo di combattere la povertà e le malattie con tutti i mezzi possibili ovunque nel mondo, è necessario ripensare seriamente l'istruzione, specialmente nel campo della salute. Difatti, per i poveri e per i malati di malattie infettive, le conseguenze negative di inadeguate politiche educative e sanitarie vengono amplificate dalla globalizzazione.

La globalizzazione ha provocato un aumento senza precedenti di popolazioni che migrano tra Paesi ospitanti o all'interno di nazioni molti vaste, tanto che oggi, le migrazioni internazionali sono parte integrante dello sviluppo globale. Le migrazioni possono essere un fattore estremamente favorevole per la comprensione reciproca e

per la fusione di culture, e in questo l'educazione riveste in tutto il mondo un ruolo importante per l'integrazione dei figli degli immigrati, e quindi per la possibilità di combattere le malattie. Tuttavia, mentre alcuni bambini delle famiglie immigranti rendono a scuola meglio dei bambini delle famiglie locali e stanno meglio in salute, altri sembrano essere molto presto segnati dal rifiuto sociale e dalle esperienze negative di malattie, specialmente infettive. In questo campo, i percorsi da seguire per giungere a dei miglioramenti sono la riduzione della frattura con le culture e le lingue native, e il mantenimento della stabilità familiare e della buona salute.

L'educazione dovrebbe mirare al completo sviluppo della persona, alla promozione del significato della dignità umana, e al consolidamento del rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali dell'essere umano e del suo corpo. Dovrebbe consentire a tutte le persone di partecipare attivamente alla grande famiglia umana e favorire la comprensione, l'amicizia, e la cooperazione tra tutte le popolazioni, i gruppi etnici e le comunità religiose. L'educazione dovrebbe anche trasmettere il sapere, le abilità cognitive superiori e la sensibilità interpersonale, tutti elementi necessari per aiutare ragazzi, ragazze, uomini e donne a divenire interamente se stessi nella consapevolezza dell'importanza del proprio corpo e del suo benessere, ed a interagire con gli altri. Dovrebbe sviluppare la loro capacità di osservare, ragionare, sintetizzare e creare valori etici, e sviluppare un senso di giustizia, rispetto, tolleranza, e compassione verso gli altri. Dovrebbe rimarcare la responsabilità che tutti abbiamo nella protezione dell'ambiente a beneficio delle generazioni presenti e future, contribuendo così a combattere l'inquinamento e il deterioramento ecologico e a promuovere la conservazione e lo sviluppo sostenibile. Nel trasmettere il sapere e nell'incoraggiare la creatività, l'istruzione dovrebbe diffondere la profonda lezione del passato e comunicare le opportunità ed i rischi che l'umanità si troverà ad affrontare nel futuro. Dovrebbe anche indicare la responsabilità che tutti abbiamo

verso il nostro corpo e la sua salute, come anche quello degli altri. E qui si apre il grande capitolo degli animali. Oggi abbiamo recuperato il nostro posto all'interno della natura, però non siamo sufficientemente capaci di percepire che quando spariscono le specie per malattie varie, nelle quali c'è una chiara responsabilità umana, siamo in pericolo anche noi.

In particolare, nel contesto della globalizzazione, nel processo educativo sono essenziali il rispetto delle diversità culturali e la conservazione degli elementi di identità culturale. Le nuove generazioni devono comprendere chiaramente la loro stessa cultura in relazione alle altre culture, in modo da sviluppare auto-consapevolezza quando poste di fronte a cambiamenti culturali, e per promuovere la pacifica comprensione e la tolleranza, individuando e favorendo autentici valori umani all'interno di una prospettiva interculturale. La crisi evidente del multiculturalismo ci deve portare ad un interculturalismo che condivide i valori umani universali come la conoscenza, la libertà, la salute e quindi fare tutto per combattere le malattie. Come nessuna vera cultura può essere contraria alla verità e libertà, così neanche può essere contraria a nessuna forma di violenza contro il corpo e la sua salute, tanto più se predispone alle malattie infettive.

Allo stesso tempo, l'istruzione dovrebbe stabilire quel comune senso di umanità che è essenziale al mantenimento della salute del corpo e della pace dell'anima. Ciò può essere ottenuto attingendo all'universalità dei principi e delle norme etiche, che sono, ad esempio, espressi nei concetti di diritti umani e dignità della persona, ma anche riferendosi all'universalità del sapere, della conoscenza e della scienza, specialmente medica. È dunque anche necessario offrire, nel corso del processo educativo, la nuova immagine dell'universo e dell'uomo che la comunità scientifica va proponendo riguardo al cosmo, alla terra, e alla vita.

Alle tendenze relativiste e nichiliste di alcuni movimenti moderni, che Benedetto XVI e i suoi predecessori hanno criticato con sempre maggior forza, fa riscontro la ripresa giusta e progressiva dell'appello

etico, filosofico e religioso che ha decisiva incidenza nella salute umana. La "meraviglia" che ha stimolato la nascita ed il cammino della scienza non è diminuita, anzi è aumentata con le nuove scoperte delle scienze fisiche e di quelle della vita. Questo "nuovo mondo", che è stato gradualmente investigato dall'uomo, ha dato origine ad uno stupore ancora più grande di fronte all'universo, che potrebbe aprire nuovi e certi orizzonti di significato grazie ai quali comprendere il mistero della Creazione. In questo modo, a seguito dei progressi della scienza, la religione e la filosofia sono tornate d'attualità, come è dimostrato dalla crescente attenzione prestata alla loro riconosciuta funzione nella ricerca della verità. Da questo, oggi, scaturisce il bisogno di tener conto della scienza, della filosofia e della religione nello stabilire una solida base antropologica come precondizione dell'educazione. Molto deve l'uomo alla scienza nel campo della salute e particolarmente del superamento delle malattie infettive. Ricordiamo Jener, Pasteur, Koch, Ramon, Gaston Chagas, Fleming, Peutz, che sono stati illustri membri della Pontificia Accademia delle Scienze. Ma non è sufficiente. Bisogna che la scienza cerchi di più e condivida più sia le ricerche che le cure. Non è possibile che interessi economici si interpongano alla ricerca pura della verità e del concreto benessere delle popolazioni.

L'educazione in generale inizia nel ventre materno ed alla nascita. Questo vale specialmente per la salute. Madri, padri e famiglie nel loro ruolo educativo primario hanno bisogno di aiuto per comprendere – nel nuovo contesto globale – l'importanza di questo stadio iniziale della vita, e dovrebbero essere preparate ad agire di conseguenza. Uno dei percorsi cruciali verso una qualità superiore dell'istruzione a livello scolastico è la crescente partecipazione delle famiglie e delle comunità locali al governo dei loro progetti educativi. Questo vale specialmente per il tema della salute e l'istruzione riguardante le malattie infettive.

Lo sviluppo umano dipende da molteplici parametri come l'istruzione, la salute e le vedute culturali sulla famiglia e sui rispettivi ruo-

li degli uomini e delle donne nella società umana. Nondimeno si può affermare che l'istruzione, specialmente a livello elementare, rimane drammaticamente insufficiente in alcune parti del mondo, specialmente riguardo al tema del corpo e alla sua salute. Le "classiche" abilità base previste dall'istruzione elementare – leggere, scrivere e matematica – non sono più sufficienti in un mondo globalizzato. Devono essere integrate da abilità che conducano ad obiettivi quali il miglioramento, la difesa e la conservazione della salute, delle abilità lavorative, del patrimonio culturale e linguistico dei valori etici, della coesione sociale e dell'ambiente. In futuro, la triade potrà ampliarsi verso nuovi obiettivi: "conoscere il proprio corpo, leggere, scrivere, matematica, ragionamento, sintesi".



Da parte dei docenti, l'insegnamento richiede un alto livello di conoscenze, così che gli studenti, che apprendono attraverso il processo educativo, possano raggiungere uno standard di istruzione che non potrebbero ottenere da soli. Il loro ruolo di agenti dell'istruzione deve venir riconosciuto e sostenuto con ogni mezzo possibile: ad esempio, con una formazione continua impartita da coloro che hanno un accesso più diretto al sapere (in particolare studiosi e scienziati preparati), con l'aggiornamento della formazione professionale, con stipendi adeguati e con la disponibilità di tecnologie dell'informazione. Al fine di facilitare un

compiuto processo educativo, in modo da fornire ad ogni membro della società, e alle comunità stesse, quel livello di conoscenza e apprendimento che è un fattore primario nel conferire autonomia e nell'incoraggiare la cooperazione, è importante mirare ad alti standard qualitativi nella professione educativa, specialmente a livello dell'educazione superiore, con particolare riguardo alla medicina. Ciò è richiesto anche dal fatto che, poiché l'*expertise* di ogni insegnante è limitata, ciò che uno studente non apprende da un docente, lo può apprendere da un altro, ed anche gli insegnanti possono apprendere l'uno dall'altro all'interno di un contesto sinergico che si dovrebbe formare in ogni comunità, specialmente in quelle che si occupano di medicina. Per sostenere e promuovere questo duplice processo, che è all'origine delle scuole, delle università e di altre istituzioni educative, si devono rendere disponibili adeguate risorse nazionali, internazionali e private così che, in tutto il mondo, gli insegnanti possono svolgere le loro mansioni in modo efficace.

La tecnologia della comunicazione e dell'informazione (IT) offre straordinarie opportunità per il rinnovamento dell'istruzione grazie alla sua capacità di connettere le persone, di favorire l'accessibilità di aree molto lontane, grazie ai costi decrescenti, e al potenziale volume di informazioni che può veicolare. Sarà dunque possibile ridurre i costi dell'istruzione per ogni singolo bambino, persino in aree povere. Questo può aver un impatto straordinario nella lotta contro le malattie infettive che aumentano anche per la mancanza di educazione e prevenzione. Tuttavia, gli strumenti IT da soli non producono necessariamente istruzione, né salute. Devono essere accompagnati da un quadro concettuale che promuova il dialogo, la partecipazione attiva degli insegnanti, dei medici, l'organizzazione del sapere e una consapevolezza circa l'importanza dei valori.

L'evento esistenziale decisivo dopo la nascita è la salute. La malattia e la morte sono gli estremi contrari, che sembrano colpire il corpo, ma in realtà interessano la persona intera. È la persona come

tale, il soggetto esistente, che nasce, vive con salute o meno, si ammala e muore. Bisogna riconoscere che nella cultura contemporanea si dimentica spesso che il corpo è l'attore principale dell'avventura dell'esistenza. In tutte le tappe della vita esso fa sentire, in modi più o meno preoccupanti, la propria incidenza nella vita a tutti i livelli: biologico, sensibile, e, come è ovvio, anche al livello intellettuale e morale. Purtroppo manca ancora una fenomenologia analitica della coscienza del corpo e della sua meraviglia che è il cervello. Manca una conoscenza dei gradi e forme di consapevolezza che il nostro Io, o sé medesimo (per dirla alla terza persona), assume gradualmente del suo corpo e cervello con normale salute: del come la prenda la prima volta, del come la prenda nel sonno e nelle malattie (collassi, narcotici, malattie psichiche e infettive), del come riacquisti la salute, del (se e) come la perderà nella morte, del come dopo la morte nella vita futura (creduta da Socrate e promessa a Cristo ai credenti in Lui: Gv 3,14-16; 5,24; 6,40-47; 8,51; 10,25-29; 11,25 s.).

È un fatto che lo sviluppo della persona, il principale concetto nato dal cristianesimo per affrontare anche il malato, è soggetto a stimoli, che provengono da contenuti assai diversi nelle varie tappe ed epoche della "conformazione" del corpo. Non è soltanto questione dei cosiddetti tempi del cervello né della mielinizzazione e dello sviluppo del sistema nervoso. Lo sviluppo è anzitutto della persona come consapevolezza e principio unificante i cui diversi stadi costituiscono l'attuarsi del suo essere e della sua perfezione: così un bambino, un ragazzo, un giovane... può essere altrettanto perfetto, nel suo ordine e momento dell'essere, che un adulto: alle volte, anzi, di più. Ma è anche un fatto che ad un corpo infantile corrisponde una personalità infantile, con movimenti e interessi e progetti infantili: "Cum essem parvulus, loquebar ut parvulus" (*1Cor 13,11*). Il corpo rigoglioso dell'adolescente si collega a una personalità esuberante impegnata nella preparazione alla vita; al corpo dell'uomo maturo la personalità impegnata nella realtà e negli impegni della vita; al corpo del vecchio, che si è distaccato o si sta distac-

cando dagli impegni più gravosi verso il mondo, la personalità della ponderata riflessione sul passato e dell'attesa dell'ultimo avvenire. Queste età della persona sono importanti all'ora della malattia e nella sua cura.

Le crisi del corpo con le malattie, in qualsiasi età, sono bene spesso prove e crisi della persona e della sua anima, anche se nulla autorizza a fare della persona una funzione dell'organismo come in molta scienza neurologica attuale. Per molti riguardi mai si sperimenta al vivo la solitudine della persona e dell'io che nelle strettoie e angustie delle malattie del corpo: "sono tanti i bisogni in cui il corpo assoggetta l'anima, da sembrare che questa debba obbedire alle sue leggi. Quando ella non ha tanta forza di sottrarsi al suo impero, sperimenta, secondo me, una delle più gravi angosce e delle miserie più dure di questa vita... Tale era lo stato in cui io allora mi trovavo" (S. Teresa di Gesù, Le Fondazioni, cap. 29,3; tr. it., Milano 1932, t. iii, p. 302 ss.).

È soprattutto nelle malattie infettive che l'essere umano prende coscienza del proprio corpo: nella sofferenza delle membra, nella difficoltà o impossibilità di assolvere certe funzioni fondamentali, nella dipendenza e condizionamento più o meno complessi dalla capacità e discrezione altrui (medici, infermieri, parenti, amici). Nell'ingresso in una sala ospedaliera per un trattamento importante, si può afferrare e qualcuno lo afferra con sorprendente folgorante lucidità, che la consapevolezza della perdita parziale del corpo e del suo ricupero, sono quasi, cioè sembrano quasi, per la persona come la notte e il giorno.

Dal punto di vista della catechesi è questa un'occasione privilegiata della persona per ritrovare se stessa. Come sempre, però, particolarmente in questa circostanza, la persona è chiamata ad aprirsi a Dio nella preghiera di amore adorante. Questa preghiera realizza una modalità di presenza in cui l'oggetto non è già il contenuto di una rappresentazione teoretica mediata dalla conoscenza comunque del soggetto. Nella preghiera a Dio in generale, ma in questa di estrema consapevolezza della sua presenza e dipendenza, Dio non è solo og-

getto rappresentato ma anche e soprattutto amato e desiderato da una persona che è convinta di essere direttamente e particolarmente coinvolta. Questa conoscenza nella preghiera sembra aderire alla modalità di presenza della volontà mossa dall'amore in cui atto termina realmente nella realtà della cosa (*ad rem*) dell'altro, cioè di Dio. Sappiamo che mentre in questa vita noi non possiamo conoscere direttamente Dio, lo possiamo invece amare con tutta la nostra anima. Il nostro amore non ha mediazioni. E qui è fondamentale l'apertura al malato non come malato o paziente, ma come fratello e amico. In un rapporto umano, soprattutto in ogni rapporto umano profondo, di amicizia o di filiazione, la conoscenza e il riconoscimento dell'altro trascende la pura intenzionalità noetica per arrivare alla persona stessa (*ad personam*). Questo rapporto di amicizia e fratellanza col malato può costituire il punto di partenza di una preghiera che assicuri la presenza di Dio e quindi dell'inizio del cammino dell'anima verso il suo Fondamento e salvezza: «Dove sono due o tre riuniti nel mio nome, io sono in mezzo a loro» (*Mt 18,20*). A partire da questo, si apre il mondo sacramentale in tutta la sua ricchezza per la salvezza del malato in modo che la malattia del corpo può essere una via provvidenziale per la salute dell'anima di quella malattia mortale che è il male e il peccato.

A questo punto è importante la famiglia. Il difetto fondamentale negli attuali approcci anche per la salute davanti alla persistenza delle malattie infettive basato sullo Stato, sul mercato, e su una combinazione di questi due approcci, è che essi trascurano la famiglia: sia nel trattare la società come fosse un insieme di individui in competizione tra loro per accaparrarsi scarse risorse, sia nel considerare la famiglia come uno strumento pubblico grazie al quale porre rimedio ai fallimenti dello Stato e del mercato. Così facendo, essi indeboliscono quella stessa solidarietà che invece sarebbe necessaria per porre rimedio a quei fallimenti. Il futuro della società è incluso della salute o sarà basato nella famiglia o essa non sarà più umana né di qualità. Forse sarà un'altra cosa, un'altra società. Questa è la grande sfida.

La famiglia è decisiva in riferimento alla persona e alla sua salute corporea. In questa culla della vita e dell'amore, l'essere umano nasce e cresce, vive, si ammala e anche muore. I responsabili della politica devono prestare una più consapevole attenzione alle famiglie, riconoscendo il ruolo chiave che le famiglie e la loro circostante rete di relazioni hanno nel fronteggiare i problemi di ogni persona specialmente di quelle malate, di quelle dipendenti per problemi di malattia. Una nazione priva di una consapevole politica sulla famiglia lascia che la politica sulla famiglia sia affidata al caso e alla fortuna, alle conseguenze di politiche e di programmi rivolti ad altre aree che tuttavia hanno un forte impatto sulle famiglie e negativo sulla salute.

La solidarietà intergenerazionale non è solo una questione di rapporto tra coloro che ora sono giovani ed hanno un lavoro, e coloro che sono più anziani ed in pensione, ma anche del rapporto tra coloro che hanno salute e coloro che non ne hanno. Gli uomini e le donne che curano la salute dei propri parenti non fanno solo qualcosa per se stessi e per i loro cari, ma per la società nel suo complesso e per il futuro di tutti. Il loro contributo alla qualità della vita umana è insostituibile. In queste funzioni a vantaggio di ciascuno dei suoi membri malati essa precede, per importanza, radicalità e valore, le funzioni che la società e lo Stato devono svolgere. La storia mostra che senza famiglie solide nella comunione e stabili nell'impegno i popoli si ammalano, sfibrano e invecchiano.

È necessario che questo servizio di assistenza ai malati, pagato o non pagato, sia riconosciuto come lavoro socialmente molto utile. I responsabili della politica devono renderlo più facilmente realizzabile per coloro che sono maggiormente motivati e meglio qualificati nel prendersi cura dei malati, sia anziani sia giovani che giovanissimi. Quando le istituzioni sociali si occupano delle famiglie, specialmente nella loro assistenza ai malati, dovranno sforzarsi, ogniqualvolta sia possibile, di assistere nell'eseguire le loro funzioni, piuttosto che nel cercare di sostituirsi a loro in quelle stesse funzioni.

Rafforzare le strutture di mediazione della società civile in pro della salute

Prestare maggiore attenzione alle "strutture di mediazione della società civile", magari intraprendendo studi sui diversi tipi di strutture di mediazione al fine di trovare gli esempi più efficaci, e di scoprire ciò che le rafforza o ciò che le indebolisce nelle cure delle malattie infettive.

Studiare l'impatto che hanno sulle famiglie con figli e sulle strutture di mediazione le malattie, analogamente a quanto avviene nelle scienze naturali per gli studi sull'impatto ambientale.

Avviare programmi pilota per comprendere ciò che funziona e ciò che non funziona, al fine di basarsi su esperimenti che siano risultati efficaci. Gli esperimenti che utilizzano le strutture di mediazione della società civile per eseguire alcuni dei compiti in difesa delle malattie, che i governi si sono assunti nel corso degli anni potrebbero produrre non solo una più efficiente ed umana fornitura di alcuni servizi sociali in pro della salute, ma potrebbero rafforzare le stesse strutture di mediazione. Qui entra il tema dell'ambiente o ecologia umana alla quale si è riferito il Santo Padre nel suo discorso. Come per la salute è fondamentale l'ambiente fisico, così è altrettanto importante l'ambiente sociale il cui perno sono le famiglie sane e cristiane. Ma anche le istituzioni religiose. È compito dei laici stabilire la giustizia superando gli egoismi della ragione, ma è compito delle istituzioni di carità creare un ambiente spirituale dove si possa dare quella relazione di amicizia col malato che apre a Dio. Chi non ricorda con speciale gratitudine l'assistenza delle suore durante una malattia infettiva che abbia aiutato a creare quello spazio spirituale che apre alla preghiera e alla vita sacramentale. Perché quindi non dovrebbero stare le suore negli ospedali come vogliono certi laici per pretenziosi motivi di laicità culturale?

S.E. Mons. MARCELO SÁNCHEZ
SORONDO
*Cancelliere della Pontificia Accademia
delle Scienze Sociali,
Santa Sede*

FRANCISCO ROBLES ORTEGA

1.2 L'educazione nella fede

Il mio intervento, seppur breve, vuole rispondere a due domande: “È possibile educare nella fede un paziente che, per il fatto di essere affetto da una malattia infettiva, deve essere isolato?” e “Qualora fosse possibile, come dovrebbe essere effettuata questa educazione?”.

1. È possibile educare nella fede un paziente affetto da una malattia infettiva?

Deve essere ben chiaro che, quando parliamo di educazione nella fede cattolica, stiamo parlando di *guidare* verso una *esperienza personale* di Cristo, giacché “il cristianesimo non è un semplice libro di cultura o un’ideologia, e neppure soltanto un sistema di valori o di principi, seppur elevati. Il cristianesimo è una persona, una presenza, un volto: Gesù, che dà senso e pienezza alla vita dell'uomo”. Per questo, educare nella fede non è altro che trasmettere un’esperienza personale di Cristo, e questo è possibile sempre.

Per usare le parole del Santo Padre, “All'inizio dell'essere cristiano non c'è una decisione etica o una grande idea, bensì l'incontro con un avvenimento, con una Persona, che dà alla vita un nuovo orizzonte e con ciò la direzione decisiva”. “La fede ha la sua specifica natura di incontro con il Dio vivente”.

Per questo, educare nella fede non si riduce a conoscere Cristo o a imitarlo, ma è realmente molto di più. Educare nella fede vuol dire *trasmettere un’esperienza personale di vita in Cristo*. Educare nella fede è promuovere un incontro in cui l'essere umano si sente chiamato a dare una risposta d'amore a Colui che percepisce come Dio di amore. In questi termini, può suonare molto elementare, però è questo il fondo dell’esperienza della nostra fede. In definitiva, educare

nella fede è insegnare a considerare Cristo centro della vita: è insegnare a *rispondere al suo amore*.

Educare nella fede vuol dire insegnare al fratello a non restare fisso sulla sua malattia, sui suoi problemi o sulla sua piccolezza umana, *ma a lanciarsi verso il mistero della fiducia e dell'amore per Dio*. Vuol dire orientarlo a vivere con una nuova dimensione; incoraggiarlo a edificare la sua vita secondo i piani di Dio lasciando per un secondo tempo i propri. Educare nella fede è consegnare un tesoro¹ che un giorno abbiamo scoperto e *condividerlo per amore*.

Per questo, la risposta alla domanda iniziale: “È possibile educare nella fede un paziente affetto da una malattia infettiva?”, è sempre positiva, sempre e quando sia una retta educazione nella fede che motivi e convinca, più con la testimonianza che con le parole, del fatto che vale la pena vivere nell'amore di Cristo: “Da questo abbiamo conosciuto l'amore: Egli ha dato la sua vita per noi; quindi anche noi dobbiamo dare la vita per i fratelli”².

Nel mondo di oggi, in cui il senso della parola “amore” appare tanto svilito da diventare un semplice “godere dell’altro”, il cristiano, discepolo di Cristo, guardando il crocifisso, scopre che l'amore è donazione, e per di più totale. L'educazione nella fede deve portare all'esperienza di questo amore, ad affermare, come San Paolo: “Questa vita nella carne, io la vivo nella fede del Figlio di Dio, che mi ha amato e ha dato se stesso per me”³, e a proclamare al mondo che “nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici”⁴. Educare nella fede è possibile sempre perché vuol dire mostrare l'amore di Dio ad ogni essere umano, un amore che si manifesta nella donazione assoluta fino alla morte, e alla morte di croce.

2. Come si deve affrontare l'educazione nella fede con pazienti affetti da malattie infettive?

In realtà, ogni processo di educazione nella fede è un processo individualizzato, personale e profondo, in cui i principali protagonisti sono Dio e il malato. Gli altri, quelli che circondano il malato, possono aiutare, incoraggiare, motivare, informare e orientare, però è il malato stesso che deve scoprire l'amore di Dio e rispondere con la propria vita.

Detto ciò, occorre chiarire che, effettivamente, ci sono circostanze che possono aiutare questo processo di “conversione” e avvicinamento al Dio d'amore. Considererò ora le quattro che ritengo più importanti.

a. L'esperienza della croce

La prima esperienza, sicuramente la più importante in questo processo di educazione nella fede per il malato, è *l'esperienza della croce*, nel suo significato più profondo. Nella croce si può scoprire Cristo e incontrare in profondità il suo amore. È vero che molti di coloro che erano presenti al supplizio di Gesù, gridavano questa frase che ancora oggi risuona in molti cuori: “Se sei Figlio di Dio, scendi dalla croce”⁵. Credo che tutti coloro che sono stati vicino al letto di un malato, possano affermare che questa frase risuona anche nell'essere umano che soffre e si ribella nel suo dolore. Costa molto accettare la sofferenza che si presenta come un qualcosa contrario alla natura umana. Tuttavia, con gli occhi della fede, nella croce di Cristo scopriamo il Figlio di Dio che si dona per noi, affinché abbiamo la vita eterna. È questo il cammino che dobbiamo far sì che il malato percorra: l'accettazione redentrice della sofferenza in Cristo. Guar-

dando al mondo della malattia, il fatto che Dio consegni il proprio Figlio alla morte di croce appare quasi necessario. Esso è il modo con cui Dio si giustifica di fronte alla storia dell'uomo, così piena di sofferenza. Egli lo fa ponendo la croce al centro di questa storia, la croce stessa di Cristo. Cristo diventa così la spiegazione del senso della sofferenza dell'uomo, un senso nuovo che vince il peccato e la morte.

Per questo, un modo particolarmente efficace di educare nella fede è quello di introdurre il malato al mistero della croce di Cristo, sappendo che il Signore soffrì e sperimentò il dolore per lui, per amore nei suoi confronti, per liberarlo dal peccato e dargli la vita eterna nella pienezza dell'amore.

Il cammino della croce mostra un Dio che, oltre ad essere Onnipotenza, è Sapienza e Amore. Non è l'“Assoluto” che è fuori dal mondo, e a cui pertanto è indifferente la sofferenza dell'uomo. Egli è l'*Emmanuel*, il *Dio-con-noi*, un Dio che condivide la sorte dell'uomo e partecipa al suo destino. Dio non è soltanto “Qualcuno” che è fuori dal mondo, felice di essere in Sé il più Sapiente e Onnipotente. La sua sapienza e la sua onnipotenza si pongono, per libera scelta, al servizio della creatura amata. Se nella storia umana è presente la sofferenza, si capisce allora perché la Sua Onnipotenza si manifestò nell'umiliazione della Croce. Lo scandalo della Croce continua ad essere la chiave per interpretare il grande mistero della sofferenza, che appartiene così, integralmente, alla storia dell'uomo⁶.

Ogni operatore pastorale che esercita il proprio ministero tra coloro che sono affetti da malattie infettive deve essere per loro portatore di consolazione profonda nel dolore che fortifichi il Cristo Mistico che soffre, come l'angelo del Getsemani⁷ che confortava Gesù. Consolare cristianamente a partire dal Cristo della croce vuol dire educare e rafforzare nella fede.

b. La carità o l'amore

Un'altra esperienza che aiuta nell'educazione e nella crescita nella fede è la carità, l'amore, il senso più eloquente dei discepoli di

Cristo. Il malato che sperimenta l'amore di Dio nell'operato di coloro che si occupano di lui, può più facilmente arrivare a comprendere l'amore di Dio per la sua anima.

La carità è sicuramente lo strumento apostolico che ha ottenuto il maggior numero di conversioni al cristianesimo. L'amore è il volto più convincente della nostra fede, l'argomento migliore, la prova maggiore di autenticità e uno dei segni di credibilità più sonori della rivelazione cristiana. Vivere l'amore è il distintivo del cristiano⁸, il comandamento principale di Cristo, un comandamento nuovo⁹ dal quale derivano tutta la legge e i profeti¹⁰. “Siccome Dio ci ha amati per primo¹¹, l'amore adesso non è più solo un ‘comandamento’, ma è la risposta al dono dell'amore, col quale Dio ci viene incontro”¹². Vivere l'amore vuol dire amare come Cristo ci ha amati.

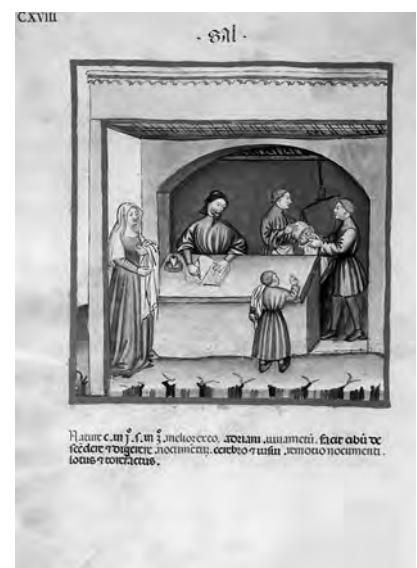
È la carità a far sì che tanti cristiani si avvicinino a quanti sono colpiti da malattie infettive, anche a rischio della propria vita. Ed è la carità che ci ricorda costantemente che in ciascuno di questi ammalati è presente Gesù Cristo. L'amore è donazione e questa donazione di abnegazione ci arricchisce come niente e nessuno potrebbero fare.

La carità cristiana, che nel corso dei ventuno secoli di cristianità ha mosso i missionari, ha entusiasmato i martiri, ha ispirato le madri cristiane, ha portato le religiose all'eroico annullamento di sé nel servizio al prossimo, ha guidato i sacerdoti e ha infranto le barriere dell'odio tra Paesi e famiglie, si ispira e si alimenta nell'Eucaristia. Il cristiano, quando vive la carità, si fa lui stesso eucaristia.

Effettivamente, questa carità, che è, sicuramente, lo strumento più efficace dell'evangelizzazione cristiana, si nutre e si ispira *da e nella* Eucaristia. “L'Eucaristia ci attira nell'atto oblativo di Gesù. Noi non riceviamo soltanto in modo statico il *Logos* incarnato, ma veniamo coinvolti nella dinamica della sua donazione”. Per questo, l'educatore nella fede deve essere un uomo o una donna profondamente eucaristico/a.

L'Eucaristia, grazia increata, è la fonte di ogni grazia ed è lei, vera presenza di Dio nell'anima, a muovere alle conversioni e ad aprire gli

esseri umani a ricevere il Vangelo¹³. La preparazione dell'uomo ad accogliere la grazia è già un'opera della grazia, e questa è necessaria per suscitare e sostenere la nostra collaborazione alla giustificazione mediante la fede, e alla santificazione mediante la carità¹⁴. La santificazione mediante la carità è sempre opera della grazia e questa carità non è un semplice sentimento, un'ambientazione vitale o un'energia positiva, bensì un vivere come Cristo ci ha insegnato nella piena donazione di noi stessi. Sta qui il nucleo che ispira e fortifica la carità.



c. La vita di preghiera

L'iniziazione alla *vita di preghiera* è un altro modo molto efficace di educare nella fede. *Insegnare a pregare è insegnare a credere*. La fede è, in sé, un dono concesso da Dio. Per questo è necessaria l'orazione di petizione per riceverlo. Inoltre, l'esercizio della preghiera rafforza la vita del credente. Pregare è mantenere lo sguardo fisso in Cristo¹⁵.

“Nella liturgia della Chiesa, nella sua preghiera, nella comunità viva dei credenti, noi sperimentiamo l'amore di Dio, percepiamo la sua presenza e impariamo in questo modo anche a riconoscerla nel nostro quotidiano. Egli per primo ci ha amati e continua ad amarci per primo; per questo anche noi possiamo rispondere con l'amore. Dio non ci ordina un sentimento che non possiamo suscitare in noi stes-

si. Egli ci ama, ci fa vedere e sperimentare il suo amore e, da questo ‘prima’ di Dio, può come risposta spuntare l’amore anche in noi”.

La preghiera ci insegna a scoprire in profondità il Dio dell’amore, a sperimentarlo, a conoscerlo con il cuore, ad assaporarlo. La preghiera ci fa scoprire che la debilità umana fa parte dei piani di Dio e non ci allontana da Lui. Ci fa accorgere della grandezza di Dio e di come ne abbiamo bisogno. La preghiera ci porta ad accettare l’umiliazione come qualcosa che Dio permette perché ci purifichiamo nell’amore per Lui¹⁶. La preghiera ci fa scoprire che solo Dio dà pienezza.

In qualsiasi processo di educazione nella fede non può essere assente la preghiera, perché essa forma il cuore nella fede, rafforza ed arricchisce il nostro modo di conoscere ed amare Dio e sostiene profondamente la nostra speranza. La preghiera ci porta a contatto diretto con Lui. Pregare è chiamare e rispondere. È chiamare Dio ed è rispondere ai suoi inviti. Pregare è “trattare di amore con chi sappiamo che ci ama”¹⁷; è un incontro reale con Dio che si fa presente nell’uomo attraverso l’azione dello Spirito Santo.

La preghiera è fede in atto. Essa è una sorta di palestra della fede perché questa sostiene la preghiera, la mette in moto, si esercita in essa. Pregare è porsi alla presenza di Dio che, per amore, si è rivelato liberamente, ci ha invitato a conversare con Lui e ci offre il dono della comunione con Lui. Mediante la preghiera, l’essere umano apprende ad accettare i piani di Dio sulla propria vita e supera la tentazione di fare semplicemente posto a Dio nei propri piani. Per questo la preghiera è, a volte, l’unico rimedio quando si è perso il desiderio di vivere.

d. L’esperienza del perdono e della misericordia

Tra i molti doni che Dio fa ad ogni essere umano: il dono della vita, il dono della fede ecc., ce n’è uno che tocca in profondità il cuore dell’uomo: *il dono del perdono e della misericordia divina*. Il perdono è sicuramente il momento in cui meglio si scopre l’amore di Dio. Il *rahamin*, la misericordia divina, ci

svela l’identità più profonda di Dio: *Dio è amore*¹⁸.

Educare nella fede ci porta a far scoprire ai nostri fratelli l’“Agnello di Dio che toglie i peccati del mondo”¹⁹ attraverso il sacrificio della sua vita; ci porta a presentare la storia della salvezza come una comunicazione dell’amore e della misericordia di Dio che vuole avvicinarsi a noi, nonostante le nostre miserie, o per meglio dire, proprio attraverso di esse.

Mostrare il mistero del perdono e della misericordia di Dio commuove profondamente. Per mia esperienza personale nel trattare con le anime, il perdono sgombra efficacemente molti pregiudizi che potrebbero esistere contro la fede cattolica. L’esperienza della misericordia e del perdono rinnova la speranza e la fiducia in Dio e scopre la vicinanza del cuore di Cristo.

L’esperienza del perdono scopre la dignità personale. L’essere umano perdonato percepisce il proprio “valore” di fronte a Dio. Egli è un figlio amato, non un servo. Il pentente si incontra con l’amore personale di Dio nei suoi confronti. Vede il peccato come una offesa fatta ad un Padre amoroso che gli aveva dato tutto il necessario per essere felice. Non accetta il peccato e si confessa peccatore di fronte a Dio, un Padre in cui confida. Tornare alla casa del Padre sembra impossibile per l’uomo, ma non è impossibile per Dio²⁰. E l’uomo riacquista la fede nel Padre. Per questo, in ogni processo di educazione nella fede, è necessario presentare l’incontro decisivo con la misericordia divina.

Conclusione

Prima di terminare, non voglio tralasciare una considerazione fondamentale ed è quella che, nel più profondo dell’educazione nella fede, ci troviamo sempre di fronte ad una premessa inalterabile: “La libera iniziativa di Dio richiede la libera risposta dell’uomo; infatti Dio ha creato l’uomo a propria immagine, dandogli, con la libertà, il potere di conoscerlo e di amarlo. L’anima può entrare solo liberamente nella comunione dell’amore. Dio tocca immediatamente e muove direttamente il cuore dell’uomo”²¹.

L’educazione nella fede non può prescindere dalla libertà umana che, allo stesso tempo, è lo strumento che l’essere umano usa per rispondere a Dio.

L’educatore nella fede cerca di giungere a questa libertà senza violenterla, ma motivandola e guidandola, sapendo che Dio ha posto nell’essere umano un’aspirazione alla verità e al bene che solo Lui può colmare. Per questo, l’educatore nella fede sa che quello che offre è un regalo, un tesoro per l’essere umano, specialmente per colui che si trova in una situazione di sofferenza. Sa che gli sta consegnando un bene, il bene migliore, l’unico che si apra alla vita eterna. E per questo vale la pena compiere qualsiasi sforzo.

S.E. Mons. FRANCISCO
ROBLES ORTEGA
Arcivescovo di Monterrey
Messico

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai giovani al Palazzo del Ghiaccio di Berna, Svizzera, 5 giugno 2004.

² BENEDETTO XVI, Lettera Enciclica *Deus Caritas est*, 1.

³ BENEDETTO XVI, Lettera Enciclica *Deus Caritas est*, 28.

⁴ Mt 13,44.

⁵ 1Gv 3,16.

⁶ Gal 2,20.

⁷ Gv 15,13.

⁸ Cfr. Mt 27,40.

⁹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Varcare la soglia della speranza*, “Dio è amore. Perché quindi c’è tanto male?”

¹⁰ Cfr. Lc 22,43.

¹¹ Cfr. Gv 13,35-36.

¹² Cfr. Gv 13,34.

¹³ Cfr. Mt 7,12; Mt 22,40.

¹⁴ Cfr. 1Gv 4,10.

¹⁵ BENEDETTO XVI, Lettera Enciclica *Deus Caritas est*, 1.

¹⁶ BENEDETTO XVI, Lettera Enciclica *Deus Caritas est*, 13.

¹⁷ Cfr. *Catechismo della Chiesa Cattolica*, 2001.

¹⁸ *Catechismo della Chiesa Cattolica*, 2001.

¹⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera ai sacerdoti* in occasione del Giovedì Santo del 2004, 5.

²⁰ BENEDETTO XVI, Lettera Enciclica *Deus Caritas est*, 17.

²¹ Cfr. Sal 119, 67 e 71.

²² SANTA TERESA DI GESÙ, *Libro de la Vida*, cap. 8.

²³ 1Gv 4,8; 4,16.

²⁴ Cfr. Gv 1,29.

²⁵ Cfr. Mc 10,27.

²⁶ *Catechismo della Chiesa Cattolica*, 2002.

JOHN PATRICK FOLEY

1.3 Aspetti pastorali: il trattamento delle malattie infettive e i mezzi di comunicazione di massa

La Chiesa cattolica ha istituito, nel nome di nostro Signore Gesù Cristo, almeno quattro reti di cooperazione che coinvolgono le istituzioni impegnate nella missione di annunciare il Vangelo a tutte le nazioni e a tutti i popoli.

La prima di queste reti racchiude le diocesi e le parrocchie che si propongono di manifestare la loro presenza accanto alle persone di cui si occupano direttamente, e di realizzare l'operato divino nel modo più degno possibile.

La seconda è formata dalle scuole, attraverso la cooperazione di istituzioni impegnate in campo educativo, dal catechismo di base al più alto livello di studi universitari.

La terza è costituita dalle istituzioni sanitarie. Quelle che rappresentano la Chiesa possono essere definite i Buoni Samaritani del nostro tempo, che si occupano di quanti più malati possibile, ma specialmente di coloro che sono soli o abbandonati nel momento della sofferenza.

La quarta rete coinvolge le comunicazioni: pubblicazioni, stazioni radiofoniche, stazioni televisive, uffici di pubbliche relazioni e siti Internet. Tutte hanno come scopo la proclamazione del Vangelo e si pongono al servizio delle altre attività apostoliche della Chiesa.

Quasi quindici anni fa (il 22 febbraio 1992), il Pontificio Consiglio per le Comunicazioni Sociali pubblicò una Istruzione pastorale dal titolo *Aetatis Novae*. Questa istruzione esortava le Conferenze episcopali, le diocesi e le istituzioni principali a mettere in atto un progetto pastorale per le comunicazioni, e a fare in modo che queste fossero contemplate in ogni progetto pastorale. Sicuramente le ini-

ziative che coinvolgevano gli ospedali e il mondo della salute dovevano disporre di un progetto pastorale del genere, non soltanto per i propri servizi, ma anche per informare i cittadini sul lavoro realizzato e su ciò che è meglio per la loro salute.

Alcune comunicazioni essenziali, non soltanto nei media della Chiesa ma per tutti in generale, dovrebbero focalizzarsi inizialmente sulla medicina preventiva e, in un secondo tempo, sulle cure e la terapia.

Le istituzioni sanitarie cattoliche dovrebbero far conoscere proprio attraverso i media, cattolici o non cattolici, gli sforzi realizzati per fornire i farmaci destinati ad evitare gli effetti delle epidemie. Mantenere la propria salute in buono stato è la risposta all'esortazione di Gesù racchiusa nei Vangeli.

Ovviamente, i media cattolici dovrebbero informare su come evitare di contrarre le malattie infettive e su come prendersi cura delle persone che sono state già colpite.

Nel primo caso, è ovviamente fondamentale l'astenersi da quei contatti o da quelle attività che potrebbero esporre le persone al rischio di contrarre la malattia. Non mi riferisco soltanto alle malattie sessualmente trasmissibili, ma anche a quelle che possono diffondersi attraverso contatti umani di altro tipo.

Curiosamente, la gente loda la Chiesa quando, a livello locale, esorta le persone che vivono in zone dove le malattie infettive sono trasmesse per via orale, a non ricevere la Santa Comunione da un calice comune. Dall'altra parte, invece, critica la Chiesa quando consi-

glia, per ragioni di salute morale e fisica, di non avere rapporti sessuali con persone che hanno una malattia sessualmente trasmissibile. La posizione morale della Chiesa è, senza dubbio, quella che ogni tipo di attività sessuale tra un uomo e una donna, al di fuori dal matrimonio, non è moralmente permisibile, a prescindere da eventuali malattie che potrebbero essere trasmesse; non è forse opportuno che la legge morale aiuti a proteggere la salute pubblica, un'indicazione in più dell'esistenza della legge naturale?

Bisogna notare che molte persone, nella Chiesa, si sono distinte nel servizio alle persone colpite da malattie infettive.

Il mio ufficio è situato nel Palazzo San Carlo, e proprio non lontano da noi si trova il luogo in cui il nostro patrono San Carlo Borromeo morì, si dice dopo aver contratto la peste per aver curato i malati colpiti da questa terribile malattia a Milano, la sua arcidiocesi.

Negli Stati Uniti d'America, ove esiste una rigida separazione tra Chiesa e Stato, le Figlie della Carità erano state invitate dal Governo a gestire l'ospedale della Louisiana per i malati di lebbra. Almeno in apparenza, quello era un lavoro che nessuno voleva fare! Il famoso Padre Damien di Molokai e Madre Marianna Cope, che si erano dedicati ai malati di lebbra nelle Hawaii, morirono proprio per aver contratto questa terribile malattia. Entrambi sono stati dichiarati Beati.

Ho citato questi casi perché i media devono anche far conoscere al pubblico gli eroi della Chiesa che hanno dedicato la propria vita alla cura dei malati colpiti da ma-

lattie infettive, incoraggiando così le persone a seguire il loro eroico esempio.

Dato che la salute fisica è un dono prezioso di Dio, mi permetto di consigliare agli ospedali e alle strutture sanitarie cattoliche di rendere disponibili ai media le informazioni su come condurre una vita sana ed evitare le infezioni, sempre tenendo presenti gli insegnamenti morali della Chiesa.

Anche le pubblicazioni cattoliche e i media cosiddetti "elettronici" possono dedicare spazio e tempo agli argomenti che riguardano la salute, indicando che la cura della nostra salute è una responsabilità morale.

Qualora l'infezione non possa essere evitata, le strutture sanitarie cattoliche possono e devono offrire cure alle persone che sono state contagiate.

Scoprii per caso che il defunto Cardinale John O' Connor di New York, di cui ero amico, visitava regolarmente i malati di AIDS, e che aveva raccomandato a certi ospedali cattolici di accettare questi pazienti, anche senza pretendere il pagamento della parcella; egli si recava personalmente in questi

ospedali per lavorare, svuotando le padelle e lavando i pazienti. Non ha mai cercato di pubblicizzare quanto faceva, ma la notizia si diffuse ed il suo esempio servì a intensificare le cure fornite a quanti stavano soffrendo a causa di una malattia che molti si rifiutano persino di accettare.

Per inciso, anche se la gravidanza non è una malattia infettiva, ci sono alcune persone che vorrebbero trattarla come tale e sono favorevoli ad uccidere il bambino che è nel grembo della madre. Il Cardinale O'Connor chiese agli ospedali cattolici di prestare gratuitamente le cure a quelle donne incinte che altrimenti sarebbero ricorse all'aborto, e stabilì che una comunità religiosa, le Sorelle per la Vita, si occupasse delle donne in stato d'attesa e dei loro figli. Ovviamen- te questo servizio venne pubblicizzato, in modo da evitare il maggior numero possibile di aborti.

Per diciassette anni sono stato assistente editore ed editore a mia volta di un giornale cattolico, ho condotto programmi televisivi e radiofonici cattolici, e a questo riguardo vorrei dire che sono rimasto impressionato dalla generosità e

dall'eroismo di molti operatori sanitari, cattolici e non, che si sono impegnati in situazioni potenzialmente pericolose, mettendo persino a rischio la propria vita, occupandosi con cura e devozione di persone colpite da malattie infettive.

Due punti devono essere evidenziati: certamente, come evitare di contrarre malattie infettive, ma anche la generosità e l'eroismo di quanti si sono presi cura di questi ammalati.

Quanti tra voi sono operatori sanitari certamente ne ricordano alcuni che sono stati dei veri santi. Nel salutarvi, spero che le vostre storie possano essere ricordate, ma soprattutto mi auguro che i vostri consigli e il vostro esempio possano essere seguiti da tanti altri, in modo che molte altre vite umane possano essere salvate e che le persone possano vivere in salute, nella gioia e – lo speriamo – anche nella santità, proprio grazie al vostro lavoro.

Il Signore vi benedica!

S.E. Mons. JOHN PATRICK FOLEY
Presidente del Pontificio Consiglio
delle Comunicazioni Sociali
Santa Sede



GUSTAVO KOURÍ, JOSÉ L. PELEGRINO, MARÍA G. GUZMÁN

1.4 La società e le malattie infettive

Attualmente, l'ambiente socio-economico in cui si sviluppano le malattie infettive è motivo di grande interesse e studio. L'affermazione pronunciata dallo scienziato Louis Pasteur: "Il terreno è tutto, il microbo è nulla", riflette la realtà presente, caratterizzata dall'esplosione delle cosiddette malattie infettive emergenti e riemergenti, nella cui comparsa interagiscono fattori dipendenti dalla società, dall'uomo e dall'ambiente.

Secondo gli studiosi delle infezioni emergenti e riemergenti, la loro comparsa è indiscutibilmente legata all'azione dell'uomo più che ai cambiamenti nei microrganismi. Anche nei casi di mutazioni microbiche, sono stati riscontrati segnali e dati che indicano che l'azione dell'uomo gioca un ruolo importante nell'incremento della patogenicità o della resistenza dell'agente (Farmer, 1996, 1999).

Un numero crescente di malattie colpisce attualmente le varie aree geografiche del nostro pianeta. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Salute, milioni di persone nel mondo vivono o si trasferiscono in aree in cui le malattie sono endemiche o possono divenirlo, rischiando, in questo modo, di infettarsi. I cambiamenti negli ecosistemi comportano mutazioni e il proliferare degli agenti patogeni e dei loro vettori, ponendo a rischio vaste popolazioni che vi sono esposte.

Situazione sociale attuale

L'attuale situazione della società è molto complessa; nonostante i grandi progressi ottenuti nel campo della scienza e della tecnologia, è attraversata da una globalizzazione neo-liberale, da un profondo cambiamento climatico che minaccia la sopravvivenza degli esseri umani, così come da "guerre

ingiuste". D'altro lato, influenzate da diversi fattori, hanno luogo anche migrazioni di notevoli proporzioni verso le grandi città, tanto nel Sud quanto nel Nord del pianeta, di persone che fuggono dai conflitti armati e dalla fame, alla ricerca di migliori condizioni di vita.

La globalizzazione neo-liberale ha aumentato, nel corso degli ultimi anni, la differenza tra Paesi dell'emisfero meridionale e di quello settentrionale. Inoltre, all'interno dei Paesi ha accresciuto le iniquità che hanno portato gran parte della cosiddetta classe media al livello di povertà mentre un gruppo ristretto di persone diventa sempre più ricco.



La globalizzazione, come processo complesso e dalle molteplici sfaccettature, ha impatti diversi e ampi sulla società umana, interagendo in distinte sfere in cui i processi economici, lo sviluppo tecnologico, le influenze politiche e i fattori sociali, culturali ed ambientali ne determinano la direzione (TDR, 2003).

Nella globalizzazione di tipo

neo-liberale, legata ai grandi capitali, è implicita una privatizzazione senza controllo che ha favorito in grande misura il deterioramento e, in alcuni casi, praticamente la scomparsa dei sistemi di salute pubblica nei Paesi meno sviluppati. Se consideriamo che la salute pubblica ha una componente preventiva e un'altra curativa, la scomparsa della componente preventiva in funzione del "mercato di malati", che è quello che apporta denaro, fa sì che le classi sociali meno favorite possano accedere sempre meno alla salute e ai progressi della tecnologia. È per questo che malattie prevenibili mediante i vaccini, come il morbillo, e altre, come la malaria, controllabili grazie a medicinali specifici, costituiscono oggi il flagello di gran parte dell'umanità.

Storicamente, le malattie infettive sono state quelle che hanno maggiormente contribuito alla morbilità e alla mortalità. Ancor'oggi, le malattie trasmissibili sono responsabili di una grande percentuale di decessi e disabilità nel mondo e certamente, in alcune regioni, continuano ad essere la causa maggiore di mortalità. Uno studio a livello globale sulle malattie ha stimato che nell'anno 2000 le malattie infettive sono state responsabili del 22% di tutti i decessi e del 27% degli anni di vita persi a causa di disabilità nel mondo (OMS, 2002). Alla fine del secolo scorso, nei Paesi a basso reddito di Asia e Africa, le malattie infettive erano responsabili del 45% della mortalità totale. Benché queste malattie colpiscono tutte le età, esse impongono un carico particolare sui giovani e in special modo sui minori di 5 anni, per i quali sono responsabili del 63% della mortalità globale.

Il grafico n. 1 mostra il carico di mortalità per 5 malattie infettive. Fatta eccezione per quelle respira-

torie, che colpiscono tanto i Paesi industrializzati quanto quelli in via di sviluppo, il resto è praticamente patrimonio esclusivo del cosiddetto Terzo Mondo. Anche per quelle respiratorie, l'accesso a vaccini come quello per l'influenza o a cure mediche di qualità fa la differenza tra coloro che possono sopravvivere e quelli che invece non possono.

Nuove sfide per l'umanità, come l'attesa "pandemia di influenza", certamente pagheranno il costo maggiore in termini di vite umane nelle popolazioni dell'emisfero meridionale.

Si pensa che nel 2025, solo in Africa, 90 milioni di persone saranno colpite dall'AIDS. Già attualmente è noto che in solo un decennio in questo continente, a causa delle malattie e delle guerre, la speranza di vita è diminuita di 4 anni.

La stigmatizzazione della povertà e il suo carico di malattie segna una parte della popolazione mondiale come un "castigo divino". Un'analisi del carico globale di malattie ha stimato che il 20% delle persone più povere hanno un carico maggiore di malattie paragonato al rimanente 80% (Gwatkin

et al. 1999), mentre negli ultimi 100 anni certe malattie infettive (trasmesse in particolare per vettori) sono diventate rare o sono completamente assenti nei Paesi maggiormente industrializzati (Murray y Lopez, 1996). Si arriva così a parlare di "malattie dimenticate" (*neglected diseases*) in cui il 90% del carico di malattia riceve solo il 10% delle risorse per essere combattuto. È così che, a causa della malaria, muoiono oltre 1 milione di bambini ogni anno, sostanzialmente nell'Africa Subsahariana.

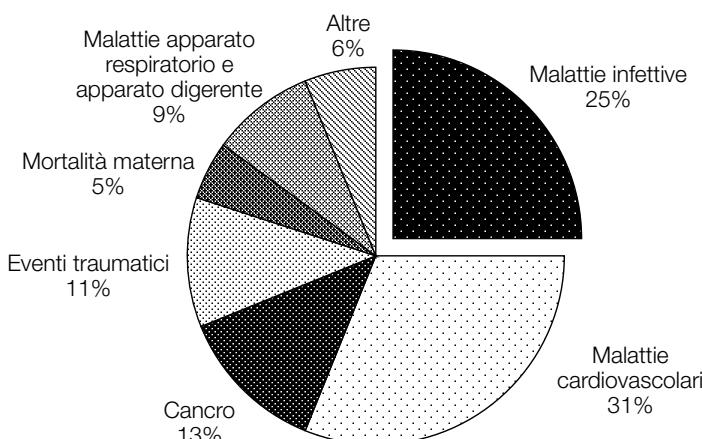
La situazione potrebbe aggravarsi a causa del riscaldamento globale, in quanto, nel caso di alcune malattie, esso potrebbe provocare una maggiore efficienza dei vettori nel compiere, in minor tempo, il ciclo estrinseco ed essere infettivi più rapidamente, oppure acquisire un maggior tasso di riproduzione o un maggior tempo di attività col ridursi della stagione invernale.

I fattori sociali ed economici, reazionati con stili di vita, condizioni sanitarie cattive e inique, sono possibili fattori di rischio per il mantenimento dell'endemia di molte malattie.

Altri fattori come la disoccupazione, la povertà, la mancanza di volontà politica e la corruzione aggravano considerevolmente la situazione. Nel rapporto sullo Sviluppo Umano Mondiale 2001-2002, a partire dalla crisi dell'America Latina e dell'Africa, le dimensioni della povertà sono espresse dalla mancanza di entrate e fondi per soddisfare le necessità basilari, da una sensazione di impotenza e dalla mancanza di rappresentanza nelle istituzioni dello Stato e dalla vulnerabilità di fronte alle crisi a causa dell'incapacità di fronteggiarle (Munster, 2003).

Principali cause di mortalità

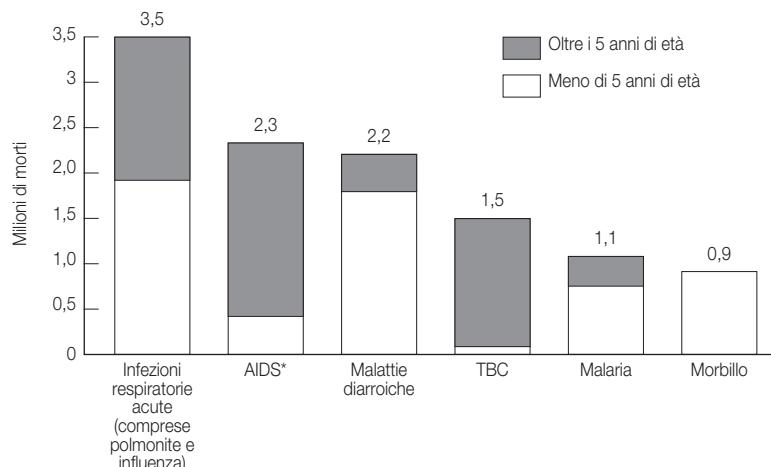
53,9 milioni di decessi complessivamente, in tutto il mondo, 1998



Nota: Le morti per cancro e per malattie cardiovascolari, dell'apparato respiratorio e di quello digerente potrebbero essere dovute anche a infezioni e aumentare la percentuale dei decessi dovuti a malattie infettive. Fonte: OMS, 1999.

Principali malattie infettive mortali

Milioni di morti, in tutto il mondo, di tutte le età, 1998



Crescita della popolazione e migrazioni

Si stima che per il 2100 ci sarà una crescita della popolazione mondiale a spese fondamentalmente dei Paesi sottosviluppati o senza introiti. Secondo queste previsioni, verranno superati i 10 mila milioni di abitanti di cui 9 mila milioni nei Paesi meno sviluppati. Per il 2025 si passerà da 5 megalop-

poli (con oltre 10 milioni di abitanti) che esistevano nel 1975 a 24. La crescita urbanistica è dovuta ad una migrazione disordinata di grandi gruppi di popolazione che, sfuggendo alle cattive condizioni di vita e alla povertà nella campagna o in Paesi con minore sviluppo, cercano accesso a fonti di lavoro. L'immensa maggioranza si stabilisce in zone povere (favelas, bidonvilles ecc.) attorno alle grandi metropoli, vivendo in molti casi ammassati, con abitazioni prive di condizioni igieniche, accesso a fonti di acqua potabile, elettricità, raccolta di rifiuti solidi e rete fognaria e, pertanto, esposti alla trasmissione di malattie infettive. Si ritiene che tra il 2010 e il 2030 oltre l'80% della popolazione mondiale vivrà nelle città.



Annualmente nel mondo oltrepassano le frontiere oltre 500 milioni di persone, tra cui 450 milioni di turisti e oltre 100 milioni come rifugiati o in cerca di lavoro. Questo movimento incrementa anche il traffico di microrganismi tra Paesi, regioni e continenti. È noto che in meno di 24 ore una persona affetta dal virus può fare il giro del mondo portando con sé il ceppo di un agente infettivo. Questo pericolo si vede aggravato dall'esistenza dei cosiddetti ceppi multiresistenti ai farmaci, che sono il prodotto delle cattive politiche nell'uso di

antibiotici e di farmaci contro le malattie infettive.

Alla fine degli anni Novanta, nelle Americhe, sei persone povere su dieci vivevano in zone urbane, situazione per cui l'America Latina è la regione sottosviluppata che meglio esemplifica il processo mondiale di "urbanizzazione della povertà".

A sua volta, dal rapporto su Sviluppo Umano Sostenibile del Centro America del PNUD, risulta che l'America centrale è la regione ove, con maggiore rapidità, si sono deteriorati i principali indicatori sociali (PNUD, 1998).

Nell'analizzare i profili di povertà e le ingiustizie sociali in America Latina, la Banca Interamericana di Sviluppo (BID) ritiene che siano 4 gli aspetti che distinguono le famiglie più povere: bassi livelli di istruzione dei capi famiglia, tipo di lavoro svolto, loro ubicazione urbana ed elevato numero di figli. Nel considerare il fattore educativo come una variabile di differenziazione, si evidenzia il problema che, nella Regione, il livello medio dell'educazione della forza di lavoro è avanzato più lentamente che in altre parti del mondo e che agli inizi degli anni Novanta non raggiungeva i 5 anni di scolarità. Benché l'accesso iniziale alla scuola sia paragonabile a quello di altre regioni, i bambini delle famiglie che appartengono a un basso ceto sociale si ritirano presto, mentre quelli dei ceti più alti accedono in numero crescente alle università. Ne risulta che la distribuzione del capitale umano è molto disuguale con ripercussioni anche sui problemi relativi al fatto che l'educazione pubblica è di qualità inferiore a quella privata (BID, 1988).

Dopo oltre un decennio di riforme economiche orientate al mercato, i bassi risultati nel miglioramento della maggior parte della forza lavorativa d'America Latina e del Caribe e l'enorme disparità di opportunità economiche e sociale tra i cittadini continuano ad influire sul potenziale di sviluppo della Regione. Senza educazione e cultura è impossibile avvertire il rischio e con la fame è impossibile dare priorità alle attività di controllo, quando l'obiettivo primario della popolazione è la sussistenza.

Iniquità

Dobbiamo vedere le iniquità nel mondo attuale come disuguaglianze nelle entrate, il che comporta disuguaglianze nell'accesso a lavori decenti e, di conseguenza, nel ricevere servizi compresi quelli più elementari. D'altro lato ci sono iniquità che provocano disuguaglianze nel campo dell'istruzione e che comportano, come conseguenza, differenze tra coloro che hanno accesso all'educazione e quelli che non ce l'hanno.

Il processo diventa ciclico e in Paesi con bassi introiti, scarso livello educativo e culturale, ove le risorse sono privatizzate, ci sarà poca produzione destinata agli aspetti sociali, alla malattia, alla morte e alla disabilità producendo, alla fine, ulteriore povertà.

Un altro fenomeno che colpisce molti Paesi, ma certamente di più quelli di minor grado di sviluppo, è il fenomeno della corruzione. Benché non ci siano dati statistici, si tratta di un fattore che aggrava la situazione sanitaria esistente (Ferranti, 2003).

La decisione da parte dei governi nell'assegnazione di fondi e di disporre di una struttura con personale idoneo denota la volontà politica di controllare e fronteggiare le malattie infettive. La violazione di questo principio è una causa importante della grave situazione che si presenta in molti Paesi, in cui si reagisce solo se si verificano epidemie e di fronte all'eventualità di casi fatali. Non è raro il fatto che in alcuni Paesi ci sia volontà politica, ma l'assegnazione dei fondi sia deviata dai funzionari non arrivando così a destinazione.

A livello globale non c'è rispondenza con le spese in campo sanitario e ciò che si può fare per il controllo di molti problemi sanitari più importanti includendo alcuni degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Mostriamo alcune cifre annuali che di per sé dimostrano le spese del mondo di oggi: cosmetici negli USA: 8 mila milioni di dollari, profumi in Europa e USA: 12 mila milioni, alimenti per animali domestici in Europa e USA: 17 mila milioni. Solo per le spese militari, attualmente si destinano oltre 1.000 milioni di dollari. Si tratta di un esempio di ingiustizia sociale. È

moralmente inaccettabile che si spenda di più nel creare armi e strumenti per uccidere piuttosto che in sistemi di salute pubblica e in programmi di prevenzione. È veramente giusto che si producano queste spese e non si investano in altre che permetterebbero di risolvere situazioni tanto pesanti?

Ci sono molti fattori che non dipendono dal settore sanitario, bensì da altri settori statali e privati e sui quali ricade la responsabilità di affrontare le epidemie in campo sanitario. È imprescindibile che i ministeri di salute pubblica dirigano tecnicamente e controllino le azioni dirette a prevenire le epidemie. Per questo devono disporre della gerarchia sufficiente per applicare la legislazione sanitaria. Per ottenere un controllo effettivo delle epidemie è necessario creare un organismo governativo in cui siano rappresentati tutti i settori coinvolti nell'assunzione di decisioni per interrompere la trasmissione. Nel controllo deve svolgere un ruolo importante la comunità che deve comprendere tutti, dal Capo di Stato fino ai cittadini comuni, includendo le Organizzazioni non governative, la Chiesa e il resto della società civile. La maggiore difficoltà nel coinvolgere la comunità, almeno nei Paesi con un minor grado di sviluppo, sta nella mancanza di percezione del rischio, in un basso livello di istruzione, nella povertà e, assieme a questa, in altre priorità di sussistenza.

Conclusioni

Senza dubbio, in questo momento disponiamo di strumenti tangibili, quali vaccini efficaci e medicinali che permettono di proteggere e trattare molte malattie infettive. Si sa bene ciò che si deve fare per evitare molte di esse. L'uomo nel suo operare può incidere in maniera determinante.

Nell'omelia nella città dell'Avana, durante la visita a Cuba, il 25 gennaio 1998, sua Santità Giovanni Paolo II, vedeva con chiarezza il contesto socio-economico attuale ed affermava: "D'altro canto, in vari luoghi si sviluppa una forma di neoliberalismo capitalista che subordina la persona umana e condiziona lo sviluppo dei popoli alle

forze cieche del mercato, gravando dai propri centri di potere sui popoli meno favoriti con pesi insopportabili. Avviene così che, spesso, vengono imposti alle Nazioni, come condizione per ricevere nuovi aiuti, programmi economici insostenibili. In tal modo si assiste, nel concerto delle Nazioni, all'arricchimento esagerato di pochi al prezzo dell'impoverimento crescente di molti, cosicché i ricchi sono sempre più ricchi e i poveri sempre più poveri".



Quanto esposto con chiarezza dal Santo Padre evidenzia un problema che tutti i cittadini di questo mondo devono risolvere. Secondo la Banca Mondiale, nel 2015, oltre 600 milioni di persone saranno preda della povertà, la maggior parte delle quali nella zona Sub-Sahariana africana e del sud dell'Asia. Con un quadro di poca salute e mancanza di educazione che le priva di impieghi produttivi, le risorse ambientali stanno finendo e la corruzione, i conflitti e l'ingovernabilità faranno delle sfide del millennio un obiettivo incerto da adempiere.

Harlem Brundtland, Diretrice Generale dell'Organizzazione Mondiale della Salute, nel rapporto annuale del 2002 affermava: "Questa è un'epoca pericolosa per il benessere dell'umanità. In numerose regioni, alcuni dei nemici più temibili della salute stanno

unendo le forze con gli alleati della povertà per imporre un duplice carico di malattie, disabilità e morti premature a milioni di persone. È ora di serrare le fila per far fronte a questa crescente minaccia".

Dobbiamo globalizzare la solidarietà e lavorare affinché sia possibile avere un mondo migliore.

Prof. GUSTAVO KOURÍ
Direttore Generale Istituto di Medicina
Tropicale Pedro Kourí;
Vicepresidente dell'Accademia
delle Scienze di Cuba,
Vicepresidente della Croce Rossa Cubana

Prof. JOSÉ L. PELEGRIÑO,
Prof.ssa MARÍA G. GUZMÁN
Cuba

Bibliografia

1. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 1998. América Latina frente a la Desigualdad. Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1998-1999. Washington DC.
2. Banco Mundial. (2006) Millennium Development Goals, Eradicating extreme poverty and hunger (<http://ddp-ext.worldbank.org/ext/GMIS/>).
3. DE FERRANTI, D; PERRY, G; FERREIRA, F; WALTON, M; COADY, D; CUNNINGHAM, W ET AL. 2003. Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿Ruptura con la Historia?. Seminario Desigualdad, Globalización y Resurgencia de las enfermedades Infecciosas en América Latina. Angras do Reis 16-19 octubre. Pág 20-21.
4. FARMER, P, *Infections and inequalities. The modern plagues*. Edit. University of California Press. 1999.
5. FARMER, P. "Social inequalities and emerging infectious diseases". Emerging Infectious Diseases, 1996; 2: 259-69
6. GWATKING, DR et al. "The burden of disease among the global poor". Lancet, 1999, 354: 586-9.
7. MUNSTER, B. & PÉREZ, J.A. "2003 Desigualdad y pobreza en América Latina: Crítica al enfoque de los organismos internacionales". Nueva Época (II). Centro de Investigaciones de la Economía Mundial. No.3 La Habana
8. MURRAY, CJ; LOPEZ, AD. "Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden Disease Stud". Lancet, 1997(a). 349.: 1436-1442.
9. PNUD. 1998. Informe sobre el Desarrollo Humano <http://hdr.undp.org/reports/global/1998/en/>
10. GIOVANNI PAOLO II, Omelia nella città dell'Avana, Cuba 25 gennaio 1998.
11. UNICEF/UNPD/World Bank/WHO. "Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR). Globalization and Infectious Diseases: A review of the linkages". TDR/STR/SEB/04.2. Special Topics 2003.
12. WHO. *World Health Report 2002*, Geneva, World Health Organization, 2002.

2. Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista biomedico

ALASTAIR BENBOW

2.1 Gli aspetti pastorali del trattamento delle malattie infettive dal punto di vista biomedico, della ricerca, del settore farmaceutico, della prevenzione

Scienza, Salute e Persona umana

Eminenza Reverendissima, Ecellenze, anzitutto vorrei ringraziarvi per avermi offerto l'opportunità di presentare e parlare dell'approccio di una società farmaceutica impegnata a trovare un equilibrio sostenibile per una sanità migliore, e utilizzare la sua scienza nella lotta contro le malattie infettive.

Alcune settimane fa, prima del Quarto Convegno Ecclesiastico Nazionale, la nostra sede italiana, ha organizzato a Verona un simposio su "Scienza, Salute e Esseri Umani", che ha visto la partecipazione, sempre a livello organizzativo, dell'Ufficio nazionale della Chiesa Cattolica italiana per la Salute e la Pastorale sanitaria, e la Fondazione Smith Kline. I Vescovi italiani, diversi opinionisti e il Ministro italiano della Salute, presenti al simposio, hanno parlato dell'adeguamento della Scienza e delle Cure sanitarie ai bisogni delle persone e dell'intera società.

Sulla scia di questo dibattito, vorrei oggi condividere con voi alcune informazioni sui nostri sforzi per allineare la scienza alle necessità di tutte le persone e del-

le società in materia di salute, con riferimento alle malattie infettive.

Le malattie infettive e una Società Farmaceutica

Come abbiamo ascoltato in questa Conferenza, le malattie del mondo in via di sviluppo costituiscono una crisi per la sanità mondiale. Consideriamo quanto segue.

Oltre 3 miliardi di persone vivono in zone in cui è presente la malaria, e ogni anno un milione di loro muoiono a causa di questa malattia. Si tratta in prevalenza di bambini. Ci sono 8,8 milioni di nuovi casi di tubercolosi, diffusa in 15,4 milioni di casi, e nel 2003 ci sono stati 1,7 milioni di morti. Nel 2005, l'HIV/AIDS ha causato 13.500 nuove infezioni al giorno e 3,1 milioni di morti. Tra le dieci maggiori carenze in campo farmaceutico, identificate dall'OMS, sei riguardavano il trattamento delle malattie infettive.

Alla luce di tutto ciò, in che modo una società farmaceutica vuole essere parte attiva nella soluzione al problema? Abbiamo una grande eredità: quella di realizzare medicinali e vaccini per le malattie infettive. È la cosa giusta da fare per

i pazienti, ed è la cosa giusta da fare anche per la nostra attività lavorativa.

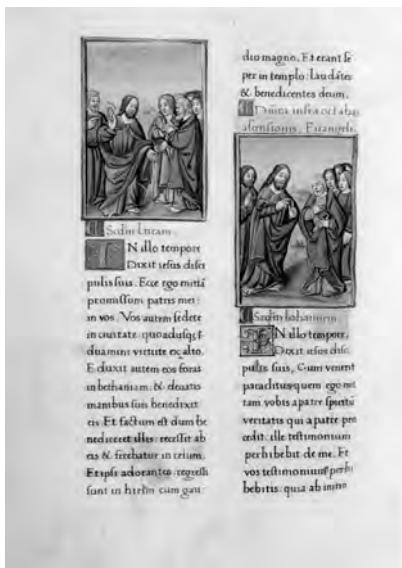
Stiamo rispondendo positivamente, favorendo l'accesso a medicinali e, vaccini ai Paesi meno avanzati, sostenendo le iniziative locali che riguardano il campo della sanità, potenziando soluzioni innovative e forme di collaborazione e di investimento nel campo della Ricerca e dello Sviluppo di medicine e vaccini per le malattie infettive, sia nei Paesi industrializzati che nel mondo in via di sviluppo. Il nostro impegno è quello di affrontare la sfida portando medicinali e vaccini a quanti si trovano in stato di necessità, e migliorare la sanità del mondo in via di sviluppo.

Accesso ai medicinali

L'accesso ai medicinali è un altro punto critico, e stiamo portando l'industria, attraverso il nostro approccio "non for profit", a fornire farmaci antiretrovirali, antimalarici e vaccini alle persone che più ne hanno bisogno.

Nel 2005, abbiamo fornito un totale di 126 milioni di compresse antiretrovirali a un prezzo sostenibile per il trattamento dell'HIV/AIDS a

Paesi in via di sviluppo. Il 90% dei 1,2 miliardi di dosi di vaccino che abbiamo fornito nel 2005 sono andati a Paesi in via di sviluppo, ed abbiamo concesso 8 autorizzazioni facoltative per la produzione e la fornitura di versioni generiche degli antiretroviralni che avevamo consegnato per il trattamento dell'HIV/AIDS in Africa.



L'investimento della collettività assume particolare importanza per l'area dell'HIV/AIDS, dove l'informazione e la formazione degli operatori locali è essenziale sia per prevenire nuove infezioni, sia per curare coloro che sono già stati contagiati dal virus. Nel 1992, la GSK ha avviato un programma, chiamato *Positive Action*, per sostenere comunità colpite dall'HIV/AIDS. Durante il 2005, *Positive Action* ha operato con 29 partner per sostenere i programmi in 30 Paesi, tra i quali c'era l'avviamento di un nuovo progetto destinato a 500.000 donne e a 2,5 milioni di componenti familiari dell'India rurale per i prossimi tre anni. Ha formato poi 8.000 operatori sociali e sanitari in Africa orientale, ha fornito 8.500 kit sanitari professionali con accesso a cure sanitarie per l'HIV e l'AIDS in 173 Paesi ed ha sostenuto la partecipazione di 40.000 delegati alle conferenze regionali e internazionali sull'AIDS.

Una parte consistente dei nostri investimenti in questo campo riguarda la filariasi linfatica, una malattia dalle proporzioni deva-

stanti, che colpisce in forma endemica 80 Paesi, con 1 miliardo di persone a rischio e 120 milioni di persone colpite dalla malattia.

La GSK è impegnata nel programma mondiale per l'eliminazione della filariasi linfatica.

Abbiamo già donato oltre 500 milioni di trattamenti con l'albendazolo a 40 Paesi e abbiamo in programma di donare circa 6 miliardi di compresse per un progetto ventennale: è il più grande progetto benefico dell'industria. Forniamo inoltre circa 1 milione di sterline all'anno in borse di studio a organizzazioni partner che lavorano a questo programma: si tratta di un importante elemento catalizzatore per costruire un'alleanza.

Ricerca e sviluppo per le malattie dimenticate

La ricerca e lo sviluppo nel campo delle malattie dimenticate è essenziale se vogliamo compiere autentici progressi. I fattori che impediscono tanto la ricerca quanto lo sviluppo per le malattie dei Paesi in via di sviluppo comprendono la mancanza di un mercato vitale, ostacoli scientifici complicati, sperimentazioni (post-sperimentazioni) cliniche costose e requisiti delle regolamentazioni e infrastrutture carenti.

La nostra risposta è quella di istituire un centro di ricerca a Tres Cantos, in Spagna, destinato alla ricerca sulla malaria e sulla TBC. La ricerca sugli antivirali e gli antibiotici viene portata avanti in due diversi luoghi degli Stati Uniti, mentre quella sui vaccini viene realizzata in Belgio. Abbiamo un approccio "non for profit" in materia di Ricerca e Sviluppo per le malattie dimenticate lavorando con diversi partner, compresi istituti di ricerca pubblici, accademie, grandi compagnie farmaceutiche e piccole aziende specializzate in campo bio-farmaceutico di Paesi industrializzati e in via di sviluppo.

Collaborazione tra settore pubblico e privato

Sono sempre di più i prodotti frutto di collaborazione tra pubblico e privato, e ciò offre un nuo-

vo modo per potenziare medicinali efficienti e accessibili per le malattie del mondo in via di sviluppo: lavorando in modo collaborativo con partner esterni per unire esperienza, conoscenza e risorse. Questo modello incoraggia la ricerca e lo sviluppo, ed affretta l'accesso del mondo in via di sviluppo ai prodotti.

La collaborazione è la chiave per superare le barriere. Il nostro ruolo in questo campo deriva da una lunga eredità e da una vasta esperienza nello sviluppo dei medicinali anti-infettivi e dei vaccini. Abbiamo un gruppo di sviluppo con esperienza nella scoperta di medicine, nello sviluppo pre-clinico e clinico, nel campo relativo a normative e licenze, nella produzione e formulazione, nel campo della formazione sanitaria, e una rete globale di uffici.

Malaria

Un esempio di collaborazione pionieristica e di successo tra il settore pubblico e quello privato è il modo con cui è stato sviluppato un antimalarico, il Lapdap (*chlorproguanil/dapsone*). Essa si è basata sulle capacità e sulle risorse dell'industria, delle università e delle organizzazioni sanitarie ed ha sviluppato un trattamento efficiente e sostenibile per la malaria da *Plasmodium falciparum* nell'Africa Sub-Sahariana. L'approvazione per la sua regolamentazione nel Regno Unito è stata ottenuta nel 2003 ed ora il Lapdap è registrato in numerosi Paesi.

Le due più recenti collaborazioni tra pubblico e privato si riferiscono alla gestione congiunta di "mini-portfolios", con cui si destinano le risorse ai programmi più promettenti in una determinata rete. In primo luogo, *Medicines for Malaria Venture (MMV)* è un'organizzazione non-profit creata per scoprire, sviluppare e mettere a disposizione nuovi medicinali antimalaria a prezzi sostenibili, attraverso un'efficace collaborazione tra pubblico e privato. Secondariamente, la *Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance)* è una collaborazione non-profit tra pubblico e privato per accelerare la scoperta e lo sviluppo di nuovi

trattamenti a prezzi ragionevoli per i nuovi tipi di tubercolosi, che miglioreranno sostanzialmente il controllo di questa malattia.

Nell'area della prevenzione, stiamo investendo importanti somme di denaro nello sviluppo di vaccini per prevenire le malattie infettive. Un terzo della nostra rete di rifornimento è destinato alle malattie dei Paesi in via di sviluppo. Siamo l'unico produttore di vaccini impegnato a sviluppare vaccini per quelle che l'OMS ha definito le "tre grandi" malattie infettive (HIV, TBC e malaria).

Stiamo sviluppando altri vaccini per le malattie più pericolose per i bambini: rotavirus, meningite e malattie pneumococciche.



Nel caso della malaria, i nuovi sviluppi comprendono un certo numero di prodotti. Nel 2004, il programma dell'OMS *Roll Back Malaria*, pubblicava delle raccomandazioni secondo le quali la malaria da *Plasmodium falciparum* doveva essere trattata con la terapia combinata a base di derivati dell'artemisinina. Una collaborazione tra pubblico e privato, che comprende GSK, MMV, OMS/TDR, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, l'Università di Liverpool e la *Liverpool School of Tropical Medicine*, sta sviluppando un trattamento con cloropoguanile-dapsona-artesunato ed è attualmente nella Fase III.

Una collaborazione con la *Malaria Vaccine Initiative (MVI)* sta

sviluppando un vaccino RTS, S, che fornisce una protezione contro la malattia grave nei bambini piccoli per almeno 18 mesi. Si trova attualmente nella Fase III e a questo scopo nel 2005 ha ricevuto una donazione per oltre 100 milioni di dollari da parte della *Bill & Melinda Gates Foundation*. Diverse altre recenti categorie di antimalarici sono attualmente allo studio, compresi nuovi equivalenti del chinino con un'attività eccellente contro i ceppi resistenti alla clorochina della malaria da *Plasmodium falciparum*, Piridone un nuovo tipo che blocca il trasporto dell'elettrone nei parassiti del plasmiodio e Falcipaina, un nuovo tipo che blocca il parassita dall'emoglobina degenerata nelle cellule del sangue infette.

Tubercolosi

L'obiettivo della *Tuberculosis Alliance* è quello di sviluppare un regime terapeutico interamente nuovo, che abbrevierà e semplificherà l'attuale trattamento per la cura della tubercolosi. Nel 2005 è stata istituita una collaborazione tra la nostra Società e la *Tuberculosis Alliance*, che collaborerà a progetti per ritrovati destinati a produrre nuovi composti che attacchino il *Mycobacterium tuberculosis* attraverso diversi meccanismi. La cooperazione si impegna a praticare un prezzo sostenibile ai medicinali che ne deriveranno.

Una visione a breve termine tende ad abbreviare e semplificare la terapia contro la tubercolosi da 6 mesi a 2-3 mesi e a rendere il trattamento da quotidiano a settimanale.

È stata istituita una collaborazione tra pubblico e privato con la *Aeras Global TB Vaccine Foundation* per creare un nuovo vaccino contro la tubercolosi. L'attuale vaccino, il BCG, è stato sviluppato per la prima volta nel 1921 e non protegge la maggior parte delle persone oltre l'infanzia.

Leishmaniosi

La leishmaniosi viscerale è un'infezione causata da protozoi diffusa dalla mosca della sabbia

(moscerini flebotomi). È endemica in 47 Paesi, con un'incidenza annuale calcolata in 500.000 casi, ed è fatale se non viene trattata. È emersa una certa resistenza ai farmaci usati, particolarmente in India. La sitamaquine è una sostanza orale che stiamo sviluppando per il trattamento della leishmaniosi viscerale. I primi studi hanno mostrato una percentuale complessiva di guarigione dell'85%.

HIV/AIDS

L'HIV/AIDS è ancora una minaccia per la società, ed è persino più forte rispetto al passato. Anche se gli sforzi nel campo della prevenzione riducono l'incidenza dell'HIV, e il trattamento migliora i risultati, una risposta globale efficace deve basarsi sia sul trattamento che sulla prevenzione.

Stiamo facendo degli sforzi nel campo dei nuovi trattamenti, con profili migliorati da una serie di meccanismi conosciuti e nuovi. Comprendono gli inibitori d'ingresso, gli inibitori dell'integrase, gli inibitori non nucleosidici delle transcriptasi inverse (NNRTIs), gli inibitori delle proteasi e gli immunoterapeutici del DNA.

La prevenzione della trasmissione madre-figlio è un'altra componente importante della nostra strategia. Abbiamo anche un programma per lo sviluppo di un vaccino per l'HIV e stiamo seguendo vari approcci come parte del nostro sforzo a lungo termine per sviluppare un vaccino efficace per l'AIDS.

Inoltre, stiamo cercando di usare farmacogenomici per migliorare la sicurezza dei trattamenti in corso. Tutti i trattamenti disponibili attualmente possono provocare effetti collaterali. Oggi, oltre il 5% dei pazienti che ricevono regimi contenenti abacavir può sperimentare gli effetti collaterali potenzialmente gravi delle reazioni di ipersensibilità. Anche se oggi questo effetto collaterale è ben gestito, vogliamo eliminare del tutto il rischio. Pensiamo che molti di questi pazienti possono sperimentare questa reazione perché possiedono un particolare fenotipo genetico. Pertanto, stiamo portando avanti il più ampio studio mai

realizzato nella prospettiva di questo tipo per valutare se è possibile ridurre o eliminare il rischio di questo effetto collaterale con un semplice test genetico. I risultati si conosceranno nel prossimo mese di luglio.

È probabile tuttavia che gli sforzi futuri tesi a migliorare la sicurezza e l'efficacia dei medicinali possano seguire questa strada, laddove opportuno.

L'influenza pandemica

Le malattie infettive comprendono l'influenza, di cui si parla molto recentemente. Anche in questo caso, i nostri sforzi tendono al trattamento e alla prevenzione.

Le prove di laboratorio suggeriscono che gli antivirali appartenenti alla classe di inibitori di neuramidase possono essere utili nel trattamento dell'influenza pandemica. Abbiamo, sostanzialmente, aumentato la produzione dei nostri antivirali e in modo significativo la capacità produttiva del nostro vaccino stagionale, per aiutare i governi a rispondere a un possibile rischio di pandemia. Nel 2006 abbiamo avviato un programma per testare 2 vaccini pandemici, la sicurezza e la capacità di aumentare la risposta immunitaria all'H5N1, con un'alta risposta immunitaria ottenuta ad una bassa dose di antigene, essenziale se dobbiamo fornire le milioni di dosi di cui la società può aver bisogno oltre all'attuale capacità di produzione.

Batteri resistenti

Non dobbiamo dimenticare le cosiddette "malattie infettive dimenticate", come i batteri resistenti. Degli antibatteri di nuovo tipo, con nuovi modi di azione c'è urgente bisogno per combattere l'aumento della resistenza agli antibatteri e l'indebolimento clinico. La ricerca di nuove molecole con nuovi modi d'azione, è sempre in atto nei nostri laboratori, dove abbiamo identificato una nuova classe di antibiotici (*Pleuromutellins*) per il trattamento delle infezioni del tratto respiratorio, che inibisce selettivamente molteplici

passi nella sintesi della proteina batterica e fornisce la copertura contro tutti gli agenti patogeni dell'apparato respiratorio tipici e atipici, compreso l'MRSA.

Vaccini

Negli ultimi 100 anni, la prevenzione delle malattie infettive con la vaccinazione ha portato a compiere enormi progressi in campo sanitario e rimarrà fondamentale per la salute del mondo. Oltre ai vaccini che ho già menzionato, ne sono allo studio di nuovi per prevenire l'otite media acuta, la meningite, la polmonite e la diarrea, e ciò porterà ulteriore beneficio alla società.

I nuovi vaccini che sono allo studio e che possono prevenire l'infezione dal papilloma virus hanno il potenziale di prevenire il cancro della cervice, il secondo tipo di cancro tra quelli più diffusi nelle donne, e che è molto più comune nei Paesi in via di sviluppo, dove si verifica oltre l'80% di tutti i casi, con una percentuale di mortalità di oltre il 50%. Siamo impegnati a rendere disponibile questo nuovo vaccino a tutte le donne del mondo.

Crediamo che l'industria farmaceutica, compresa quella che riguarda i vaccini, sia una componente chiave degli sforzi mondiali per prevenire e curare queste malattie. Pensiamo, inoltre, che la collaborazione con una vasta gamma di organismi pubblici e privati sia fondamentale per affrontare queste sfide.

La ricerca di un nuovo equilibrio

La scienza e la tecnologia sono necessarie per trovare nuove soluzioni a problemi che riguardano la salute, e l'impresa privata è la strada più efficace per scoprire e sviluppare le tecnologie.

Tuttavia, queste di per sé sono soltanto degli strumenti di lavoro, né buoni né cattivi. È nel contesto sociale che possiamo trovare l'uso migliore per le nostre tecnologie. È questa la ragione per cui vogliamo essere vicini alla società e ai cittadini, e perché siamo così or-

gogliosi di essere qui oggi, per ascoltare le aspettative e i bisogni di una parte rappresentativa della società.

La salute e la cura della salute non devono interessare soltanto i singoli, ma rappresentano anche una componente vitale della società. È essenziale, pertanto, che l'interesse della persona e della società trovi un proprio equilibrio.



La scienza deve essere più adeguata ai bisogni delle persone dei Paesi industrializzati così come di quelli in via di sviluppo, e ciò potrebbe rappresentare la premessa per un diverso equilibrio sociale. Noi pensiamo che un equilibrio sostenibile per l'avvenire sia la sfida più importante che dobbiamo affrontare. Vogliamo partecipare alla ricerca di tale futuro, usando la nostra attività e la nostra scienza a favore delle persone di tutto il mondo, che ne saranno i beneficiari.

Noi che apparteniamo all'industria farmaceutica dobbiamo mostrare coraggio, umiltà, passione, generosità, trasparenza e integrità per consegnare alla società i nuovi medicinali di cui i pazienti hanno bisogno.

La missione della GlaxoSmithKline è quella di permettere a tutti i malati del mondo di sentirsi meglio e di vivere più a lungo. Potremo realizzarla insieme a voi.

Dr. ALASTAIR BENBOW
Vice Presidente di GSK Europe

FIORENZO PRIULI

2.2 Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista biomedico: cura, accompagnamento

Introduzione

L'uomo è fatto per la vita, per la salute, per la gioia e per la felicità. Ed è insito nella sua natura lottare contro le disavventure della vita che impediscono la sua felicità, che intaccano la sua salute, che minacciano la sua vita.

La malattia è un momento doloroso della vita di ogni essere umano. Sarebbe un'illusione pensare di poter trascorrere tutta la vita senza essere colpiti da qualche malattia. Quando ce ne capita una, l'importante è trovarvi rimedio.

E se il rimedio non c'è? Allora la malattia rappresenta non solo un dolore fisico che riguarda il nostro organismo, ma diventa una sofferenza perché entra in crisi tutta l'esistenza: l'angoscia della morte; la pena di essere di peso alla propria famiglia invece di poterla aiutare e sostenere come prima; il dover dipendere dagli altri; l'abbandono degli amici più cari... L'emarginazione e la desolazione danno facilmente origine alla depressione, che rappresenta l'anticamera della morte.

Se poi si tratta di malattie contratte per comportamenti sessuali trasgressivi, come la sifilide un tempo ed ora l'AIDS, il malato si sente anche giudicato e condannato non solo da Dio, ma anche dal mondo intero. Nei confronti di queste persone tanta gente, anche ben pensante, perfino cristiana e religiosa, spesso è senza pietà. Come quel sacerdote del tempio di Gerusalemme, narrato da Gesù, che alla vista del moribondo sul ciglio della strada verso Gerico non prova alcuna pietà, tutto preso com'è dalla preoccupazione di conservare la sua purezza sacerdotale minacciata dal sangue di quell'infelice; perciò passa oltre, dall'altra parte della strada. Qualche tempo fa un ministro della sanità europeo s'è lasciato sfuggire tra i

denti che non era il caso di occuparsi dei malati di AIDS, in quanto questi soggetti erano andati a cercarsi la malattia e quindi dovevano arrangiarsi. Per queste persone ci sono malattie che meritano disprezzo, condanna, emarginazione, abbandono e il marchio infamante dello "stigma".

In questo contesto, che cosa suggerisce la pastorale della salute? Come si deve comportare un medico cattolico, un missionario, un religioso che ha consacrato la vita a Dio per dedicarla *full time* al servizio del prossimo, in particolare dei malati e di questo tipo di malati?

Già il termine "pastorale" evoca il pastore delle pecore, che, a differenza del mercenario, ha un cuore grande e quindi è premuroso verso le proprie pecore, porta in braccio gli agnellini e accompagna il passo lento delle pecore madri.

Noi abbiamo davanti l'esempio e l'insegnamento di Gesù Cristo, venuto a instaurare il Regno di Dio, caratterizzato dalla bontà e misericordia del Padre verso gli uomini con particolare riguardo per gli oppressi, i poveri, i malati e i bisognosi. Il mistero della salvezza si realizza, poi, in maniera culminante con la vittoria di Gesù Cristo sul male e sulla morte. Egli spalanca davanti a noi la speranza della vittoria del bene sul male, della guarigione sulla malattia, della vita sulla morte.

La Chiesa tutta, il popolo di Dio con i suoi capi, ha ricevuto da Gesù Cristo il mandato di predicare il Vangelo e di curare i malati. Essa è impegnata a continuare nella storia dell'umanità l'opera della salvezza iniziata da Gesù che si estende a tutti gli uomini e non solo a qualche razza privilegiata, riguarda tutto l'uomo e non solo la sua anima e si riferisce al tempo presente e non solo, quello escatologico di Dio.

Se facciamo un ospedale "catto-

lico", non lo facciamo solo per i cattolici, ma lo facciamo per tutti. Gli esponenti di altre religioni non fanno così, agiscono solo per i propri adepti. Ai malati poveri, che ricorrono ai nostri dispensari o ai nostri ospedali, non chiediamo che si convertano al cristianesimo per essere curati gratuitamente, ma li curiamo perché ne hanno bisogno e li lasciamo liberi di fare le loro considerazioni e le loro scelte. Il buon Samaritano ha curato il ferito senza fargli alcuna predica. Dai nostri ospedali africani non è mai stato respinto alcun malato perché non aveva soldi per pagare. Prima si cura il malato urgente, poi si farà il ragionamento sul compenso... senza perdere la fiducia nella Provvidenza, come ha fatto San Giovanni di Dio e insegnato ai suoi discepoli.

L'uomo va considerato nella sua unità di persona (dimensione olistica) anche se non si può prescindere dai componenti di corpo e anima, non come elementi in contrapposizione tra loro, ma come aspetti diversi di un unico soggetto. Il malato, specialmente quello grave, porta con sé un carico di problemi che non riguarda solo l'aspetto materiale ed economico della sua vita, ma anche quello affettivo, morale e spirituale. E questi problemi riguardano il presente, il futuro immediato e terreno e quello che ci sarà dopo la morte fisica.

Approccio al malato

Ma come può, in questi casi, il medico (e/o i suoi collaboratori) essere portatore di speranza? C'è una frase di San Paolo che bisogna sempre tenere presente: la verità va detta con carità. L'amore verso il malato, la ricerca del suo bene devono prevalere su tutte le altre considerazioni. Si può dire la verità per gradi. Oppure, nella gravità della

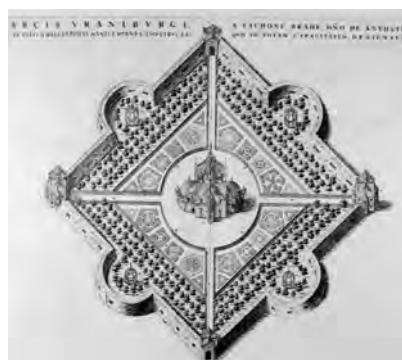
situazione, si mettono in risalto le possibilità di prolungamento della vita e di coesistenza con la malattia nella speranza che, nel frattempo, arrivi il rimedio tanto sospirato. La ricerca scientifica ci regala sovente rimedi insperati. La speranza mette il malato nell'atteggiamento giusto, di collaborare pienamente col medico nell'uso delle medicine palliative, ma non inutili. I malati di AIDS, dalle parole del medico e dall'assunzione delle medicine attualmente disponibili, possono riprendere la voglia di vivere, di lavorare, di essere utili a sé e alla famiglia; possono condurre una vita dignitosa ed abbastanza serena.

Il medico deve tenere presente che il nostro corpo ha un sistema di difesa che in condizioni normali potrebbe autodifendersi anche dalla maggior parte delle malattie infettive, tumorali, neurologiche ecc. In pratica, questo non si realizza mai pienamente, per cui si deve ricorrere alle medicine. Queste, però, non devono sostituire le difese naturali dell'organismo, ma solo aiutarle a compiere il loro dovere. Succede anche che queste difese si abbassano inspiegabilmente. Allora, si cercano delle spiegazioni logiche. Io sostengo che questo sistema di difesa viene meno quando l'equilibrio interno, intendo quello spirituale, è in sofferenza per qualsiasi motivo, ed è così che la malattia riesce a farsi strada ed a manifestarsi.

Da questa premessa, deriva la conclusione fondamentale: non esistono le malattie, ma esistono i malati da curare. È nella presa in carico di un ammalato che il medico deve tenere in grande conto, ed in modo equilibrato, i due aspetti fisico e spirituale della persona che ha davanti, e questa sarà la garanzia del successo terapeutico, anche se non sempre porterà alla guarigione, poiché il compito di chi cura non è solamente quello di guarire, ma assai sovente quello di alleviare la sofferenza, garantendo, per quanto possibile, le migliori condizioni di vita.

Da religioso medico dei frati di San Giovanni di Dio ho il privilegio di servire i malati in Africa da più di 37 anni. Mi permetto, in questa sede, di presentare sommariamente come questo impegno curativo evangelizzante è vissuto negli ospedali St. Jean de Dieu di Tanguïéta (Benin) e di Afagnan (Togo) da più

di 10 anni. Questo modello è stato convalidato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha proposto che diventiamo, con i nostri ospedali, un modello da diffondere nell'Africa sub-sahariana. La malattia resta un evento doloroso per ogni essere umano, ma quando è vissuta alla luce del vangelo può e deve essere trasformata in un momento di grazia e di crescita sia per chi la vive sia per chi incrocia un malato sul proprio cammino e ciò specialmente per chi, per vocazione o professione, ha scelto di mettersi al servizio di chi soffre.



L'AIDS

Senza entrare nei dettagli scientifici, peraltro noti e non fondamentali nel nostro contesto, penso si debba ritenere che si tratta di una malattia virale terribile, contagiosa e diffusa nel mondo intero, che costituisce probabilmente la più terribile delle pandemie.

L'Africa è il continente da dove è probabilmente partita e che ne paga lo scotto più pesante, con più di 30 milioni di colpiti e, per di più, nelle peggiori condizioni socio-sanitarie.

E in questo contesto, fatto di verità, spesso più vicino alla miseria, di tradizioni ed usi che hanno aiutato queste popolazioni a sopravvivere, ma anche di nuove povertà fatte di perdita di valori ancestrali non sostituiti efficacemente né dalla civilizzazione né dall'Evangelizzazione che ci troviamo a vivere ed a cercare di portare cura e rimedio (guarigione) ai colpiti dall'AIDS.

In questo contesto siamo progressivamente passati dalla semplice assistenza a chi manifestava la malattia (SIDA) alla fine degli anni Ottanta, all'introduzione di terapie adiuvanti immunostimolanti

(1994), ad una fitoterapia promettente a partire dal 2000, quando gli antiretrovirali già erano usati volutamente nei Paesi occidentali, ma erano, da una parte ancora a costi proibitivi, e spesso troppo pericolosi per l'Africa ed i Paesi in via di sviluppo per mancanza delle misure di accompagnamento indispensabili per evitare che queste molecole diventassero sorgente di ulteriori problemi (tossicità) e di resistenza dovute alla mancanza di osservanza (compliance) e di interruzione degli approvvigionamenti.

È così che è solo nel 2004 che abbiamo accettato di far accedere i nostri pazienti agli antiretrovirali, secondo i criteri internazionalmente accettati ma non senza apprensione e difficoltà.

All'ora attuale, l'Hopital St. Jean de Dieu di Tanguïéta segue più di 500 persone che vivono con il HIV (PUHIV) grazie ad una "équipe de prise en charge" multidisciplinare fatta di religiosi, religiose, medici, infermieri, animatori e P.V.HIV che cercano di curare ed accompagnare i colpiti da questa malattia che per ora è ancora troppo stigmatizzante e purtroppo anche troppo poco conosciuta e recepita come tale. (molti credono che non esista e che sia un'invenzione dei bianchi per impedire agli africani di procreare...).

Se all'inizio, quando non si faceva che assistere nella morte, l'impatto non era molto, la situazione è radicalmente cambiata dal momento in cui ci siamo trovati nelle condizioni di offrire delle cure che, pur non garantendo la guarigione, promettono di essere capaci di migliorare le difese e le condizioni di vita, magari fino all'arrivo del rimedio miracoloso che purtroppo aspettiamo ancora.

Dal quel momento (Pasqua 1994), parlare dell'AIDS, proporre il test, annunciare la positività e la malattia è diventato un compito meno stressante, per il medico, ed un trauma meglio sopportato da parte dell'interessato, che da allora non si è più sentito condannato a morte certa e... ignominiosa.

L'arrivo degli ARV, gestiti in un buon contesto, hanno permesso un grande salto di qualità ed aggiunto considerevole efficacia alle cure esistenti, infondendo ancora più grande fiducia nelle nostre proposte.

È evidente che la proposta e l'applicazione delle cure di qualsiasi livello non sono che uno degli ultimi anelli del nostro impegno nei riguardi dei P.V.VIH.

L'accompagnamento che è fatto di accoglienza, esplorazione psicologica, valutazione del contesto socio familiare e professionale, ed infine annuncio della verità (positività/malattia) sono un lavoro a volte lungo e difficile, che sfocia nell'assicurazione che da quel momento malato e curante si legano a doppia catena "per la VITA"...

E peraltro evidente e costantemente confermato che la Fede, e specialmente la Fede in Cristo misericordioso, è di grande aiuto in questo contesto sia per incoraggiare a lottare per vivere sia per accompagnare ad una morte che sia veramente un passaggio che diventa più sereno perché illuminato dalla luce della risurrezione.

Cura-accompagnamento -prevenzione

Sono tre elementi che, se ben gestiti, diventano un tutt'uno di grande efficacia, in quanto se l'ammalato si sente accolto, aiutato ed accompagnato, accetterà di curarsi, anche se le cure sono penose e senza fine ed inoltre, cosa assai importante, riorganizzerà la sua vita onde evitare tutto quello che può accelerare l'evoluzione nefasta della malattia.

Una vita più sana, un'igiene migliore, un comportamento più morale e perciò non pericoloso per sé e per gli altri: insomma, un impegno per vivere a costo di qualsiasi rinuncia si trasformeranno anche in un mezzo assai efficace per evitare la diffusione della malattia che in Africa sarebbe causata, per l'80%, dai rapporti sessuali.

In questo approccio, noi abbiamo quasi costantemente assistito a sorprendenti trasformazioni che in poco tempo hanno ricondotto ad una normalizzazione, anzi al ritrovamento della fiducia e della voglia di vivere.

Le epatiti

Il capitolo delle epatiti assume un'importanza crescente a livello mondiale, a causa di un'impressio-

nante diffusione, a volte poco evidente e dalle conseguenze drammatiche e spesso mortali, a causa delle cirrosi e della cancerizzazione.

Dovute a modi di contaminazione praticamente identici a quelli dell'AIDS (sessuale, trasfusionale, iatrogena in genere), le epatiti, specie nelle forme B e C, stanno sempre più suscitando preoccupazioni ed angosce in molti soggetti che spesso scoprono di essere affetti casualmente, ma più spesso a causa dell'apparire delle complicazioni legate alla malattia (astenia, ascite, cirrosi, tumori epatici...)

In Africa, specialmente in quella che conosco, esiste un'altra epatite, la E, che, quando colpisce una donna in stato di gravidanza, è quasi sempre mortale per il feto e per la mamma in pochissimi giorni.

L'epatite E, così come l'epatite A, è legata alla contaminazione delle acque e degli alimenti in un contesto di gravi carenze igieniche.

Se dal punto di vista dello "stigma" le epatiti sono molto meno segnalate, ciò non significa che siano sorgente di minore preoccupazione per i colpiti e per le loro famiglie. Sempre di più, per mettere in comune le esperienze, per sostenersi moralmente nelle difficoltà legate sia alla malattia che alle complicazioni della cura, nascono associazioni di epatitici, sicuramente con effetti benefici per i loro membri. Se questo è un bene, è chiaro però anche il segnale che l'epatite, soprattutto l'epatite C, è un pericolo immane che può sfociare da un momento all'altro in una catastrofe per l'interessato e per la sua famiglia.

Cura

Alla fine degli anni Settanta quando ancora si parlava solo di epatite A, di epatite B e di epatite non A e non B battezzata poi epatite C, mi è stata offerta una delle prime formulazioni di interferone per curare la "mia epatite B", cosa che ho fuggito appoggiandomi sulla disponibilità di remedi naturali africani. Negli anni seguenti e fino ad oggi, significativi progressi sono stati realizzati nella cura delle epatiti, associando più sofisticate formulazioni dell'interferone a molecole inventate per la cura dell'infezione da HIV.

Dette cure sono promettenti ed a volte risolutive dell'infezione, ma quasi costantemente l'accesso alla terapia è fonte di timori poiché non è da tutti ben sopportata. Gli effetti collaterali sono spesso definiti "devastanti".

A questo si aggiunge l'angoscia ed il timore di una catastrofe imminente per chi è obbligato ad abbandonare nella terapia, cosa che a volte fa perfino aggravare la malattia...

È in questo contesto che cure alternative e di sostegno assumono un'importanza determinante sia per migliorare le condizioni di salute dei pazienti sia per sostenerne il morale e la voglia di continuare a lottare per vivere. Paradossalmente, negli ospedali St. Jean de Dieu di Tanguiéta in Benin e di Afagnan in Togo da ormai più di 20 anni, per le epatiti, in assenza di interferone, curiamo con ottimi risultati i pazienti mediante sostane naturali.

Grazie ai mass media e specialmente a qualche giornalista avveduto, le cure alternative africane per la cura delle epatiti si stanno diffondendo anche in Italia, portando speranza di salute e di vita a tante persone che dalle medicine ufficiali non traevano beneficio alcuno.

Conclusione

Il medico coscienzioso che vive la sua professione come una missione di carità riuscirà ad infondere nei suoi malati grande fiducia sia nei medici e nel progresso della scienza e della tecnica, sia anche nella religione, che ha infuso questo spirito di amore e di donazione nei medici e negli operatori sanitari.

Ad Afagnan e a Tanguiéta, all'interno degli ospedali, c'è una Chiesa dove i Frati e le Suore vanno a pregare al mattino e alla sera. Tanta gente feticista si associa con devozione alle loro preghiere stimolanti ed edificanti. E poi arrivano le richieste di farsi cristiani... La testimonianza di carità offerta dagli ospedali mostra proprio la bontà e la misericordia del Dio dei cristiani verso i poveri. Essa fa riflettere e decidere.

P. FIORENZO PRIULI, O.H.
Presidente della Commissione Sanitaria
della Delegazione Generale
San Riccardo Pampuri,
Benin - Togo

SILVANO TOMASI

3. La pastorale delle malattie infettive dal punto di vista politico-sociale

L'intervento che mi è stato assegnato ha un titolo piuttosto complesso ma, poiché il tempo che mi è stato destinato richiede un approccio piuttosto semplificato, centerò le mie osservazioni soltanto sulla dimensione politico-sociale relativamente alle malattie infettive. Per cominciare, desidero esprimere il mio ringraziamento a Sua Eminenza il Cardinale Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, per il gentile invito a rivolgermi a questa augusta assemblea, e per aver incluso gli aspetti socio-politici delle malattie infettive in questo programma, che riguarda la risposta pastorale della Chiesa a tali gravi e minacciose emergenze in materia di salute.

Attualmente, "la salute" è troppo spesso soggetta ad una visione limitata che si concentra su fattori somatici, clinici e puramente scientifici, ignorando altre componenti essenziali di uno stato di salute integrato ed olistico, come lo definisce la Dichiarazione di Alma Ata del 1978:

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e un diritto umano fondamentale. Il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti settori"¹.

Come comunità di credenti nel Vangelo, nella Buona Novella di Gesù, e come membri con vari livelli di responsabilità nella Chiesa, ricade su di noi, anzitutto, l'obbligo di preoccuparci dell'impatto delle malattie infettive sul diritto più fondamentale e sacro promosso, difeso e protetto dalla Chiesa cattolica, e cioè il diritto alla stessa vita umana. L'esercizio del diritto alla vita è

molto limitato tra coloro che sono vulnerabili alle malattie infettive e comporta un impatto su più vasta scala, a livello familiare, sociale ed economico, di tali malattie.

Poiché siamo riuniti nella città di Roma, gli storici ricorderanno che, durante i primi anni del 1300, in questa città ed in altre del continente, si manifestarono gravi epidemie infettive, che comprendevano, tra l'altro, la peste bubbonica e il colera, e che causarono la morte di circa la metà di quanti abitavano in Europa, secondo i dati dell'epoca.



Nonostante i formidabili progressi compiuti nel campo della scienza e in quello della medicina durante lo scorso millennio, le malattie infettive continuano ad essere tra le cause principali di morte in tutto il mondo². Inoltre, buona parte del carico di queste malattie e della mortalità da esse causata potrebbe essere adeguatamente alleviato, e perfino eliminato, se la famiglia umana globale si impe-

gnasse attivamente in programmi sostenibili di vaccinazione, medicina ed educazione preventiva.

Si può dire con una certa sicurezza che, specialmente nei Paesi in via di sviluppo e tra le persone che vivono in povertà nei Paesi ad alto reddito, i fattori socio-politici sono responsabili della diffusione e dell'impatto di queste malattie infettive al pari degli stessi agenti infettivi. Durante i primi anni dell'attuale millennio, ad esempio, circa il 75% di tutti i decessi dovuti alle malattie infettive è avvenuto nell'Asia sud-orientale e nell'Africa sub-sahariana. Infatti, l'Africa meridionale, che "ospita" il 10% della popolazione globale, annovera oltre il 40% delle morti dovute alle malattie infettive³. Nel mondo, un terzo dei decessi causati dalla tubercolosi avviene in Africa, ove circa 600 mila persone muoiono ogni anno a causa di questa malattia. Attualmente, nelle città vivono 3 miliardi di persone, e cioè metà dell'umanità, mentre 1 miliardo di esseri umani, uno su sei rispetto alla popolazione totale, vive nei bassifondi delle metropoli senza un alloggio adeguato e i servizi basilari. Poiché la povertà è sempre più urbana, osserva il Segretario Generale delle Nazioni Unite, essa crea una via di accesso alle malattie e alla cattiva salute⁴. In questi ambienti letali delle città, le epidemie mietono vittime in modo pesante, e ciò riguarda le principali infezioni del nostro tempo: malattia, tubercolosi, HIV e AIDS.

Quando parliamo di malattie infettive, dobbiamo riconoscere la particolare vulnerabilità delle donne e dei bambini a questo riguardo. Poiché non godono di un'adeguata nutrizione, i bambini nei paesi in via di sviluppo hanno sistemi im-

munitari deboli e quindi sono meno in grado di resistere o di superare queste malattie. A ciò si aggiunge un minore accesso alle vaccinazioni o a semplici trattamenti per curare le malattie diarreiche. I bambini costituiscono il gruppo più esposto a morire di malaria. Tra gli adulti, le donne incinte sono tra le persone più a rischio di contrarre la malaria. Attualmente le donne rappresentano oltre il cinquanta per cento delle nuove infezioni da HIV. È importante ricordare che, nel messaggio alla Quarta Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite del 1995, svoltosi a Pechino, il Papa Giovanni Paolo II affidò alle 300.000 istituzioni sociali, educative e assistenziali della Chiesa Cattolica il compito di dare priorità alle donne e alle giovani, specialmente le più povere⁵. Pertanto, nelle conferenze come questa a cui partecipiamo, dovremmo valutare in che modo abbiamo realizzato l'impegno preso per nostro conto dall'allora Pontefice.

La povertà può essere identificata come "causa ed effetto" di cattiva salute dovuta alle malattie infettive. Il dottor Louis Pasteur, che può essere definito, a giusto titolo, il fondatore della moderna microbiologia, una volta disse, a questo riguardo: "Il virus è niente, l'ambiente è tutto"⁶. Malattie come l'HIV e l'AIDS, la tubercolosi e la malaria, spesso colpiscono quante sono le principali fonti di sostentamento della famiglia, e quindi causano un ulteriore impoverimento dei familiari che dipendono da loro, come pure delle comunità locali in cui hanno vissuto e lavorato. Malattie come la polmonite e la diarrea uccidono i bambini prima del compimento del quinto anno di età, privando in questo modo la comunità del contributo che avrebbero potuto apportare al bene comune e al miglioramento della società. Gli adulti che soffrono di cecità dovuta al tracoma spesso ritirano i figli dalla scuola affinché si prendano cura degli altri membri della famiglia; ciò causa ulteriore analfabetismo in popolazioni che già si trovano in grandi difficoltà⁷. Negli ambienti in cui c'è un'alta percentuale di persone colpite da HIV e da altre malattie infettive, il benessere familiare diminuisce a causa

della perdita di lavoro provocata dalla malattia o dalla morte; la produzione delle fattorie è ridotta; i prestiti non possono essere restituiti; le famiglie con a capo anziani o bambini producono di meno, e il volume delle vendite diminuisce poiché i clienti possono fare solo acquisti di beni essenziali. Per sopravvivere, molte famiglie sono costrette a vendere i loro beni, compresi animali, macchinari o attrezzi, e questo fenomeno riduce ulteriormente il potenziale futuro per la produttività⁸.



Guardiamo ora, molto brevemente, ad alcune statistiche che dimostrano la particolare vulnerabilità delle popolazioni migranti alle infezioni di HIV. Studi sulla prevalenza dell'HIV, realizzati in Africa, hanno rivelato maggiori livelli di infezione nelle città di confine, nelle comunità di pescatori, nelle zone commerciali e nei campi dei rifugiati rispetto a molte capitali. Ad esempio, il tasso di HIV nella capitale del Kenya, Nairobi, è del 16% mentre nelle città di confine, con maggiore popolazione migrante, arriva al 46%. Negli Stati Uniti, la Commissione incaricata della Prevenzione della Mortalità infantile ha stimato che il 5% dei contadini migranti è stato infettato dall'HIV, percentuale, questa, dieci volte maggiore rispetto alla media nazionale, che è dello 0,6%¹⁰. Un terzo dei filippini che sono sieropositivi o malati di AIDS lavora o ha lavorato all'estero¹¹.

Sicuramente, il ritratto della sofferenza umana da me descritto è lontano dalla visione dello sviluppo umano e sociale offertoci dal Santo Padre Benedetto XVI nella sua prima Enciclica *Deus caritas est*: "...lo scopo di un giusto ordine sociale è di garantire a ciascuno, nel rispetto del principio di sussidiarietà, la sua parte dei beni comuni"¹².

Non dobbiamo, però, perdere la speranza, in quanto possiamo citare numerosi progressi compiuti a livello mondiale nel campo delle malattie infettive. Ecco alcuni sviluppi positivi:

- semplici interventi, quali trattamenti insetticidi a tappeto e cure tempestive ed efficaci hanno contenuto la malaria in numerosi Paesi;

- sforzi per controllare la tubercolosi in Paesi quali Cina, India, Nepal e Perù, hanno risparmiato circa un milione di persone da una morte prematura;

- nel 1997, solo il 5% dei bambini del mondo era stato vaccinato. Oggi questa percentuale è salita al 75%, riuscendo, così, ad evitare la morte a 3 milioni di bambini;

- in risposta all'obiettivo di far accedere ai medicinali antiretrovirali salvavita 3 milioni di persone affette da AIDS nei Paesi in via di sviluppo per l'anno 2005, 1,3 milioni di persone hanno ottenuto questo accesso entro la data prevista. L'iniziativa è stata ora trasformata in Accesso Universale a strategie di prevenzione, cura e trattamento dell'HIV entro il 2010;

- processi bilaterali e multilaterali di finanziamento hanno aumentato considerevolmente il sostegno finanziario e tecnico messo a disposizione dei Paesi in via di sviluppo per affrontare l'impatto dell'HIV, della tubercolosi e della malaria.

Numerose strutture sanitarie cattoliche, oltre ai servizi sociali, di sviluppo e alle strutture pastorali cattoliche, hanno contribuito al raggiungimento dei suddetti risultati.

Tuttavia, è necessaria una maggiore concertazione politica e un maggiore sforzo a livello pubblico se vogliamo immaginare un mondo libero dalla sofferenza e dalla tragica perdita di vite umane a causa di malattie infettive prevenibili.

Nel 2000, quando i leader mondiali elaborarono il “Millennium Development Goals” (MDG), ricobrero che la buona salute è una componente essenziale tanto per ridurre la povertà, quanto per lo sviluppo umano integrale. Per questo motivo, articolarono tre obiettivi specifici in materia di salute:

- ridurre la mortalità infantile;
- migliorare la salute materna;
- combattere l’HIV, la malaria ed altre malattie¹³.

La Santa Sede ha seguito con attenzione le azioni intraprese dalle Nazioni Unite, dai rispettivi governi e dall’intera famiglia umana, al fine di raggiungere questi obiettivi. Infatti, nella 60^a Assemblea Generale delle Nazioni Unite, l’allora Segretario di Stato, Cardinale Angelo Sodano, affermò:

“La Santa Sede ha, innanzitutto, una missione spirituale, ed è precisamente da essa che deriva il suo dovere di essere presente nella vita delle Nazioni e il suo impegno per portare giustizia e solidarietà fra gli uomini. Con tale convinzione, la Santa Sede rinnova tutto il suo appoggio agli obiettivi di questo Vertice e si adopererà perché esso produca rapidamente i frutti sperati e possa sorgere presto un’era di pace e di giustizia sociale. Sempre attuale è una frase pronunciata dal compianto Papa Giovanni Paolo II in un suo celebre viaggio in Cile nel 1987: “*Los pobres no pueden esperar*”. I poveri non possono aspettare¹⁴.

Nel primo incontro con il corpo diplomatico accreditato presso la Santa Sede, l’attuale Segretario di Stato, Cardinale Tarcisio Bertone, ha espresso una visione simile incoraggiando gli ambasciatori affinché “...S’impegnino a favore di un sussulto rinnovato di solidarietà fra i popoli, in particolare per riesaminare la questione del debito dei Paesi più poveri, affinché mai più persone, in particolare bambini, muoiano di fame o di malattie endemiche”¹⁵.

Cosa è necessario affinché questi intenti, articolati dai nostri leader ecclesiastici come pure dai capi di Stato di tutto il mondo, diventino una realtà quotidiana, specialmente per quanti sono maggiormente nel bisogno? Permettetemi di indicare quattro strade che possono da-

re l’avvio ad un processo di cambiamento che migliorerà la vita di tutti i popoli, compresi quelli più poveri.

Anzitutto, dobbiamo consolidare i sistemi sanitari. Sono state fatte, ad esempio, delle stime secondo cui un più ampio accesso ai servizi sanitari potrebbe avere come risultato una diminuzione del 60-70% della mortalità infantile e del 70-80% della mortalità materna¹⁶. Alcuni programmi di adeguamento strutturale per i Paesi con un vasto debito internazionale hanno ostacolato questi sforzi strategici ponendo limiti alle spese o al numero di persone impiegate nelle strutture sanitarie nei Paesi interessati. Inoltre, alcuni sistemi di finanziamento sanitario non hanno tenuto conto dell’incapacità dei poveri di avere accesso ai servizi sanitari salvavita. Nel 2001 è stato stimato che in molti Paesi in via di sviluppo sarebbero necessari circa 30-40 dollari¹⁷ pro capite l’anno per mettere in atto infrastrutture sanitarie minimamente efficaci. Attualmente, i Paesi meno sviluppati spendono solo 8-10 dollari pro capite per i servizi relativi alla salute.

Secondo, deve essere rivolta un’attenzione molto più globale alla grave mancanza di operatori sanitari, specialmente nei Paesi in via di sviluppo. Ancora una volta troviamo gravi squilibri riguardo il personale e le spese sanitarie. La Regione dell’America, nell’ambito della Organizzazione Mondiale della Salute, ad esempio, annovera una percentuale pari al 10% di tutte le malattie mondiali, ma può contare sul 37% degli operatori sanitari del mondo e spende il 50% del finanziamento sanitario mondiale. Ciò è in netto contrasto con le statistiche riportate dalla Regione Africana dell’OMS ove è presente il 24% delle malattie mondiali, ma solo il 3% degli operatori sanitari e l’1% delle spese sanitarie del mondo¹⁸. Queste inequità sono esacerbate dal cosiddetto *brain drain* (fuga di cervelli) del personale sanitario dai Paesi poveri a quelli ricchi a causa dei bassi salari e delle misere condizioni di lavoro presenti nei loro Paesi. Un altro fattore che determina questa fuga di personale è la diffusione del-

l’HIV tra gli stessi operatori sanitari; alcuni studi realizzati in diversi Paesi africani hanno evidenziato che le malattie collegate all’AIDS hanno causato tra il 19 e il 53% di tutte le morti tra gli impiegati del settore sanitario¹⁹.

L’urgenza di queste situazioni ha portato l’ex Direttore Generale dell’Organizzazione Mondiale della Salute a dichiarare: “Dobbiamo lavorare assieme per assicurare l’accesso ad operatori sanitari motivati ed esperti, a sostegno di ogni persona in ogni villaggio”²⁰.

Terzo, il sostegno per le infrastrutture sanitarie deve essere integrato in un più vasto pacchetto di sostegno allo sviluppo umano e alla solidarietà globale tra Paesi ad alto e a basso reddito. Il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio stima che, mentre nel 2006 erano necessari circa 135 miliardi di dollari per l’assistenza allo sviluppo, nel 2015 saranno necessari circa 195 miliardi di dollari. Queste stime possono sembrare irraggiungibili, ma non dobbiamo dimenticare che, durante il 2004, le spese militari in tutto il mondo ammontavano a più di un trilione di dollari USA²¹. Notiamo anche che le stime dei costi per il Progetto del Millennio sono ben all’interno del target che i Paesi ad alto reddito dovrebbero destinare come aiuto allo sviluppo, cioè lo 0,7% del prodotto interno lordo (PIL), come adottato dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1970 e rinnovato alla Conferenza Internazionale sul finanziamento allo sviluppo svoltasi a Monterrey, Messico, nel 2002²². Fu a quest’ultima conferenza, infatti, che il Cardinale Renato Martino, capo della delegazione della Santa Sede, rivolse questo urgente invito:

“...La Famiglia delle Nazioni non può far passare neppure un giorno senza tentare di raggiungere gli obiettivi e senza rendere misurabile il progresso verso lo sradicamento della povertà con tutta l’energia e la fermezza a cui può fare appello”²³.

Quarto, dobbiamo risolvere i problemi relativi all’accesso ai medicinali e agli strumenti diagnostici. Il profitto, pur essendo

una motivazione necessaria ed accettabile per il lavoro dell'industria privata in questo ambito, non può essere l'unico fattore per determinare o bloccare l'accesso a questa tecnologia per quanti ne hanno bisogno. La Santa Sede ha accolto con soddisfazione l'emendamento al "TRIPS Agreement on Public Health", approvato nel corso della IV Conferenza Ministeriale dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, tenutasi ad Hong Kong nel dicembre 2005. Tale emendamento ha la potenzialità di assicurare alle nazioni povere l'accesso ai mezzi di produzione e l'importazione dei farmaci essenziali, necessari per far fronte alle principali pandemie di cui soffrono le popolazioni. Esso considera i due importanti obiettivi delle regole della proprietà intellettuale: creare incentivi per le innovazioni e diffonderne i benefici il più ampiamente possibile. Tuttavia, ad oggi, la maggior parte dei Paesi industrializzati non hanno utilizzato la flessibilità resa disponibile dagli accordi TRIPS. Pertanto, si deve fare attenzione a che questo emendamento non venga indebolito da accordi regionali e bilaterali contenenti varianti (TRIPS plus), che sono più onerose per i Paesi in via di sviluppo. Quando riflettiamo su questa complessa questione, dovremmo ricordare le parole del compianto Giovanni Paolo II al gruppo "Jubilee 2000" per la Campagna per la cancellazione del debito, quando affermò l'esistenza di "una 'ipoteca sociale' su tutta la proprietà privata, concetto che oggi deve essere applicato anche alla 'proprietà intellettuale' e alla 'conoscenza'. La legge del profitto da sola non può essere applicata a ciò che è fondamentale per la lotta contro la fame, la malattia e la povertà"²⁴.

Con questa XXI Conferenza Internazionale, promossa dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, il Signore ci ha voluto donare un momento privilegiato per unire la nostra conoscenza scientifica, la nostra esperienza pratica, il nostro impegno sociale, la nostra *advocacy* politica e la nostra sollecitudine pastorale, al fine di intensificare le azioni a beneficio di quanti sono più vulnerabili e colpiti dalle malattie infettive. Possa la

nostra determinazione non venire meno, ma essere rafforzata quando torneremo ai nostri rispettivi ministeri e professioni. Continuiamo a farci ispirare dall'appello con cui il Santo Padre Benedetto XVI, nella grande tradizione del magistero sociale della Chiesa, in occasione della Giornata Mondiale per la lotta alla tubercolosi, promossa il 24 marzo 2006, ha sollecitato "un rinnovato impegno a livello globale, affinché siano rese disponibili le risorse necessarie per curare questi nostri fratelli ammalati, che spesso vivono anche in situazione di grande povertà. Incoraggio le iniziative di assistenza e di solidarietà nei loro confronti, auspicando che ad essi siano sempre assicurate dignitose condizioni di vita"²⁵.

S.E. Mons. SILVANO TOMASI
Osservatore Permanente della Santa Sede
presso le Nazioni Unite
e le Organizzazioni Internazionali
a Ginevra



Note

¹ International Conference on Primary Health Care, Declaration of Alma-Ata, 12 September 1978, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1.

² World Health Report, World Health Organisation, 2004.

³ "Infectious Diseases", http://www.globalhealth.org/view_top.php?3?id=228.

⁴ KOFI ANNAN, Public Health Challenger Also Affect Development and Security", UN Chronicle, XLIII,2 (June-August), 2006, p. 4.

⁵ GIOVANNI PAOLO II, Messaggio al Coordinatore della Conferenza Mondiale sulle Donne, Beijing, 26 maggio 1995, <http://www.ewtn.com/library/PAPALDOC/JP2BELL.HTM>

⁶ Citato in AIDS and the Ecology of Poverty, Eileen Stillwagon, New York: Oxford University Press, 2006.

⁷ "Infectious Diseases", http://www.globalhealth.org/view_top.php?3?id=228.

⁸ MICHAEL J. KELLY, S.J., HIV and AIDS: A Justice Perspective, Lusaka, Zambia: Jesuit centre for Theological reflection, Aprile 2006, pp. 25.

⁹ DAVID WILSON, Dipartimento di Psicologia, Università dello Zimbabwe, in "HIV/AIDS and Migration – Specific Needs and Appropriate Interventions in the Field of Policies, Prevention and Care", Report of Satellite Meeting, 13^a Conferenza Internazionale sull'AIDS, 12 luglio 2000, Università di Durban, Sudafrica; Nel van Beelen, Relatore.

¹⁰ AIDS and Migrants: Solutions and Recommendations, UNIDOS Network of Capacity Building Assistance, Giugno 2004.

¹¹ "2006 State of the World Population report", pubblicato dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione.

¹² BENEDETTO XVI, Lettera enciclica *Deus caritas est*, n. 26.

¹³ www.un.org/millenniumgoals/.

¹⁴ "I poveri non possono aspettare", Discorso del Cardinale Angelo Sodano al Vertice dei Capi di Stato per i 60 anni delle Nazioni Unite, http://www.evangelizatio.org/portale/adgentes/db/sodano_170905.html.

¹⁵ Discorso del Cardinale Bertone con il Corpo Diplomatico accreditato presso la Santa Sede, 29 settembre 2006.

¹⁶ Bellagio Study Group on Child Survival, come riportato da R. Dodd e A. Cassels, "Health, Development and the Millennium Development Goals", *Centennial Review*, 20 gennaio 2006.

¹⁷ Secondo la stima dell'Organizzazione Mondiale della Salute nel 2001 e come riportato da Dodds e Cassels, *op. cit.*

¹⁸ 2006 World Health Report, Overview, www.who.int/whr.

¹⁹ 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, UNAIDS, Luglio 2004, e "Do we need special ARV programmes for health workers and teachers?", apparso in *he Correspondent*, XVIth International AIDS Conference Edition, 14 luglio 2004, n. 3.

²⁰ Dr. Lee Jong-wook, High Level Forum, Paris, Novembre 2005, riportato in 2006 World Health Report.

²¹ SIPRY Yearbook 2005: Armaments, Disarmament and International Security, Stockholm International Peace Research Institute (SIPRI), comunicato stampa del 7 giugno 2004, p. 13.

²² 135 miliardi di US \$ attualmente equivalgono allo 0,44% del PIL congiunto dei Paesi in questione, come riportato da Dodd e Cassels, *op. cit.*

²³ Arcivescovo Renato R. Martino, "Development is first and foremost a question of people", delegazione della Santa Sede alla Conferenza Internazionale delle N.U. sul finanziamento dello sviluppo, Monterrey, Messico (24 marzo, 2002, www.zenit.org).

²⁴ GIOVANNI PAOLO II, Messaggio al Gruppo "Jubilee 2000" – Debt Campaign, 23 settembre 1999.

²⁵ GIOVANNI PAOLO II, Udienza Generale, 22 marzo 2006.

4. Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista della persona

EVELYNE FRANC

4.1 Il malato, la famiglia e il personale sanitario

In un giardino pubblico di Parigi, c'è un piccolo monumento eretto alla memoria di San Vincenzo de Paoli, che porta la seguente iscrizione: *"Ho dolore del vostro dolore"*. San Vincenzo scrisse queste parole piene di compassione e consolazione in una lettera a Santa Luisa di Marillac che viveva allora una situazione dolorosa. Le riprendo oggi, in quanto esse ci danno un'idea del modo con cui dobbiamo camminare accanto a colui che soffre ed essere presenti, al suo fianco, nella disponibilità del cuore.

Avete chiesto a una Figlia della Carità di fare questo intervento, quindi non vi sorprenderete se cito San Vincenzo in questa introduzione. Mi è stato chiesto di commentare la pastorale delle malattie infettive dal punto di vista della persona, del malato, della famiglia e del personale sanitario; mi baserò, da un lato, sui principi fondamentali che ispirano la pastorale dei malati colpiti da malattie infettive e, dall'altro, sulla nostra esperienza attuale in contesti geografici molto diversificati, in quanto ho domandato alle Suore direttamente implicate in questa pastorale di condividere con me le loro gioie e le loro angosce. Lascerò volutamente da parte tutto l'aspetto dell'accompagnamento propriamente cristiano, della preparazione ai sacramenti, in quanto sarà trattato negli interventi successivi.

Nei giorni scorsi sono state già presentate numerose riflessioni molto interessanti sulla situazione delle persone la cui vita è minac-

ciata da malattie infettive, in particolare dall'AIDS, che, a causa dei suoi effetti collaterali, non distrugge soltanto l'individuo, ma anche tutta la famiglia, il coniuge o partner, i figli e, su più vasta scala, l'avvenire di tutta la società. Gesù, venendo in mezzo a noi, non ha soltanto guarito i malati, ma è venuto ad identificarsi con noi nella nostra debolezza, a camminare con noi lungo la strada della sofferenza e della morte per condurci, attraverso di esse, ad una vita nuova. Egli ci ha insegnato che la compassione va al di là della reciproca assistenza. I Vescovi americani, nella loro dichiarazione del 1989 sull'AIDS, hanno detto che *"Compassione è più che empatia. Essa implica un'esperienza d'intimità attraverso la quale si partecipa alla vita dell'altro"*.

Vediamo ora rapidamente le basi del nostro servizio pastorale, con le relative angolazioni di approccio.

1. Basi del servizio pastorale della persona

a) *È il Signore che ci invia* per incarnare la Buona Novella sotto forma di salute per i nostri fratelli che soffrono. Gesù offre a tutti la salute, ma in particolare ai malati e agli emarginati. Cristo dichiara che è stato inviato per loro e si presenta come liberatore e terapeuta (*Mc 2,17; Lc 13,11-13; Mt 8,17*). Gesù non separa mai la sua azione in favore della salvezza dalla proclamazione del Regno, anzi "proclama-

zione del Regno e guarigione dei malati" sono due aspetti della sua azione evangelizzatrice, che è unica: *"Andate e riferite a Giovanni (...): i ciechi recuperano la vista, i lebbrosi sono guariti (...), ai poveri è predicata la buona novella"* (*Mt 11,4-6*). *"Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza"* (*Gv 10,10*).

b) *Il nostro carisma vincenziano*. Il secondo punto fondamentale per noi che abbiamo scelto di servire la sorella e il fratello che soffrono è quello di essere, in umiltà, portatori dell'Amore misericordioso di Dio che ci guarisce e ci salva. Mi permetto qui di citare nuovamente San Vincenzo e le nostre Costituzioni, sottoposte di recente ad aggiornamento. San Vincenzo, nel regolamento della Carità delle donne di Châtillon les Dombes, del 1617, precisava così l'ordine secondo il quale si devono servire i malati: *"ricordarsi di cominciare sempre da chi ha qualcuno vicino e di terminare con coloro che sono soli per poter restare presso di loro più a lungo"*¹. Allo stesso modo, le nostre Costituzioni parlano di *"umanizzare la tecnica per farne veicolo della tenerezza di Cristo"* (*C 24a*), ci invitano poi a non separare *"il servizio corporale dal servizio spirituale, l'opera di umanizzazione dall'opera di evangelizzazione"* (*C 14*) e ci ricordano, infine, che *"l'attenzione fondamentale indispensabile di ogni evangelizzazione è il primo passo: attenzione alle per-*

sone, alla loro vita (...) e attenzione allo Spirito di Dio che agisce nel mondo” (C 24c)².

c) Condizioni necessarie per un accompagnamento di qualità. La cura pastorale dei malati fa parte del servizio integrale di attenzione che comprende l’aspetto religioso come fonte di arricchimento globale della persona, oltre agli aspetti biologici, psicologici e sociali. Se vogliamo realizzare un’assistenza autentica e completa, occorre dunque avere risorse sufficienti tanto in personale competente quanto in mezzi materiali. La maggior parte delle malattie di cui parliamo ha conseguenze a lungo termine che si ripercuotono tanto sullo stile di vita quanto sul lavoro e sulle relazioni familiari. Alcune esigono l’impegno di tutta una vita in un processo costoso che implica la somministrazione di medicinali, esami e sorveglianza medica. Un buon numero di queste malattie mette in questione la sopravvivenza e l’attitudine al lavoro. Nel mondo, le risorse disponibili per venire in aiuto a questi pazienti sono molto differenti ed è necessaria, pertanto, molta creatività al riguardo. Soccorrerli a questo livello è importante quanto gli antibiotici e gli antivirali che forniamo loro.

Preciso, a titolo di esempio, che in quattro paesi dell’Africa lavoriamo in collegamento con la Comunità di Sant’Egidio per servire i malati di AIDS e che le cure prestate, la formazione del personale e la vita del malato vengono viste in una prospettiva di rispetto della persona servita nella sua integralità. Tutto ciò implica anche un grosso lavoro di ricerca di fondi, di mezzi finanziari, aspetto ben concreto della pastorale. Credo che ciò si riallacci ad uno degli obiettivi della Fondazione “Buon Samaritano”, creata per iniziativa del compianto Papa Giovanni Paolo II. Allo stesso modo, parliamo del diritto dei malati ad essere curati in questa tappa della loro vita. Tale diritto ci obbliga ad avere le risorse necessarie affinché non ci sia nessuna discriminazione. Naturalmente, per fare qualche esempio, il contesto in cui le nostre Sorelle dell’Ospedale St. Agnes di Baltimora servono i malati affidati alle loro cure non è lo stesso di quello di Dschang, in

Cameroun. Pur tuttavia ci sforziamo, nella misura del possibile, di condividere le nostre risorse umane e materiali e di fornire medicinali identici a tutti i malati.

d) La comunicazione della speranza cristiana. Ogni nostra azione è ispirata e suscitata dalla fede in Cristo risorto. In questa opera di evangelizzazione, è in gioco la fede nel mistero della morte e della risurrezione di Cristo. Si tratta di un compito che ricade su tutta la comunità cristiana. La presenza della Chiesa presso il malato e il suo sostegno alla famiglia sono possibili quando ci sono impegno e collaborazione da parte di tutta l’équipe: *sacerdoti-cappellani, personale sanitario credente, collaboratori a livello della Pastorale della Salute e della famiglia.*

La morte è un’esperienza che appartiene alla persona e non alla medicina. Ogni malato ha diritto non soltanto ad un’assistenza medica che allevi il suo dolore e gli faccia vivere la vita nella maniera migliore possibile, ma anche ad essere aiutato a conoscere la sua situazione, a preparare e a vivere la propria morte. Bisogna assistere e soddisfare i suoi bisogni psicologici, affettivi, religiosi e familiari.

2. Differenti angolature di approccio

a. L’accompagnamento del malato

Brice de Malherbe³ sottolinea, in una recente opera, che esiste un’alleanza terapeutica tra il malato e il medico, o il dispensatore di cure. Questa alleanza viene allacciata tra medico e malato nella loro relazione asimmetrica, in cui il paziente, in situazione di debolezza, e soffrendo di una patologia che limita o minaccia l’unità strutturale e dinamica del suo organismo – e dunque rende difficile o impedisce la realizzazione delle sue finalità intrinseche – si rivolge con fiducia a colui che lo cura, che, in coscienza, cerca di rimediare a questa situazione, a partire dalla competenza acquisita. Citiamo la famosa dichiarazione di Louis Portes, che fu presidente dell’Ordine dei Medici in Francia, secondo cui “*ogni atto medico non è, non può essere e non deve essere altro che una fiducia che raggiunge liberamente una coscienza*”. L’alleanza terapeutica è il cammino di un’etica di comunione in cui il malato, per quanto limitato nell’esercizio delle proprie facoltà, è mantenuto in una relazione interpersonale.

Nel 1991, Papa Benedetto XVI, allora Cardinale Ratzinger, precisava: “Chi ha a che fare con la vita umana entra nel campo riservato della proprietà divina, e, a causa di ciò, il mestiere di medico non è un mestiere qualsiasi, ma un mestiere sacro dal senso forte”⁴.

Il trattamento e la tecnologia attuali possono lasciare il paziente, come d’altronde la sua famiglia, a margine del processo di cura. È necessario, invece, mantenere il paziente al centro di esso e apportargli tutto il sostegno di cui ha biso-



Un altro compito è quello di ridestare la speranza nel cuore degli uomini (famiglie, ambiente ospedaliero), e di collaborare alla creazione di uno spazio sociale in cui la malattia e la morte siano vissuti nella dignità umana. È nostra responsabilità, inoltre, far vedere il vero senso della sofferenza, del dolore e della morte, affermando il valore della persona e difendendo il diritto di ciascun individuo a preparare e a vivere la propria morte in maniera personale e responsabile.

– Aiutare a scoprire il vero senso della malattia e della morte.

– Accompagnare colui che soffre e colui che è in fase terminale.

– Umanizzare l’atto del morire.

gno. Allo stesso modo, è buona cosa aiutare la persona a mettere in atto la propria capacità di prendere decisioni, per mezzo di informazioni e comunicazioni adeguate, e di incoraggiamento, nel rispetto delle sue credenze e dei suoi valori. Si tratta, soprattutto, di trovare i mezzi per mantenere viva la speranza.

Alcune ricerche mostrano che i pazienti desiderano e domandano ai loro medici compassione oltre che competenza. Compassione presuppone empatia, gentilezza, sensibilità, rispetto e riconoscimento della persona con i suoi sentimenti e il suo bisogno di sperare. Cécile Saunders, di felice memoria, fondatrice del Movimento degli Hospices, ha introdotto diversi anni fa l'idea del dolore totale. Ella rappresentava il dolore in tutte le sue dimensioni: fisica, affettiva, sociale e spirituale, e diceva che il sollievo del dolore è possibile soltanto nella misura in cui ciascuno di questi aspetti è preso in considerazione. La persona colpita dalla malattia ha, oltre a bisogni fisici e sociali, grandi necessità d'ordine affettivo e spirituale. È importante considerare il paziente in maniera globale, a prescindere dalla malattia, tener conto della persona nella sua totalità, come qualcuno che ha bisogno di essere avvicinato in maniera personale, riconoscendone il diritto ad essere informato, a prendere parte alle decisioni e, quando non ne sarà più in grado, a farsi rappresentare da persone a lui care, membri della sua famiglia o amici.

b. La famiglia

È di capitale importanza anche tener conto delle preoccupazioni della famiglia che nutre paure e speranze per l'avvenire, ed apportare una risposta onesta e sincera alle domande che essa pone, alle paure, ai pianti, perfino alla collera, mantenendo desta la fiamma della speranza. Se si tratta di una malattia che minaccia la vita, quale l'AIDS, potrebbe esistere anche una carica affettiva, di colpevolezza ed inquietudine nei riguardi di altre persone vicine che potrebbero, anch'esse, essere state infettate e colpite, come pure potrebbero manifestarsi preoccupazioni riguardanti l'avvenire della fami-

glia. Una persona sottoposta a cure mediche pesanti può anche sentirsi esclusa dalla realtà. Anche questa è un'occasione per coinvolgere la famiglia. È necessario che, a livello dell'équipe professionale, ci sia qualcuno che possa farsi carico di queste preoccupazioni e aiutare tanto il paziente quanto la famiglia ad affrontare delle decisioni. La famiglia costituisce la rete immediata del paziente e, tranne alcune eccezioni, quella più toccata. Accade spesso che le nostre risposte altamente tecnologiche e professionali nel mondo indaffarato delle cure sanitarie non includano la famiglia. Ciò accade meno nei Paesi molto poveri in cui essa, invece, è vicina al paziente. In tutti i casi, deve essere trattata con rispetto in quanto i suoi membri sono i primi rappresentanti del paziente e devono essere ascoltati con attenzione perché hanno molto da dare. Spesso, infatti, sono state le prime persone, se non le sole, ad occuparsi del paziente fino a quando non è stato affidato alle nostre cure. Non scartiamo quindi questo ruolo per un approccio più professionale. I membri della famiglia non sono una "ulteriore complicazione", bensì rappresentano un grande conforto spirituale e affettivo per la persona malata. Essi comprendono abitualmente le credenze religiose e i valori del malato e possono aiutare nelle decisioni dell'équipe curante nei confronti del malato stesso. Anche la famiglia può avere preoccupazioni e timori. Il coniuge o i figli possono sentirsi depredati del loro avvenire e avranno bisogno di sostegno affettivo e pastorale. La persona molto malata può manifestare collera, depressione o paura. Anche questo può costituire una grande sfida per i familiari del paziente che avranno bisogno di comprendere la situazione e di essere aiutati a ricordarsi della persona come era prima della malattia.

Come provato dalle ricerche di Cécile Saunders, la comunicazione effettiva e il tempo dedicato alla persona sono elementi importanti ed essenziali nel farsi carico di essa a livello individuale e globale. Le relazioni non sono sempre buone in tutte le famiglie, anche prima dell'infermità, e il tipo di malattia può far sì che la famiglia si allonta-

ni dal paziente o che lo biasimi. Si tratta di reazioni umane che esigono un aiuto e un accompagnamento appropriati. Si dice spesso che, quando una persona è malata, lo è anche tutta la famiglia, e ciò è ancor più vero con questo gruppo particolare di pazienti.

Le famiglie vogliono aiutare ma a volte temono il contagio e si pongono interrogativi quali: "Ho contratto la malattia? Quale precauzione dovrò prendere? Che fare degli abiti? È prudente fargli visita?". Aiutarle, iniziando le conversazioni attorno a questo argomento, è un compito delicato, ma importantissimo nei confronti della carità. Le famiglie si colpevolizzano spesso per il fatto di preoccuparsi di se stesse quando uno dei loro membri è così gravemente ammalato. A volte è molto importante avvisarle della necessità di una valutazione medica urgente, di una sorveglianza continua e delle precauzioni necessarie. È della più alta responsabilità da parte del personale curante fornire alle famiglie una buona informazione sulla natura della malattia e di assicurarsi che ciò sia ben compreso.

Succede che, oltre a far fronte alla malattia di uno dei loro membri, le famiglie debbano gestire la scoperta dell'omosessualità, della tossicomania o della promiscuità sessuale della persona malata. Malgrado tutti i nostri sforzi, queste diagnosi sono spesso rese pubbliche. Le famiglie devono affrontare questa nuova realtà oltre alla grave malattia del paziente. Esse vogliono, a volte, che taluni membri della famiglia stessa (nonni) non ne siano messi al corrente. La presenza dei sanitari è di inestimabile importanza quando si tratta di accompagnare queste famiglie. È pertanto fondamentale sensibilizzare il personale sanitario sulla necessità di questa attenzione pastorale.

c. Il personale sanitario

Ho appena parlato dell'importanza del personale curante, ma possiamo svilupparne ancor più il ruolo. A partire da ciò che è già stato detto, potete farvi un'idea di quel che ci si aspetta da parte di detto personale. Mettersi in gioco nell'essere vicini al malato... L'amore e il rispetto che si provano

per il malato permettono di trovare il tono giusto per entrare in relazione con lui. In una lettera aperta al Direttore di una casa di riposo, un futuro residente ha scritto quanto segue: “*Cercate di mettervi sempre al posto del paziente. È in questo modo che manterrete la stima di voi stessi, che vi permetterà di fare ancora, per numerosi anni, questo meraviglioso lavoro*”⁵.

I malati sottolineano, in generale, quanto apprezzino l’aiuto degli operatori sanitari, tanto per le cure quanto per la qualità della relazione umana che offrono. La buona qualità della relazione si accentua con il grado di gravità della malattia o quando la sofferenza diventa più forte. In quel momento, il malato chiede al personale che si occupa di lui ogni sorta di servizio di cui ha bisogno.

I gesti d’ascolto, comprensione ed affetto sono liberatori per il malato. Per questo motivo, il servizio pastorale deve collaborare ed essere attento alla formazione e alla preparazione dei professionisti su temi d’umanizzazione delle cure e di relazione d’aiuto al malato e ai membri della sua famiglia. Le ferite che necessitano di cure frequenti e dolorose rappresentano una grande difficoltà per taluni pazienti portatori di malattie infettive; gli odori forti che ne scaturiscono sono spesso motivo di disturbo per i pazienti in rapporto agli altri. In una società che valorizza la pulizia, questo odore costante assilla spesso il paziente, per non parlare della difficoltà a provare appetito in questo ambiente. Il personale curante che sa attenuare questa situazione, è una fortuna per i pazienti.

La Pastorale della Salute ha dunque un ruolo da svolgere nel formare il personale sanitario. Il servizio pastorale deve collaborare ed essere in grado di invitare gli operatori ospedalieri credenti che lo desiderano a svolgere il proprio lavoro in maniera apostolica, a dividere la spiritualità, i valori e lo stile propri del servizio pastorale del centro.

La tradizione, lo stile di una spiritualità propria e i valori della cultura ospedaliera sviluppata dalle varie Congregazioni sono già un messaggio evangelizzatore per i professionisti dei centri o dei programmi d’azione a favore dei ma-

lati. Far conoscere ed invitare a vivere sempre più i principi ideologici ed etici dei servizi pastorali tra tutto il personale che lavora con gli ammalati è un obiettivo necessario. Si tratta anche di aiutare il personale a gestire i propri problemi, affinché possa prendersi meglio cura dei pazienti e delle loro famiglie. A volte è difficile per alcuni accettare che siano impiegati molti mezzi per curare infezioni derivanti da problemi che chiamano in causa lo stile di vita del paziente.

Alcuni membri del personale sanitario possono essere poco disposti a somministrare determinate cure ed è pertanto molto importante esaminarne i motivi con loro. C’è chi, in attesa probabilmente di un bambino, è preoccupata per un’eventuale infezione o un pericolo per il feto. Altri possono essere sotto chemioterapia o avere un familiare sottoposto ad un trattamento contro il cancro e non vogliono essere esposti ad agenti infettivi. C’è, forse, chi sta per far fronte a questo stesso problema nella propria famiglia. È sempre molto importante comprendere le preoccupazioni del personale curante e non colpevolizzarlo quando esitano a coinvolgersi nelle cure di questi pazienti.

Tuttavia, nella stragrande maggioranza, il personale curante è segno visibile dell’amore di Dio per i pazienti e per le loro famiglie. Essi testimoniano i valori del Vangelo presso i più vulnerabili e spesso dimenticati. Noi dobbiamo apportare loro tutto il nostro sostegno e il nostro incoraggiamento contro e malgrado tutto.

La loro testimonianza passa per:
– *apertura e vicinanza* per un dialogo che risponda alle inquietudini umane e religiose dei malati, a partire dall’esperienza che stanno vivendo;

– *accompagnamento* nei momenti più difficili: comunicazione delle “cattive notizie”, accettazione della diagnosi, adattamento ospedaliero, gravità o aggravio della malattia, decesso e processo di elaborazione del lutto;

– *aiuto per affrontare la situazione* nella tappa che precede la morte. L’operatore pastorale e l’équipe ospedaliera devono aiutare la famiglia a prepararsi alla separazione nella speranza, accettando le loro reazioni, permettendo loro di

esprimersi, accompagnandoli con molto rispetto e offrendo loro le risorse della fede;

– *attenzione al morale dei membri della famiglia* dopo la morte della persona amata, circondarli dal punto di vista umano e spirituale in maniera opportuna e adeguata a quel momento;

– *informazione da fornire* sulle possibilità di aiuto, le associazioni familiari, i gruppi terapeutici ecc.

Vorrei, per concludere, prendere in prestito dal filosofo Paul Ricœur l’espressione di “*patto di cura fondato sulla fiducia*”, che ben definisce le relazioni della pastorale quali quelle che abbiamo appena enumerato. Un periodo di sofferenza e di malattia è un’esperienza molto personale dei nostri limiti, di quelli della tecnica medica e della nostra totale dipendenza da Dio. Per noi, Figlie delle Carità, si tratta di un incontro con il Signore che ci ha chiamate alla sua sequela, di un’esperienza della sua presenza nel malato che incontriamo, di un’occasione per staccarci da noi stesse avvicinandoci a lui, riconosciuto e servito nell’altro.

“*Amore di Dio e amore del prossimo sono inseparabili, sono un unico comandamento. Entrambi, però, vivono dell’amore preventivo di Dio che ci ha amati per primo*”⁶.

Suor EVELYNE FRANC
*Superiora Generale
delle Figlie della Carità
di San Vincenzo de Paoli*

Note

¹ SAN VINCENZO DE PAOLI. COSTE, Tomo XIII, page 428.

² Costituzioni e Statuti della Compagnia delle Figlie della Carità di San Vincenzo de Paoli.

³ BRICE DE MALHERBE, *Le respect de la vie humaine dans une éthique de communion*. Thèse de l’Ecole Cathédrale. Parole et Silence. Les Plans 2006.

⁴ “La bioetica nella prospettiva cristiana”. Dolentium Hominum, 18 (1991), 15.

⁵ Vies Consacrées, Octobre, novembre, dicembre 2004.

⁶ “Deus Caritas est”, Lettera Enciclica di Papa Benedetto XVI, n. 18.

sabato
25
novembre

EMILIO CARLOS BERLIÉ BELAUNZARÁN

4.2 L'azione pastorale della diocesi e della parrocchia di fronte alle malattie infettive

Introduzione

Negli ultimi due giorni, numerosi esperti ci hanno fornito gli elementi sufficienti e necessari per realizzare una profonda riflessione su ciò che il nostro anfitrione, sua Eminenza il Cardinale Javier Lozano Barragán, ci esponeva nel preludio di questa ventunesima Conferenza Internazionale: una lettura delle malattie infettive alla luce della Parola di Dio, l'unica fonte che ci può assicurare un'interpretazione veramente integrale e corretta del fenomeno che trattiamo.

Non sarà possibile rispondere alla domanda di sfida che ci è stata affidata: *che cosa deve fare la diocesi e la parrocchia nell'attenzione personale dei malati infettivi?*, senza la contestualità che precedentemente ci ha facilitato la rigorosa e profonda analisi di tale realtà, le malattie infettive, tanto riguardo alla loro storia come al loro panorama attuale, considerando accuratamente le loro multipli e le diverse cause.

Essendo imprescindibili i contributi delle scienze sperimentali, affrontare questo tema allo scopo di assicurare una efficace attuazione da diversi livelli sarebbe stato insufficiente senza ricorrere alla *Parola Rivelata* per illuminare la nostra riflessione e il dialogo con altri credi, poiché “la malattia e il dolore sono fenomeni che, se si approfondiscono pongono sempre interrogativi che trascendono il campo della medicina e influenzano l’essenza della condizione umana in questo mondo”¹.

È con l’animo di rispondere a questi interrogativi che sollecitano l'uomo di oggi, che la Chiesa, “sot-

to la luce di Cristo, immagine di Dio invisibile primogenito di tutta la creazione, (...) parla a tutti per illuminare il mistero dell'uomo e per cooperare nel ritrovamento di soluzioni che rispondano ai principali problemi della nostra epoca”².

zionale, inclini a proporre specificatamente, che cosa deve fare la diocesi e la parrocchia in relazione a una Pastorale della Salute applicata alle malattie infettive.

Per affrontare a questo tema, ci sembra più appropriato seguire la



Con tutti questi precedenti, da ieri ci troviamo in condizioni di concretizzare nella linea che la Chiesa già sta realizzando, *come deve svilupparsi la Pastorale della Salute di fronte alle malattie infettive* nei diversi ambiti esistenti, tra quelli che sottolinea, per la loro preponderanza e il loro carattere fondamentale, l'impegno e il lavoro che *ciascuna persona, dal suo stato di vita, deve svolgere*.

È da questo punto di vista concreto, a partire dal personale che noi indirizzeremo il nostro contributo a questa Conferenza Interna-

metodologia obiettiva o metodo di discernimento che impiega la Dottrina Sociale della Chiesa, adottato per i pontefici e per gli agenti della pastorale sociale, che consiste nella applicazione, al tema segnalato, della triade dei verbi “vedere-giudicare-agire”, dalla prospettiva concreta del Vangelo e della Tradizione viva della Chiesa. In questo modo comprenderemo meglio il senso e l’importanza delle proposte pastorali che faremo alla Pastorale della Salute diocesana e parrocchiale di fronte alle malattie infettive.

La nostra esposizione avrà, per tanto, tre punti o paragrafi:

– nel “*vedere*”, partiremo dalla definizione di diocesi o di parrocchia, per ricordare poi quale è la sua missione o ruolo della Chiesa;

– nel “*giudicare*”, segnaleroemo brevemente quali sono le funzioni specifiche che ciascun collaboratore diocesano ha nella Pastorale della Salute, dal Vescovo fino al fedele laico e riesamineremo come si coordina l’équipe della Commissione diocesana della Pastorale della Salute a partire da un organigramma basilare suggerito da questo apostolato;

– finalmente, nell’“*agire*” faremo una proposta di azioni concrete che servano di aiuto e di orientamento alla diocesi e alla parrocchia per realizzare la loro missione evangelizzatrice e redentrice nell’ambito della salute, specificamente rispetto alle malattie infettive;

1. La diocesi e la parrocchia nella Pastorale della Salute

Come ci segnala il Codice di Diritto Canonico, “la diocesi è una porzione del popolo di Dio la cui cura pastorale si raccomanda al Vescovo con la cooperazione del presbiterio, di modo che unita al suo pastore e congregata per lui nello Spirito Santo mediante il Vangelo e l’Eucaristia costituisce una *Chiesa particolare*, nella quale veramente è presente e agisce la Chiesa di Cristo una, santa cattolica e apostolica”⁷³.

Secondo questa definizione, la diocesi diviene il prototipo o modello di Chiesa particolare, nella quale e dalla quale esiste la Chiesa cattolica⁴; una porzione di fedeli riuniti in un gruppo regionale di parrocchie e di altri ministeri pastorali, presieduti da un Vescovo.

La missione della diocesi, come Chiesa particolare, non è altro che la missione della Chiesa universale, la salvezza delle anime (Salus Animarum). In ordine a questa missione, si intende la cura pastorale e la relazione speciale che mantiene il Vescovo, rispetto ai suoi fedeli.

Possiamo intendere l’azione pastorale della Chiesa come l’insieme di attività che realizza attraverso

so tutti i suoi membri a beneficio dell’evangelizzazione, cioè, perché ogni uomo e ogni popolo si trovi con Dio, conosca e sperimenti il suo amore, e risponda a lui entrando, così, in comunione con Dio e con gli altri uomini.

A motivo dell’azione pastorale della Chiesa particolare, i fedeli si radunano intorno al loro Pastore, perché questo li guida vero il fine della Chiesa Universale. In questo modo, per mezzo della relazione di comunione tra il popolo e i suoi pastori, si realizza nell’ambito ecclesiale la missione salvifica affidata da Cristo (*Mt 28,19-20*).

La Chiesa Universale si organizza in Chiese particolari in modo specifico. I Vescovi diocesani godono della piena potestà nel loro ambito. Ciò vuol dire che i Vescovi non esercitano come delegati del Papa, ma che la loro potestà è piena o esercitano un servizio di autorità con potestà propria.

Nella diocesi si situa la *parrocchia*, una delle figure dell’organizzazione ecclesiastica più conosciute per essere la divisione organizzativa inferiore alla diocesi e l’ambito naturale in cui si sviluppa la vita del cristiano. La definizione di parrocchia ce la dà il Codice di Diritto Canonico: “una determinata comunità di fedeli costituita in modo stabile nella Chiesa particolare, la cui cura pastorale, sotto l’autorità del Vescovo diocesano, è affidata a un parroco, come suo pastore proprio”⁷⁵.

Il Catechismo della Chiesa Cattolica aggiunge a questa definizione che la parrocchia è “il luogo dove tutti i fedeli si possono riunire per la celebrazione domenicale dell’eucarestia [...], dove si introduce il popolo cristiano nell’espressione ordinaria della vita liturgica, dove si congrega in questa celebrazione; dove si insegna la dottrina salvifica di Cristo, e dove si pratica la carità del Signore nelle opere buone e fraterne. “Non puoi pregare in casa come nella Chiesa, dove sono molti quelli riuniti, dove il grido di tutti si indirizza a Dio come da un solo cuore. Vi è in essa qualcosa in più: l’unione degli spiriti, l’armonia delle anime, il vincolo della carità, le preghiere dei sacerdoti (S. Giovanni Crisostomo, *Incomprehens. 3,6*)”⁷⁶. In questo modo, la parrocchia si

costituisce come la *cellula della diocesi*, come il luogo della cura pastorale ordinaria dei fedeli cristiani⁷.

Riguardo alla *Pastorale della Salute*, la *diocesi* ha la funzione specifica di *guidare e coordinare* tutta l’azione che realizzano i cristiani della sua giurisdizione a favore dei malati, e la *parrocchia* funge da delegazione o *subcoordinamento della diocesi*, in quanto struttura che applica in modo efficace i criteri pastorali diocesani alla realtà della salute.



2. Ruolo dei membri della diocesi e della parrocchia nella Pastorale della Salute

Nell’apostolato della salute, ogni membro della diocesi e della parrocchia ha un ruolo fondamentale e insostituibile da realizzare a beneficio dei malati e delle loro famiglie.

a) In primo luogo, il *Vescovo* per la sua speciale consacrazione “si trasforma in modo pieno in maestro, sacerdote e guida della comunità cristiana”⁷⁸, come primo responsabile del territorio cui è assegnato: la diocesi. A questo riguardo, sulle funzioni concrete che detengono i Vescovi, afferma il Codice di Diritto Canonico: “I Vescovi, che per istituzione divina

sono i successori degli Apostoli, in virtù dello Spirito Santo che è loro dato, sono costituiti come Pastori nella Chiesa perché anch'essi siano maestri della dottrina, sacerdoti del culto sacro e ministri per il governo”⁹. E specificamente, di fronte alla sua funzione pastorale, si segnala che “al Vescovo diocesano compete nella diocesi che gli è stata affidata tutta la potestà ordinaria, propria e immediata che si richiede per l'esercizio della sua funzione pastorale”¹⁰.

Come parte delle sue funzioni di governo, il Vescovo deve attendere con peculiare sollecitudine ai presbiteri, suoi collaboratori diocesani nella cura pastorale delle anime, e ascoltarli come cooperatori e consiglieri, oltre a curare che compiano debitamente gli obblighi propri del loro stato¹¹. Ugualmente, dovrà sollecitare i fedeli laici perché compiano il loro dovere di fare apostolato secondo la condizione e la capacità di ciascuno, esortandoli affinché partecipino alle diverse iniziative di apostolato e prestino il loro aiuto, secondo le necessità del luogo e del tempo¹².

Per ultimo, al Vescovo, come capo della diocesi, spetta di assicurare che nella sua giurisdizione si sviluppino tutte le attività avviate all'attenzione dei problemi che inquietano la sua comunità, “non solo morali e liturgici, ma anche quelli di carattere personale e sociale”¹³, come sono quei problemi relativi alla salute e in modo speciale quelli derivati da quelle malattie che hanno un grande impatto umano e sociale: le malattie infettive. È per questo che il Vescovo per adempiere alla funzione di Pastore, deve promuovere le diverse forme di apostolato, e badare che nella diocesi o nei suoi distretti particolari, tutte le attività di apostolato si coordinino sotto la sua direzione, rispettando il carattere proprio di ciascuna¹⁴. In questo senso, il Vescovo deve promuovere, orientare e coordinare la Pastorale della Salute, stimolando in tutto il Popolo di Dio l'attenzione e la disponibilità riguardo al complesso mondo del dolore.

Perché riesca è necessario che ciascuno dei nostri fratelli nell'episcopato, costituisca una Commissione diocesana per la Pastorale della Salute, diretta da un sa-

cerdote delegato specialmente per questo, che programmi, organizzi e coordini i lavori di tale pastorale attraverso la struttura propria di ciascuna parrocchia e dei gruppi e istituzioni che lavorano nell'ambito della salute.

b) Nella diocesi, dopo la figura del Vescovo, il parroco ha una importanza capitale nell'organizzazione della Chiesa particolare. Il parroco ha funzioni giuridiche di grande rilevanza, per non parlare della trascendenza delle sue funzioni pastorali per la vita delle comunità diocesane.

In accordo con il Codice di Diritto Canonico: “Il parroco è il pastore proprio della parrocchia che è a lui affidata ed esercita la cura pastorale della comunità che gli è stata consegnata sotto l'autorità del Vescovo diocesano al cui ministero di Cristo è stato chiamato a partecipare, perché in questa stessa comunità compia le funzioni di insegnare, santificare e guidare con la cooperazione anche di altri presbiteri o diaconi, e con l'aiuto di fedeli laici, secondo la norma di diritto”¹⁵.

Le competenze proprie del parroco sono quelle che si riferiscono alla vita cristiana nella comunità che il Vescovo diocesano gli ha affidato: adoperarsi perché la Parola di Dio venga annunciata nella sua integrità a coloro che vivono nella parrocchia, adoperarsi perché la Santissima Eucaristia sia il centro della vita parrocchiale, cercare di conoscere i fedeli che gli sono affidati, promuovere la funzione propria dei laici e cooperare con il Vescovo diocesano¹⁶. Per analogia, queste responsabilità ricadono anche sui sacerdoti, che aiutano o collaborano con i parroci, i quali sono in contatto diretto e costante con i fedeli e la loro realtà.

Concretamente, riguardo alla Pastorale della Salute, i parroci, coordinati dal Vescovo, devono applicare il programma diocesano di Pastorale sanitaria costituendo la propria Commissione parrocchiale per questa pastorale, la quale elabori e applichi un programma parrocchiale di attenzione ai malati e alle loro famiglie. I parroci, in modo personale, devono servire il malato accompagnandolo e visitandolo, assistendolo

con gli aiuti spirituali e sacramentali, e devono sollecitare i laici ad impegnarsi volontariamente nella cura dei malati e dei bisognosi.

c) Nella struttura della parrocchia si trovano inoltre come agenti fondamentali della Pastorale della Salute, i cappellani, i religiosi, i medici, gli infermieri e le infermiere, i farmacisti, il personale tecnico e amministrativo dei dispensari, delle cliniche e degli ospedali cattolici, gli assistenti sociali e i volontari. Tutti, perché la loro testimonianza di amore sia ogni volta più credibile, devono agire nella piena comunione tra loro e con il loro pastore¹⁷.

Secondo la loro vocazione specifica, della quale partecipano gli agenti della Pastorale della Salute possono essere religiosi o laici. I religiosi, come “fedeli di Cristo si propongono, sotto la mozione dello Spirito Santo, di seguire più da vicino Cristo, consegnandosi a Dio amato al di sopra di tutto e, perseguitando la perfezione della carità nel servizio del Regno, significare e annunciare nella Chiesa la gloria del mondo futuro”¹⁸. Tutti i religiosi [...] si trovano tra i collaboratori del Vescovo diocesano nella sua missione pastorale. L'implicazione e l'espansione missionaria della Chiesa richiedono la presenza della vita religiosa in tutte le sue forme”¹⁹.

“I laici hanno come vocazione propria la ricerca del Regno di Dio occupandosi delle realtà temporali, orinandole secondo Dio”²⁰. L'iniziativa dei laici è particolarmente necessaria quando si tratta di scoprire o di ideare i mezzi perché le esigenze della dottrina e della vita cristiana impregnino le realtà sociali”²¹. “Come tutti i fedeli, i laici hanno l'incarico da Dio dell'apostolato in virtù del battesimo e della cresima, e per questo hanno l'obbligo e godono del diritto, individualmente o radunati in associazioni, di lavorare perché il messaggio divino di salvezza sia conosciuto e ricevuto da tutti gli uomini e in tutta la terra. [...] Nelle comunità ecclesiali la loro azione è tanto necessaria che senza di essa, l'apostolato dei pastori non può ottenere nella maggioranza delle volte la sua piena efficacia”²².

Come mezzo di comunione e

coesione di tutti i rappresentanti pastorali nel campo della salute, intorno al Vescovo e ai parroci, il programma diocesano della Pastorale della Salute, presentato e supervisionato dalla Commissione diocesana designata per questo fine dal Vescovo, nella quale si integrano sacerdoti, diaconi, religiosi e laici, deve articolare e coordinare ogni azione pastorale per mezzo di una struttura e organizzazione che rispetti l'identità propria di ogni agente o istituzione collaboratrice e che integri efficacemente tutti gli sforzi in un intervento ecclesiale veramente pastorale e sanitario.

Come proposta concreta della struttura che deve avere la *Commissione diocesana per la Pastorale della Salute* che comprende la maggioranza degli agenti pastorali che intervengono in questo campo, presentiamo il seguente organigramma (Tabella 1).

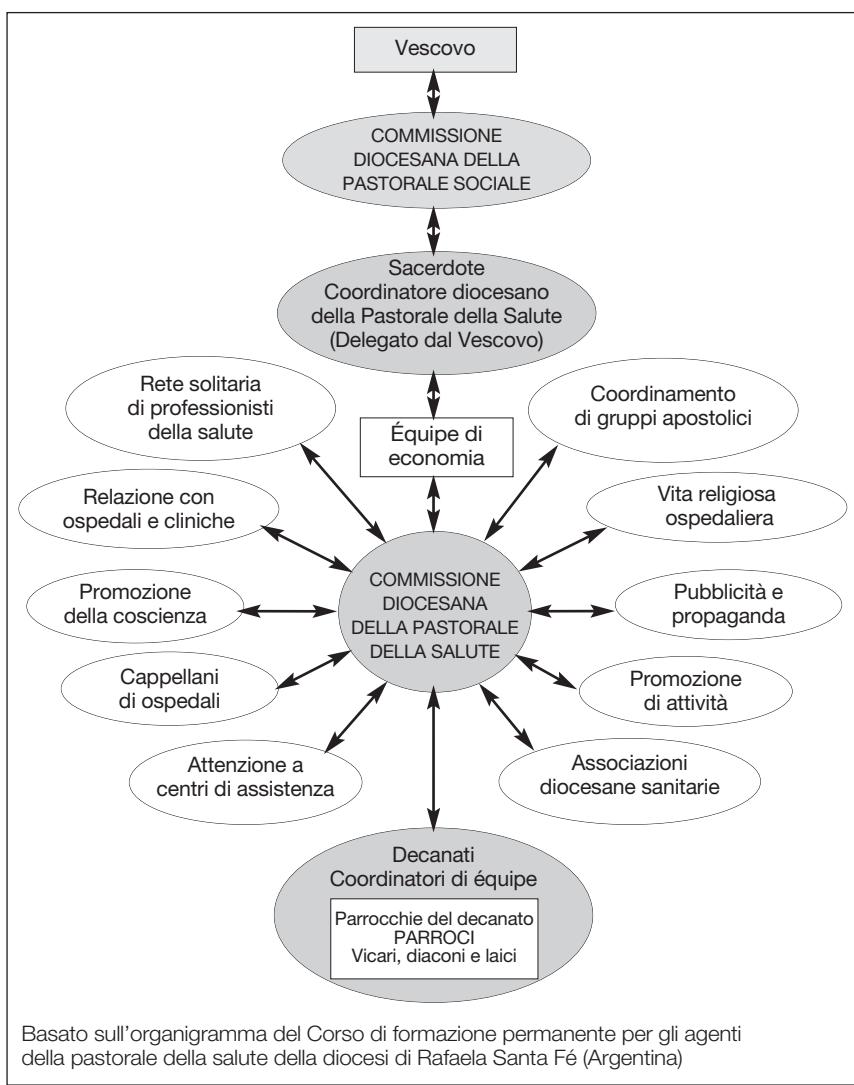
Come è mostrato nell'organigramma, il *Vescovo* è colui che presiede e dirige la Commissione diocesana per la Pastorale della Salute. La Commissione diocesana della Pastorale Sociale è l'organo rettore secondario dal quale dipende la *Commissione diocesana per la Pastorale della Salute*. Davanti a tale Commissione, si situa un sacerdote specialmente designato dal Vescovo per coordinare il resto dell'équipe. Come elementi di coordinamento basilare si trovano: un'équipe di economia, una rete solidale di professionisti per la Pastorale della Salute, un'équipe per la relazione con ospedali e cliniche, un'équipe per la promozione della coscienza, un'équipe di cappellani di ospedali e penitenziari, un'équipe per l'attenzione a centri di assistenza, un'équipe di coordinamento di gruppi apostolici, un'équipe di vita religiosa

ospedaliera, un'équipe di pubblicità e propaganda, un'équipe di promozione di eventi, un'équipe di associazioni sanitarie diocesane, e finalmente le équipe formate dai coordinatori responsabili delle diverse équipe, dai parroci e dai rappresentanti propri di ciascuna parrocchia: vicari, diaconi e laici.

Come proposta della struttura che deve avere la *Commissione parrocchiale per la Pastorale della Salute*, presentiamo il seguente organigramma (Tabella 2). Questa Commissione, a differenza di quella diocesana, incide direttamente sull'attenzione al malato e alla sua famiglia, attraverso le équipe dei visitatori ai malati negli ospedali, nelle cliniche o al loro domicilio, équipe di ministri dell'Eucarestia, équipe di preghiera per i malati, équipe di attenzione ai familiari dei malati, équipe di attenzione medica ai malati a domicilio o nei dispensari, ed équipe per l'apostolato dei malati (preghiera e testimonianza di malati).

In questa struttura pastorale, per prendere coscienza del ruolo e della responsabilità che ognuno ha riguardo a questo apostolato, della salute, è necessario, in primo luogo, *riscoprire la natura e il fondamento della propria vocazione*, ricorrendo all'intercessione della Santissima Vergine Maria, madre ed educatrice di tutti gli uomini, la persona umana che meglio ha corrisposto alla vocazione data da Dio attraverso la sua umiltà di serva e discepola della Parola²³, e certamente prendendo come modello l'unico ed eterno Sacerdote, il buon Pastore che ha compassione delle folle e dona all'uomo il pane della verità, dell'amore e della vita²⁴.

Solo dopo questa riscoperta vocazionale, saremo coscienti che "la malattia e il dolore non sono esperienze che influenzano esclusivamente la condizione corporale dell'uomo, ma tutto l'uomo nella sua integrità ed unità di corpo e anima"²⁵, e che "la redenzione di Cristo e la sua grazia salvifica raggiungono tutto l'uomo nella sua condizione umana e, pertanto anche nella malattia, nella sofferenza e nella morte"²⁶. Solo allora scopriremo la ingente responsabilità che abbiamo di assicurare che, precisamente "nel momento



più vero ed autentico del confrontarsi dell’Uomo con sé stesso”²⁷, come lo è il patire una delle molteplici malattie infettive che oggi sminuiscono e minacciano la vita dell’uomo, il malato sia assistito dai membri della Pastorale della Salute che, con una “visione integralmente umana e propriamente cristiana della malattia”²⁸, come apostoli della misericordia, rendono viva la parola del Buon Samaritano.

È necessario non perdere di vista che “la malattia è più di un fatto clinico; è sempre la condizione di un uomo, il malato”²⁹, il quale “vive l’esperienza della propria impotenza, dei suoi propri limiti e della finitezza del suo essere”³⁰ ma è cosciente allo stesso tempo che “la vita corporea riflette, per sua natura, la precarietà della condizione umana, benché partecipi del valore trascendente della persona”³¹. In questo senso, la Pastorale della Salute significa sia per il malato che per l’agente sanitario, un aiuto per la scoperta della propria trascendenza e nella comunione degli uomini con la missione salvatrice di Cristo e della Chiesa.

3. Azioni concrete della pastorale diocesana e parrocchiale di fronte alle malattie infettive

Dice il Vangelo di San Luca che Gesù domandò a un malato: “Che vuoi che io faccia per te?” (Lc 18,40-41). A questa domanda che Cristo fa al malato, la *Pastorale della Salute, come già sta facendo, deve rispondere in modo pratico*, specialmente la pastorale indirizzata ad assistere i pazienti di malattie infettive, tanto diffuse nel nostro mondo.

L’esperienza di debolezza, precarietà, impotenza e a volte di abbandono, che vivono il malato e i suoi familiari, costituisce, dal punto di vista evangelico, un’opportunità unica perché la persona e la sua famiglia ottengano un incontro con il Dio vivo. Motivata da questo, la Chiesa compie e deve continuare a compiere, un’azione pastorale che con somma delicatezza, propizi l’incontro del malato e dei suoi familiari con Dio nella situazione concreta della sua malattia, invitandoli a riconoscere, nella sofferenza, l’amore di Dio e facendo loro sentire l’amore soli-

dale dei fratelli, espressione diretta dell’amore divino.

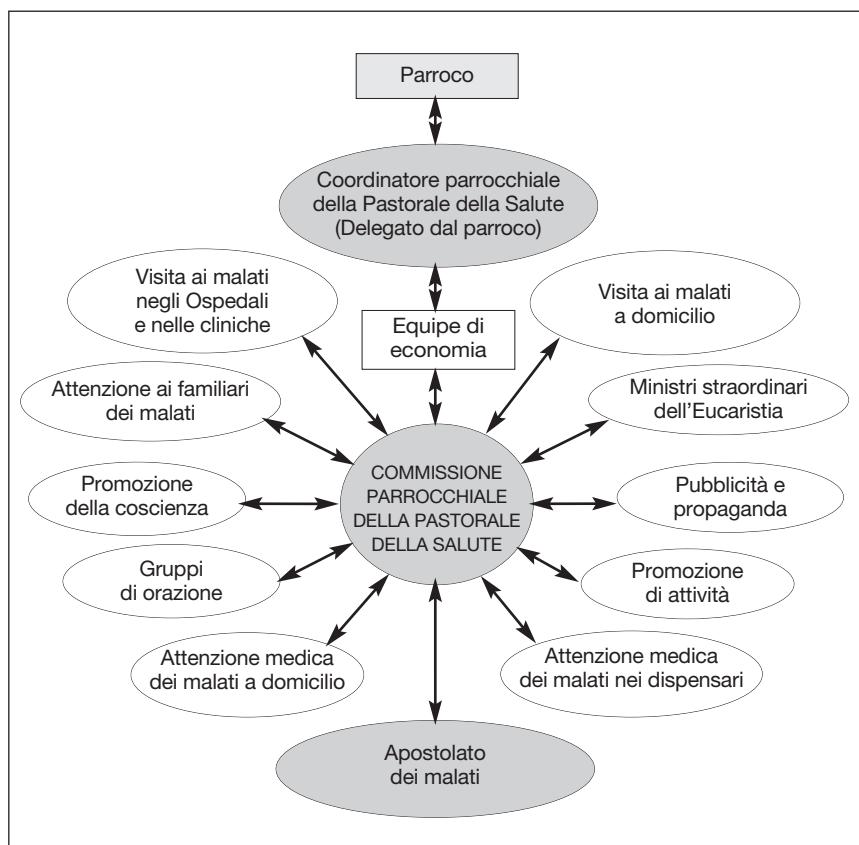
Questa motivazione guida le azioni concrete che l’agente diocesano della Pastorale della Salute svolge a beneficio dei malati e dei suoi familiari. Specificamente, ognuna di queste azioni deve essere contemplata nel programma diocesano per la Pastorale della Salute per garantire il più possibile l’unità dei principi da cui hanno origine e l’efficacia dell’applicazione nella realtà sanitaria.

Non si deve dimenticare che, come abbiamo visto nel menzionare l’identità, la missione e le funzioni proprie della *diocesi* e della *parrocchia*, così come dei loro rappresentanti diretti, il *Vescovo* e il *parroco*, queste strutture e le loro autorità *unicamente posseggono un carattere direttivo*, come corrisponde alla natura della loro vocazione, gerarchica nella Chiesa, per cui non si deve esigere da loro la massima concretezza nell’azione pastorale sanitaria, ma piuttosto che, il loro contributo è quello di fornire i principi, gli orientamenti, le direttive e i criteri di azione che ispirano tutta la pastorale diocesana della salute per l’evangelizzazione e la redenzione dei malati infettivi e dei loro familiari.

In questo ambito, sia la *diocesi* come la *parrocchia* devono continuare a fornire, attraverso la Commissione diocesana e le Commissioni parrocchiali per la Pastorale della Salute, un *programma di azione molto concreto in relazione alle malattie infettive*, che includa, per entrambi gli ambiti di azione, cioè la diocesi e la parrocchia, ciascuno dei sei aspetti specifici che in seguito procederemo a descrivere.

a. Orientamento

Così come ha dimostrato la vasta e ricca esperienza della Chiesa nella sua attenzione ai malati, è in primo luogo necessario, per il corretto funzionamento della Pastorale diocesana della salute, che il Vescovo e l’équipe direttiva conformata dalla Commissione diocesana della Pastorale Sociale e dal sacerdote coordinatore della Commissione diocesana per la Pastorale della Salute, *orientino e segnalino i criteri*



generali per la pastorale sanitaria, nei quali si comprendano necessariamente i criteri pastorali per continuare a fornire ogni tipo di aiuto ai malati e ai loro familiari.

Come esempio di questi criteri generali, mostriamo ciò che abbiamo segnalato nella Commissione diocesana per la Pastorale della Salute della diocesi di Yucatán (Messico), che rappresentiamo.

L'azione pastorale della Chiesa particolare a favore della salute deve essere:

- assunta da tutti i battezzati nella loro diversità (Soggetto);
- evangelizzatrice, cioè, che propizi l'incontro e la comunione con Dio e con i fratelli (Tipo di azione);
- realizzata come un processo di accompagnamento per fortificare la fede del malato e dei suoi familiari in queste difficili circostanze (Pedagogia);
- un'azione comunitaria e così deve esprimere l'agente di questa pastorale, in tal modo che il malato e i suoi familiari sperimentino l'amore solidale della comunità cristiana (Struttura);
- e contemplare come destinatari tutti gli esseri umani, specialmente quelli che vivono nel territorio diocesano (Destinatari).

b. Organizzazione

In secondo luogo, è necessario che il Vescovo e l'équipe direttiva della Commissione diocesana per la Pastorale della Salute, *organizzino le diverse équipe e sezioni* che conformeranno l'*organigramma* della Commissione, secondo la realtà locale sanitaria e la presenza nella diocesi di coordinatori di équipe, parrocchie, associazioni religiose, gruppi apostolici e di volontariato, per poi in seguito nominare i loro immediati responsabili. Ai fini organizzativi, rispettando le strutture e gli incarichi già esistenti nelle Commissioni Pastorali della Salute di ogni Chiesa particolare, consideriamo opportuno proporre un organigramma basilare con diverse sezioni ed équipe:

- Vescovo.
- Commissione diocesana della Pastorale della Salute: responsabili di proporre il calendario annua-

le di attività della Pastorale diocesana della Salute.

- Équipe di economia.
- Commissione diocesana della Pastorale della Salute: integrata dei rappresentanti delle associazioni che si citano in seguito:

– Coordinatori di équipe, parroci, vicari, diaconi e laici. È consigliabile che quadrimestralmente si riunisca il Coordinatore diocesano della Pastorale della salute con i coordinatori di équipe e, mensilmente i coordinatori di équipe con i parroci, e gli incaricati parrocchiali della Pastorale sanitaria.

– Rete solidale dei professionisti nella Pastorale della Salute: attraverso un programma di vincolo e cooperazione, deve stabilire solide e fruttifere relazioni con gruppi, istituzioni, organismi e associazioni che lavorano nel campo delle malattie infettive³².

– Équipe di coordinamento con i gruppi apostolici.

– Équipe di relazione con ospedali e cliniche.

– Équipe di vita religiosa ospedaliera.

– Équipe di promozione della coscienza.

– Équipe di pubblicità e propaganda.

– Équipe di programmazione di eventi.

– Équipe di cappellani di ospedali e penitenziari.

– Équipe di attenzione ai centri di assistenza.

– Commissione parrocchiale della Pastorale della Salute.

– Équipe direttiva integrata per i responsabili di aree.

– Équipe di attenzione integrale al malato in domicilio.

– Équipe di amministrazione dei sacramenti a domicilio.

- Ministri della Eucaristia.

– Équipe di attenzione ai familiari dei malati.

c. Prevenzione

In terzo luogo, è necessario che il Vescovo e l'équipe direttiva della Commissione diocesana per la Pastorale della Salute, *promuovo-*
no a livello diocesano e parrocchiale una serie di misure di prevenzione, tra queste ci sono quelle relative alle malattie infettive, come l'HIV, la tubercolosi, la lebbra, la malaria, la rabbia ecc.

Secondo i due livelli in cui opera la Pastorale della Salute, le azioni concrete da realizzare, che hanno dimostrato di essere efficaci, in ordine alla prevenzione delle malattie infettive saranno:

A livello diocesano

– Relazione permanente con le autorità sanitarie civili, specialmente con i dipartimenti di infettologia ed epidemiologia, con il proposito di:

– sollecitare notizie semestrali sull'evoluzione delle malattie infettive di maggiore incidenza e morbi-mortalità nella diocesi;

– studiare le iniziative e i programmi governativi previsti o implementati.

– Sviluppo di strategie diocesane di cooperazione con l'autorità civile nella prevenzione di malattie infettive e di attenzione alle sue vittime.

– Elaborazione di campagne di sensibilizzazione sociale (promozione di coscienza), che includano l'edizione di un bollettino diocesano periodico, il cui obiettivo sia fornire una formazione basilare sulle malattie infettive di maggiore prevalenza nella diocesi, il loro trattamento e i mezzi di prevenzione, l'attenzione al paziente infettivo, la formazione etica e morale, ecc.

– Articolazione del lavoro di prevenzione della Commissione diocesana per la Pastorale della Salute con altre commissioni diocesane: pastorale, familiare, pastorale giovanile, pastorale sociale, pastorale dell'educazione, pastorale delle comunicazioni, pastorale del turismo e mobilità umana ecc.

– Collaborazione con le Commissioni della Pastorale della Salute delle diocesi vicine.

– Articolazione del lavoro di prevenzione sviluppato in ospedali, cliniche, centri di assistenza e gruppi apostolici.

A livello parrocchiale e dei centri pastorali, soprattutto nell'ambito rurale

– Sviluppo di strategie parrocchiali di cooperazione con l'autorità civile nella prevenzione delle malattie infettive e di attenzione alle sue vittime.

– Promozione ed esecuzione

delle campagne diocesane di prevenzione.

– Elaborazione, diffusione e sviluppo di campagne proprie di prevenzione, secondo le necessità specifiche della parrocchia o del distretto.

– Articolazione del lavoro di prevenzione che la Commissione parrocchiale della Pastorale della Salute può sviluppare attraverso il sostegno delle altre commissioni parrocchiali.



d. Attenzione

In quarto luogo, è necessario che il Vescovo e l'équipe direttiva della Commissione diocesana per la Pastorale della Salute, continuino a promuovere a livello diocesano e soprattutto a livello parrocchiale azioni concrete di attenzione pastorale, indirizzate specificamente ai malati infettivi e ai loro familiari.

Desideriamo enfatizzare che, nello sviluppo del loro lavoro, gli apostoli della misericordia, devono tenere in conto che nella persona che soffre di una malattia infettiva come l'HIV, la tubercolosi, la malaria, la rabbia, il dengue o l'epatite, lo stato di fragilità fisica, con troppa frequenza, si vede aggravato dalla discriminazione sociale della quale è vittima per l'ignoranza che caratterizza la società contemporanea. Cioè, la sua condizione di malato potenzialmente contagioso lo rende molto più vulnerabile alla stigmatizza-

zione sociale, specialmente quando si tratta di una persona presa o dipendente dalla droga, il che suppone una chiara esigenza di estremizzare la carità nel tratto e di considerare in ogni momento la sua condizione psicologica. Questo non si traduce nel presupposto che il malato è esente da qualsiasi tipo di responsabilità, ma, al contrario, il membro della pastorale della salute deve cercare che il malato non solo acquisisca coscienza della sua malattia, ma che si assuma la responsabilità personale e sociale, per seguire il trattamento prescritto e per adempiere alle misure di precauzione stabiliti dai centri di controllo delle malattie.

Per assistere adeguatamente questo tipo di malati, proponiamo alcune di quelle azioni che si portano a termine in molte Chiese particolari:

A livello diocesano:

– Celebrazioni liturgiche per i malati, i familiari e gli agenti sanitari, a motivo di determinati eventi annuali o festività: Giornata mondiale del malato, Giornata mondiale della salute, San Giovanni di Dio, patrono dei malati, ospedali e dei lavoratori della salute, Giornata internazionale della lotta contro l'HIV ecc.

– Promuovere la costruzione di ospedali, cliniche e centri di attenzione medica, gestiti da Istituti religiosi, Istituti di vita consacrata o Società di vita apostolica, specialmente diretti all'attenzione di pazienti con malattie infettive.

– Stimolare la costituzione di associazioni diocesane dei professionisti della salute (medici, infermieri, odontoiatri, nutrizionisti, psicologi ecc.), che possono promuovere la crescita della Rete solidale dei professionisti e assicurare la rappresentanza della diocesi nei fori di salute specializzati.

– Promuovere la creazione di associazioni civili che promuovono il volontariato specificamente indirizzato all'attenzione di pazienti con malattie infettive.

– Creazione e gestione di un banco diocesano di medicine ed équipe di assistenza domiciliare.

– Attenzione agli agenti della salute che lavorino nelle istituzioni pubbliche e private: invito a for-

mare parte della Rete solidale dei professionisti, diffusione degli insegnamenti della Chiesa in materia di sanità (malattie infettive) con l'obiettivo di ottenere una maggiore penetrazione di queste nell'esercizio pratico della loro professione, sollecitudine di sostegno per campagne diocesane specifiche ecc.

A livello parrocchiale e dei centri pastorali, soprattutto nell'ambito rurale

– Organizzazione e controllo dei lavori concordati per ciascuno dei membri della pastorale parrocchiale della salute: presbiteri, diaconi, ministri straordinari della comunione, religiosi, gruppi apostolici, volontari e membri della Rete solidale dei professionisti.

– Attenzione integrale al malato:
– Nel suo domicilio:

- amministrazione dei sacramenti da parte del parroco, presbitero, diacono e ministri straordinari della comunione;

- visite periodiche da parte degli agenti della pastorale parrocchiale della salute;

- assistenza di volontari per coprire le necessità di attenzione che può presentare il malato (igiene, alimentazione, compagnia ecc.).

– Negli ospedali, cliniche, centri di assistenza e penitenziari:

- in coordinazione con le cappellanie responsabili di dette istituzioni come sostegno:

- amministrazione dei sacramenti.

- visite periodiche.

- assistenza di volontari per coprire le necessità di attenzione che può presentare il malato (igiene, alimentazione, compagnia ecc.).

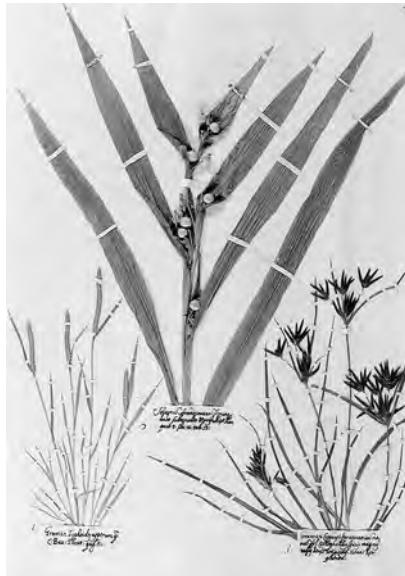
- Assistenza ai familiari dei malati: sostegno spirituale, controllo emotionale, consiglio, formazione continuata e vincolo con gruppi apostolici e volontari.

- Creazione di un dispensario medico gestito dai membri della Rete solidale di professionisti e volontari.

- Organizzazione di campagne di raccolta di medicinali ed équipe di attenzione sanitaria domiciliare.

- Creazione di un fondo di donativi per le spese di ospedalizzazione e farmaci.

– Promozione del lavoro svolto per la pastorale parrocchiale della salute per ottenere l'incorporazione di nuovi membri.



e. Formazione

In quinto luogo, secondo la pratica abituale della Chiesa, è necessario che il Vescovo e l'équipe direttiva della Commissione diocesana per la Pastorale della Salute promuovano a livello diocesano e soprattutto a livello parrocchiale, un *programma esigente e integrale di formazione diretto ai diversi agenti* che intervengono nella Pastorale della Salute: presbiteri, diaconi, religiosi e laici, poiché sarebbe imperdonabile che rimangano estranei ai problemi concreti che soffre la loro comunità nel campo della salute, specificamente a causa delle malattie infettive, alle novità terapeutiche e assistenziali che stanno sorgendo nei diversi campi, alle iniziative e ai programmi che le autorità civili forniscono³³ o agli insegnamenti della Chiesa in tali materie³⁴. Precisamente, “la Pastorale della Salute deve riflettersi in modo adeguato nel programma di formazione dei sacerdoti, dei religiosi e delle religiose perché nell’attenzione ai malati, più che in ogni altra cosa, si renda credibile l’amore e si offra una testimonianza di speranza nella risurrezione³⁵.

Alcune delle azioni concrete indirizzate a formare gli agenti della

pastorale sanitaria e specificamente in relazione con le malattie infettive più efficaci sono state:

A livello diocesano

– Assicurare l’inclusione, nei programmi di formazione dei seminaristi, religiosi, membri della vita consacrata e diaconi di materie filosofiche-teologiche specifiche sui molteplici aspetti della Pastorale della Salute: Bioetica, Morale fondamentale e speciale, Etica professionale, Dottrina Sociale della Chiesa, Teologia pastorale, Teologia sacramentale, Teologia spirituale ecc.

– Formazione teorico-pratica permanente degli agenti diocesani della Pastorale della Salute che contempli gli aspetti teologici, filosofici, scientifici, etici, pedagogici e pastorali della salute, con un trattamento specifico delle malattie infettive rispetto agli insegnamenti della Chiesa e rispetto all’attenzione integrale del malato infettivo e della sua famiglia³⁶.

– Sviluppo del programma di formazione annuale dei membri della pastorale parrocchiale della salute, da fornire a ciascuna parrocchia e che dovrà includere: l’informazione scientifica basilare e la formazione teologica, etica, morale e pedagogica.

– Programma di formazione continuata per i membri della Rete solidale dei professionisti della Salute e degli agenti sanitari degli ospedali, cliniche, centri di assistenza e penitenziari.

– Promuovere nei centri universitari, ospedalieri e di ricerca l’organizzazione periodica di congressi, seminari e giornate di riflessione intorno al tema delle malattie infettive, della loro attenzione e prevenzione.

A livello parrocchiale e dei centri pastorali, soprattutto nell’ambito rurale

– Introduzione del programma annuale di formazione, previsto per la diocesi per i membri della pastorale parrocchiale della salute.

– Elaborazione e organizzazione di corsi e seminari diretti alla formazione specifica di gruppi di apostolato e di volontari sui temi concreti vincolati alle malattie infettive più prevalenti nella parrocchia.

– Edizione di pubblicazioni spe-

ciali diretti alla formazione della comunità parrocchiale, in occasione delle campagne di prevenzione in materia di malattie infettive.

f. Valutazione

In sesto luogo si è constatata la necessità che il Vescovo e l'équipe direttiva della Commissione diocesana per la Pastorale della Salute realizzino una *valutazione* annuale *a livello diocesano* e semestrale *a livello parrocchiale* attraverso programmazioni dettagliate redatte da ciascun responsabile diretto di una sezione o équipe integrate nella Commissione. Tali programmazioni saranno analizzate dalla totalità degli agenti diocesani e parrocchiali riuniti in una sessione annuale straordinaria di valutazione, nella quale si raccoglieranno le iniziative e proposte di miglioramento per il seguente anno, in linea con i criteri pastorali elencati nel programma diocesano per la Pastorale della Salute.

Conclusione

Grazie all’analisi dell’identità, missione e struttura della diocesi e della parrocchia, e prendendo come referente l’arduo ed encombiabile lavoro che la Chiesa ha realizzato lungo i secoli, abbiamo potuto proporre agli agenti della Pastorale della Salute, una serie di azioni concrete di fronte all’attenzione dei malati infettivi e dei loro familiari. Nella realizzazione efficace di queste linee pastorali la Chiesa formerà, in ciascuna diocesi attraverso le sue parrocchie, una solida *rete sociale* strutturata e crescente, il cui lavoro, costante e silenzioso, svolto negli ospedali, nei centri di salute, nelle case di riposo, negli orfanotrofi, nelle prigioni e nelle abitazioni, permetterà un’attenzione personale e integrale ai malati, cioè corporale, spirituale e familiare.

San Luca riassume così la missione della Chiesa negli apostoli: “Egli allora chiamò a sé i Dodici e diede loro potere e autorità su tutti i demoni e di curare le malattie. *E li mandò ad annunziare il regno di Dio e a guarire gli infermi*” (Lc 9,1-2). È questo, anche oggi, il

mandato di Gesù ai suoi discepoli del quale noi, come cristiani, dobbiamo continuare a farci carico nelle nostre diocesi e parrocchie, realizzando la salvezza dell'uomo attraverso la Pastorale della Salute, specialmente riguardo alle malattie infettive.

Maria, Salute degli infermi, coloro che invochiamo come modello di servizio (*Lc 1,38*), poiché riassume in modo ammirabile l'identità umana e spirituale dell'agente pastorale della salute, ci invita tutti a rinnovare la nostra disponibilità al malato e al bisognoso e ad essere attenti alle nuove condizioni della salute. Oggi, più che mai, si necessitano credenti che, come Lei, dotati di una fine sensibilità, accolgano la Parola e il piano della salvezza di Dio sull'umanità, e aiutino, soprattutto i malati a percorrere l'itinerario che va dalla salute alla salvezza.

S.E. Mons. EMILIO CARLOS
BERLIÉ BELAUNZARÁN
Arcivescovo dello Yucatán,
México

Note

¹ Lettera Apostolica di Giovanni Paolo II in forma di Motu proprio *Dolentium Hominum*, sull'istituzione della Pontificia Commissione per la Pastorale degli agenti sanitari, n.2.

² Costituzione Pastorale *Gaudium et spes*, n.10.

³ Decreto *Christus Dominus* n.11, del Concilio Vaticano II e Codice di Diritto Canonico c.369.

⁴ Codice di Diritto Canonico c.368.

⁵ Ibid., c.515 §1.

⁶ Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 2179.

⁷ Istruzione della Congregazione per il Clero “Il presbitero, pastore e guida della comunità parrocchiale”, 4 agosto 2002.

⁸ Discorso di Giovanni Paolo II ai Vescovi nominati nell'ultimo anno che partecipavano a un corso di aggiornamento il 17 settembre 2004.

⁹ Codice di Diritto Canonico, c.375 §1.

¹⁰ Ibid., c.381 §1.

¹¹ Ibid., c.384.

¹² Ibid., c.394 §2.

¹³ Esortazione apostolica sulla missione della famiglia cristiana nel mondo attuale, *Familiaris Consortio*, n.73

¹⁴ Ibid., c.394 §1.

¹⁵ Ibid., c. 519.

¹⁶ Ibid., c.528 §1 e 2; 529 §1 e 2.

¹⁷ Messaggio del Papa Giovanni Paolo II per la Giornata Mondiale del Malato 2003, n.3.

¹⁸ Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 916.

¹⁹ Ibid., n. 927.

²⁰ Ibid., n. 898.

²¹ Ibid., n. 899.

²² Ibid., n. 900.

²³ Conclusione dell'Esortazione Apostolica Post-sinodale *Pastores dabo vobis*.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Motu proprio *Dolentium Hominum*, n.2

²⁶ Ibidem

²⁷ RUFFINI, F., M.I., “La Pastorale sanitaria e il sacerdozio di Giovanni Paolo II”; *Dolentium Hominum – Chiesa e Salute nel Mondo* del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Agenti Sanitari, n. 20, 1992 (n. 2), pp.73 ss.

²⁸ Lettera degli agenti sanitari, n. 56.

²⁹ Ibid., n.53.

³⁰ Catechismo della Chiesa Cattolica, 1500.

³¹ Lettera degli Agenti sanitari n. 53.

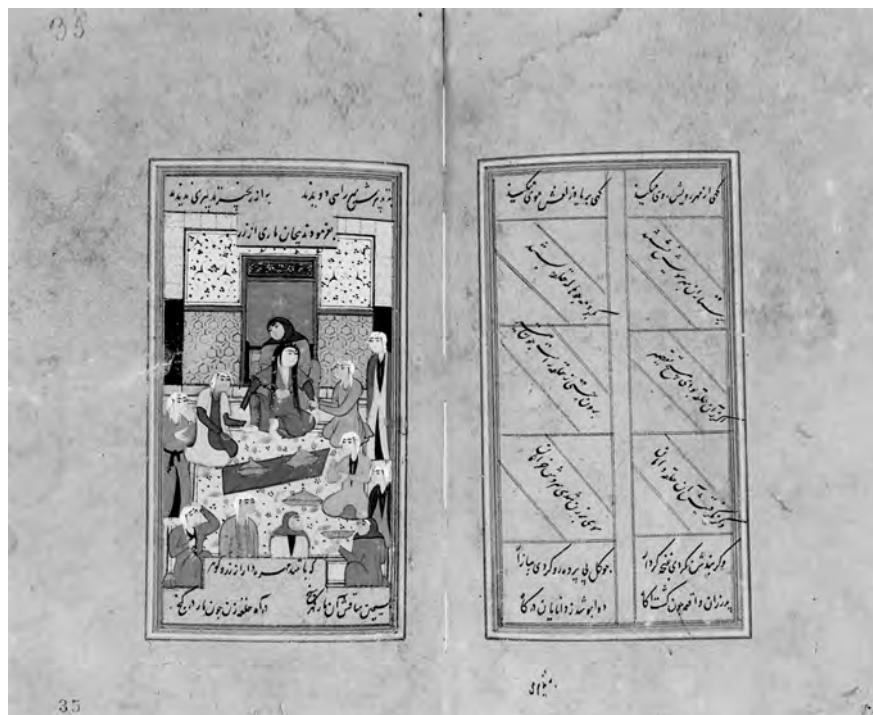
³² (...) Non basta l'azione individuale, si richiede un'opera di gruppo intelligente, programmata, costante e generosa”. Lettera Apostolica in forma di Motu proprio *Dolentium Hominum*, 4.

³³ “Seguire attentamente, nel campo legislativo e scientifico le novità riferite alla salute, con il fine che si tengano in considerazione opportunamente nel lavoro pastorale della chiesa”. *Pastor Bonus*, Art. 153,4.

³⁴ “Compete al Consiglio diffondere la dottrina della Chiesa sugli aspetti spirituali e morali della malattia e il significato del dolore umano”. Costituzione Apostolica sulla curia romana *Pastor Bonus*, Art. 153,1.

³⁵ Messaggio del Papa Giovanni Paolo II per la Giornata Mondiale del Malato 2003, n.3.

³⁶ “L'agente della salute di fronte alla famiglia del malato, è chiamato a fornire unitamente all'assistenza, una azione di illuminazione, di consiglio, di orientamento e di sostegno”. Lettera degli agenti sanitari, n.55.



ANTHONY FRANK MONKS

4.3 Gli aspetti pastorali del trattamento delle malattie infettive: gli ordini religiosi

1. Prospettiva storica

Parlando, lo scorso anno, ai giovani riuniti a Colonia, il Santo Padre disse che “*solo dai santi, solo da Dio viene la vera rivoluzione, il cambiamento decisivo del mondo*”. Gli uomini e le donne che hanno fondato gli istituti religiosi erano degli innovatori, dei rivoluzionari, dei profeti, e in nessun’altro ambito che non sia quello dell’assistenza sanitaria ciò risulta più evidente: Camillo De Lellis, Giovanni di Dio, Vincenzo de Paoli, Catherine McAuley, Mary Aikenhead... Il loro fu sempre un approccio olistico al malato, anche quando questo modo di comportarsi inimicò loro le autorità. La storia mostra chiaramente che gli Ordini religiosi hanno una tradizione di impegno nella lotta contro le malattie infettive, della quale possono essere giustamente orgogliosi. Permettetemi di portare ad esempio la mia Congregazione, assolutamente consapevole che lo stesso si potrebbe fare con numerosi altri Istituti.

San Camillo sottolineò chiaramente la propria visione nella prima Regola della “Compagnia dei Ministri degli Infermi” circa l’assistenza da prestare ai malati in caso di epidemie: “*venendo la peste tutti quelli che vorranno conformarsi a questa vita, siano essi sacerdoti o laici, debbono promettere di servire a questi appestati*” (Regola 13). Tale obbligo fu in seguito sanzionato dall’Autorità Pontificia, nella Bolla di Fondazione di Gregorio XIV (1591), e fu espresso in un quarto voto solenne che tutti i Ministri degli Infermi (Camiliani) avrebbero dovuto professare: “*Promitto (...) perpetuo inservire pauperibus infirmis, quos etiam pestis incesserit*” (“Prometto di prestare perpetua assistenza ai poveri infermi, anche quando sono colpiti dal-

la peste”). Anche altre congregazioni hanno un quarto voto simile al nostro.

Le pestilenze

Nel corso dei secoli i religiosi ebbero numerose opportunità di vivere questo voto dando la propria vita per i malati nell’esercizio della carità eroica. Il primo *test* avvenne a Napoli, poco dopo la fondazione della Compagnia, quando cinque religiosi furono inviati a Pozzuoli per occuparsi dei soldati spagnoli a bordo delle loro navi ove era scoppiata un’epidemia. Essi trasportarono i soldati dalle navi a un rifugio vicino. Purtroppo, i loro sforzi furono quasi tutti vani, in quanto, al loro arrivo, la peste si era già troppo estesa e la maggior parte dei soldati morì. Al loro ritorno in comunità, tre dei cinque religiosi seguirono presto i soldati nell’aldilà.

Nel 1590-91 Roma fu colpita da una terribile epidemia di peste che nei primi sei mesi fece migliaia di vittime e a cui fece seguito una grande carestia, che portò gli abitanti dei villaggi ad affluire nella città e a rifugiarsi attorno al Colosseo, alle Terme e nelle paludi fuori Porta del Popolo. Camillo si prese cura di ogni loro necessità distribuendo sapone, pane, vestiti e perfino procurando delle capre per nutrire i bambini. I religiosi cercavano i malati e gli appestati nelle caverne, nelle grotte e nei tuguri in cui avevano trovato rifugio. Otto Camilliani assunsero il controllo dell’ospizio di Ponte Sisto, fonte principale dell’epidemia. Trasferirono i malati ai magazzini di grano presso la Bocca della Verità, ove cinque di loro persero la vita. Quando, finalmente, nel 1592 la peste terminò, molti Confratelli erano morti e quelli rimasti erano malati, compreso lo stesso Camil-

lo. Come risultato del lavoro eroico che avevano svolto durante quella epidemia, l’allora Pontefice decise di elevare la Compagnia allo status di Ordine religioso. Fu proprio durante quella pestilenza che morì il giovane gesuita Sant’Aloisio di Gonzaga.

Negli anni a venire i Camilliani avrebbero ripetuto queste gesta eroiche: nel 1597 a Trastevere, a Nola nel 1600, a Palermo nel 1624, in Toscana nel 1630, a Milano (resa famosa da Alessandro Manzoni), a Mantova e a Bologna, ove morirono trentamila persone. Molto spesso le autorità locali avrebbero fatto appello ai religiosi che acorsero praticamente nelle città per tutta la durata della pestilenza. È affascinante leggere quanto fossero ben organizzati: ci sono delle annotazioni che mostrano che ogni sera facevano il punto della situazione ed emettevano un “bollettino ufficiale” con il numero esatto dei casi sospetti, dei casi effettivi e delle morti del giorno, e decidevano dove dovevano concentrare il loro sforzi e quali rimedi erano necessari. Naturalmente, molti non vissero abbastanza per raccontarlo: fino al 1656, erano morti settantacinque dei 350 religiosi impegnati nell’assistenza di quanti erano stati colpiti dalla peste.

Dalla metà del XVII secolo le propagazioni di malattie infettive furono più sporadiche: nel 1677 nella Mursia e nel 1743 a Messina, ove si distinsero numerosi Ordini e quando diciannove Camilliani persero la propria vita per i malati.

Nei due secoli successivi ci furono varie esplosioni di malattie infettive, in cui persero la vita oltre 250 giovani religiosi Camilliani.

Sui campi di battaglia

È interessante notare che sin dal-

l'inizio del 1595, su richiesta del Santo Padre di allora, otto Camilliani accompagnarono i soldati sui campi di battaglia per prendersi cura dei feriti e dei malati. Questo ministero sarebbe proseguito nei secoli successivi. Fu probabilmente per via dell'orrore di ciò che aveva visto nella battaglia di Solferino nel 1859, che a Henri Dunant venne l'idea di fondare la Croce Rossa Internazionale nel 1864. I nostri religiosi erano su quel campo di battaglia. Dai documenti in nostro possesso risulta che vi rimasero feriti quarantamila soldati, mentre c'era un solo medico per ogni cinquecento di loro. Dunant certamente aveva visto la Croce Rossa Camilliana agirarsi in molti luoghi, anche a Solferino, mentre cercava di portare sollievo ai sofferenti con le sue umili risorse. L'idea di usare la Croce Rossa come simbolo identificativo derivò forse da questo?

Durante l'ultima guerra mondiale, gli ospedali e le case religiose svolsero un ruolo di primo piano nell'assistenza alle vittime della guerra.

2. I religiosi oggi

AIDS

In tempi più recenti, i religiosi sono stati in prima linea nella lotta per sradicare la tubercolosi dall'Europa, mentre oggi sono fortemente impegnati nella lotta contro la lebbra, la malaria, la TBC, la piazza del Buruli, Ebola e HIV/AIDS, specialmente nei paesi in via di sviluppo.

Sarebbe un'orribile atto d'accusa contro le congregazioni religiose se il nuovo millennio non ci trovasse impegnati a vari livelli nella lotta contro la spaventosa pandemia dell'HIV/AIDS che sta colpendo l'umanità. E non sono solo le congregazioni con una tradizione di assistenza ai malati alle spalle ad esservi impegnate.

Statistiche diffuse di recente dall'UNAIDS mostrano che il numero di casi di HIV/AIDS continua ad aumentare tanto da aver superato i 40 milioni. L'AIDS è una, se non la sfida di questo nuovo millennio. Non si tratta più di un problema puramente medico, se mai lo è sta-

to, ma piuttosto umanitario, e se la previsione di agenzie rispettabili si dimostrerà esatta, specialmente nel caso dell'Asia, esso è destinato a non scomparire per altri anni a venire. Nonostante presenti un pericolo terribile, l'AIDS qui in Occidente non è più una notizia da prima pagina.

Negli emisferi meridionale ed orientale del pianeta Terra, ho visto bambini che possono considerarsi fortunati se hanno almeno un nonno ancora in vita: nel sud dell'Uganda, una nostra consorella ha incontrato una nonna che si prendeva cura di trentadue nipoti, i cui genitori, suoi figli, erano tutti morti. I religiosi incontrano ogni giorno giovani madri e padri che si consumano lentamente di fronte agli occhi dei propri figli, che già all'età di dieci/dodici anni devono prendersi cura di loro. Ho visto donne che, non essendosi mai allontanate dal proprio villaggio, si chiedono con grande perplessità come questo sia potuto accadere a loro. Ho visitato, con un confratello, cento-settanta reparti d'ospedale a Dar Es Salaam, ove ogni nuova persona che incontravo era più deperita di quella precedente e sembrava che stesse aspettando, fatalisticamente, la morte. *"Quattro milioni e settecentomila persone in Sudafrica sono state infettate dall'HIV; ogni giorno altre 1.500 contraggono il virus. In tre anni ci saranno un milione di orfani e uno su cinque di loro sarà HIV positivo"*. (A. Ivereigh). Queste statistiche turbano molto, ma il problema è che esse sono solo numeri e percentuali, e non si può abbracciare una statistica mentre i milioni di orfani hanno bisogno di essere abbracciati: hanno bisogno di persone che si occupino di loro.

Lo stigma dell'HIV/AIDS

Una sfida pastorale originata dall'HIV/AIDS riguarda lo stigma legato a questa sindrome (*"Non avrei mai pensato che saresti tornato"*). Anche se si sono compiuti grandi passi in avanti per superare lo stigma, c'è ancora molto da fare per cambiare gli atteggiamenti dell'intera società. Credo che anche questa stigmatizzazione sia, in sé, una forma di malattia contagiosa. Il Buon Samaritano del Vangelo di Luca non chiese all'uomo che era

stato lasciato mezzo morto dai briganti perché stesse viaggiando nelle strade buie e solitarie del deserto da solo, ma vide la sua condizione e si prestò per aiutarlo e curarlo. *È un peccato discriminare quanti sono afflitti dall'AIDS così come lo è rimanere indifferenti sulle cause della malattia.*



A livello pastorale, quando parliamo di AIDS non stiamo parlando di una sindrome, ma di persone. E non parliamo di *persone lontane*, ma dei nostri fratelli e delle nostre sorelle in Cristo. Tutti noi dobbiamo chiederci onestamente: qual è il mio atteggiamento nei confronti di un mio fratello o di una mia sorella malati di HIV/AIDS?

Quando penso alla paura e allo stigma, mi vengono in mente alcuni onesti vescovi e sacerdoti diocesani che ho incontrato. In Africa, in particolare, ho trovato vescovi e sacerdoti che chiedevano di essere aiutati a trovare il modo migliore per avvicinare e dare assistenza pastorale ai loro fedeli malati di AIDS. *"Aiutatemi a comprendere e a superare le mie paure"*. *"Aiutatemi a rendermi conto che non è inutile trascorrere del tempo con i malati terminali e con i morenti"*. *"C'è così tanta gente nella mia parrocchia che sta morendo di AIDS, cosa devo fare?"*. *"Come posso affrontare la fatica emotiva che comporta?"*. Questo è un ambito in cui i religiosi possono prestare una vera assistenza, e i nostri centri pastorali sparsi in tutto il mondo dovrebbero considerare le richieste di questi sinceri ministri della vigna quando organizzano seminari e conferenze. Questi uomini chiedono un aiuto pratico e guardano a noi con speranza.

Giustizia

Penso agli emisferi settentrionale e occidentale in cui, nei primi anni Ottanta, c'era così tanta con-

fusione, paura, mancanza di conoscenza e numerose morti. Ora, tutto ciò è cambiato in maniera strabiliante, grazie a programmi di educazione ben pianificati, alla ricerca, a procedure mediche migliorate e all'accesso relativamente facile ai farmaci antiretrovirali. Si ritarda, in questo modo, l'insorgenza della malattia conclamata per anni, per decenni e, speriamo, ancora più a lungo. Quando penso che il nord e il sud, l'est e l'ovest sono tutte parti di questo grande pianeta, mi sento irritato, perplesso e molto frustrato per questa grande divisione e ingiusta distribuzione nella disponibilità di servizi tra i Paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo. Il fatto che gli uomini siano tutti fratelli è molto più facile da accettare e ammirare se siete abbastanza fortunati da essere nati negli emisferi settentrionale o occidentale.

La profonda discrepanza nella disponibilità dei farmaci per il trattamento dell'AIDS e di forniture mediche in generale tra il Nord e il Sud del pianeta chiama in causa Dio, affinché ristabilisca le cose. Troppo spesso le popolazioni di questi Paesi si accorgono di avere le mani legate e che non hanno voce alcuna, a meno che non possiedano risorse naturali sulle quali l'occidente poggia il suo occhio avido. Dobbiamo accogliere favorevolmente il coinvolgimento di figure d'alto profilo come Bill Clinton, Bono e Bill Gates. Anche se possiamo non essere d'accordo con loro su tutto, condividiamo una preoccupazione veramente autentica per i nostri fratelli e le nostre sorelle sofferenti.

La nostra voce di religiosi deve essere ascoltata nei corridoi del potere e la nostra influenza deve essere usata senza vergogna per cambiare lo status quo. Le grosse ingiustizie del mondo devono essere mostrate per quelle che sono. Il vescovo Kevin Dowling del Sudafrica, in un articolo apparso su *Tablet* afferma che, nel suo Paese, una donna viene violentata ogni 26 secondi. Ciò pone la questione se la vita di una persona povera è uguale a quella vita di una benestante. Dio oggi fa sentire il suo grido attraverso questi poveri che, a causa delle strutture di peccato sotto le quali devono vivere, scoprono che

la scelta non è disponibile per loro. Si tratta di una questione veramente pastorale.

Educazione

C'è un grande bisogno di programmi specifici per la popolazione in età scolare, che possano aprire la discussione su tutto il campo della salute sessuale e della vita sociale. Molte congregazioni religiose femminili hanno elaborato, in questo settore, programmi eccellenti e molto riusciti. Sulla base del presupposto che prevenire è meglio che curare, la comunicazione dell'insegnamento sociale della Chiesa sulle abitudini sociali, in un linguaggio comprensibile e diretto, è essenziale nella lotta contro l'AIDS. Si tratta di un campo molto vasto in cui dovremmo mobilitare e coinvolgere i laici cristiani. Ma l'educazione deve andare oltre l'aspetto sessuale e portare alla superficie "i tabù, le disuguaglianze di genere, e i livelli spaventosi di violenza e di abuso sessuale verso donne e bambini in molti Paesi africani; i miti e le pratiche riguardanti la sessualità; lo stigma, il silenzio, la discriminazione e il fatalismo" (Kevin Dowling). I matrimoni combinati, l'approvazione sociale di diverse partner sessuali per gli uomini, l'esclusione delle vedove dall'eredità, la poligamia, mentre sono fattori che espongono all'alto rischio di contrarre l'AIDS, sono anche questioni culturali molto sensibili che richiedono grande sensibilità e intuito. Saranno necessari uomini e donne locali di grande coraggio ed immense capacità pastorali per aprire la strada in queste questioni e trovare soluzioni che siano accettabili agli uomini e rispettino la legge di Dio. La Chiesa, attraverso le congregazioni religiose maschili e femminili, ha, al riguardo, programmi eccellenti pienamente efficaci.

Le congregazioni che godono di una reputazione eccellente e comprovata nel campo dell'assistenza e dell'educazione dei giovani nel mondo hanno molto da offrire, in particolar modo nel settore della prevenzione attraverso l'educazione. C'è bisogno di tutti voi. C'è bisogno del vostro carisma. Ci sono eccellenti risposte cattoliche di prevenzione che sono degne di essere ripetute, ma che non possono

esserlo per mancanza di numero. Chiedo a tutti voi nel nome di questi milioni di persone che contrarranno l'AIDS negli anni a venire, di quelli che lo contraggono in questo momento, di coloro che lo contrarranno nei prossimi mesi e anni (stiamo parlando di milioni di persone), di impegnarvi in programmi di prevenzione e ad altri livelli, se vi si sentite disposti.

Etica

La questione dell'etica e dell'AIDS è terreno minato per i poco informati, ma è un terreno in cui noi religiosi che lavoriamo nel campo della salute dobbiamo cercare attentamente la nostra strada. Purtroppo però, tutti gli argomenti che possono causare dibattito e preoccupazione in questo ambito non sono semplicemente bianchi o neri, ma ci sono molte grandi aree che richiedono conoscenza e grande consapevolezza pastorale: coinvolgimento nella distribuzione di programmi di scambio degli aghi; abuso del potere da parte delle multinazionali farmaceutiche; il dibattito in corso nell'arena pubblica sull'uso dei preservativi quando uno dei coniugi è infetto. Queste sono questioni molto reali perché i religiosi e i laici si impegnino nell'assistenza e le soluzioni non sono facili a trovare.



La campagna che ha investito molti milioni di dollari per incoraggiare l'uso dei preservativi non ha alterato i modelli di comportamento. I religiosi, in linea con l'insegnamento della Chiesa, hanno programmi molto efficaci nel campo della prevenzione: *"per insegnare, incoraggiare le comunità ad assumersi la responsabilità"* della loro vita.

La lotta deve proseguire nella ricerca di soluzioni che permettano ai cattolici di essere in sintonia con l'insegnamento della Chiesa, e che

li rassicurino che non stanno impo-nendo carichi impossibili sulle spalle delle persone. Il capitolo 25 del vangelo di Matteo ci ricorda che la *misericordia* è il criterio se-condo cui saremo giudicati. Prego affinché il *conceit cristiano di misericordia* sia sempre la “luce gen-tile” che guidi i nostri passi incerti.

Una nuova sfida per noi religiosi è la seguente: *come superare la frammentazione esistente attual-mente tra di noi al fine di parlare una sola voce e stabilire una nuova cultura di cooperazione e comunione?* In un Paese africano i cri-stiani forniscono il 40% delle cure sanitarie, l’80% delle quali da parte dei cattolici, ma nonostante ciò non hanno voce in capitolo, e sono lasciati a combattere le loro battaglie su base individuale con scarsi risultati. Questa non è colpa di nes-suno, se non nostra.

Noi pensiamo che la Chiesa cat-tolica sia l’attore più coinvolto e più grande nella battaglia contro questa pandemia globale, in gran parte grazie al lavoro delle sorelle, dei fratelli e dei sacerdoti religiosi. Ma il nostro impegno ha molti li-miti dovuti a: debole coordinamen-to (non so cosa stia facendo l’al-tro), visibilità inadeguata (copertu-ra televisiva frammentata e quindi debole o negativa), sottovalutazio-ne (a causa del malinteso e del tra-visamento dell’opera della Chiesa, molti laici pensano che siamo impegnati solo in una battaglia contro l’uso dei preservativi: “ci guardano attraverso la lente del preservativo”), advocacy insufficiente (non abbia-mo esperienza nel campo delle lobby e nell’uso effettivo della nostra influenza), e accesso limitato ai fondi (per la percezione nega-tiva del nostro lavoro e per man-canza di unità non abbiamo acces-so ai fondi disponibili).

I religiosi impegnati nel campo delle cure sanitarie sono attual-mente coinvolti in un esercizio di “mappatura” il cui obiettivo è quel-lo di fornirci le informazioni ne-cessarie per migliorare l’impatto delle attività delle congregazioni religiose in risposta alla pandemia globale dell’HIV e dell’AIDS. Si spera che l’iniziativa che abbia-mo intrapreso potrà fornire un quadro esatto di ciò che le congregazioni religiose stanno facendo nel campo dell’HIV/AIDS. Oltre a offrirci

informazioni essenziali, essa ci permetterà di avere una voce più forte per accedere ai finanziamenti a disposizione di quanti lavorano in questo campo e che non sono an-chora accessibili alle comunità basate sulla fede. In questo processo, non perderemo la nostra identità né la nostra posizione in materia di etica, poiché siamo sempre stati chiari con le agenzie di finanzia-men-to circa la nostra posizione su determinate questioni.

L’obiettivo dominante del nostro progetto è quello di fornire una ri-sposta ancor più effettiva alla piaga dell’HIV/AIDS, mentre il mio de-siderio personale è che tutti noi che lavoriamo in questo campo con tanto coraggio e compassione pos-siamo aprirci ancora di più alla col-laborazione e alla condivisione di idee e risorse, e che possiamo im-parare a parlare all’unisono in fa-vore di quanti hanno poca voce o non ne hanno affatto. A questo sco-po, abbiamo bisogno della collabo-razione di tutte le congregazioni religiose; dobbiamo lavorare e par-lare con una sola voce.

3. Qual è la caratteristica specifica dell’approccio pastorale dei religiosi?

L’approccio pastorale è sempre stato personalizzato, centrato, cioè, sulla persona. Riteniamo importan-te distinguere tra *disease* e *illness*. Con il termine *disease*, si intende la malattia in termini puramente scientifici, intesa come processo biologico individuale. *Illness*, in-vece, è la percezione individuale di una patologia, l’esperienza diretta nel trattare con quel disturbo stru-turale.

Cicely Saunders, una grande pioniera nel campo della *hospice care* della fine del XX secolo, parla di *Total Pain – Total Care*, e de-scribe il dolore come un’esperien-za con aspetti differenti che si sovrappongono e si fondono, e cioè: fisico, psicologico, sociale e spirituale.

Quando si sta bene, si ha un senso di appartenenza, di allineamen-to, di armonia e significato. Ciò che si prova, invece, quando si ritiene di non essere voluti, quando si ha un senso di disarmonia, di non allineamento e disintegrazione può es-

sere descritto come sofferenza spi-rituale. Nulla ha più molto senso. I valori sui quali si è basata la vita sembrano, in qualche modo, diven-tati inutili e disintegrarsi di fronte alla spaventosa esperienza del mo-mento presente. La sofferenza spi-rituale nasce quando i principi fon-damentali sui quali si è basata la propria vita e la propria esperienza reale di vita, così come la si speri-menta ora, non si accordano più e sono, in effetti, in conflitto.

Lo stigma che accompagna il fatto di “avere” l’AIDS è reale ed è causa di profonda sofferenza.

Lo sforzo che facciamo per com-prendere, per aiutare le persone a riscoprire il significato e a essere veramente presenti – e questa non è altro che cura autentica –, può far recuperare la voglia di vivere. L’amo-re sotto forma di assistenza può ridare significato, e lo dà veramen-te. È questo, essenzialmente, l’ap-proccio pastorale.

Qual è il significato in termini pratici?

1) Si può arrivare a tante malat-tie e a sanarle secondo la maniera con cui lo si fa. *“La guarigione viene per mezzo dell’umanità contagiosa”* (Madre Teresa). Attraverso la nostra attenzione compas-sione-vole all’intera persona, noi ne rico-nosciamo il valore come individuo unico. Cicely Saunders ci dice che *“la maniera con cui viene prestata la cura può raggiungere il posto più nascosto”*. Le capacità profes-sionali devono essere amministrate con compassione, tenendo pre-sente che le cure prive di atten-zione sono disumanizzanti.

Noi abbiamo a disposizione un duplice strumento: le nostre capa-cità e il nostro cuore. Il primato dell’amore è al cuore del messag-gio di Gesù. Per coloro che soffrono, l’amore assume nuova urgenza. Il paziente si sente molto spesso brutto, avilito e inutile, a causa della malattia. Vedere cosa posso-no fare dei semplici atti di cortesia rende umili e, allo stesso modo, è angosciante rendersi conto di quanto spesso essi siano omessi. Essere stigmatizzati equivale ad essere pugnalati alle spalle dagli amici. Per usare le parole di San Camillo, abbia-mo bisogno di “più cuore nelle mani”.

2) Il dolore non è certo piacevole e i professionisti sanitari cercano, in modo ammirabile, di eliminarlo. Questo, però, non vale necessariamente per tutti i tipi di dolore. Infatti, ci sono sofferenze per le quali non è possibile somministrare, ad esempio, un'aspirina. Il dolore spirituale non è un problema da risolvere, ma "una questione da vivere". Tu cammini con la persona anche se non hai risposte, però la aiuti a trovarle. La nostra sfida è di aiutare la persona a scoprire cosa per lei dà significato a questo particolare momento della vita. Dobbiamo dare spazio alle persone sofferenti per scoprire le loro risorse interiori. Il significato può essere restituito aiutandole a fronteggiare la situazione: "*la miglior via di fuga è sempre attraverso*" (Robert Frost). Confusione e senso di impotenza non mancheranno, ma saranno ampiamente compensati dal sacramento della presenza. Oggi le persone sono preparate a dare cose materiali, ma non sempre a dare il proprio tempo, a dare se stessi. L'individuo deve trovare da solo il "perché", mantenere il centro dell'attenzione sul qui e ora, sul superamento di questo momento nel modo più pieno possibile. La maggior parte delle persone decideranno di accettare la propria situazione se attorno a loro ci sono persone comprensive che ne hanno cura.

3) Nel trattare le malattie infettive e che minacciano la vita, spesso vi sentirete inutili e impotenti. Tuttavia, la guarigione avviene anche in momenti come questi, quando, pur non avendo risposte da apportare, non scappiamo, non usiamo i sacramenti come rifugio. Vorrei suggerire che la nostra opera di guarigione avvenga "per mezzo dell'umanità contagiosa", come diceva Madre Teresa. Più invecchio più mi convinco che, nella vita, siamo chiamati a sostenerci l'un l'altro lungo il nostro cammino accidentato e a permettere che altri ci sostengano a loro volta. Quando siamo capaci di essere umani gli uni con gli altri, ecco che ha luogo un'autentica guarigione. Non dobbiamo mai dimenticare, come ci ricorda Henri Nouwen, "che il ministero di Gesù raggiunge il suo apice sul Calvario: il guaritore croci-

fisso e glorificato, guarito e salvato mediante la Sua morte e resurrezione. Quando era al punto massimo di sofferenza, Egli era in effetti al massimo del suo potere. Il suo prendere parte alle sofferenze dell'umanità gli permise di trionfare sulla propria. Cristo fu il guaritore ferito".

4) *Il ruolo della preghiera.* Io credo che dovremmo vedere la preghiera come il punto di arrivo e non come quello di partenza. Non dobbiamo iniziare con la preghiera, in quanto non sappiamo nulla del paziente, ma cercare piuttosto di arrivare, possibilmente, ad una situazione in cui possiamo pregare liberamente assieme a lui. La nostra preghiera dovrebbe mostrare una consapevolezza della situazione che abbiamo incontrato. Ciò vale anche per i sacramenti: dovremo far sì, in effetti, che essi siano amministrati nella maniera più personale possibile. Pregare per la situazione che abbiamo incontrato rende la preghiera più densa di significato, e ci dà anche l'opportunità di mostrare che abbiamo ascoltato veramente il malato e che siamo stati davvero presenti accanto a lui. Naturalmente, ciò richiederà fiducia nel proprio istinto pastorale.

Noi dovremmo pregare con loro e non per loro. Per fare questo, dobbiamo conoscere il rituale e le possibilità che esso offre. Non dobbiamo recitarlo, ma piuttosto pregarlo. Ho avuto il privilegio di vedere la potenza di Dio in atto attraverso i Suoi sacramenti. Ciò mi ha ispirato ed è stata un'opportunità per la mia crescita spirituale personale. I più grandi sermoni che ho ascoltato nella fede sono quelli fatti, senza predicare, dai malati che ho avuto il privilegio di accompagnare.

Quando si è in dubbio sul pregare o meno, bisognerà semplicemente chiedere e l'incertezza sarà carità. Nulla può impedire ad una persona di pregare privatamente per la situazione incontrata. Anzi, io credo che per un cristiano praticante questo sia un obbligo.

*Di quale qualificazione
ho bisogno per questo lavoro?*

Credo fermamente che la preparazione più importante non sia nel-

l'essere medico, infermiere o un professionista sanitario di altro tipo, ma piuttosto nel fatto di sentirsi impegnato nel mio percorso interiore. Se lo sono, allora sarò consapevole della mia vulnerabilità, della mia non conoscenza, e sarò meno critico nei miei rapporti con gli altri. Come ha affermato con bellissime parole il dottor Michael Kearney, "*in questo ambito non è questione delle capacità professionali di cui dispongo, ma di ciò che sono*".

I carismi delle congregazioni religiose sono necessari oggi, come lo sono sempre stati, nella lotta contro le malattie infettive.

P. ANTHONY FRANK MONKS,
M.I.
Superiore Generale dei Padri Camilliani,
Roma;
Membro del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede

Bibliografia

- CICATELLI, *Vita del P. Camillo*, Napoli 1627.
- P.A. CROTTI, "La peste del 1656", *Domesticum*, 1944.
- P.A. CROTTI, "La peste di Murcia", *Domesticum*, 1944.
- P.A. CROTTI, *I Ministri degli Inferni nelle pandemie coleriche del secolo XIX in Italia*, Roma, 1945.
- P.G. CURTI, "La peste di Messina", *Domesticum*, 1908.
- DELLA GIACOMA P. FIORENTINO, *Precursori della Croce Rossa*, Torino, 1916.
- P. FATI PLACIDO, "Relazione", *Domesticum*, 1944.
- KALINA KATHY, *Midwife for Souls*.
LEWIS C.S., *The Problem of Pain*.
- MONKS FRANK, "Evangelizzazione e Sfide Pastorali", in *Camillianum* n.10, 2004.
- NOUWEN HENRI, *Out of Solitude*.
- RADDIZZANI P. I., "L'ospedale Croce Rossa Italiana S. Camillo", *Domesticum*, 1920, p. 33 segg.
- REBUSCHINI P. ENRICO, "Corrispondenza da Cremona", *Domesticum*, 1916, p. 9 segg.
- REGI P. D., *Memorie Historiche*, libro III, cap. IX, p. 89.
- RUBINI P. FLORINDO, "Per la storia di guerra", *Domesticum*, 1920, pag. 43.
- P.M. VANTI, "La Peste di S.Camillo", *Domesticum*, 1939, pp. 71-82; Id., *Alcuni dati storici intorno l'epidemia del 1590-91 in Roma*, Roma, 1943.
- P.M. VANTI, *Storia dell'Ordine*, vol. II, Roma, 1945, pp. 225 segg.; P.A. CROTTI, "La peste di Palermo nel 1624-25", *Domesticum*,... pp. 193-210.
- P.M. VANTI, *I Ministri degli Inferni nella peste del 1630 in Italia*, Roma, 1944.
- P.M. VANTI, *I Camilliani e la peste del 1630*, Milano, 1930, p.25 segg.
- P.M. VANTI, *I Ministri degli Inferni nella peste del 1630*, p. 122.
- P.M. VANTI, "S. Camillo", p. 254.

FRANCIS SULLIVAN

4.4 Le associazioni e gli aspetti pastorali del trattamento delle malattie infettive

Quando si riflette sull'approccio pastorale nei confronti delle persone colpite da malattie infettive, la principale barriera che ci si trova di fronte è quella della *distanza*. Non si tratta di distanza da un punto di vista geografico, ma piuttosto dell'esperienza umana dell'essere *lontani* e tenuti *separati* dagli altri.

Quando le persone incontrano la malattia, in esse emerge l'istinto di *rimanere lontane* dalla minaccia dell'infezione. Persino un comportamento prudente, rivolto al controllo della malattia, cerca di tenere lontano il rischio di infezione.

La sfida, però, è quella di mantenere la persona infetta *in contatto* con la comunità, specialmente con quella comunità impegnata da un punto di vista pastorale.

In termini pratici, dato che le malattie infettive stanno distruggendo il mondo in via di sviluppo, è imperativo che ci sia un intenso e positivo *impegno* per il trattamento, lo sradicamento e la prevenzione di queste malattie. Solamente chi possiede i mezzi e le risorse umane più adatti può, attualmente, affrontare la situazione.

Si tratta di un problema classico da un punto di vista sociale ed etico, che richiede la ridistribuzione delle conoscenze, delle risorse e delle iniziative necessarie per costruire il capitale sociale.

Ciò riguarda in modo particolare il caso dell'HIV/AIDS, in quanto la politica della povertà coinvolge anche la politica del *disimpegno*.

Nel mondo industrializzato, il fenomeno dell'HIV/AIDS ha posto sfide a persone e valori sociali e ha messo in risalto la solerzia con cui le comunità discriminano le persone malate, arrivando addirittura a demonizzarle.

Nel mondo occidentale, esso ha rivelato il nostro approccio ancora instabile alla sessualità umana; spesso, poi, ha lasciato la Chiesa in una situazione in cui, pur cercando di fornire delle cure, è stata contraddistinta da un atteggiamento di ingenuità riguardo le misure di prevenzione.

Dobbiamo riconoscere, inoltre, che, durante questo periodo, caratterizzato dalla diffusione della malattia, le società occidentali hanno destinato risorse, educato le comunità e stabilito infrastrutture sociali per affrontare il morbo, e non soccombere basandosi solo sulla tendenza ad escludere le vittime.

In larga parte, ciò è stato dovuto alla *immediatezza* della sfida posta dall'HIV/AIDS.

Le persone malate di AIDS vivevano e lavoravano in ogni situazione. Il loro benessere, però, è andato legandosi al futuro benessere della comunità.

Ciò è stato il risultato di un approccio comunitario. In altre parole, si sono compiuti dei passi in avanti quando la comunità, in senso più ampio, si è assunta la responsabilità della situazione e si è opposta a chi, invece, tendeva a far ricadere la colpa sulle persone che avevano contratto l'AIDS e dovevano conviverci.

La sfida qui è ancora diversa, se consideriamo come motivare gli operatori sanitari cattolici, in un Paese ricco come l'Australia, ad impegnarsi nella lotta contro l'AIDS, assistendo i malati di un Paese povero vicino.

Il Paese più vicino all'Australia del nord è Papua Nuova Guinea, Paese in via di sviluppo, che dipende ampiamente dai giacimenti di minerali, sebbene la maggior

parte dei suoi abitanti viva in condizioni di povertà.

Qualche dato sulle realtà economiche del Paese:

Popolazione

5.887.000 abitanti.

Povertà

Il 40% della popolazione vive con meno di 1 dollaro USA al giorno.

Attività

L'85% della popolazione vive in zone rurali con un livello minimo di vita. Il 72% delle esportazioni proviene dai giacimenti di minerali, dal petrolio, dal rame e dall'oro.

P.I.L.

Total	\$14.363 miliardi (dati del 2005)
-------	--------------------------------------

Pro capite

\$2.418

Religione

Il 96% dei cittadini appartiene alla Chiesa Cristiana.

Il 27,0% alla Chiesa Cattolica.

Il 19,5% alla Chiesa Evangelica Luterana di PNG.

L'11,5% alla *United Church*.

Il 10,0% alla Chiesa Avventista del Settimo Giorno.

Il 27,52% ad altri gruppi cristiani.

È degno di nota il fatto che il 96% della popolazione appartenga alla Chiesa Cristiana. Le Chiese hanno il compito sociale di assistere le persone, favorendone, lo sviluppo, ma non dispongono di mezzi.

– 19 Diocesi a PNG

– Forniscono il 35% delle cure sanitarie nel Paese

– Il 40% dell'educazione

– La Chiesa, nel suo insieme, fornisce il 50% delle cure sanitarie complessive di PNG

Una particolare preoccupazione è la percentuale delle infezioni ses-

sualmente trasmissibili (*sexually transmitted infections - STI*):

- Sifilide

4% nelle popolazioni della regione montuosa

32% tra i cosiddetti “operatori del sesso”

7,1% risulta dallo screening prenatale

- Clamidia

fino al 26%, 31% nei cosiddetti “operatori del sesso”

- Gonorrea

15% nelle popolazioni della regione montuosa

- Tricomoniasi

28,75% tra i cosiddetti “operatori del sesso”.

Anche se i dati sono limitati, queste cifre indicano che il tasso di diffusione delle infezioni sessualmente trasmissibili in Papua Nuova Guinea è estremamente alto.

L’epidemia di HIV/AIDS sta crescendo a una velocità allarmante.

– Papua Nuova Guinea è il quarto Paese nella regione Asia-Pacifico a rientrare nei criteri di un’epidemia generalizzata.

– La fascia di età per l’HIV va dai 15 ai 49 anni.

– La popolazione infetta è aumentata dallo 0,94% al 2,5%

– Ciò significa da 24.528 a 68.966 persone contagiate.

L’epidemia sta sottoponendo ad un enorme sforzo un sistema sanitario già debole.

– Nel 2010 il 70% dei posti letto ospedalieri nel Paese potrebbe essere occupato da persone malate di AIDS.

– Per ogni aumento del 5% dei malati di HIV, la spesa sanitaria nazionale dev’essere aumentata del 40%.

– Con un 10% di HIV, la diffusione della tubercolosi aumenta di 50 volte, arrivando a colpire il 30% della popolazione.

La situazione sociale di PNG rende la prevenzione e il trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili molto complesso. Le sfide sono:

– Difficile riconoscimento dei sintomi delle STI.

– Condizione di inferiorità delle donne.

– Mancanza di fiducia nei confronti del sistema sanitario.

– Riluttanza a cercare un trattamento medico.

– Alte percentuali di “sesso transnazionale”, ad esempio, sesso in cambio di denaro, merce o favori.

- Vari partner sessuali.

– Alte percentuali di nuove infezioni.

– Spostamenti delle persone, e pertanto difficoltà nel trattarle e seguirle.

– Limitata osservanza dei medicinali e/o utilizzo della buona volontà, delle risorse e dell’esperienza australiane. Un certo numero di elementi possono diventare ostacoli a un adeguato impegno dell’assistenza.

– L’identificazione del bisogno è troppo remota e senza interesse.

– Inesperienza con complicazioni dovute a problemi culturali.

- Sicurezza per i volontari.

– Incertezza su “cosa è necessario” e “cosa funzionerà”.

– Accettazione dell’operato delle autorità locali nella pianificazione del servizio sanitario.

Questi elementi possono diventare un problema più grave se le buone intenzioni non tengono conto del buonsenso comune. Spesso, organizzazioni ricche cercano di inviare attrezzi o personale in situazioni lontane, troppo affrettatamente o in modo troppo semplice. In questo caso, è necessaria una migliore comunicazione tra ciò che è necessario e ciò che funzionerà, il che significa che le organizzazioni devono coordinare l’assistenza, e non soltanto chiedere un aiuto.

Inoltre, i professionisti sanitari che operano nei Paesi industrializzati non devono assumere un atteggiamento etnocentrico nei confronti delle condizioni dei servizi sanitari dei Paesi in via di sviluppo. Ha più valore ciò che si può realizzare rispetto a ciò che si sarebbe potuto ottenere se le circostanze fossero state diverse.

Come modello di pianificazione dell’assistenza con un supporto pratico per i Paesi in via di sviluppo, si possono utilizzare i principi seguenti:

– Riconoscere la diversità culturale richiede educazione e considerazione.

– Armonizzare le competenze professionali con le necessità;

adattare le buone intenzioni; monitorare le attività dei volontari.

- Sviluppare strategie/metodi culturalmente riusciti.

- Fornire risorse utili, e non soltanto abbondanti: attrezzi mediche e medicinali.

- Approccio collaborativo con il governo, laddove possibile.

- Coordinare e non sommergere con l’assistenza.

- Le caratteristiche locali sono il fattore determinante.

- Programmi di assistenza che sostengano lo sviluppo, non progetti, unicamente, caritatevoli.

- Adottare una disposizione sistematica, non reattiva.

- Rispondere a un programma, non a richieste ad hoc.

- Laddove possibile, usare organizzazioni, reti operative e l’*expertise* della Chiesa.

Questi principi rispettano le circostanze locali e si basano sulle forze e sul capitale sociale disponibili, cercando di potenziare i programmi utili della Chiesa, di collaborare con le iniziative del governo e di fare in modo che le risorse, sia professionali che materiali, siano inquadrati in modo appropriato per ottenere il massimo beneficio.

Un aspetto cruciale di questi principi è la creazione di programmi sostenibili e durevoli. Le persone che si trovano nella necessità chiedono certezze, non solo speranze.

La Caritas Australia (CA) si è rivolta alla Catholic Health Australia (CHA – Sanità Cattolica Australiana) per formare una partnership collaborativa, affinché l’approccio della Chiesa alle persone a rischio o già infettate da HIV/AIDS a PNG possa essere potenziato. Questa è stata in parte la risposta all’appello del governo di Papua Nuova Guinea per l’assistenza a questi malati.

Appello per una drastica riduzione delle malattie sessualmente trasmissibili (STI) entro il 2008.

Strategie suggerite:

- Formazione specifica degli operatori sanitari che operano nel territorio a gestire i sintomi delle STI.

- Costruzione di cliniche per le STI.

- Formazione permanente degli operatori sanitari.

– Efficace fornitura di medicinali.

La Caritas Australia e la Catholic Health Australia stanno modelando la propria risposta su queste linee:

– Sforzo collaborativo:

- organizzazione della Chiesa locale in Papua Nuova Guinea

- Caritas Australia

- Catholic Health Australia

– Identificazione delle caratteristiche di Papua Nuova Guinea per estendere i programmi della Chiesa già esistenti.

– Identificazione e selezione del personale australiano disponibile nel sistema sanitario cattolico.

– Realizzazione di programmi di servizio per affrontare i bisogni urgenti, in armonia con il “Program-

ma di miglioramento della salute sessuale di Papua Nuova Guinea-Australia”.

La realizzazione di un programma di salute sessuale integrato è difficile; esso richiede anche iniziative attente, che consentano alla presenza della Chiesa di avere il massimo impatto.

La collaborazione ha già rivelato alcuni importanti insegnamenti per la pianificazione, tra cui evidenziamo i seguenti:

– La collaborazione tra le organizzazioni richiede pazienza.

– La formazione dei collaboratori è fondamentale.

– L’assistenza del governo può comportare complicazioni, ma rende più agevole l’azione.

– La credibilità dei servizi sani-

tari della Chiesa è molto alta e fornisce una base solida su cui costruire le alleanze.

– La continuità di uno staff responsabile, a tutti i livelli del programma, è basilare.

– Avere fiducia nel fatto che un piano ben ponderato e ben svolto porterà dei risultati!

Per finire, un valido approccio pastorale richiede una consapevolezza condivisa della dignità delle persone e del loro diritto all’assistenza sanitaria. La passione per una missione condivisa prevarrà sulla maggior parte degli ostacoli.

Sig. FRANCIS SULLIVAN
Direttore Esecutivo
Catholic Health Association,
Australia



MARIA PIA GARAVAGLIA

4.5 Pastorale delle malattie infettive e i volontari

Dal punto di vista normativo, già la legge n.833/78, di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, è intervenuta sul tema delle competenze degli enti locali in materia sanitaria, affermando il principio dell'integrazione funzionale degli interventi di base, sanitari e sociali, da realizzarsi nelle Aziende sanitarie locali.

La componente assistenziale degli interventi socio-sanitari non è stata normata a livello centrale e ha seguito percorsi differenziati a livello locale, regolati da normative nazionali settoriali, dalla legislazione regionale e dai piani sanitari.

La riforma dell'assistenza non ha proceduto, infatti, di pari passo con la riforma della sanità e soltanto dalla fine del 2000 si dispone della legge quadro n. 328 sul sistema di interventi e di servizi sociali, che regola anche le prestazioni socio-sanitarie.

Oltre alle difficoltà incontrate nella gestione dei servizi, anche il riparto dei finanziamenti tra ASL e Comuni ha contribuito, insieme alla scarsità di risorse assegnate al settore socio-assistenziale, a rendere particolarmente difficoltosa l'integrazione tra sociale e sanitario a livello locale.

L'organizzazione e le competenze gestionali a livello locale in materia sanitaria possono essere ricondotte essenzialmente a tre normative:

- il decreto 229 del 1999, che ha fatto rientrare i Comuni nel processo decisionale e programmatico, in particolare per l'approvazione dei piani sanitari e per la verifica della loro attuazione anche attraverso l'istituzione delle Conferenze sanitarie locali;

- la legge 8 novembre 2000, n.328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che ribadisce la centralità del territorio per

la realizzazione, attraverso i piani di zona, della rete di servizi sociali e il loro coordinamento e la loro integrazione con gli interventi sanitari. L'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio sanitaria, DPCM 14 febbraio 2001, interviene a ridefinire le tipologie di prestazioni per aree di intervento e a regolare i criteri di suddivisione della spesa tra il SSN e i Comuni. Le prestazioni sono distinte in tre grandi categorie:

- 1) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, di competenza delle ASL, finalizzate alla "promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite";

- 2) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, di competenza dei Comuni, con "l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute";

- 3) prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, di competenza congiunta delle ASL e dei Comuni, "in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto nelle fasi estensive e di lungoassistenza".

– Infine, in materia di sanità, vanno ricordate le competenze attribuite al sindaco dal "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali" (Decreto legislativo 18 agosto 2000, n.267).

Il Volontariato contro le malattie infettive a Roma

– L'intervento più importante riguardo a volontariato e malattie infettive a Roma è il Coordinamento HIV costituito nel 2003 presso il V

dipartimento dell'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Roma per promuovere e favorire collaborazioni tra organismi del privato sociale ed istituzioni pubbliche, in modo da rispondere alle complesse problematiche socio-sanitarie dell'infezione da Hiv.

Le realtà che ne fanno parte sono impegnate nella ridefinizione degli interventi di aiuto e sostegno alle persone con HIV-AIDS, a partire dalle nuove fragilità e dai bisogni emergenti, mediante attività di studio, ricerca e informazione. I risultati delle attività sono messi a disposizione dei servizi preposti o coinvolti in ambito sociale e sanitario.

I punti essenziali del lavoro del coordinamento sono:

- la soddisfazione dei bisogni della persona
- il potenziamento dei servizi di sostegno
- l'integrazione sociale
- la prevenzione primaria e secondaria
- il diritto alla salute.

Il Coordinamento HIV è costituito da diverse realtà che si occupano del tema dell'HIV e delle patologie correlate sia da un punto di vista della prevenzione sia da quello dell'assistenza. Abbiamo selezionato quelle con attività che coinvolgono, oltre ai professionisti del settore, anche il volontariato.

Arché

Prima associazione di volontariato in Italia che si occupa di sieropositività in campo pediatrico, Arché sostiene bambini e famiglie che vivono il dramma dell'AIDS, offrendo assistenza ai minori affetti da HIV con l'obiettivo di migliorare la qualità della loro vita. Nel 2000 è partito il progetto "P. Boschi" di accompagnamento ai bambini con disagio psichico, aprendo

l'attività ad una nuova emergenza. Le attività cui i volontari sono chiamati riguardano l'assistenza domiciliare e ospedaliera, l'organizzazione di feste e di banchetti informativi, la presenza durante le vacanze estive, la prevenzione nelle scuole e per strada. I volontari di Arché aiutano i bambini sieropositivi o malati al momento del ricovero in ospedale o della visita al day hospital e in tutte le altre occasioni in cui la famiglia necessita di un aiuto.

Tra gli obiettivi di Arché è primario dare ai bambini una vita il più possibile normale e uguale a quella dei coetanei, per questo i volontari:

- li accompagnano nei trasferimenti da casa all'ospedale e viceversa;

- li assistono durante le terapie in day-hospital;

- prestano loro assistenza diurna e notturna nei casi più gravi e durante il ricovero in ospedale;

- tengono i rapporti con i medici, informandosi sull'evolversi della malattia e sulle cure da prodigare a domicilio;

- li fanno giocare e li aiutano negli studi;

- li portano in vacanza;

- organizzano feste e incontri per i bambini in varie occasioni dell'anno (Natale, Pasqua, Carnevale);

- organizzano gruppi di *counselling* per i genitori e i parenti dei bambini, con lo scopo di aiutarli a superare le difficoltà legate alla condizione e per favorire la condivisione di ansie e di esperienze.

CEIS – Centro Italiano di Solidarietà

Il Servizio di assistenza domiciliare è stato istituito presso il Centro Italiano di Solidarietà nel maggio 1999, a seguito di un Progetto presentato e finanziato dal Comune di Roma, V Dipartimento, U.O. Area della Sanità – Ufficio AIDS.

Gli utenti del Servizio sono persone in stato di AIDS con clamato o con grave immunodeficienza. L'équipe è costituita da Assistenti Sociali, Operatori Domiciliari, Accompagnatori, una Segretaria ed uno Psicologo Psicoterapeuta e Supervisore. La metodologia operativa prevede l'assunzione di con-

sapevolezza da parte dell'utente delle proprie potenzialità, sempre nel rispetto dei limiti imposti dalla situazione clinica. Prevede, inoltre, la responsabilizzazione di almeno un componente del nucleo familiare e l'utilizzo, in modo sinergico, di tutte le risorse disponibili sul territorio.



NPS Italia Onlus – Sezione. Lazio Network Persone Sieropositive

Obiettivi di NPS sono:

- unirsi con tutti i malati cronici nell'interesse comune del "diritto alla salute" stimolando, alla luce della progressiva decentralizzazione dei Servizi Sanitari, la creazione e il rafforzamento di reti regionali e locali con altre Associazioni, che possono diventare un soggetto di confronto specifico con le Istituzioni;

- garantire informazioni sulle terapie e sui loro effetti collaterali, fungendo da mediatori tra le persone con HIV+ e le case farmaceutiche per un continuo aggiornamento sulle nuove sperimentazioni, evidenziando anche gli eventuali problemi etico-sociali emersi con le nuove terapie;

- diffondere informazioni legali, pensionistiche e mediche;

- lottare contro la discriminazione per l'accesso e il mantenimento del lavoro e delle cure;

- sostenere le persone con HIV

fornendo loro i supporti per migliorare la qualità della vita;

- stimolare una loro partecipazione attiva al proprio benessere psicofisico e morale, eliminando così vittimismi e autodiscriminazioni, anche mediante la creazione di gruppi di auto aiuto nelle varie città con questo proposito;

- fare prevenzione.

Le priorità di NPS oggi sono:

- Progetto "AIDS e carcere": fino ad oggi a tale tematica non è stata dedicata sufficiente attenzione considerando che i dati disponibili parlano di una percentuale di persone in HIV pari al 6-7% sulla totalità della popolazione detenuta e tenendo presente inoltre che esiste un numero sommerso di casi non quantificabili poiché non tutte le persone che entrano in carcere accettano di sottoporsi al test dell'HIV.

- Progetto "Scuola": un programma di informazione e di prevenzione con gli studenti con l'obiettivo di farli esprimere attivamente sulla problematica dell'HIV/AIDS e delle MTS (malattie trasmissibili sessualmente), cercando di far luce insieme sui comportamenti "a rischio", attraverso i vissuti personali degli operatori dell'associazione e sensibilizzando i ragazzi al rispetto delle diversità, affinché considerino coloro che ne sono colpiti come persone e non come soggetti da evitare e da allontanare.

- Il "Federalismo sanitario": stimolare alla luce della progressiva decentralizzazione dei servizi sanitari e dell'inevitabile disegualanza, la creazione e il rafforzamento di reti regionali e locali con altre Associazioni, che possano diventare un soggetto di confronto specifico con le Istituzioni, ma che, nell'interesse comune del "diritto alla salute", potranno essere allargate ad Associazioni di altre patologie.

Parsec coop. Sociale arl.

Parsec Consortium è un consorzio di cooperative sociali e associazioni ONLUS senza scopo di lucro nato nel febbraio del 2003; vi aderiscono ad oggi cinque strutture provenienti dall'esperienza che l'Associazione Parsec ha maturato

negli ultimi venti anni di attività soprattutto nella zona nord ed est di Roma e nel Lazio, nel campo della progettazione e della realizzazione di interventi sociali.

In particolare, il gruppo Parsec lavora sul disagio e lo svantaggio di giovani, di donne, di migranti, sull'integrazione di cittadini stranieri e, soprattutto, aiuta persone con problemi legati alla tossicodipendenza, realizzando campagne di prevenzione, progetti di formazione-lavoro e gestendo servizi di accoglienza.

*Cooperativa R.O.M.A. –
(Research Office in Medicine
and Assistance)*

La Cooperativa R.O.M.A. ha iniziato la propria attività nel campo della qualità dei servizi domiciliari per le persone con AIDS. In particolare, nel corso dell'anno 2000, ha condotto due studi sulla qualità del servizio di assistenza domiciliare a persone con AIDS, nel Comune di Roma e nel Comune di Milano, in convenzione con alcuni organismi del privato sociale, convenzionate per la realizzazione del servizio domiciliare (Consorzio di cooperative sociali Sol.co roma, cooperativa ss. Pietro e Paolo Patroni di Roma).

Dal 2001, gestisce il servizio di aiuto sociale a persone con AIDS e sindromi correlate, in convenzione con il Comune di Roma – V Dipartimento.

Il territorio di competenza è quello relativo all'Azienda Sanitaria Locale Roma D, comprendente i Municipi: XII, XIII e XV.

La Cooperativa R.O.M.A. ha promosso la progettazione e la suc-

cessiva realizzazione di un Centro Diurno finalizzato al reinserimento lavorativo delle persone seguite in assistenza domiciliare. In particolare, è attivo un laboratorio di restauro del mobile antico.

- Esistono, inoltre, realtà di volontariato che si muovono sul tema delle infezioni da **Epatite C** (EpaC-Associazione Educazione Prevenzione Ricerca sull'Epatite C), che hanno fatto iniziative di informazione alle donne che aspettano o intendono avere un figlio ma che non hanno legami istituzionali con il Comune.

- Un'altra iniziativa importante in tema di volontariato è il **RES**, Registro della Solidarietà del Comune di Roma (che io preferisco significare in "Roma è Solidale"). Nel registro risultano iscritti diversi medici che mettono a disposizione la loro professionalità su diversi fronti.

A Roma sono moltissime le Associazioni di volontariato, le ONG, le cooperative di solidarietà sociale che operano in regime di convenzione con il Comune.

Con l'istituto dell'accreditamento, l'Amministrazione comunale esercita la doverosa azione di controllo sulla qualità e sull'efficacia dei servizi. Questi, sul territorio, quanto alle malattie infettive, hanno competenza al di fuori dell'ospedale cui è rinviata la fase acuta.

L'AIDS ha trovato nel coraggio e nella forza morale della Caritas romana una risposta residenziale di grande significato a Villa Glori. L'immobile era stato ceduto dal Comune di Roma a don Di Liegro.

Dream è un programma ad approccio globale per curare l'AIDS in Africa, avviato nel gennaio 2002 dalla Comunità di Sant'Egidio.

Il programma è figlio di un sogno. Il sogno di un approccio diverso all'AIDS e all'intero universo sanitario africano; nasce con l'obiettivo di tornare a riunire prevenzione e terapia, nella convinzione che sia necessario salvare oltre che preservare, guadagnando per quante più persone possibile un nuovo tempo alla vita.

Altre iniziative sono svolte, nel comune di Roma, a favore degli immigrati, nei campi Rom; il S. Gallicano, con volontari e medici, svolge una azione preziosa e insostituibile nel campo della medicina delle migrazioni.

Il Comune di Roma non attribuisce a queste iniziative un ruolo sostitutivo, bensì integrativo in una realtà di prestazioni che sono sostenute con la precisa volontà e convinzione che le persone, soprattutto le più fragili, hanno bisogno di un'attenzione particolare.

Ogni anno il Comune offre un pranzo, nella prestigiosa Sala della Protomoteca di Palazzo Senatorio, agli ospiti di Villa Glori: lo stesso trattamento, lo stesso pranzo che viene offerto ai Capi di Stato e agli ambasciatori.

Non bisogna temere, anzi bisogna fare.

Una città solidale è una città più sicura per tutti. Coltivare questa attitudine significa organizzare un futuro migliore per tutti.

On. MARIA PIA GARAVAGLIA
*Vice sindaco di Roma,
Italia*



JUAN JAVIER FLORES ARCAS

4.6 La vita liturgica e la pastorale delle malattie infettive

GESÙ CRISTO, Medico del corpo e dell'anima

Gesù Cristo è la presenza meravigliosa di Dio in mezzo agli uomini; la sua azione è liberatrice per l'uomo, che si apre a Dio in tutte le sue dimensioni, alla sua Parola, al suo dono, e che esige, a sua volta, una risposta di fede.

Il gesto di Gesù che tocca la bocca e gli occhi di un sordomuto usando l'espressione *Effetá* (*Mc* 7,31-37) non passò inosservato da parte della comunità primitiva e molto presto esso fece parte dei riti del catecumenato che prepara a ricevere il sacramento del battesimo. Certamente, i gesti di Gesù hanno, per noi, un carattere sacramentale perché realizzano ciò che significano, in questo caso, l'aprire gli occhi e lo sciogliere la lingua. In questo modo comprendiamo meglio ciò i Vangeli vogliono trasmetterci: con Gesù è giunta l'era della salvezza messianica annunciata da Isaia.

Le malattie fisiche e quelle dello spirito si possono superare solo con la forza della Parola di Gesù. Certamente, il potere di Gesù eleva l'uomo, ogni uomo, dal suo stato di prostrazione per incamminarlo sul sentiero del servizio, che è poi il sentiero di ogni discepolo. Le guarigioni invitano a vedere in Gesù colui che ha il potere di salvare l'uomo dalle miserie più profonde, facendosi carico di tutte le infermità.

Il Magistero della Chiesa ha raccolto da sempre questa compassione di Cristo. La Costituzione sulla Liturgia del Concilio Vaticano II segnala che "quando venne la pienezza dei tempi, (Dio) mandò suo Figlio... ad annunziare la Buona Novella ai poveri, a risanare i cuori affranti, 'medico di carne e di

spirito'"¹. Cristo è il vero medico dei corpi e dello spirito, che curò gli infermi e che continua, qui e oggi, a curare quanti incontra sul proprio cammino. Il *Catechismo della Chiesa Cattolica* esprime questo concetto con una bella forma quando dice che "Il Signore Gesù Cristo, medico delle nostre anime e dei nostri corpi, colui che ha rimesso i peccati al paralitico e gli ha reso la salute del corpo (cfr. *Mc* 2,1-12), ha voluto che la sua Chiesa continui, nella forza dello Spirito Santo, la sua opera di guarigione e di salvezza, anche presso le proprie membra. È lo scopo dei due sacramenti di guarigione: del sacramento della Penitenza e dell'Unzione degli infermi"².

La Chiesa, continuando questa funzione terapeutica di Gesù Cristo, ha creato, fin dai primi momenti, un insieme di elementi, riti, simboli, parole ed eucologia con i quali avvicinarsi all'uomo che necessita la guarigione. E con sentimenti identici a quelli del suo fondatore si avvicina oggi anche all'uomo nel bisogno e gli offre l'olio della consolazione e il balsamo della speranza cristiana.

LA LITURGIA, realizzazione sacramentale del mistero di Cristo per l'uomo totale

La Costituzione conciliare *Sacrosanctum Concilium* (SC) presenta i successivi momenti della storia della salvezza come tappe progressive che, partendo dal primo annuncio, terminano nel tempo della Chiesa. Il *primo momento* è, pertanto, quello dell'annuncio o della profezia e, per questo, la Costituzione ricorre a *Eb* 1,1: "*multifariam multis modis olim Deus loquens patribus in prophetis*". Do-

po questo primo momento profetico, si passa al *secondo momento*, cioè alla pienezza dei tempi, "*ubi venit plenitudo temporis misit Filium suum*" (*Gal* 4,4). L'incarnazione di Cristo realizza l'aspettativa annunciata dai profeti. Passiamo dal tempo della profezia a quello della realtà salvifica in Gesù Cristo, Dio incarnato. Come afferma Salvatore Marsili, "la salvezza entra nel tempo, per realizzarsi nello stesso attraverso la presenza di Dio nell'umanità di Cristo"³. Con Cristo, si arriva alla salvezza, "*ipsius namque humanitas, in unitate personae Verbi, fuit instrumentum nostrae salutis*".

Coerentemente con questa realtà di Cristo come pienezza, la Costituzione liturgica ricorre a un'antica orazione del Sacramentario Veronense in cui si parla di Cristo "come pienezza del culto" contemplando come, dall'incarnazione, giunge fino a noi tutta la forza sacramentale di Cristo, e che culminerà nella sua Pasqua. La prospettiva da cui partiamo non è altro che l'Incarnazione di Cristo, come ben spiega Cipriano Vagaggini: "l'idea sottintesa è che nell'incarnazione del Figlio di Dio si realizzò il modello supremo e la fonte umano-divina della salvezza del mondo perché, nella persona di Cristo ha avuto luogo la perfetta unione di Dio con una natura umana e la perfetta risposta di questa natura umana a Dio, nella pienezza del culto divino che le tributa"⁴. L'umanità di Cristo superò la forma di servo e schiavo, la morte e le conseguenze del peccato. Fu dispensatrice della comunicazione della vita agli uomini. Ma fu, comunque, la sua resurrezione a portare tutto ciò a compiutezza.

È questo il presupposto da cui procede il *terzo momento*, il tempo

della Chiesa, quando Gesù Cristo invia lo Spirito promesso fino alla fine dei tempi, quando egli torna nella dimensione escatologica.

Questi tre momenti: *profetico* (prepara e annuncia la venuta di Cristo), *pienezza in Cristo* (si compie tutta l'opera di salvezza), *tempo della Chiesa* (continuazione salvifica di tutto ciò che fece Cristo), trovano nella celebrazione e nella vita liturgica la realizzazione di tutta la forza salvifica di cui Cristo fu portatore e che Egli stesso trasmise. Da ciò, si deduce che nella celebrazione liturgica sono evidenti due realtà ben precise: la nostra riconciliazione e la pienezza del culto. Le antiche aspettative, preparate nel corso dei secoli nell'orizzonte veterotestamentario, si compiono in Cristo; esse costituiscono l'opera della nostra redenzione, realizzata attraverso il mistero pasquale della passione, morte e resurrezione-ascensione di Cristo. Questo è, in essenza, il mistero pasquale, così come lo concepiscono San Paolo, i Padri della Chiesa e la liturgia. Il tempo di Cristo cede il passo al tempo della Chiesa.

La Costituzione raccoglie, pertanto, un pensiero patristico, già presente in *Gv 19,30-34*, quando afferma che dal costato aperto di Cristo sulla croce scaturisce l'ammirabile sacramento della Chiesa, volendo dire, con ciò, che nello stesso momento in cui Cristo realizza l'opera della salvezza, l'*opus nostrae redemptionis*, nasce la Chiesa e così la salvezza realizzata nell'umanità da Cristo si trasforma in realtà per tutti gli uomini grazie all'azione dei sacramenti (acqua-sangue-spirito). Occorre anche, per una migliore prospettiva dell'ecclesiologia conciliare, vedere ciò che si dice nella *Lumen Gentium* 2-5, in *Dei Verbum* 2-4 e nell'*Apostolica Actuositate* 2-5. Cristo realizza la salvezza e la riconciliazione degli uomini nella Chiesa e attraverso la Chiesa.

Cristo, quindi, ha inaugurato il Regno dei Cieli sulla terra, ci ha rivelato il suo mistero e ci ha redenti con la sua obbedienza (*Lumen Gentium* 3). Egli, pertanto, attraverso l'ammirabile sacramento della Chiesa, ha realizzato la salvezza e la riconciliazione degli uomini con il Padre.

LA MALATTIA, occasione di incontro con Cristo attraverso i sacramenti della Chiesa

I sacramenti sono incontri sananti con Gesù Cristo in seno alla comunità cristiana⁵. Attraverso di essi, la Chiesa offre ai propri fedeli la presenza, il dono e l'accompagnamento spirituale di Gesù Cristo. Lo fa servendosi delle parole, dei gesti e degli elementi materiali che Cristo utilizzò, dando così lo stesso significato simbolico che diede loro il Signore. In questo modo, i sacramenti, dotati della forza dello Spirito Santo, offrono ai fedeli l'energia della riabilitazione e la compagnia spirituale di Gesù Cristo.

Tra i sette sacramenti, tre sono quelli che riguardano proprio il tempo della malattia e, nel suo caso, il tempo della morte. Così, il *Catechismo della Chiesa Cattolica* chiama sacramenti di guarigione quelli della penitenza e dell'unzione degli infermi, situandoli tra i sacramenti dell'iniziazione cristiana. Li chiama così perché in essi si restaura la vita nuova che noi cristiani riceviamo da Dio. Nel tempo della malattia, anche l'Eucaristia forma parte integrante di questo insieme sacramentale. Ma, soprattutto, la Chiesa ha risposto al problema della malattia in un contesto liturgico celebrativo, creando un insieme di elementi e riti che oggi vediamo sintetizzati nel *"Rituale dell'Unzione e Cura Pastorale degli Infermi"*, promulgato il 7 dicembre 1972⁶. Fu la risposta ufficiale e solenne che si dava di fronte al problema degli infermi di qualunque causa. Esso era concepito come un ulteriore libro liturgico, entrando così appieno nella riforma liturgica seguita alla costituzione conciliare sulla liturgia.

Si noti la differenza, non solo nel titolo, bensì anche nel contenuto, con i rituali anteriori. Non si parla infatti di "estrema unzione". Il sacramento dell'unzione degli infermi ora si inserisce in quella che viene definita "Pastorale dei malati". I *Praenotanda* (n. 1-41), come gli altri rituali, mostrano l'identità sacramentale della Chiesa in ciò che si riferisce al sacramento concreto, presentando la malattia e il suo significato del mistero della salvezza. Leggiamo al n. 1 che "il problema del dolore e della

malattia è sempre stato uno dei più angosciosi per la coscienza umana. Anche i cristiani ne conoscono la portata e ne avvertono la complessità, ma, illuminati e sorretti dalla fede, hanno modo di penetrare più a fondo il mistero del dolore e sopportarlo con più virile fortezza. Sanno infatti dalle parole di Cristo quale sia il significato e il valore della sofferenza per la salvezza propria e del mondo, e come nella malattia Cristo stesso sia loro accanto e li ami, lui che nella sua vita mortale tante volte si recò a visitare i malati e li guarì". Nel n. 2 si dice come "Cristo stesso (...) soffrì nella sua Passione pene e tormenti di ogni genere e fece suoi i dolori di tutti gli uomini (...) anzi, è ancora lui, il Cristo, che soffre in noi, sue membra, allorché siamo colpiti e oppressi da dolori e da prove: prove e dolori di breve durata e di lieve entità, se si confrontano con la quantità eterna di gloria che ci procurano".



Certamente, l'infermità umana acquista significato alla luce del mistero di salvezza. "I malati hanno nella Chiesa una missione particolare da compiere e una testimonianza da offrire: quella di rammentare a chi è in salute che ci sono beni essenziali e duraturi da tener presenti, e che solo il mistero della morte e risurrezione di Cristo può redimere e salvare questa nostra vita mortale" (*Praenotanda* n. 3).

"L'uomo gravemente infermo ha, infatti, bisogno, nello stato di ansia e di pena in cui si trova, di

una grazia speciale di Dio per non lasciarsi abbattere, con il pericolo che la tentazione faccia vacillare la sua fede. Proprio per questo, Cristo ha voluto dare ai suoi fedeli malati la forza e il sostegno validissimo del sacramento dell’Unzione” (*Praenotanda*, n. 5). Il sacramento dell’unzione “conferisce al malato la grazia dello Spirito Santo; tutto l’uomo ne riceve aiuto per la sua salvezza, si sente rinfrancato dalla fiducia in Dio e ottiene forze nuove contro le tentazioni del maligno e l’ansietà della morte; egli può, così, non solo sopportare validamente il male, ma combatterlo, e conseguire anche la salute, qualora ne derivasse un vantaggio per la sua salvezza spirituale; il sacramento dona inoltre, se necessario, il perdono dei peccati e porta a termine il cammino penitenziale del cristiano” (*Praenotanda*, n. 6).

Anche il sacramento della penitenza o della conversione è sacramento di guarigione, dato che la nuova vita ricevuta nell’iniziazione cristiana non ha soppresso la debolezza umana. Frutto di questo sacramento sono la pace e la tranquillità della coscienza, accompagnate da una profonda consolazione spirituale e, perfino, potremmo dire, da una vera risurrezione spirituale⁷. Esso condivide, quindi, con il sacramento dell’unzione, il fatto di essere sacramento di guarigione, poiché Cristo venne a curare l’uomo tutto intero, anima e corpo, e poiché questo intervento del Signore mediante la forza del suo Spirito vuole ricondurre l’uomo intero, l’infermo, alla guarigione dell’anima ma anche del corpo, se tale è la volontà di Dio.

Anche il sacramento dell’Eucaristia, in particolare, è incluso in questo processo sanante dell’inferno e dell’infirmità, grazie alla comunione dei malati e al Viatico che, fin dai primi secoli, la Chiesa ha promosso per assicurare la presenza del Signore in momenti di crisi. In questo senso, i *Praenotanda* del “Rituale dell’Unzione e Cura Pastorale degli infermi” affermano che l’Eucaristia, senza essere sacramento specifico dell’infirmità, ha stretta relazione con essa. Prima perché il malato, che già vive nella fede l’incorporazione della sua malattia alla Passione di Cristo, può desiderare di celebrarla

sacramentalmente. In secondo luogo, perché l’Eucaristia servirà per far scoprire al malato, tentato di chiudersi egoisticamente in se stesso, il senso di comunione totale con Dio e con gli uomini che Cristo dà alla vita⁸. La celebrazione deve essere segno in cui si riconosca che l’Eucaristia è un momento forte della vita del malato e di coloro che lo accompagnano.

Quindi, penitenza, unzione degli inferni ed Eucaristia sono i tre sacramenti *sananti* dell’uomo inferno, di ogni tipo di malattia e di ogni tipo di inferno. Dei tre, il sacramento dell’unzione ha avuto sempre un effetto sanante sul corpo del malato. Il rituale insiste sul fatto che il malato che ha percorso l’itinerario della malattia e ha recuperato la salute, ritorna alla propria attività normale dopo aver vissuto un incontro peculiare con Cristo. Una pastorale post-sacramentale gli farà scoprire l’urgenza di vivere più evangelicamente il suo rapporto con Dio e con i fratelli e lo leggerà in maniera più stretta con la comunità cristiana alla quale, come gratitudine per la consolazione ricevuta durante la malattia, cercherà di dare ora una testimonianza più chiara della propria fede⁹.

L’UOMO TOTALE, oggetto di cure totali da parte della Chiesa

La Chiesa, però, pensa anche a coloro che circondano il malato. I familiari, il personale sanitario, quanti e quanto circonda il malato, di qualunque tipo, devono curarlo e attenderlo; anch’essi sono i destinatari della pastorale sanitaria. Questo è l’uomo totale, cioè l’infermo e il suo ambiente. Deve essere attesa anche l’équipe di pastorale della salute, che nelle sue diverse situazioni attende al malato.

Bisogna curare il malato e quanti lo circondano. La famiglia e gli amici esigono una cura differenziata e totale da parte della Chiesa.

Il malato si trova in una situazione di conflitto interiore che può essere l’*humus* adeguato per un ritorno a Dio. La pastorale della salute non dovrà risparmiare energie né forze di fronte a questa situazione di conflitto. Gesù Cristo, durante la sua vita, si occupò degli infermi

e dei loro congiunti, la cui spiritualità era diversa da quella giudea: la cananea e sua figlia, il centurione e il suo servitore, il samaritano lebbroso, gli indemoniati di Gerasa.

C’è tutto un panorama di situazioni nel mondo della salute e della malattia in cui si manifesta la necessità di un’attenzione spirituale in momenti di conflitto interiore, di angoscia, e perfino di ribellione.

IL RITORNO A DIO in occasioni di conflitto

I momenti di conflitto possono essere occasioni di ritorno a Dio da cui il cristiano si è allontanato per propria debolezza o comodità. La malattia ci disarma, ci pone al limite, ci denuda, ci mette di fronte al problema del male. Si giunge ad un processo che inizia molto prima della situazione di crisi, si sviluppa in essa e, nel caso della salute recuperata, si prolunga dopo la malattia.

La Chiesa, attraverso la vita liturgico-sacramentale, offre immense possibilità di solidarietà, di speranza e vicinanza all’infermo, alla sua famiglia, al personale sanitario, a partire dalla fede comune vissuta e sperimentata.

La vita liturgica accompagna lungo il cammino interiore della malattia e del malato. E non solo i sacramenti, ma anche la preghiera liturgica saranno un modo ammirevole di porre il malato in grado di vivere, nella fede, la propria storia.

Dato che la liturgia delle ore è una “orazione di supplica e intercessione”, la Chiesa esprime in essa le offerte e i desideri di tutti i fedeli e continua le preghiere e le suppliche che scaturiscono da Cristo durante la sua vita mortale. Per questo motivo, questa supplica possiede un’efficacia singolare¹⁰.

In momenti e situazioni di conflitto, la recita dei salmi aiuta il cristiano ad entrare in sintonia con Cristo. I salmi ricordano all’orante le “*mirabilia Dei*”. Così il Salmo 138,14: “Ti lodo perché mi hai fatto come un prodigo, sono stupefatto delle tue opere”. “I salmi risuonano per prima cosa sulle labbra del popolo eletto di Israele. Scaturirono da situazioni storiche e umane riguardanti il popolo o gli indivi-

dui; in realtà, lo Spirito e il Verbo di Dio che partecipavano alla storia sacra dell'antica alleanza, suggerirono alle generazioni, che precedettero e prepararono l'apparizione del Salvatore sulla terra, quelle preghiere di lode a Dio e quelle suppliche, animate da un continuo anelito di liberazione e salvezza che troviamo nei salmi¹¹.

Orazione di Israele, orazione di Gesù, orazione della Chiesa, i salmi continuano ad essere, oggi come ieri, l'elemento principale di questa preghiera comunitaria della Chiesa, raccogliendo sentimenti e situazioni di conflitto di tutti i tempi.

Conclusione

Le malattie sono sempre occasione di incontro dell'uomo con se stesso e, a partire da qui, possono e dovrebbero esserlo con il Creatore e "Medico del corpo e dell'anima". La Chiesa, attraverso la sua vita

liturgica, non fa differenza tra alcune malattie e altre, tutte sono infatti occasioni di incontro con Cristo. Tutte sono un mezzo per adentrarsi nel mistero del male e, pertanto, del peccato e della sua vittoria in Gesù Cristo.

Le malattie infettive sono anche un'occasione propizia, un *kairos*, che permette al malato di incontrarsi personalmente con il Cristo pasquale, che "nella sua vita mortale passò beneficiando e sanando tutti coloro che erano prigionieri del male. Ancora oggi, come buon samaritano, versa sulle sue ferite l'olio della consolazione e il vino della speranza. Per questo dono della sua grazia, anche la notte del dolore si apre alla luce pasquale del suo Figlio crocifisso e risorto"¹².

P. JUAN JAVIER
FLORES ARCAS, OSB
Preside del Pontificio Istituto Liturgico
al Pontificio Ateneo S. Anselmo,
Roma

Note

¹ Costituzione *Sacrosanctum Concilium* sulla Sacra liturgia, n. 5.

² *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 1421.

³ S. MARSILI, "La teologia della liturgia nel Vaticano II", in *Anàmnésis I, La liturgia nella storia della salvezza*, B. Neunheuser et al., Marietti, Casale Monferrato 1984, 90.

⁴ C. VAGAGGINI, "Commento alla Costituzione di liturgia", in *Opera della regalità*, F. Antonelli – R. Falsini, Roma 1965, p. 191.

⁵ J. CONDE HERRANZ, *Introducción a la Pastoral della Salud*, San Pablo, Madrid 2004, 220ss.

⁶ *Ordo unctionis infirmorum eorumque pastoralis curae*, Typis Polyglottis Vaticanis, 1972.

⁷ Cfr. *Catechismo della Chiesa Cattolica* n. 1423, 1426, 1468 ecc.

⁸ Ritual della Unción y della Pastoral de enfermos, n. 63, che corresponde alle "Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado Español sobre la unción de enfermos", cfr. *Enchiridion. Documentación litúrgica posconciliar*, A. Pardo, Regina, Barcellona 1992, p. 63.

⁹ Ibidem, n. 69, *Enchiridion*, 828.

¹⁰ *Ordenación General della Liturgia delas Horas* n. 17.

¹¹ S. RINAUDO, *I salmi. Preghiera di Cristo e della Chiesa*, Leumann, Torino 5, 1987, 35.

¹² Messale Romano di Paolo VI, Prefazio comune VIII.



ARMANDO AUFIERO

4.7 Pastorale delle malattie infettive dal punto di vista personale: preghiera

Premessa

Un antico proverbio recita: “La necessità insegnà a pregare”. Ma è proprio vero? Alcuni nel bisogno imparano a pregare, ma altri anche ad imprecare. In certi contesti culturali, l’idea di fondo sembra essere che da una realtà di sofferenza deve necessariamente derivare o una specie di maledizione e di sleale autostordimento, oppure il tentativo di “far cambiare idea” a Dio, ponendolo al servizio dei propri desideri. Reagendo a tali atteggiamenti si vorrebbe, di contro, far ritenere prassi corretta, sul piano umano e cristiano, sopportare in silenzio il dolore, nascondendolo per quanto è possibile, per mostrare agli altri solo la parte sorridente della vita, se non addirittura accettare la sofferenza come prova da parte di Dio per il proprio personale cammino di fede.

La preghiera nella sofferenza suscita dunque problemi particolari, che cerchiamo di affrontare qui, a conclusione di quanto condiviso in questa XXI Conferenza Internazionale. Comprendiamo che, in particolare, la sofferenza delle persone affette da malattie infettive non riguarda solo il dolore fisico, ma comprende anche la vergogna, l’angoscia, la rabbia, la svalutazione di sé, l’isolamento, lo smarrimento spirituale, i sensi di colpa. Quasi un diffondersi contagioso del morbo che “infetta” progressivamente l’essere stesso e l’identità personale.

La sofferenza costituisce, pertanto, una tonalità di fondo per ogni nostra preghiera. E la richiesta di “*pregare sempre, incessantemente*” (cfr. *ITs* 5,17) può essere espressa con forza davvero vincolante solo se si tenta di dare una risposta al come sia possibile pregare anche quando si soffre a causa

di malattie infettive, senza sfuggire al dolore e senza voler mutare la volontà di Dio.

Malattia e preghiera

La radice etimologica collega la preghiera alla precarietà. La persona affetta da malattia infettiva avverte in modo tragico tutta la precarietà del suo esistere, il suo essere sovrastato da forze che lo dominano. La scoperta di minacce che attentano al corpo rivela una situazione in cui egli può cogliere, in se stesso, un’apertura al trascendente, una preghiera, che ha un “Altro” come destinatario sia di suppliche sia di invettive, di invocazioni o di bestemmie. Per il cristiano, la preghiera è ricerca di un’integrazione fra l’intera esistenza, comprendendo tutte le situazioni possibili, tra cui anche la malattia, e il Dio rivelato in Gesù Cristo. Lo sforzo spirituale della preghiera, nella malattia, è quello di riuscire a comporre il volto di Dio con un evento così scardinante e contraddittorio come l’insorgere di un male, che comporta la vergogna per la colpevolizzazione e l’emarginazione per la paura di contagio.

Se la preghiera è l’eloquenza della fede, la malattia infettiva, che mette in crisi l’integrità psicofisica dell’uomo, costituisce anche una prova della fede, dell’immagine di Dio che il malato coltiva. La debolezza del malato segna l’inizio di un cammino tra fede e vita, per rifare l’unità spezzata fra la propria esperienza personale e l’immagine di Dio.

Dal lamento alla lode

La persona con malattia infettiva si trova in uno stato di grande

prostrazione, esteriore ed interiore, che può anche suscitare un senso di abbandono da parte di Dio. Essa avverte l’isolamento anche da parte di Dio, e non solo da parte dell’ambiente culturale e sociale che la circonda¹. La preghiera è l’espressione di un grido in cui si denuncia questo stato di abbandono, un’invocazione che si ritiene effettivamente ascoltata da Dio. Questo tipo di malattia a volte indurisce, incattivisce, isola, porta ad una sfiducia radicale verso la vita e gli altri; mostra, in negativo, l’emergere di una condizione in cui non si è capaci di vivere, né di ricercare Dio, ma la preghiera diventa l’espressione della fiducia e della volontà di vivere, che il malato custodisce dentro di sé. Se volessimo condensare le attitudini fondamentali dell’uomo con malattia infettiva che prega, facendoci aiutare dalla tradizione biblica del salterio, le potremmo definire così: *l’atteggiamento del lamento* e *l’atteggiamento della lode*. Sono due momenti dell’esperienza diretta che l’uomo fa del dialogo e del rapporto con Dio. Molti sono i modi per tradurre questi atteggiamenti fondamentali nel linguaggio corrente. Parliamo, per esempio, di *preghiera di domanda* e di *rendimento di grazie*, preghiera di richiesta e di ringraziamento.

Il lamento è il grido dell’uomo a cui sfugge il soffio vitale, che smarrisce il vivere nel senso specifico, qualitativo: la salute, il progetto di vita, la capacità di amare, la dignità. L’uomo, sentendo che qualche parte di sé viene meno, attraverso la malattia, la solitudine, la sofferenza morale, l’abbandono, la paura dell’avvenire, grida a Dio-vita, si lamenta con Dio-vita: Dio appare lontano da lui ed egli lo invoca, intensamente. Gesù sulla croce si è espresso nel medesimo modo: “Dio

mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?" (Mt 27,46).

Il lamento diventa lo sforzo, il tentativo dell'uomo di raggiungere il Dio della vita, quella presenza che sente venir meno nelle esperienze dolorose. Esprime la voglia di vivere, l'aspirazione a ricevere, dal Dio della vita, una motivazione per esistere. Si tratta della *preghiera della sofferenza*, ossia della preghiera di chi, vivendo coscientemente le proprie sofferenze, le fragilità proprie e di coloro che ama, che gli stanno accanto, le propone a Dio liberamente, con cuore fiducioso. Questa preghiera della sofferenza è purificatrice, trasforma chi prega, trasforma le sofferenze in preghiera e trasforma questa preghiera in purificazione.

Di che cosa si lamenta l'uomo? Qual è l'oggetto reale della preghiera della sofferenza? È tutto ciò che gli toglie la vita, tutto ciò che diminuisce la sua personalità, il suo essere, tutto ciò che lo contrasta. Cogliamo qui anche il senso di quello che potremmo chiamare la dignità della protesta, per tutto ciò che avviene nella persona malata e attorno a lei come forza di morte. È una protesta che individua il male fino in fondo: non si ferma alle cause esteriori, ma scopre l'origine del male nel cuore dell'uomo. Una protesta che non è inerte, non si accontenta di gridare, ma si scuote nella speranza, nel desiderio del meglio, nella volontà di cambiare se stessi e il mondo intorno a sé. È una protesta che si affida completamente a Dio e che giunge fino alle radici dell'esistenza.

Che cosa ottiene questa espressione dell'orante, questa macerazione di sé nella preghiera della sofferenza? Potremmo descrivere questa situazione con le parole del salmo: "Sono stremato dai lunghi lamenti; ogni notte inondo di pianto il mio giaciglio; irorro di lacrime il mio letto; i miei occhi si consumano nel dolore; invecchio fra tanti miei oppressori" (Sal 6,7-8). Sembra il gemito di un uomo finito, ma improvvisamente il tono cambia, c'è uno spiraglio che apre verso un cambiamento totale della scena: "Via da me voi tutti che fate il male; il Signore ascolta la voce del mio pianto, il Signore ascolta la mia supplica, il Signore accoglie la mia preghiera" (vv. 9-10). Tutta la pre-

ghiera di sofferenza diventa in questo momento tre volte grido di esaudimento: sono certo che il Signore *mi ascolta, mi accoglie, mi riceve*. È l'esperienza che prova il lebbroso toccato da Gesù (cfr. Mc 1,40-45): non solo Gesù rischia il contagio, ma si contamina e contrae impurità rituale. Questa esclusione è il prezzo per andare incontro ad un escluso strappandolo alla sua solitudine mortale. Colui che nessuno poteva e voleva toccare si sente toccato e questo contatto è linguaggio che trasmette il senso di una presenza nuova, linguaggio ben colto da quella pelle che non è solo l'organo di senso più esteso del corpo umano, ma anche luogo dell'esperienza e dello scambio che noi facciamo del mondo e che il mondo fa con noi. Che Gesù lo abbia toccato, significa che lui stesso può riprendere contatto con se stesso, che la situazione di rabbia, di vergogna e di isolamento non è senza speranza.

soltitudine, in una maniera non più distruttiva di sé, ma creativa: con la capacità di ricostituire il senso di ciò che prima gli appariva senza sbocco. Ecco dunque dove ci porta questa preghiera di lamento, che nasce dal senso della lode e mette l'uomo nella sua verità di fronte a Dio. L'uomo che si "perde" in queste preghiere ritrova se stesso, cioè sente di essere nato per lodare, sente che in questo gesto, gratuito e costruttivo, egli ritrova la sua vera natura, ritrova la chiarezza del proprio essere fatto per amare e per donarsi nel gesto semplicissimo della lode.

Un'esperienza ai limiti dell'abbandono

Spesso noi facciamo anche, grazie a Dio, l'esperienza della pienezza della Sua presenza, mentre non mancano i momenti personali e comunitari in cui avvertiamo l'assenza, l'apparente assenza di Dio: «*Mio Dio, ti chiamo e tu non rispondi, grido a Te giorno e notte, e non sento la tua voce*». È la preghiera che nasce da una profonda sofferenza, da un dolore che a un certo momento si esprime, quasi scoppia. Come vedremo, è proprio questo scappiare di dolore che si tramuta in contemplazione del mistero di Dio. È l'esperienza di un uomo credente, che si è affidato a Dio, che si è fidato di Dio, che ha messo in Dio l'intera sua vita. E questo credente, ad un tratto, si sente come ferito, quasi tradito nella sua fiducia. Perché? Il profeta Geremia diceva: «*Signore, sei per me come un torrente incostante: quando mi attendo l'acqua, di cui ho bisogno, il torrente mi appare disseccato; non mi sei venuto incontro nel momento opportuno, non hai ascoltato le mie parole*» (Ger 15,18). E Giobbe maledice il giorno della sua nascita, perché Dio lo ha messo come in una trappola, dalla quale non vede come uscire (cfr. Gb 3,3). È un'esperienza religiosa, sì, ma diremmo quasi ai limiti della perdita di fede, ai limiti della decisione di abbandonare Dio.

È interessante cogliere come la Scrittura non abbia paura di queste esperienze; anzi, le presenta, le riporta, le registra. Si tratta, in verità, di esperienze proprie di chi veramente cammina nell'amicizia con



In questa macerazione della preghiera di sofferenza l'uomo avvilito è giunto alla certezza che Dio è con lui. È una certezza che cambia la visuale dell'esistenza. I nemici non sono più tali; tutto ciò che gli sembrava ostile, ora appare diverso. Nulla può ancora nuocere alla sua dignità, perché egli stesso si sente capace di vedere la realtà con occhi nuovi e di superare le difficoltà con un entusiasmo rinnovato. È il culmine di questa preghiera di sofferenza. È l'uomo sofferente, interiormente cambiato, che guarda in faccia alla sua malattia, alla sua

Dio, di chi ha rischiato tutto. Questa esperienza drammatica è l'esperienza del Figlio di Dio, che ci ha amati fino in fondo.

Non è l'esperienza di chi cammina sulle vie piane, facili, di chi non rischia nulla, ma l'esperienza di chi ama molto. Colui che prega, dopo essersi guardato intorno, scruta ancora in se stesso e si scopre come abbandonato nell'amarezza, tutto il giorno: «...La mia pena si rinnova ogni mattina» (Sal 73,14). Quando la giornata inizia, guardando avanti a sé, dice: «anche questa sarà una giornata senza sole». Allora si è portati a concludere, come Giobbe dopo la lunga riflessione che percorre tutto il libro, con le parole del salmista: «Non capisco! Riflettevo per comprendere, ma fu arduo agli occhi miei, finché non entrai nel santuario di Dio» (Sal 73,16-17).

Che cosa avviene dunque in quest'uomo che ha meditato dentro di sé questi pensieri? A un certo momento decide; o meglio, gli viene data la grazia, il dono, di non guardarsi più intorno, come se fosse lui solo il giudice delle cose, ma di mettersi dalla parte di Dio, entrare nel santuario di Dio, vedere le cose come Dio le vede, lasciarsi sottrarre alla propria visione limitata delle cose, entrando in quella di Dio stesso. È il salto, il passaggio, il momento culminante nel quale l'amarezza può sciogliersi e diventare accettazione tranquilla di una realtà appresa in maniera completamente diversa.

Il cambiamento avviene in due momenti: prima di tutto attraverso la presa di coscienza, diciamo così, di una saggezza storica. Quest'uomo, mettendosi dalla parte di Dio, cioè guardando la storia a partire dal giudizio di Dio – che è l'unico definitivo, il vero giudizio sulla realtà – capisce che vi erano molti elementi solo apparentemente solidi. Chi è trionfo, pieno di sé, capace con violenza di farsi giustizia da sé, non dura, non permane. Ecco, mettersi dalla parte di Dio è vedere le cose come Dio le vede, quindi coltivando il senso del tempo e della realtà come Dio lo sente, nella pienezza del suo mistero. «Come un sogno al risveglio, Signore, quando sorgi, fai svanire la loro immagine. Li poni in luoghi scivolosi, li fai precipitare in rovina. Come sono distrutti in un istante!»

(Sal 73,18-20). Questa è la saggezza storica che l'uomo acquista mettendosi dalla parte di Dio; ma è ancora poco, perché potrebbe essere una sapienza che fa giungere chi soffre semplicemente a una certa tranquillità, a un certo equilibrio interiore.

La preghiera conduce molto più in là. Mettendosi dalla parte di Dio, il credente scopre che ha un tesoro superiore ad ogni altra cosa: Dio è con lui, Dio gli è amico. Una realtà che l'uomo da solo non è stato capace di conoscere e che ora gli viene rivelata: «Io sono con te sempre». È la parola detta dal padre al figlio maggiore nella parola del figlio prodigo: «Ma tu sei sempre con me; se tu capissi che cosa vuol dire questo, tutto il resto varrebbe così poco» (Lc 15,31).

Questo uomo ispirato, ha colto Dio come persona amica: «Mi hai preso per la mano destra, mi guiderai con il tuo consiglio, mi accoglierai nella gloria» (Sal 73,23-24). Tre momenti attraverso i quali è vissuta questa amicizia con Dio che scioglie ogni problema. La soluzione di ciò che quest'uomo soffriva interiormente, di ciò che gli pesava, non viene da un ragionamento, ma dal fatto di sentirsi profondamente amato, sommamente amato. È la meraviglia di cui parla Giovanni Paolo II nella *Redemptor Hominis*: «La meraviglia dell'uomo che si scopre sommamente amato da Dio, e quando ha capito questo interiormente, allora tutta la sua visione del mondo gli si riordina in maniera diversa, in una luce positiva».

«Mi hai preso per mano, mi guiderai, mi accoglierai», cioè il mio presente e il mio futuro sono nelle tue mani. E allora l'esclamazione di amore: «Chi altri avrà per me in cielo? Fuori di te nulla bramo sulla terra» (Sal 73,25). Sono tra le parole più alte dell'amore. Si possono paragonare alle parole di Pietro quando, interrogato da Gesù: «Volete andarvene anche voi?», risponde: «Signore, dove andremo? Tu solo hai parole di vita eterna» (Gv 6,67s).

«Vengono meno la mia carne e il mio cuore», cioè la mia vita può abbandonarmi, posso essere vicino alla morte, «ma la roccia del mio cuore è Dio, è Dio la mia sorte per sempre» (Sal 73).

Tutto ha compimento in Cristo

La preghiera conduce alla contemplazione, anzi ad una immersione nel Dio buono e misericordioso, che alimenta il senso di fede capace di unificare la vita.

All'inizio tutto appare oscuro, anzi ingiusto; l'uomo malato sente in questa visuale addirittura l'assenza di Dio. Ma quando egli riesce a entrare nel mistero della misericordia di Dio, allora la sua visuale si riordina, tutte le altre cose assumono un significato, un senso luminoso. Non c'è più niente che sia privo di senso, tutto ha una direzione, tutto ha un significato per chi si è posto nel luogo giusto di osservazione che è, potremmo dire, il cuore stesso di Dio, il cuore di Cristo; a partire dal quale tutta la realtà assume la sua fisionomia, giusta, e può essere colta e vissuta con impegno. Sappiamo, infatti, che nulla ci può mancare se siamo nel cuore di Cristo, se attraverso l'eucaristia noi abbiamo colto il centro di tutta l'esperienza della comunità e di tutta l'esperienza della storia. Il malato si presenta come sacramento del corpo di Cristo sofferente e debole che, comunicando all'eucaristia, «preghiera delle preghiere», si apre alla forza trasfigurante del Cristo risorto. Siamo di fronte alla rivelazione del paradosso della croce, che è al centro della preghiera cristiana e che illumina il mistero della sofferenza e della malattia.

Siamo in Cristo, in Cristo ci viene manifestato il mistero di Dio; e nel mistero di Dio, la vita, la morte, tutte le vicende nelle quali siamo coinvolti, tutto ciò che riesce nella nostra vita e tutto ciò che non riesce, tutto ha un significato e tutto ha il suo compimento in Cristo, perché con lui siamo sempre.

La preghiera fatta con fede è dunque lo spazio che l'uomo appresta all'azione guaritrice del Cristo². La guarigione può certamente investire il livello clinico della malattia, ma coglie anche, più profondamente, l'effetto di pacificazione della persona, di unificazione del cuore, di raccoglimento e sintesi dell'intera propria vita davanti al Signore, dell'accettazione di sé alla luce della volontà e del piano di salvezza di Dio. Inoltre, è possibi-

le scorgere, nella stessa situazione di povertà, spoliazione e riduzione all'essenziale dell'uomo a causa della malattia che lo ha segnato, una situazione particolarmente adatta alla preghiera. Anche nell'impotenza e poter pregare materialmente, il malato è egli stesso, potremmo dire, di per sé, preghiera, proprio nello stato di impotenza, povertà e dipendenza estreme nelle quali si trova. E in questa situazione egli offre più che mai una testimonianza per chi è sano, ricordandogli la condizione di fondamentale dipendenza, creaturalità e fragilità che è propria della natura umana.

Indicazioni pastorali

Possiamo, infine, raccogliere alcune indicazioni spirituali, che ci provengono dalla vita e dalla testimonianza delle persone con malattie infettive, per fare della malattia un itinerario di fede, di relazione con il Signore, di preghiera.

– Resistere alla malattia

La preghiera del malato è una lotta, che dice il suo non arrendersi di fronte alla sofferenza e alla malattia. Evitando il pericolo di cadere in atteggiamenti di autoemarginazione e di dimissione, la persona malata combatte in prima persona attraverso spazi di silenzio, di pazienza e di perseveranza, invocando il Signore e dialogando con lui, esprimendo la verità del suo decidersi per la vita.

– Sottomettersi a Dio

Questa lotta attiva contro il male deve condurre alla sottomissione fiduciosa a Dio, che dà senso alla nostra esistenza, in ogni situazione, nella salute e nella malattia. In questo rapporto di piena e totale fiducia, la persona malata rinnova la propria personale relazione con il Signore e vive l'accettazione attiva della sua condizione e l'obbedienza piena alla volontà di Dio.

– Dare il nome di croce alla propria malattia e sofferenza

L'esperienza della preghiera porta il malato a dare il nome di croce alla propria malattia che non guarisce, partecipando alle sofferenze di Cristo fino a “completare

nella propria carne ciò che manca ai patimenti di Cristo” (Col 1,24), ma anche ad illuminarla con la speranza del Risorto: “se parteciperemo alle sofferenze di Cristo, parteciperemo anche alla sua gloria” (Rm 8,17).

– Organizzarsi nella malattia

L'esperienza della malattia richiede una riformulazione e ri-comprensione del proprio progetto di vita. È l'occasione per unificare il tempo della propria vita, per giungere a dire “grazie” per il passato e “sì” al futuro, educandosi a portare il proprio tempo davanti all'eternità di Dio e a cogliersi nello sguardo misericordioso che il Signore ha su di noi.

– Imparare la lezione della debolezza

L'impotenza della malattia arriva al punto di metterci nelle mani degli altri: assumere questa situazione nella preghiera significa farne un'occasione per imparare l'obbedienza, a imitazione del “Cristo che imparò l'obbedienza dalle cose che patì” (Eb 5,8). E significa farne un'occasione di carità, di solidarietà con gli altri che soffrono, ad imitazione del Cristo che, avendo sofferto, è capace di andare in aiuto di coloro che soffrono (cfr. Eb 2, 18).

Conclusione

Concludo queste riflessioni con uno scritto-preghiera di una sorella gravemente ammalata del Centro Volontari della Sofferenza, Maria Antonietta Resta, che ha fatto della vita di sofferente una missione ed un impegno apostolico:

“La mia vita di sofferente trova pace e pienezza quando esce dall'egoismo

per farsi dono d'amore a Dio per il bene di ogni uomo,

per la santità della Chiesa, per la conversione del mondo.

E il mio dolore si cambia in beatitudine e gioia!

Sulle ginocchia della Madre, Maria, la mia vita di sofferente

impara la lezione più alta dell'Amore e si fa capace di donarsi per la redenzione dell'umanità.

Prendimi sulle tue ginocchia, o Madre!

Là imparerò l'Amore! A fare della mia vita di sofferenza un dono da offrire a Dio
per la riconciliazione e la pace del mondo”.

P. ARMANDO AUFIERO,
*Presbitero dei Silenziosi Operai della Croce,
Presidente della Confederazione Internazionale del Centro Volontari della Sofferenza,
Docente di Bioetica e Teologia presso L'Università Cattolica del Sacro Cuore, sezione di Moncrivello, VC, Italia*

Bibliografia

AUFIERO, A., DI GIANDOMENICO, F., *I sofferenti: profezia pastorale nella comunità cristiana*, Edizioni Centro Volontari della Sofferenza, Roma 2002.

BERNARD, CH. A., *Sofferenza, malattia, morte e vita cristiana*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1990.

BIANCHI, E., *AIDS: vivere e morire in comunione*, Qiqajon, Bose 1997.

BIANCHI, E., “Preghiera”, in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, a cura di CINÀ, G., LOCCI, E., ROCCHETTA, C., SANDRIN, L., Edizioni Camilliane, Torino 1997, pp. 927-937.

CHIODI, M., *L'enigma della sofferenza e la testimonianza della cura. Teologia e filosofia dinanzi alla sfida del dolore*, Glossa, Milano 2003.

GENTILI, A., “Pregare e guarire. La pratica spirituale come terapia”, in *Guarigione dell'uomo, oggi negli esercizi spirituali*, Edizione FIES, Roma 1987, pp. 95-146.

MANICARDI, L., *Nelle tenebre una luce. Itinerari di vita nella sofferenza*, Edizioni Centro Volontari della Sofferenza, Roma 2004.

PESCH, O., H., *La preghiera*, Edizione Queriniana, Brescia 1982.

TUROLDI, D., M., *Cosa pensare e come pregare di fronte al male*, Edizioni della Rosa Bianca, Trento 1989.

Note

¹ A riguardo, è interessante prendere, come esempio, la condizione del lebbroso nella Bibbia. Egli, per paura di contagio, è abbandonato dai familiari, evitato dalle altre persone, emarginato dalla società. I rapporti con il lebbroso sono interdetti; la sfera fisica: non si riconosce più nel suo corpo piagato; la sfera familiare, affettiva e sessuale: estromesso dalla famiglia, ogni contatto con lui è un tabù; la sfera sociale: allontanato dalla società, dal lavoro, dalla partecipazione attiva alla comunità; la sfera morale: è giudicatore peccatore e colpevolizzato, non è solo vittima della malattia, ma ne è anche colpevole; la sfera religiosa: è escluso dalla vita cultuale del popolo. Per esemplificare, cfr. Lv 13,45-46; Nm 12,1-10; 2Sam 3,29; Dt 28,25-27; Mc 1,40-45; Mt 8,1-4; Lc 5,12-18.

² Cfr. Gc 5,13-16. Inoltre, le stesse azioni guaritorie di Gesù (i miracoli), soprattutto secondo il vangelo di Marco, non sono riducibili a semplici atti terapeutici, ma hanno una valenza teologico-escatologica (in Gesù agisce la potenza di Dio e nelle guarigioni c'è il manifesto del Regno di Dio), cristologia (Gesù è il Messia) ed ecclesiologico-spirituale (i malati guariti sono il tipo dei cristiani).