



DOLENTIUM HOMINUM

N. 67 – anno XXIII – N. 1, 2008

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

Atti della XXII Conferenza Internazionale

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

*La pastorale nella cura
dei malati anziani*

15-16-17 novembre 2007

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

DIREZIONE

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

COMITATO DI REDAZIONE

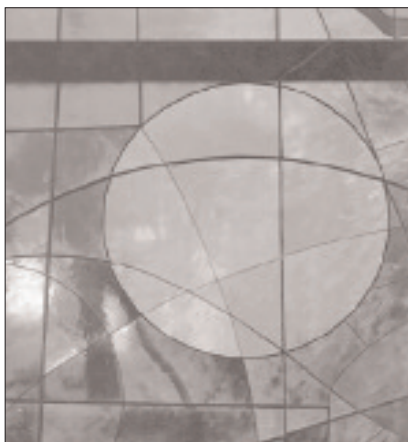
BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DOTT.SSA LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D'ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DOTT.SSA MAYA
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESÚS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DOTT.SSA DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

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**
PALENCIA P. JORGE, **Messico**
PEREIRA DON GEORGE, **India**
VERLINDE SIG.A AN, **Belgio**
WALLEY PROF. ROBERT, **Canada**

TRADUTTORI

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



Direzione, Redazione, Amministrazione:
PONTIFICIO 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 quadrimestrale. 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.za Card. Javier Lozano Barragán
- 7 **Discorso di Sua Santità Benedetto XVI**

LA PASTORALE NELLA CURA DEI MALATI ANZIANI

giovedì
15
novembre

- PROLUSIONE
- 10 **La cura pastorale
dei malati anziani**
S.Em.za Card. Javier Lozano Barragán
- PRIMA SESSIONE
LA REALTÀ
- 13 **1. La storia della cura
degli anziani infermi**
Prof. Peter Crome
- 17 **2. Demografia della popolazione anziana**
Prof. Antonio Golini
- 31 **3. L'assistenza spirituale
dell'anziano malato**
Prof. Roberto Bernabei
- 34 **4. Origine delle malattie che influenzano
l'anziano oggi**
- 34 **4.1 Comportamento, stili di vita,
dieta, maggiore speranza di vita**
Prof. José Manuel Ribera Casado
- 42 **4.2 Tecnologie scientifiche
e cambiamenti industriali
nelle cure mediche degli anziani**
Dott. John J. Turner
- 45 **4.3 Prospettive terapeutiche
in gerontologia**
Prof.ssa Françoise Forette

- 51 **4.4 Origine politica e sociale:
cambiamento politico, legislazioni,
sistema sanitario e anzianità, pensioni,
ruolo familiare, tempo libero**
Dott. Fernando Antezana Aranibar
- 54 **4.5 I cambiamenti ambientali
e la terza età: contaminazione
delle acque, inquinamento ambientale**
Prof. Wangari Muta Maathai

SECONDA SESSIONE COSA PENSARE?

- 56 **1. La rivelazione**
- 56 **1.1 La cura delle persone anziane
ammalate nella Sacra Scrittura**
P. Hans-Winfried Jüngling, S.J.
- 65 **1.2 La cura degli anziani
nei Padri della Chiesa**
Prof. Gabriele Marasco
- 74 **2. Riflessione sulla rivelazione**
- 74 **2.1 Fede, carità e anziani malati**
P. Wojciech Giertych, O.P.

venerdì
16
novembre

- 79 **2.2 Testimonianze di santi che si sono
dedicati alla cura dei malati anziani**
Fra Donatus Forkan, O.H.
- 86 **2.3 Malati anziani e speranza cristiana**
S.E. Mons. Rino Fisichella
- 91 **2.4 La responsabilità
verso l'anziano malato**
Mons. Ignacio Carrasco De Paula
- 95 **3. Dialogo interreligioso
sui malati anziani**
- 95 **3.1 Malati anziani: prospettiva ebraica**
Prof. Abramo Alberto Piattelli

- 97 **3.2 Punto di vista islamico**
P. Miguel Ángel Ayuso Guixot, MCCJ
- 100 **3.3 Assistenza dell'anziano malato: ethos indù**
Prof. Sukla Deb Kanango
- 104 **3.4 Il Nirvana come massima forma di cura: la prospettiva buddista per l'assistenza e la cura degli anziani**
Prof. Cheng, Chen-huang
- 107 **3.5 Il punto di vista della postmodernità**
P. Ján Ľavinský, S.J.

TERZA SESSIONE
COSA FARE?

- 110 **1. Pastorale nella cura dei malati anziani dal punto di vista religioso**
- 110 **1.1 Anziani malati: formazione e maturità nella fede**
S.E. Mons. Sergio Pintor
- 114 **1.2 Sacramento per gli anziani malati. Impegno pastorale per gli anziani malati**
S.E. Mons. Victorino Girardi Stellin, MCCJ
- 119 **1.3 Aspetti pastorali in connessione con la psicologia. Recupero del senso religioso di salute e di salvezza**
P. Bonifacio Honings, O.C.D.
- 122 **2. Pastorale nella cura dei malati anziani dal punto di vista biomedico**
- 122 **2.1 Ricerca biomedica e farmacologia per l'anziano malato**
Dott. Giuseppe Recchia
Dott. Paolo Rizzini
- 140 **2.2 L'invecchiamento tra stile di vita e nutrizione**
Prof. Ottavio Bosello
- 143 **2.3 Cure, accompagnamento, istituzioni**
Prof. Massimo Petrini
- 147 **3. Pastorale nella cura dei malati anziani dal punto di vista socio-politico**
- 147 **3.1 I mezzi di comunicazione**
S.Em.za Card. John Patrick Foley

- 149 **3.2 Politiche nazionali e internazionali di attenzione alla salute, legislazione, migrazioni, risorse economiche, scientifiche e tecnologiche, politiche alimentari e igiene sociale**
Prof. Pedro Antonio Reyes López
Dott. Luis Alberto Lasses
- 156 **4. Pastorale nella cura dei malati anziani dal punto di vista familiare**
- 156 **4.1 Il malato anziano, la sua famiglia, il personale sanitario**
Avv. Goffredo Grassani

sabato
17
novembre

- 161 **4.2 La diocesi, la parrocchia e il malato anziano**
S.E. Mons. Lázaro Pérez Jiménez
- 163 **4.3 Gli ordini religiosi e l'anziano malato**
Suor Aurelia Cuadrón
- 168 **4.4 La pastorale per i sacerdoti e i religiosi anziani malati**
P. Anthony Frank Monks, M.I.
- 174 **4.5 I volontari che si dedicano alla cura dei malati infermi: nuovi modi per coinvolgere le persone nell'esperienza del movimento hospice in Polonia**
P. Piotr Krakowiak, SAC
- 181 **4.6 Sostegno spirituale per gli anziani infermi. Sacramenti e preghiere**
S.E. Mons. James Wingle
- 188 **4.7 Visite agli ammalati anziani**
Mons. Vítor Feytor Pinto

*Le illustrazioni di questo numero
sono tratte dal libro:
Chile, Panamericana 5
di Davide Pianezze
2006 Editrice Velar*

INDIRIZZO D'OMAGGIO AL SANTO PADRE

Beatissimo Padre,

La ringraziamo per la Sua benevolenza nell'averci accolto in occasione della nostra XXII Conferenza internazionale sulla pastorale nella cura dei malati anziani.

Come è ormai consuetudine, trattiamo questo importante tema allo scopo di orientare la suddetta pastorale, in modo che risulti più efficace in tutta la Chiesa. L'orientamento vuole essere quello che Vostra Santità ci dà e del quale il nostro studio è una spiegazione e diffusione. Quindi ci accingiamo, con attenzione e devozione, ad ascoltare le Sue direttive, Padre Santo, affinché la Chiesa possa attuare in maniera più efficace questo compito decisivo per la storia di ognuno di noi: cioè, essere accompagnati da Cristo, Buon Pastore, negli ultimi passi della nostra esistenza, in particolare quando le malattie, anche terminali, bussano alla nostra porta.

Nel nostro studio, dopo un'Introduzione sull'Eucaristia, intesa come Viatico e come la migliore cura pastorale dei malati anziani, abbiamo riflettuto scientificamente sulla realtà dei malati anzia-

ni; attraverso la teologia pastorale abbiamo cercato di trovare un approfondimento nella Parola di Dio sulla cura pastorale che dobbiamo prestare a questi anziani; infine, abbiamo cercato vie pratiche per rispondere più adeguatamente a questo importantissimo compito pastorale.

Beatissimo Padre, ho l'onore di presentarLe 40 Esperti, appartenenti a 21 diversi Paesi di 4 Continenti che, con qualificata competenza, hanno decisamente offerto un apporto significativo al nostro impegno. La salutano anche 600 partecipanti alla Conferenza internazionale, provenienti da 66 Paesi e che sono qui presenti pieni di gioia per vederLa, Santo Padre, ascoltarLa filialmente come nostra infallibile guida e per ricevere devotamente la Sua Benedizione.

Ancora una volta La ringraziamo, Santo Padre, e Le assicuriamo di seguire fedelmente tutte le indicazioni che vorrà darci.

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



DISCORSO DI SUA SANTITÀ BENEDETTO XVI

*Signori Cardinali,
venerati Fratelli nell'Episcopato e nel Sacerdozio,
illustri Signori e Signore,
cari fratelli e sorelle!*

Sono lieto di incontrarvi in occasione di questa Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. A ciascuno rivolgo il mio cordiale saluto, che, in primo luogo, va al Signor Cardinale Javier Lozano Barragán, con sentimenti di gratitudine per le gentili espressioni da lui rivoltemi a nome di tutti. Con lui saluto il Segretario e gli altri componenti del Pontificio Consiglio, le autorevoli personalità presenti e quanti hanno preso parte a quest'incontro per riflettere insieme sul tema della cura pastorale dei malati anziani. Si tratta di un aspetto oggi centrale della pastorale della salute che, grazie all'aumento dell'età media, interessa una popolazione sempre più numerosa, portatrice di molteplici bisogni, ma al tempo stesso di indubbie risorse umane e spirituali.

Se è vero che la vita umana in ogni sua fase è degna del massimo rispetto, per alcuni versi lo è ancor di più quando è segnata dall'anzianità e dalla malattia. L'anzianità costituisce l'ultima tappa del nostro pellegrinaggio terreno, che ha fasi distinte, ognuna con proprie luci e proprie ombre. Ci si chiede: ha ancora senso l'esistenza di un essere umano che versa in condizioni assai precarie, perché anziano e malato? Perché, quando la sfida della malattia si fa drammatica, continuare a difendere la vita, non accettando piuttosto l'eutanasia come una liberazione? È possibile vivere la malattia come un'esperienza umana da assumere con pazienza e coraggio?

Con queste domande deve misurarsi chi è chiamato ad accompagnare gli anziani ammalati, specialmente quando sembrano non avere più possibilità di guarigione. L'odierna mentalità efficientista tende spesso ad emarginare questi nostri fratelli e sorelle sofferenti, quasi fossero soltanto un "peso" ed "un problema" per la società. Chi ha il senso della dignità umana sa che essi vanno, invece, rispettati e sostenuti mentre affrontano serie difficoltà legate al loro stato. È anzi giusto che si ricorra pure, quando è necessario, all'utilizzo di cure palliative, le quali, anche se non possono guarire, sono in grado però di lenire le pene che derivano dalla malattia. Sempre, tuttavia, accanto alle indi-

spensabili cure cliniche, occorre mostrare una concreta capacità di amare, perché i malati hanno bisogno di comprensione, di conforto e di costante incoraggiamento e accompagnamento. Gli anziani, in particolare, devono essere aiutati a percorrere in modo consapevole ed umano l'ultimo tratto dell'esistenza terrena, per prepararsi serenamente alla morte, che – noi cristiani lo sappiamo – è transito verso l'abbraccio del Padre celeste, pieno di tenerezza e di misericordia.

Vorrei aggiungere che questa necessaria sollecitudine pastorale verso gli anziani malati non può non coinvolgere le famiglie. È in genere opportuno fare quanto è possibile perché siano le famiglie stesse ad accoglierli e a farsene carico con affetto riconoscente, così che gli anziani ammalati possano trascorrere l'ultimo periodo della vita nella loro casa e prepararsi alla morte in un clima di calore familiare. Anche quando si rendesse necessario il ricovero in strutture sanitarie, è importante che non venga meno il legame del paziente con i suoi cari e con il proprio ambiente. Nei momenti più difficili il malato, sorretto dalla cura pastorale, sia incoraggiato a trovare la forza per affrontare la sua dura



prova nella preghiera e col conforto dei Sacramenti. Sia circondato da fratelli nella fede, disposti ad ascoltarlo e a dividerne i sentimenti. È questo, in verità, il vero obiettivo della cura “pastorale” delle persone anziane, specialmente quando sono malate, e ancor più se gravemente malate.

In più occasioni, il venerato mio predecessore Giovanni Paolo II, che specialmente durante la malattia ha offerto un'esemplare testimonianza di fede e di coraggio, ha esortato gli scienziati e i medici ad impegnarsi nella ricerca per prevenire e curare le malattie legate all'invecchiamento, senza mai cedere alla tentazione di ricorrere a pratiche di abbreviamento della vita anziana e ammalata, pratiche che risulterebbero essere di fatto forme di eutanasia. Non dimentichino gli scienziati, i ricercatori, i medici, gli infermieri, così come i politici, gli amministratori e gli operatori pastorali che “la tentazione dell'eutanasia appare come uno dei sintomi più allarmanti della cultura della morte che avanza soprattutto nella società del benessere” (*Evangelium vitae*, 64). La vita dell'uomo è dono di Dio, che tutti siamo chiamati a custodire sempre. Tale dovere tocca anche agli operatori sanitari, la cui specifica missione è di farsi “ministri della vita” in tutte le sue fasi, particolarmente in quelle segnate dalla fragilità connessa con l'infermità. Occorre un generale impegno perché la vita uma-

na sia rispettata non solo negli ospedali cattolici, ma in ogni luogo di cura.

Per i cristiani è la fede in Cristo ad illuminare la malattia e la condizione della persona anziana, come ogni altro evento e fase dell'esistenza. Gesù, morendo sulla croce, ha dato alla sofferenza umana un valore e un significato trascendenti. Dinanzi alla sofferenza e alla malattia i credenti sono invitati a non perdere la serenità, perché nulla, nemmeno la morte, può separarci dall'amore di Cristo. In Lui e con Lui è possibile affrontare e superare ogni prova fisica e spirituale e, proprio nel momento di maggiore debolezza, sperimentare i frutti della Redenzione. Il Signore risorto si manifesta, in quanti credono in Lui, come il *vivente* che trasforma l'esistenza dando senso salvifico anche alla malattia ed alla morte.

Cari fratelli e sorelle, mentre invoco su ciascuno di voi e sul vostro quotidiano lavoro la materna protezione di Maria, *Salus infirmorum*, e dei Santi che hanno speso la loro esistenza al servizio dei malati, vi esorto ad operare sempre per diffondere il “vangelo della vita”. Con tali sentimenti, vi imparto di cuore la Benedizione Apostolica, estendendola volentieri ai vostri cari, ai vostri collaboratori e particolarmente alle persone anziane malate.

BENEDETTO XVI



*La pastorale
nella cura
dei malati anziani*



PROLUSIONE

JAVIER LOZANO BARRAGÁN

La cura pastorale dei malati anziani

La principale cura pastorale che si può offrire ai malati anziani è quella che ridà loro la vita. Ciò può sembrare una cosa piuttosto difficile, ma non è così se ci situiamo veramente nel campo della fede, e se, in questa splendente realtà, cerchiamo di trovare la soluzione per fornire ai malati anziani la miglior cura possibile, cioè impartire loro l'Eucaristia sotto forma di Viatico. Questa non sarà soltanto una consolazione psicologica, ma la realtà massima che darà ai malati anziani la pienezza della vita.

Se si parla di cura pastorale degli anziani malati è logico che si pensi alle cure palliative. Si tratta di terapie che, di fatto, non curano il malato, ma tendono a mitigarne il dolore, di modo tale che l'infermo soffra meno e – cosa ancor più importante – possa vivere nel migliore dei modi il momento più importante della sua esistenza terrena: la morte. Con le cure palliative il malato si prepara in modo più consapevole a questo grande passo. Molte volte l'intensità del dolore non lascia spazio a un atteggiamento sereno in cui si abbia il necessario dominio di sé per il momento della morte.

Sappiamo che le cure palliative sono di diverso tipo: fisiche, psicologiche, familiari, sociali e spirituali. Tutte sono necessarie, ma in questa circostanza mi occuperò soltanto di quelle spirituali.

Le cure palliative spirituali non sono soltanto delle mere cure palliative, ma vanno oltre, cioè non mitigano soltanto il dolore ma lo trasformano in felicità. Le cure pal-

liative cristiane realizzano il paradosso di trasformare la malattia e la morte in fonte di vita. Per mezzo di loro si giunge all'apice della vita, in cui si realizzano tutti i desideri vitali della persona.

Questi prodigi si attuano in special modo attraverso i sacramenti della Chiesa, in particolare attraverso il Sacramento dell'Unzione degli Infermi e quello dell'Eucaristia ricevuta come Viatico.

Dopo un breve riferimento al Sacramento dell'Unzione degli Infermi, mi concentrerò su alcune riflessioni sul Viatico, giacché nell'Eucaristia ricevuta come Viatico si compie appieno la meraviglia di vincere il paradosso che la morte sia vita e felicità. Dopo aver annotato brevemente i punti dottrinali ricordando il Concilio Vaticano II, la mia riflessione si baserà su tre punti: il Viatico come vita, il Viatico come comunione e il Viatico come eternità.

Considerare l'Eucaristia come salute definitiva è una cosa che sfortunatamente in alcuni ambienti oltremodo secolarizzati è caduta in disuso. Molte persone hanno fatto credere che chiamare il sacerdote per l'Unzione degli Infermi e portare il Viatico equivarrebbe a chiamare l'impresa delle pompe funebri. Si ha una grande paura della morte, e ovviamente anche di ciò che potrebbe significare un approssimarsi a essa. Tuttavia, ne scaturisce una domanda: veramente il Viatico è il prologo all'oscurità della morte? Si tratta di qualcosa che ferisce la sensibilità dell'uomo di oggi? Cos'è l'Eucaristia ricevuta

come Viatico? Si tratta di un tema lugubre che peggiora la salute già deteriorata di un malato terminale?

Una delle prime raccomandazioni di Papa Benedetto XVI è stata quella di non dimenticare il Concilio Vaticano II, giacché la sua ricchezza è stata tale che non possiamo assolutamente ritenerla finita.

Seguendo tale pista, per rispondere a queste domande (e ad altre simili), mi sembra opportuno fare una piccola riflessione su tre paragrafi tratti da due Costituzioni del Vaticano II, la "Sacrosantum Concilium" e la "Lumen Gentium".

A proposito del Sacramento dell'Unzione degli Infermi, la Costituzione Dogmatica sulla Chiesa ci dice (n. 11): "Con la sacra unzione degli infermi e la preghiera dei sacerdoti, tutta la Chiesa raccomanda gli ammalati al Signore sofferente e glorificato, perché alleggerisca le loro pene e li salvi¹, anzi li esorta a unirsi spontaneamente alla passione e morte di Cristo², per contribuire così al bene del Popolo di Dio".

Nella stessa Costituzione, e nello stesso numero, si legge: "Partecipando al sacrificio eucaristico, fonte a apice di tutta la vita cristiana, offrono a Dio la Vittima divina e se stessi con Essa... Mostrano concretamente l'unità del Popolo di Dio, che da questo sacramento è adeguatamente espressa e mirabilmente effettuata"³.

Nella Costituzione sulla Sacra Liturgia si annota: "Il medesimo Apostolo poi ci insegna a portare continuamente nel nostro corpo i patimenti di Gesù morente, affinché anche la vita di Gesù si manife-

sti nella nostra carne mortale⁴. È per questo che nel Sacrificio della Messa preghiamo il Signore che «accettando l'offerta del sacrificio spirituale» faccia di noi stessi «un'offerta eterna»⁵.

Come filo conduttore del pensiero che mi accingo a esporre, mi sia permesso partire da ciò che chiamerò la contemporaneità del mandato eucaristico ricevuto da Cristo stesso: «fate questo in memoria di me». In ogni Eucaristia il nostro tempo concreto e quello di tutti i secoli si inserisce nell'avvenimento culmine della Storia, in cui tutto raggiunge l'apice: la Cena Pasquale, la morte e risurrezione del Signore o, per essere più espliciti, tutto il significato del mistero dell'Incarnazione nella sua integralità, come stabilito secondo l'eterno decreto del Padre, nascosto prima di tutti i secoli, fino alla presenza eterna di Cristo alla destra del Padre.

Seguendo questo cammino cercherò di delineare alcune idee a proposito della vitalità, della comunione e dell'eternità che il Viatico rappresenta per chi lo riceve.

1. Vita

Il Viatico è l'apice della vita. L'Eucaristia è la fonte totale della vita, poiché è la presenza contemporanea di tutto il mistero di Cristo. Si tratta della re-creazione, della nuova creatura. Nell'Eucaristia si è partecipi della «medicina» dell'immortalità, tuttavia, nel Viatico, alle soglie della morte avviene la contemporaneità della morte e della pienezza della vita, si riceve la medicina per vincere la morte con l'irruzione massima della vita.

La nostra morte è la morte come fine, ma per mezzo del Viatico essa non è più fine, ma da tomba si trasforma in culla, in autentica nascita.

Cristo sulla croce si abbandona nelle mani del Padre e gli consegna il suo Spirito, e questo sacrificio d'Amore, lo Spirito, è la forza con cui il Padre converte la morte di Cristo in fonte di vita, risuscitandolo.

Il nostro abbandono al Padre nel momento finale, come abbraccio d'amore totale nello Spirito è un abbraccio con le braccia di Cristo

inchiodate sulla croce. Con Cristo, nel Viatico, il nostro abbraccio mortale diventa l'immortalità della risurrezione. Cristo parlò della sua ora come dell'ora della sua glorificazione, e allo stesso modo il Viatico fa della nostra ultima ora, l'ora della nostra glorificazione.

Nel Viatico la nostra morte si unisce alla morte di Cristo, supplendo così a ciò che manca alla passione di Cristo per la salvezza del mondo. L'evento massimo della nostra esistenza giunge a questo apice quando ci troviamo in sintonia con Cristo e offriamo, con Lui, la nostra vita per la salvezza del mondo. Giungiamo così a dare pieno significato alla sofferenza, alla malattia e al dolore, che si assumono per completare, nel nostro corpo, ciò che manca ai patimenti di Cristo, dando loro pieno significato mediante la morte. Un paradosso che li tramuta, dal corteo funebre che ci ha accompagnato tutta la vita, in merito di Cristo che, in Cristo e attraverso di Lui, ci dona la nuova vita imperitura. Questa unione tra i precedenti dolorosi di tutta la vita, che preludono alla morte, e la morte stessa con le sofferenze e la morte di Cristo, è l'Eucaristia ricevuta come Viatico. Essa ci dà la contemporaneità di tutta la nostra esistenza con la vita di Cristo e ci rende eredi della vita eterna.

2. Comunione

Si parla sempre di come sia tremenda la solitudine della morte, però nessuno può mettersi al posto degli altri, e tutti, singolarmente, dobbiamo morire. Questa è cosa certa, ma per un cristiano, mediante il Viatico, tale solitudine non è così terribile come potrebbe sembrare a prima vista.

Nell'Eucaristia ricevuta come Viatico ci troviamo in piena e intima unione con Cristo, che muore nella morte di ciascuno di noi, ma ciò non avviene nelle tenebre dell'annichilimento, bensì nella luminosità della risurrezione. Tale luminosità non è altro che la Verità personale che ci accompagna durante tutta l'esistenza che, vissuta in Cristo, raggiunge il giudizio misericordioso e benigno del nostro Salvatore; essa significa l'amore

misericordioso del Padre eterno che vive in colui che muore, grazie all'Eucaristia, e che è l'Amore onnipotente dello Spirito Santo. Nel Viatico entriamo nella comunione trinitaria come ultimo gradino per uscire in maniera perfetta dalla nostra esistenza terrena e aprirci alla perfezione massima del cielo.

In Cristo, Capo del Corpo mistico di Cristo, entriamo nella comunione dei Santi con la Santissima Vergine Maria, con San Giuseppe e con tutti i Santi, con coloro che si trovano nello stadio del purgatorio e con tutti i cristiani con i quali siamo in comunione. Tutti ci accompagnano nel momento definitivo del transito e ci aiutano a compiere il passo trascendentale verso la felicità assoluta.



In Cristo, Alfa e Omega, primogenito dell'Universo, si trova potenzialmente la creazione intera, e in questo momento, attraverso l'Eucaristia ricevuta nel Viatico, tutta la creazione aspetta di essere redenta con noi, e la ottiene con l'individualità comunitaria di chi si trova nel momento in cui la eredita in Cristo essendo in Lui altresì centro dell'Universo, pensato e voluto dal Padre come primogenito dell'Universo nel Primogenito dell'Universo⁶. Nel Viatico, per ogni cristiano giunge il momento culminante del quale ci parla San Paolo nella lettera agli Efesini: «Egli ci ha fatto conoscere il mistero della sua volontà, secondo quanto, nella sua benevolenza, aveva in lui pre-stabilito per realizzarlo nella pienezza dei tempi: il disegno cioè di

*ricapitolare in Cristo tutte le cose, quelle del cielo come quelle della terra. In lui siamo stati fatti anche eredi, essendo stati predestinati secondo il piano di colui che tutto opera efficacemente, conforme alla sua volontà, perché noi fossimo a lode della sua gloria*⁷¹.

Sperimentare la solitudine della morte è solo di chi non ha fede. Nel Viatico, la fede si sostiene con la presenza definitiva di Cristo, è il coronamento del trionfo individuale, solidale e di comunione della fratellanza, dell'amicizia, dell'amore totale di dedizione che consiste nella felicità che verrà. La proporzione tra solitudine e fede nel momento della morte è inversa: a maggior fede corrisponde minor solitudine.

3. Eternità

La presenza definitiva di Cristo nelle specie eucaristiche ci fa già pregustare l'eternità. Cristo appare come indipendente dalle condizioni di spazio e di tempo. La sua dimensione è trascendente a qualsiasi immaginazione sempre condizionata da mezzi esterni. Questo è quanto accade in tutti gli atti eucaristici che realizziamo, è un modo molto speciale che si realizza nell'architettura dell'eternità che è il Viatico.

Boezio definiva classicamente l'eternità come "interminabilis vitae tota simul atque perfecta possessio"; interminabile, simultaneo e perfetto possesso della vita. Nella sua definizione possiamo intuire un aspetto che ci permette di svelare balbettando la partecipazione alla vita divina. Di fatto, la frontiera per così dire tra divinità e creaturalità è il movimento. Dio è immutabile, la creatura è mutabile. Non si tratta certamente solo di un movimento quantitativo, misurabile con le coordinate di spazio e di tempo, ma di un movimento qualitativo che si perfeziona progressivamente. L'immutabilità divina non è una quiete statica, carente di dinamismo, ma la pienezza del dinamismo che significa onniperfezione. Questa non è solo il concetto del motore immobile, ma la pienezza della dedizione in un'infinita donazione d'amore che è la Santissima Trinità. È un movimento che non

ha l'ansia di possedere perché è tutto, è donazione d'amore senza limiti, accoglienza gioiosa senza fine: Dio è Amore. Non è solo infinitamente amabile, ma ama infinitamente. Questa immutabilità della gioia perfetta nell'infinita donazione amorosa è l'autentica immutabilità divina, la natura di Dio.

Partecipare della natura divina significa entrare in questa comunità piena d'amore, è entrare nel circolo trinitario, vincendo la mutabilità del desiderio e della crescita progressiva, nella soddisfazione della creatura nel pieno della propria possibilità. È la vita, così, solamente, senza aggiungere nulla; è la salute.



L'Eucaristia realizza questa meraviglia; per questo Cristo ci dice: "Se uno mangia di questo pane vivrà in eterno... Chi mangia la mia carne e beve il mio sangue ha la vita eterna, e io lo risusciterò nell'ultimo giorno... chi mangia la mia carne e beve il mio sangue dimora in me e io in lui. Come il Padre, che ha la vita, ha mandato me e io vivo per il Padre, così anche colui che mangia di me vivrà per me"⁷². È il pane che è dato per noi e il sangue che viene versato sulla croce⁷³.

Questo è il Viatico: partecipare del corpo di Cristo che si dona nella morte, e del sangue che viene versato sulla croce e quindi entrare nell'eternità. La frontiera della mutabilità creata viene vinta nella morte grazie al Viatico, poiché la frontiera tra divinità e creaturalità si attraversa grazie al ponte che è la croce. Il Viatico è Cristo morto e risorto, è la pienezza dei tempi per ciascuno di noi nella morte, non una morte temuta e rifiutata, ma una morte amorosa di configurazione con il Signore Gesù morto e

risorto. È la donazione piena d'amore, apice di tutte le nostre donazioni, in cui non diamo qualcosa, ma tutta la vita al Signore Gesù. Questa è l'opera completa dello Spirito Santo che ci comunica il suo amore di dedizione. Iniziamo allora a vivere come vive Cristo per il Padre, poiché vivremo per sempre in Lui.

Conclusione

La pienezza della salute è la morte, ma non una qualsiasi, bensì la morte in Cristo e con Cristo, uniti intimamente alla Sua. Questo è il Viatico, la pienezza della salute.

Per questo abbiamo detto in principio che il Viatico è ciò che specifica più pienamente la Pastorale della Salute, poiché è l'orizzonte verso il quale avanza l'umanità che corre dietro alla vita.

Quando, con Papa Giovanni Paolo II definiamo la salute come "la propensione verso l'armonia fisica, psichica, sociale e spirituale", è al Viatico che stiamo volgendo lo sguardo. La morte è mancanza di armonia, è disintegrazione, ma il Viatico trasforma questa mancanza non in pura armonia ma in quella stessa che è Cristo risorto.

Il disordine della morte diventa il massimo ordine, l'angoscia della morte diventa la massima tranquillità. Il Viatico è il garante definitivo della pace per ciascuno di noi nel momento della morte, poiché la pace è "la tranquillità nell'ordine". È questa la massima attenzione pastorale che possiamo riservare ai nostri infermi anziani.

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

Note

- ¹ Cfr. Giac. 5, 14-16.
- ² Cfr. Ro. 8,17; Col. 1,24; 2Tim 2,11-12; 1Pt 4,13.
- ³ N.11.
- ⁴ Cfr. 2Cor 4,10-11.
- ⁵ (Missale romanum, orazione sulle offerte del lunedì fra l'ottava della Pentecoste) / Sacrosanctum Concilium, 12).
- ⁶ Col. 1,15-20.
- ⁷ Ef. 1,9-12.
- ⁸ Gv 6, 51, 54, 57.
- ⁹ Cfr. Lc 22,14-20.

Prima Sessione

La realtà

PETER CROME

1. La storia della cura degli anziani infermi

L'intento del mio contributo è collocare l'attuale situazione della cura degli anziani in un contesto storico, partendo dall'antichità per arrivare al giorno d'oggi.

Come ha scritto il poeta gallese Dylan Thomas nel suo famoso radiodramma *Under Milk Wood*, bisogna "Iniziare dall'inizio". Sembra che i primi uomini vissero molto a lungo: Adamo, 930 anni, Noè, 950 anni, mentre Matusalemme raggiunse i 969. Mosè non visse tanto, soltanto 120 anni, ma il fatto di aver raggiunto tale longevità continua a essere celebrato nel Yiddish toast "biz hundert-zwanzig" (*possa tu vivere fino a centoventi anni*). In altre culture antiche la longevità era la regola, almeno tra i governanti. Gilgamesh, Re di Uruk, regnò 126 anni, mentre si dice che i primi imperatori cinesi regnassero per migliaia di anni¹. Non sappiamo se i principi e le pratiche della medicina geriatrica moderna abbiano svolto un ruolo in questa longevità, ma possiamo dire che l'importanza della famiglia e degli amici, o per usare un linguaggio moderno, la "solidarietà inter-generazionale" – che è la base di una società prospera – sembrano essere un fattore, in quanto è chiaro che diverse generazioni devono aver vissuto assieme contemporaneamente.

La prevenzione della vecchiaia e la preservazione della vitalità sono stati temi costanti fin da tempi immemorabili. Anche se la maggior parte dei metodi suggeriti del passato ci fanno sorridere, a volte essi

riecheggiano con moderna evidenza, come ad esempio la raccomandazione dell'esercizio fisico e l'astenersi dal mangiare troppo. Metodi ciarlatani dell'attuale movimento anti-età devono essere chiaramente differenziati dagli approcci moderni basati sull'evidenza che sono stati realmente provvidenziali per gli anziani e di cui parlerò più tardi.

L'esame del rapporto sulla malattia del Re David in tarda età mostra delle comparazioni con la pratica contemporanea. Nel libro dei Re si afferma "Il re Davide era vecchio e avanzato negli anni e, sebbene lo coprissero, non riusciva a riscaldarsi". Egli soffriva di ipotermia, condizione clinica altamente rischiosa nelle persone anziane con alimentazione inadeguata, specialmente se soffrono anche di altre malattie. Un collega che aveva servito nell'esercito britannico mi ha detto che oggi la pratica standard, nel caso in cui una persona sofferente di ipotermia si trovi all'aperto, è quello di metterla in un sacco a pelo assieme a una persona sana. Questo fu all'incirca lo stesso trattamento che ricevette Re David. Il testo biblico indica anche che David aveva scarsa memoria e che le sue "ossa si sfaldavano", aumentando la possibilità che egli soffrisse anche di demenza e osteoporosi². Forse questo fu il primo riferimento a una patologia molteplice, che si riscontra di frequente negli anziani debilitati.

Devo dire qualche parola sulla vecchiaia in epoca romana. Ciò

che mi ha colpito nel leggere una recente rivista di Karen Cokayne è stato come simili atteggiamenti nei confronti degli anziani siano stati gli stessi di oggi³. Orazio, ad esempio, nell'*Ars Poetica* castiga gli anziani per la loro smania di accumulare e li descrive come apatici, avari e inclini a condannare i giovani. Dall'altro lato, Cicerone dice che sebbene l'età porti via tutto il resto, essa indubbiamente porta saggezza. Queste due visioni contrastano: la celebrazione della saggezza degli anziani contrasta con lo stereotipo negativo che oggi potremmo chiamare vecchiaia. Anche l'Impero romano d'Oriente istituì l'equivalente delle case di cura – "gerocomeia".

La medicina conobbe un periodo fiorente verso la fine del primo millennio con i famosi medici Avicenna e Maimonides, i quali si dedicarono specificatamente alle malattie della vecchiaia. Allo stesso tempo, nell'Europa cristiana ci fu una crescita di istituzioni religiose che provvedevano alla cura dei malati, tra gli anziani. Queste, assieme alle Università che furono fondate nello stesso tempo, incorporavano le più nuove scuole di medicina con quelle dell'antica Grecia e dell'antica Roma⁴⁻⁵. C'era anche un continuo interesse nei confronti dell'invecchiamento. Vilanova, medico presso la Corte di Aragona, scrisse un trattato sul mantenimento della gioventù e sulla prevenzione della vecchiaia mentre nel XIII secolo, in Inghilterra, il frate francescano Ruggero

Bacone, scrisse un famoso trattato sull'igiene della vecchiaia e la conservazione della gioventù. Nel XVI secolo, sempre in Inghilterra, furono istituiti sistemi pubblici di "cura" considerati nel Paese un evento importante che, 300 anni dopo, avrebbero almeno parzialmente spiegato perché il Regno Unito fu uno dei primi paesi a sviluppare la medicina geriatrica come una specializzazione medica importante.

Il XIX secolo fu un tempo di grandi sviluppi in medicina. Fu introdotta l'anestesia, si scoprì che i microbi erano una causa importante delle malattie, e ci fu un rinnovato interesse per le patologie della tarda età. Il grande neurologo francese Charcot pubblicò il libro *Clinical Lectures on Senile and Chronic Diseases*. Tuttavia, la storia della geriatria così come la conosciamo oggi inizia, in realtà, agli albori del XX secolo con la pubblicazione da parte dell'austro-americano Ignatz Nascher, nel 1909, del libro *Geriatrics. Diseases of Old Age and their Treatment*. Egli introdusse il termine di geriatria nel vocabolario medico, coniandolo dal greco *geros*, uomo anziano e *iatros*, che si riferisce a medico. Nel libro, Charcot descrive un certo numero di sindromi della tarda età, tra cui la demenza e il delirio, e sottolinea che la malattia in tarda età si può presentare in maniera differente da quella dei giovani, così come è differente nei bambini. Egli sottolinea il fatto che la scarsa ricerca nel campo della cura delle malattie della terza età poneva delle difficoltà di tipo terapeutico. Giustamente raccomandava un approccio prudente al trattamento con medicinali⁶⁻⁷. La questione di un'insufficienza dell'evidenza di base per un efficace trattamento negli anziani rimane ancora oggi attuale, benché siano stati compiuti considerevoli progressi in questo campo.

La prima volta che mi imbattei nel nome di Nascher fu quando iniziai la formazione in Medicina geriatrica negli anni Settanta. È uso in molti ospedali nel Regno Unito dedicare dei reparti a medici famosi e altre persone illustri, e quello Nascher era uno dei cinque reparti di medicina geriatrica dell'ospedale. Gli altri quattro si chiamavano

Warren, Sheldon, Anderson e Brooke, ciascuno dei quali aveva un posto distinto nella storia della geriatria.

Ferguson Anderson si formò a Glasgow e diventò il primo Professore di Medicina Geriatrica nel Regno Unito, e forse del mondo. Divenne poi Presidente del *Royal College of Physicians and Surgeons* di Glasgow, posizione occupata attualmente da Brian Williams, anch'egli geriatra. Fergie, come era conosciuto, si formò a Glasgow assieme a John Brocklehurst e Bernard Isaacs, due altri grandi futuri Professori di geriatria. Fergie fu un pioniere del lavoro nel campo delle cure primarie, allora rivoluzionario, e che ora svolge un ruolo importante nelle responsabilità geriatriche nel R.U. e altrove.

Joseph Sheldon deve principalmente la sua celebrità alla sua ricerca sugli anziani che vivono in casa, pubblicata nel 1948. Egli identificò l'interrelazione tra il fattore medico e quello sociale, l'alta prevalenza dei disturbi della mobilità e altre condizioni meno evidenti, quali i disturbi dell'udito e dei piedi. Egli introdusse i trattamenti a domicilio per il movimento e il deterioramento delle funzioni. Divenne il terzo Presidente dell'Associazione Internazionale di Geriatria. Eric Brooke fu colui che ideò le visite domiciliari.

Tuttavia, per molti il più grande di questi quattro fu Marjorie Warren, che inventò la specializzazione in campo geriatrico poco prima della Seconda Guerra Mondiale. In segno di riconoscenza, abbiamo chiamato l'ufficio della "British Geriatrics Society" Marjory Warren House, che per coincidenza è situato accanto al Priory of St. John, il vecchio quartier generale dei Cavalieri Ospedalieri in Inghilterra. Descrisse lo sviluppo della medicina geriatrica in due articoli pubblicati sul "British Medical Journal" e sul "Lancet"⁸⁻⁹.

La disgregazione dei monasteri nel XVI secolo aveva portato alla creazione di ricoveri per persone indigenti, che erano finanziati dalle comunità locali. In queste strutture ci si prendeva cura degli anziani, dei malati e degli orfani, come pure dei poveri. Secondo la concezione dell'epoca, queste stesse persone erano state la causa della loro

sfortuna. Le condizioni di trattamento erano spesso disumane, le famiglie venivano separate e i costi erano rigorosamente limitati. Il romanzo *Oliver Twist*, di Charles Dickens, si basa sull'esperienza di un bambino in una struttura di questo tipo nell'Inghilterra Vittoriana. Le condizioni migliorarono gradualmente, e negli anni Trenta il controllo di queste strutture passò ai comuni che, a quel tempo, avevano la responsabilità anche degli ospedali per i malati acuti. A Marjorie Warren fu affidata la responsabilità di uno di questi ospedali nella periferia di Londra. Ella sosteneva che ci dovessero essere reparti separati per gli anziani, ed evidenziò la necessità di una speciale attenzione agli anziani, con una dieta appropriata e biancheria particolare, personale preparato e attrezzature. Sottolineò anche il bisogno per gli anziani di avere accesso a tutte le altre strutture di un ospedale per malati acuti quali raggi X, patologia, cura dei piedi, oftalmologia e odontoiatria. In un articolo per il *British Medical Journal*, Marjorie Warren elencò quattro semplici punti che hanno resistito nel tempo e che sono ancora di attuale importanza, anche se il dibattito sul ruolo futuro degli ospedali si sta sviluppando. Ella sosteneva che la geriatria dovrebbe essere inclusa nel piano di studi degli studenti di medicina, che quanti studiano le scienze infermieristiche dovrebbero essere formati nei reparti per gli anziani, che per una cura adeguata di queste persone tutte le attrezzature dell'ospedale generale dovrebbero essere a disposizione e che c'era bisogno di reparti di medicina geriatrica per facilitare la ricerca clinica. Ella disse che "non è affatto idoneo trattare questi pazienti nei reparti per casi acuti poiché equivarrebbe a relegarli ... in istituzioni per malati cronici dove non sono disponibili strutture per diagnosi, ricerca e trattamento". Al pari di Nascher, la Warren tracciò delle analogie con lo sviluppo della pediatria che era appena emersa come una specializzazione separata e – secondo le sue parole – "finché il soggetto (cioè la geriatria) non sarà riconosciuto come una branca speciale della medicina in questo paese non riceverà la comprensione e l'atten-

zione che merita". Favorì anche la separazione degli anziani a seconda della loro condizione fisica e mentale. In un articolo sul "Lancet" ella riconosceva e promuoveva la natura multidisciplinare della riabilitazione, attraverso la fisioterapia, la terapia occupazionale e il coinvolgimento in un lavoro sociale, e affermava chiaramente che gli anziani non dovrebbero essere ammessi nelle case di cura fino a che non abbiano ricevuto una valutazione geriatrica complessiva⁹. Un sentimento che sono sicuro tutti noi oggi approveremmo.



Poco dopo che quest'ultimo articolo fosse pubblicato, quasi tutti gli ospedali nel Regno Unito si unirono per formare il Servizio Sanitario Nazionale che, come la Società Britannica di Geriatria, ha ora sessant'anni. Per gestire le unità per malati cronici si dovettero nominare dei medici che divennero i primi specialisti in geriatria e che spesso avevano in cura diverse centinaia di pazienti. Con il tempo il numero dei pazienti di cui ogni specialista si occupava diminuì ma nel 1981, quando divenni medico specialista, c'erano oltre 200 pazienti nella mia unità. Di solito i malati venivano visitati a casa prima del ricovero in ospedale, per stabilire la gravità della malattia, e furono sviluppati approcci diversi dal ricovero. I *day-hospitals* furono ideati sia come metodo per prevenire il ricovero in ospedale, sia come struttura per continuare la riabilitazione dopo la dimissione¹⁰. Essi fornivano anche sollievo e so-

stegno per i pazienti e i loro familiari. Ci furono discussioni se i pazienti con gradi diversi di gravità dovessero essere accuditi assieme o separatamente. Irvine sosteneva la necessità di cure progressive, prevedendo che i pazienti si potessero spostare da un reparto all'altro a mano a mano che miglioravano. Egli affermava che reparti differenti avrebbero permesso di concentrare in modo più appropriato le cure infermieristiche e le terapie specializzate¹¹. Anche Irvine, con il collega chirurgo ortopedico Michael Devas, introdussero l'unità

congiunta di geriatria e ortopedia per pazienti che avevano intrapreso un programma di recupero dopo la frattura del femore e altri traumi. Brice-Pitt e Silver crearono una unità congiunta di geriatria e psichiatria per persone che avevano contemporaneamente malattie fisiche e mentali¹². In un successivo sviluppo, Tom Arie creò un servizio congiunto clinico e accademico che inglobava i due servizi, anche se i cambiamenti organizzativi e di altro tipo sopravvenuti nel Servizio Sanitario Nazionale hanno fatto sì che la psichiatria degli anziani e la medicina geriatrica non operassero così strettamente assieme come dovrebbero.

Le ambizioni di Marjory Warren per migliorare le cure degli anziani videro la loro realizzazione sia nello sviluppo dei servizi, sia nella crescita della medicina geriatrica accademica. La cura per gli anziani è fermamente inserita nel curriculum degli studenti di medicina e in

quello di altri operatori sanitari. Questo sviluppo fu guidato da un certo numero di Professori carismatici la cui influenza continua ancora oggi. Ad esempio, Bernard Isaacs, Professore di Medicina Geriatrica di Birmingham, coniò la frase "Geriatric Giants" che comprendeva instabilità, incontinenza, immobilità e deterioramento intellettuale come sindromi con cui molti anziani si presentavano in ospedale¹³.

Oggi, nel Regno Unito, la maggior parte dei geriatri mostra un interesse particolare per gli anziani, e molti servizi sono stati sviluppati per gestire reparti per malati acuti e di riabilitazione per anziani. Ad esempio, possono esserci cadute, disturbi di continenza e della deambulazione. Cure palliative vengono fornite per la demenza e altre malattie croniche e anche per il cancro. La Società Britannica di Geriatria, fondata nel 1947, conta ora 2500 membri ed è diventata multidisciplinare, più che una società puramente medica. Organizza due conferenze l'anno e ha pubblicato un giornale di grande successo "Age and Ageing". Penso che rispetto al resto del mondo la geriatria nel Regno Unito sia la specializzazione più vasta della medicina interna.

Mi sono concentrato sulla descrizione dello sviluppo della specializzazione nel Regno Unito ma ci sono stati sviluppi paralleli in Europa, America del Nord e del Sud e in Australasia. Negli Stati Uniti la medicina geriatrica si sviluppò con il supporto di vari correnti. Furono fondate *Medicare* e *Medicaid* per la cura di anziani e poveri. Nel 1974 fu istituito il *National Institutes of Ageing*. La *Veterans Administration* realizzò una rete di centri per eccellenza geriatrica chiamati GRECCs (*Geriatric Research, Education and Clinical Centers*). Le principali scuole mediche hanno creato divisioni di Geriatria nei loro dipartimenti di Medicina interna che, oltre alla ricerca, offrivano borse di studio per aspiranti geriatri. Contrariamente al Regno Unito, in Canada e nel resto del mondo la strada per diventare geriatra poteva essere quella della pratica familiare e della medicina interna. Dopo la Seconda Guerra Mondiale, la medicina ge-

riatrice è stata riconosciuta come una specializzazione medica separata e c'è stata una crescita simile nei servizi, nell'insegnamento e nella ricerca.

Gli ultimi venticinque anni hanno visto in tutto il mondo una crescita di programmi di assistenza domiciliare che fornivano sostegno sociale e un'ampia gamma di cure sanitarie (infermieristiche, terapeutiche ecc.). Le spinte verso un tale sviluppo sono state principalmente la volontà di ridurre i costi relativi alle cure ospedaliere o domiciliari e anche la necessità di rispondere ai desideri degli anziani di restare indipendenti a casa loro il più a lungo possibile. Un problema molto importante è quello di assicurare la qualità di tali servizi. Nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo c'è stata una grande crescita



delle residenze sanitarie assistenziali. Gran parte delle prime residenze furono create da fondazioni religiose ma ora sono gestite da un'ampia gamma di organizzazioni non governative, dalle municipalità, nonché dal settore commerciale. Programmi d'ispezione e formazione del personale tendono ad assicurare cure di alta qualità e a ridurre il rischio di abuso. In molti paesi esistono organizzazioni di personale professionale che tendono al raggiungimento di questi obiettivi, mentre in Olanda le cure domiciliari sono state riconosciute come una specializzazione distinta.

Benché le idee e gli esempi di promozione della salute basati sulla responsabilizzazione delle persone esistano da molti anni, essi non sono mai stati generalmente messi in pratica. Tuttavia, il potenziale per la nuova tecnologia in questo ambito è enorme.

La collaborazione interna è stata incoraggiata dall'Associazione Internazionale di Gerontologia e Geriatria che si riunisce regolarmente in conferenze regionali e mondiali.

Recentemente, ne fanno parte anche alcuni paesi delle aree meno sviluppate del pianeta. L'ampliamento dell'Unione Europea ha agito da catalizzatore per sviluppare la Società di Medicina Geriatrica dell'Unione Europea. Esistono poi numerose altre collaborazioni che si concentrano su questioni più specifiche, quali la formazione, e molti paesi industrializzati si scambiano programmi con i paesi meno sviluppati.

Le conquiste della medicina geriatrica sono state succintamente sintetizzate da Barton e Mulley¹⁴: consapevolezza di presentazione di malattia atipica e non-specifica; approccio olistico alle persone con co-morbidità e bisogni complessi; importanza di valutazione interdisciplinare esaustiva, riabilitazione e riconoscimento dei bisogni e dei diritti degli assistenti. Queste caratteristiche della cura sono state associate allo sviluppo di una serie di servizi per ricoverati e per pazienti esterni e all'accertamento medico basilare per l'efficacia di questo approccio. Sono stati sviluppati strumenti di valutazione standard affinché gli operatori sanitari negli ospedali e nella comunità possano avere un linguaggio comune. Aree emergenti per la ricerca includono fragilità, esercizio, soddisfazione di vita e responsabilizzazione nonché, naturalmente, la ricerca sulle malattie specifiche della tarda età.

La cura delle persone anziane ha beneficiato di tutti gli altri progressi avvenuti nel campo della medicina: nuovi farmaci, nuove procedure di diagnosi e nuove tecniche chirurgiche quali la chirurgia della cataratta. È stato sentito anche l'impatto dell'approccio medico basato sull'accertamento. Benché rimangano ancora molti vuoti sulla maniera migliore di trattare gli anziani, in particolare a causa della scarsità di reperire persone per sperimentare clinicamente i nuovi trattamenti, è stata prodotta una serie di orientamenti clinici a livello nazionale e anche internazionale. Esempi recenti includono quelli su diabete, cadute, delirio, dolore e continenza.

Molto resta ancora da fare. Nel Regno Unito stiamo considerando come meglio applicare alla cura degli anziani i principi della Convenzione Europea sui Diritti dell'Uo-

mo con le sue dichiarazioni sul diritto alla vita, alla sicurezza e al rispetto della vita privata e familiare. Si tratta di principi che si fondano nel comandamento biblico *kaved et-avicha ve'et-imecha* (onora il padre e la madre) e confermano la continuità esistente dai tempi antichi a oggi.

Vorrei terminare citando nuovamente Marjorie Warren. Anche se faceva riferimento al Regno Unito, sono sicuro che le sue vedute siano universali. *"Se dobbiamo mantenere il diritto a considerarci una grande nazione e una civiltà colta, dobbiamo prenderci cura di tutti i membri della comunità, giovani e vecchi, malati e sani, poveri e ricchi, vulnerabili e indipendenti"*.

Prof. PETER CROME

Professore di Geriatria,
Keele University,

Presidente della Società Britannica
di Geriatria
Gran Bretagna

Note

¹ BOIA L (2004). *Forever Young. A Cultural History of Longevity*. London: Reaktion Books.

² BEN-NOUN L (2002). Was the biblical King David affected by hypothermia? *Journal of Gerontology Medical Sciences* **57A**: M364-M367.

³ COKAYNE K (2005). Old Age in ancient Rome. *Bath Royal Literary and Scientific Proceedings* **9**. <http://www.brlsi.org/proceed05/antiquity0305.htm> (last accessed 16 October 2007).

⁴ MAZZEI BERTI JE (2005). *Geriatrics and Gerontology. Universal History*. Caracas: Privately published.

⁵ MORLEY JE (2004). A brief history of geriatrics. *The Journals of Gerontology. Medical Sciences* **59a**: 1132-1152.

⁶ CLARFIELD AM (1990). Dr. Ignatz Nasher and the birth of geriatrics. *Canadian Medical Association Journal* **143**: 944-948.

⁷ NASHER IL (1909). *Geriatrics*. New York: Medical Journal **90**:358-359.

⁸ WARREN MW (1943). Care of chronic sick. *BMJ* **II**:822-823.

⁹ WARREN MW (1946). Care of the chronic aged sick. *Lancet* **I**:841-843.

¹⁰ COSIN L. (1954). The place of the day hospital in the geriatric unit. *Practitioner* **172**: 552-559.

¹¹ IRVINE RE (1963). Progressive patient care in the geriatric unit. *Postgraduate Medical Journal* **39**: 401-407.

¹² PITT B and SILVER CP (1980). The combined approach to geriatrics and psychiatry: evaluation of a joint unit in a teaching hospital district. *Age and Ageing* **9**:33-37.

¹³ ISAACS B (1992). *The challenge of geriatric medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications.

¹⁴ BARTON A and MULLEY G (2003). History of the development of geriatric medicine in the UK *Postgraduate Medical Journal* **79**: 229-234.

ANTONIO GOLINI

2. Demografia della popolazione anziana

Il giorno seguente non morì nessuno. Il fatto, poiché assolutamente contrario alle norme della vita, causò negli spiriti un enorme turbamento, cosa del tutto giustificata, ci basterà ricordare che non se riscontrava notizia nei quaranta volumi della storia universale.
José Saramago, *Le intermittenze della morte*, 2005

1. “Le intermittenze della morte” e l’insostenibilità sistemica della scomparsa della morte

Nel 2005, nel brillante e provocatorio romanzo *Le intermittenze della morte*, José Saramago esasperò in paradosso le conseguenze di un’improvvisa “intermittenza” della morte, esplicitata impietosamente e sapientemente dall’autore quale temuta ma imprescindibile figura per la sopravvivenza di sistemi socio-economici e politico-culturali costruiti, per l’appunto, intorno alla certezza di consueti “parametri di attività” della morte. Così Saramago, nel convocare presso il Ministero del Paese Senza Morte un Gran Consiglio che affronti l’insostenibilità sistemica della scomparsa della morte, non dimentica nessuno: dagli economisti, ai sociologi, ai medici, agli attuari, agli statistici, agli assicuratori, agli agricoltori, ai filosofi, agli esperti di bioetica, ai rappresentanti delle diverse confessioni religiose fino ad arrivare agli impiegati di pompe funebri e ai proprietari dei cimiteri, per non dimenticare gli ambasciatori dei Paesi limitrofi – in cui la morte continuava, imperterrita, a svolgere il ruolo di catalizzatore socio-economico – improvvisamente inondati di persone sul ciglio della morte a cui sarebbe bastato varcare il confine per esalare l’ultimo respiro, trascinati ol-

tre frontiera dalla “maphia” che tentava in questo modo di preservare le indispensabili funzioni della mortalità. Pur in una paradossalità e pungente esasperazione narrativa, la letteratura, come spesso accade, anticipa, coglie e raccoglie la sfida di problematizzare scenari futuribili: in questo caso, lo scenario di una “intermittenza della morte”. Come nel romanzo di Saramago, infatti, se la reazione istintiva e sana del Paese Senza Morte è un festeggiamento collettivo, altrettanto collettiva si sostanzia poi, in parallelo con l’agire della nuova fenomenologia demografica della “scomparsa della morte”, la responsabilità di “riassestare” il sistema casa-paese affinché si rimodellino tutte le variabili demografiche, sociali, economiche, culturali, politiche, ambientali che garantiscono l’equilibrio di una collettività umana organizzata in sistemi più o meno complessi. Il che è necessario anche per noi, per rendere sostenibile il “devastante”, per novità e intensità, processo demografico in atto di invecchiamento della popolazione.

2. L’invecchiamento della popolazione: un inarrestabile processo demografico

Il forte invecchiamento demografico della popolazione – evoluzione e rivoluzione demografica cardine del XXI secolo – approssima la complessità di quella “intermittenza della morte” narrata dalla letteratura, in quanto se la vittoria contro le nascite indesiderate è solo una fatto recentissimo che è andato di pari passo con conquiste medico-culturali non ancora del tutto globalizzate, la straordinaria vittoria contro la morte precoce – che è stata incessantemente perseguita dall’uomo, addirittura alla

ricerca dell’immortalità – ha rappresentato in relativamente pochi decenni una concreta realizzazione dell’“intermittenza della morte”. L’allungamento della vita, infatti, è stato negli ultimi decenni così intenso e rapido da superare qualsiasi previsione o proiezione già tentata negli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso. In particolare si è allungata la durata della *vita media* di una popolazione¹, essendo stata eliminata quasi completamente, come si diceva, la mortalità precoce, mentre resta assolutamente straordinario il raggiungere o superare i 110 anni, a testimonianza che non si è allungata la durata *massima* della vita delle singole persone².

Osservazione altrettanto importante consiste nel constatare che già nel XVIII secolo fossero documentati come degli *unicum* persone con età alla morte sopra la soglia dei 100 anni: “in ogni paese, in ogni stato di vita, qualche persona, benché rara, supera l’età di 100 anni. In queste note (...) ne abbiamo 4 di 106 anni”. Questa illuminante citazione è tratta dalle *tavole di vitalità* del 1787 di G. Toaldo, che già 220 anni fa si confrontava con la questione della mortalità precoce, appunto, quale ostacolo all’incremento della durata media della vita di una popolazione, che falciava in modo difforme le “parrocchie di Monte”, quelle “di città” e quelle “di piano” (le più colpite); con la supermortalità maschile studiata notando come “nascono più maschi che femmine, si trovano in ogni età in vita più femmine che maschi (e che) questa longevità delle donne in generale si ripete dall’abbondanza d’umido, e dalla mollezza de’ vasi e delle fibre, che più tarda a contrarre la senile aridità” (Toaldo, 1787).

A tal proposito, è estremamente interessante e particolarmente

esplicativo osservare come l'invecchiamento demografico sia sostanzialmente da un incremento complessivo della vita media che deriva dal quasi totale annullamento della mortalità precoce (figura 1). In altre parole, il clamoroso traguardo di cento anni di storia demografica è consistito nel sostanziale allineamento degli anni medi da vivere, in virtù del quale ciascun individuo di età compresa fra gli 0 e gli 80 anni può aspettarsi di vivere in media lo stesso numero di anni (mettendo insieme a ogni età gli anni vissuti e quelli che ci si può aspettare di vivere). Anche il differenziale di durata media della vita per sesso si ripropone infatti in un gioco di rette orizzontalmente parallele, indicative di una media differenziata per sesso per quanto riguarda gli anni mediamente vis-

suti (con gli uomini attestati al 2002 circa a 77 anni e le donne a 83 anni), ma omogenea all'interno di ciascun sesso. Soltanto per chi supera i 75-80 anni, sia per gli uomini sia per le donne, si ripropone una diversificazione della durata media di vita vissuta, a testimonianza che per chi supera l'ingresso della vecchiaia il punto conclusivo dell'arco di vita arriva a toccare i 100-105 anni e oltre non si va se non per singole straordinarie individualità, maschi o femmine che siano.

Come ben evidenziato dalla tabella 1, la seconda metà del XX secolo ha visto in tutto il mondo un incremento della durata media della vita, esprimibile in termini di aspettativa di vita, che dai 47 anni del 1950-1955 ha raggiunto i 65 al

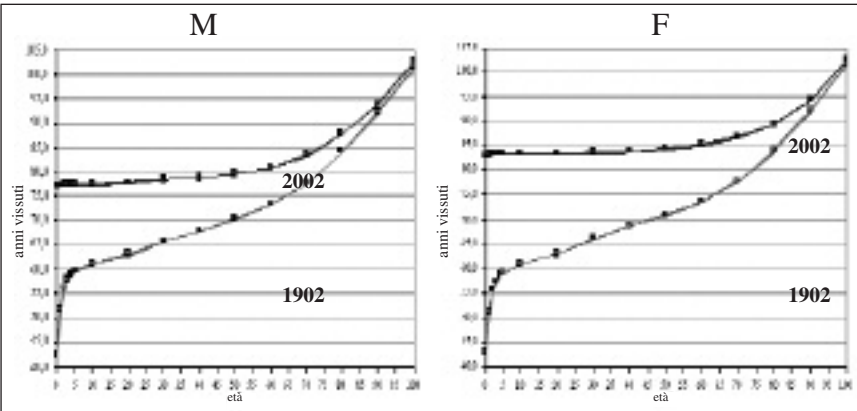
2000-2005, con un incremento pari a 18 anni di età e a un +38% rispetto alla linea di partenza del periodo considerato (tabella 1).

Risulta immediato come il “guadagno di anni medi di vita” nella macro-area “mondo” rifletta incrementi non omogenei tanto per consistenza di anni aggiunti alla durata media della vita, quanto per velocità di acquisizione: i 18 anni di incremento relativi alla seconda metà del XX secolo rappresentano in effetti guadagno medio di un *range* di valori compresi fra i 2 (Unione Stati Indipendenti) e i 29 anni (Asia Orientale e Pacifico); una durata media di partenza della vita fra i 38 (Africa) e i 69 anni (Stati Uniti); una durata media della vita, alla fine del periodo, fra i 49 (Africa) e gli 82 anni (Giappone). Interessante intrecciare l'andamento demografico, sia per aree (ad esempio Paesi sviluppati, economie in transizione, Paesi in via di sviluppo), sia per singoli Paesi, con il parallelo scorrere delle evoluzioni politico-economiche e socio-culturali, per rimarcare una sostanziale relazione osmotica e di dipendenza reciproca fra gli andamenti di popolazione e il sistema in cui ciascuna popolazione vive e si trasforma.

In questo quadro, l'evoluzione del numero medio di figli per donna (tabella 2), che tra il 1950-1955 e il 2000-2005 ha sperimentato un decremento su scala mondiale pari al 48% (-2,4 figli in media per donna) certamente risponde a una più o meno sincrona e articolata evoluzione di assetti economici, medici, culturali, politici, che nell'intersecarsi dei loro mutamenti ridisegnano gli un gli altri le reciproche traiettorie. Molto interessante sottolineare anche in questo frangente come il passaggio dai 5 figli medi per donna al 1950 ai 2,6 dei primi anni 2000 a livello planetario, rappresenti misura intermedia fra decrementi pari al 69% (Asia orientale e Pacifico: da 6,1 a 1,9 figli per donna) e decrementi meno accentuati pari a un minimo del 25% (Africa: da 6,7 a 5,0 figli per donna).

In ogni contesto risulta pertanto fondamentale analizzare non soltanto quali siano i fattori di spinta e di resistenza nell'evoluzione di una

Figura 1. La durata media complessiva della vita per persone in funzione delle età via via raggiunte, Italia, 1902 e 2002



Fonte: Istat, Annuario statistico, anni vari

Tabella 1. Durata media della vita in anni (o aspettativa di vita) in alcune regioni del mondo, 1950-55 / 2000-05

Area o paese	1950-55	2000-05	Incremento	Incremento %
Mondo	47	65	18	38
Paesi sviluppati	67	78	11	16
Europa	66	78	12	18
Giappone	64	82	18	28
Stati Uniti	69	77	8	12
Canada, Australia, N. Zelanda	69	80	11	16
Economie in transizione	63	65	2	3
Unione stati indipendenti	69	65	2	3
Europa sud-orientale	57	74	17	30
Paesi in via di sviluppo	41	63	22	54
America Latina e Caraibi	51	72	21	41
Asia Orientale e Pacifico	41	7	29	71
Asia meridionale	39	63	24	62
Asia occidentale	43	68	25	58
Africa	38	49	11	29
Differenza max-min	31	33		

Fonte: elaborazione propria su dati DESA, 2007

determinata variabile demografica, ma anche in che modo si giochino nell’interazione degli altri fattori che vi esercitano influenza. In Africa, ad esempio, è infatti plausibile ipotizzare che le donne conservino un’accentuata persistenza nell’ave-re un elevato numero di figli, sia per tradizione culturale sia per ne-cessità economica. Nei Paesi eco-nomicamente più sviluppati invece la stessa azione sinergica di com-ponenti culturali ed economiche nell’orientare un comportamento riproduttivo (1,6 figli per donna) inferiore al livello che assicura la mera sostituzione della popolazio-ne (pari a 2,1) rimanda, da un lato, a un’evoluzione culturale che ha esaltato i valori della centralità in-dividuale, dell’emancipazione femminile dal ruolo di ancella del focolare, del prolungamento del-l’età di una giovinezza libera da re-sponsabilità familiari, ma dall’altro a un contesto socio-economico che incoraggia comportamenti partico-larmente ristretti in ambito ripro-duttivo, anche per la sua incapacità di garantire bilanci delle famiglie non strozzati da una pur limitata numerosità dei loro componenti.

Focalizzando poi il declino del numero medio di figli per donna nel contesto europeo (figura 2), nel lasso temporale compreso fra il 1980 e il 2002, si riconferma come nel decremento planetario della fe-condità in generale il permanere dei Paesi a sviluppo avanzato – fra i quali quelli europei – bene al di sotto la soglia della sostituzione abbia senz’altro rappresentato va-riabile fondamentale nel sancire il passaggio di una consistente per-centuale di popolazione mondiale nella fase della seconda transizio-ne demografica.

Le due poste analizzate del de-clino della mortalità e del declino della fertilità hanno costellato nel-lo scenario demografico di pressoc-hé tutti i Paesi la **Prima Transi-zione Demografica**, che in nume-rosi Paesi a sviluppo avanzato da alcuni decenni è stata incalzata, come si è appena accennato, dalla **Seconda Transizione Demografi-ca** – dovuta e caratterizzata da una perdurante, bassissima fecondità così come da un ulteriore declino della mortalità, specialmente con-centrato nelle età più avanzate –

che sfocerà nel lungo termine, per quanto riguarda le maggiori ricadute demografiche a essa connes-se, sia in un rapido e intenso decli-no della popolazione, sia in un “devastante” mutamento della sua struttura per età.

Dal punto di vista demografico, economico e politico sono larghis-sime le conseguenze delle diffe-renze nel momento dell’insorgen-za e nella velocità delle due transi-zioni demografiche, conseguenze che si manifestano principalmente nella diversa sequenza temporale e territoriale degli inevitabili tre pic-chi demografici: della popolazione giovane, della popolazione in età lavorativa e della popolazione an-ziana. Così che si trovano oggi a

convivere – per la prima volta nel-la storia dell’umanità – società ed economie caratterizzate da una po-polazione con larghe frazioni di giovani, con quelle caratterizzate da una popolazione con larghe fra-zioni di adulti, con quelle caratte-rizzate da una popolazione con lar-ghe frazioni di anziani e vecchi.

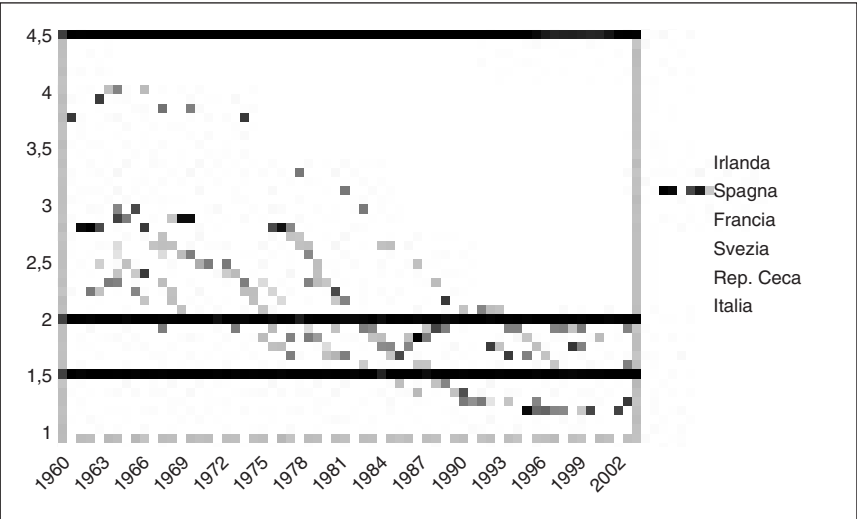
Per la discesa della fecondità e il suo permanere ai livelli più bassi sembra esserci per una popolazio-ne un limite inferiore posto intorno a 0,7-0,8 figli per donna (Golini, 1998), ormai raggiunto da alcune popolazioni. I sensibili margini che, nelle condizioni date, esistono per un ulteriore aumento della so-pravvivenza sono ben evidenziati dal valore dei sopravvissenti a 65

Tabella 2. Numero medio di figli per donna in alcune regioni del mondo, 1950-55 / 2000-05

Area o paese	1950-55	2000-05	Incremento	Incremento %
Mondo	5,0	2,6	-2,4	-48
Paesi sviluppati	2,8	1,6	-1,2	-43
Europa	2,5	1,4	-1,1	-44
Giappone	2,8	1,3	-1,5	-54
Stati Uniti	3,4	2,0	-1,4	-41
Canada, Australia, N. Zelanda	3,5	1,6	-1,9	-54
Economie in transizione	3,1	1,6	-1,5	-48
Unione stati indipendenti	3,1	1,6	-1,5	-48
Europa sud-orientale	3,7	1,6	-2,1	-57
Paesi in via di sviluppo	6,2	2,9	-3,3	-53
America Latina e Caraibi	5,9	2,5	-3,4	-58
Asia Orientale e Pacifico	6,1	1,9	-4,2	-69
Asia meridionale	6,1	3,2	-2,9	-47
Asia occidentale	7,0	3,5	-3,5	-50
Africa	6,7	5,0	-1,7	-25
Differenza max-min	4,0	3,7		

Fonte: elaborazione propria su dati DESA, 2007

Figura 2. Numero medio di figli per donna in alcuni paesi europei



Fonte: Eurostat, 2003

anni per ogni 1000 nati (tabella 3), nonché dalla durata della vita residua in anni sempre a 65 anni: questi due indicatori, in questo caso calcolati con riferimento alla po-

polazione giapponese negli anni 1950-55 e 2005 e anche per la popolazione italiana al 2003, mostrano come la sopravvivenza a 65 anni sia in Giappone ormai prossima

Tabella 3. Sopravvivenuti a 65 anni e loro ulteriore aspettativa di vita, Giappone, 1951 e 2005, e Italia

Anno	Numero di sopravvivenuti a 65 anni (su 1.000)	Durata della vita residua a 65 anni (in anni)	Incremento totale in anni 1951-2005	Incremento in mesi per ogni anno di calendario
Maschi				
1950-52	900	11,4		
2005	994	17,7	6,3	1,4
Italia 2003	850	16,8		
Femmine				
1950-52	908	13,4		
2005	996	22,9	9,5	2,1
Italia 2003	922	20,6		

Fonte: per il Giappone: http://www.ipss.go.jp/p-info/e/S_D_1/Indip.html; per l'Italia: Istat, *Annuario statistico italiano* 2006

Tabella 4. Popolazione, in migliaia di abitanti, totale, di età 60+, 65+, 80+ per il mondo e per gruppi di continenti e percentuale sul totale della popolazione, 1950 e 2005

Area o paese	1950	2005	Incremento	Incremento %	1950	2005	Incremento
Mondo	2.519	6.465	3.946	57	100,0	100,0	
60+	205	672	467	228	8,2	10,4	2,2
65+	131	476	345	263	5,2	7,4	2,2
80+	14	87	73	521	0,5	1,3	0,8
Paesi sviluppati	647	984	337	52	100,0	100,0	
60+	79	203	124	157	12,2	20,6	8,4
65+	53	153	100	189	8,2	15,5	7,3
80+	7	39	32	457	1,1	4,0	2,9
Econ. in transiz.	191	302	111	58	100,0	100,0	
60+	19	47	28	147	10,0	15,7	5,7
65+	13	37	24	185	6,7	12,4	5,7
80+	2	6	4	200	1,0	1,9	0,9
Paesi in via di sviluppo	1.681	5.179	3.498	208	100,0	100,0	
60+	107	422	315	294	6,4	8,1	1,7
65+	65	286	221	340	3,9	5,5	1,6
80+	5	41	36	720	0,3	0,8	0,5

Fonte: elaborazione propria su dati: DESA, 2007

Tabella 5. Stime della massima longevità media raggiungibile da una intera popolazione

Fonte	Limite	Data di pubblicazione	Data di superamento	Paese e genere in cui è stato superato il limite
Fries	85,0	1980/1990	1985	Giappone, donne
Olshansky et al.	85,0	1990	1996	Giappone, donne
Banca Mondiale	90,0	1990		
Nazioni Unite	87,5	1999		
Olshanzky et al.	88,0	2001		

Fonte: E. Barbi (2007)

a quasi 1000 su 1000, con un valore della vita residua a 65 anni pari a 17,7 anni per gli uomini e 22,9 per le donne. I valori relativi all’Italia, pure eccellenti nel contesto mondiale, mostrano i margini di ulteriori guadagni, concentrabili pur sempre quasi esclusivamente nelle età anziane e vecchie per i paesi a bassa e bassissima mortalità.

L’azione congiunta, di cui s’è detto all’inizio, del declino della mortalità precoce e del controllo delle nascite indesiderate si concretizza nel fortissimo invecchiamento della popolazione, riconfermato dall’evoluzione della popolazione, sempre nell’arco temporale 1950-2005, delle classi d’età 60+, 65+, 80+. Se la popolazione mondiale totale ha sperimentato nelle ultime cinque decadi del 1900 un accrescimento pari al 57%, passando da 2 miliardi e mezzo circa di abitanti ai quasi 6 miliardi e mezzo del 2005, ben più consistenti sono gli incrementi relativi alle classi d’età più avanzate (tabella 4). Possiamo infatti osservare come nello stesso lasso temporale la popolazione di 80+ si sia accresciuta del 521%, più che raddoppiando il suo peso percentuale nella composizione complessiva della popolazione (dallo 0,5% all’1,3%). Meno intensi, ma fortemente accentuati anche gli incrementi percentuali delle classi d’età 60+ (+228%) e 65+ (+263%), che le hanno portato ad avere un significativo peso percentuale sulla popolazione planetaria pari, rispettivamente, al 10,4% e al 7,4%.

Anche per l’invecchiamento della popolazione, al di là dell’indiscutibile valore e significatività del dato di sintesi a livello planetario, risulta quanto mai necessario il dettaglio per gruppi di continenti, da cui spicca l’interessantissima evidenza per la quale il fenomeno demografico dell’invecchiamento della popolazione, seppur globalizzato, si giochi su due piani dinamici differenti e paralleli: la velocità e l’intensità. Se infatti nei Paesi sviluppati il processo di invecchiamento è cominciato prima, presentando conseguentemente pesi percentuali, nella composizione della popolazione anziana e vecchia, de-

cisamente superiori a quelli riscontrabili nei Paesi in via di sviluppo, nondimeno questi ultimi “stanno invecchiando e invecchieranno” con un velocità molto più elevata.

3. Quale futuro per la demografia dell'invecchiamento?

Se il presente – per consistenza, diffusione e determinanti demografiche dirette e contestuali indirette – appare sufficientemente catturabile dalle varie traiettorie interdisciplinari che si rincorrono nel descrivere, nell’interpretare e nello spiegare origine ed evidenza fenomenologica dell’invecchiamento della popolazione, estremamente difficile e problematica si prospetta una proiezione che sappia essere lungimirante sull’incerta definibilità di una durata massima della vita per un’intera popolazione, così come sull’evoluzione del numero medio di figli per donna.

Per quanto riguarda il primo aspetto, in effetti, benché fin dagli anni Ottanta autorevoli studiosi si siano scientificamente sfidati nello stimare un valore massimo per una aspettativa di vita media, alcuni di tali valori hanno già dimostrato la loro fallacità, sconfessati dal positivo incedere della sopravvivenza umana nell’infrangere età-limite di volta in volta ricollocate a età più avanzate (tabella 5). Interessate sottolineare poi, a tal proposito, come sia le stime di Fries (1980) sia quelle di Olshansky et al. (1990) siano state superate dalle donne giapponesi – rispettivamente nel 1985 e nel 1996 – quali rappresentanti del Paese che ancora oggi è il più longevo del Pianeta.

A quando dunque l’ulteriore sorpasso delle nuove stime-limite fissate per la longevità umana, concentrate fra gli 87,5 e i 90 anni? E d’altra parte davvero anche queste stime rappresenteranno soltanto delle soglie di passaggio verso ulteriori limiti “temporanei” alla longevità umana?

Secondo le stime Onu 2007 (tabella 6), nei prossimi 40 anni per la popolazione del mondo l’incremento dell’aspettativa media della vita potrebbe essere di 10 anni (+15%), per arrivare a 75 anni,

quale media attesa fra i 65 anni africani e gli 88 giapponesi. Sebbene sia confortante notare come il *range* fra il paese più longevo e quello meno longevo andrà restringendosi di ampiezza, passando da 33 a 23 anni, l’Africa presenterebbe nel 2045-2050 una durata media della vita (65 anni), già superata o quasi raggiunta, nel 2000-05, dalla quasi totalità dei Paesi del Pianeta. Quantunque l’incremento africano sia atteso come decisamente il più considerevole nei decenni a venire, con 16 anni di guadagno in anni medi di vita (+33%), ben 23 anni saranno mediamente gli anni che un giapponese si aspetterebbe di vivere in più rispetto a un africano. Il Giappone infatti, nelle proiezioni Onu, al 2045 raggiungerebbe la soglia degli 88 anni, individuata dalle stesse stime Onu, nonché dall’Olshansky, come la soglia massima per la longevità delle popolazioni.

Se tale stima si dimostrasse esatta, proiezioni spostate ancora più in avanti temporalmente prefigurebbero Paesi via via prossimi alla soglia degli 88 anni medi con incrementi decrescenti, fino ad annullarsi del tutto una volta raggiunta l’età stimata come massima per la longevità media. Peraltro, se la velocità di recupero dei differenziali in termini di longevità media si attuasse con i ritmi già attesi per i prossimi decenni, i tempi di omogeneizzazione fra i Paesi si prospetterebbero molto più ridotti.

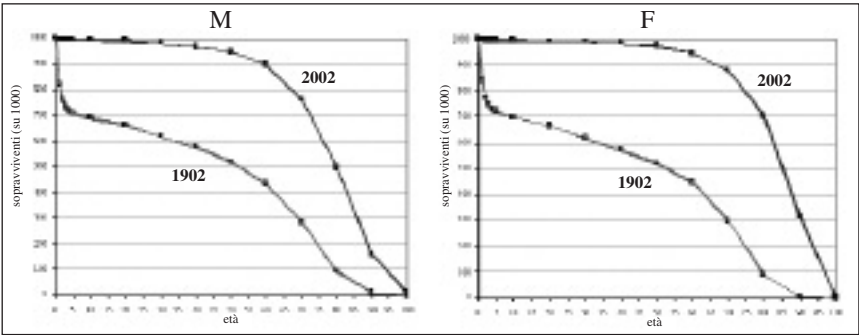
La potenzialità in termini di “guadagno in anni medi vissuti”, in relazione a una stima per la soglia massima della durata media della vita, può essere ben visualizzato analizzando la curva dei sopravvissuti per classi d’età con una sorta di “area della vita” (figura 3) costruita come superficie del “rettan-

Tabella 6 – Durata media della vita in anni in alcune regioni del mondo, 2000-05 e prevista al 2045-50

Area o paese	2000-05	2045-50	Incremento	Incremento %
Mondo	65	75	10	15
Paesi sviluppati	78	84	6	8
Europa	78	83	5	6
Giappone	82	88	6	7
Stati Uniti	77	82	5	6
Canada, Australia, N. Zelanda	80	85	5	6
Economie in transizione	65	74	9	14
Unione stati indipendenti	65	74	9	14
Europa sud-orientale	74	80	6	8
Paesi in via di sviluppo	63	74	11	17
America Latina e Caraibi	72	79	7	10
Asia orientale e Pacifico	70	78	8	11
Asia meridionale	63	75	12	19
Asia occidentale	68	78	10	15
Africa	49	65	16	33
Differenza max-min	33	23		

Fonte: elaborazione propria su dati: DESA, 2007

Figura 3. Sopravvissuti per sesso, Italia, tavole di mortalità, 1902 e 2002



Fonte: Istat, Annuario statistico, anni vari

golo età per sopravvivenuti". Si può intuitivamente osservare come se su 1.000 individui di partenza (100% della generazione) tutti e 1.000 raggiungessero l'età massima fissata in questo caso a 100 anni (100% dei sopravvivenuti a 100 anni), gli anni vissuti corrisponderebbero al 100% degli anni possibili.

Ragionando infatti in termini di area, considerando che gli anni vissuti corrispondono all'area sottostante la curva dei sopravvivenuti alle diverse età, i 1.000 sopravvivenuti da 0 a 100 anni costituirebbero un'area effettiva (ossia l'area del rettangolo, e quindi l'area degli anni vissuti) pari al 100% dell'area possibile (ossia l'area ipotetica per la quale tutti i 1.000 individui di partenza raggiungono i 100 anni di età). Comparando dunque in questa logica per "area vissuta" la curva dei sopravvivenuti italiani del 1902 e quella del 2002, riprodotte dalle tavole di mortalità Istat, si può osservare agevolmente come l'area contenuta fra la curva del 2002 e quella del 1902 rappresenti gli anni di vita "riguadagnati" dai sopravvivenuti del 2002 rispetto a quelli del 1902. Tuttavia, a loro volta i 1.000 del 2002 "sprecano" in termini di anni vissuti un'area corrispondente alla superficie compresa fra il confine superiore della curva di sopravvivenza al 2002 e i confini del rettangolo "di vita massima". La do-

manda sorge dunque spontanea: sarà possibile, e come, riguadagnare gli attuali anni tuttora "sprecati"? E ancora: che tipo di anni sarà possibile riguadagnare, tenendo conto dell'evidenza empirica per la quale gli anni "tuttora disponibili" coincidono con età in cui si riscontra praticamente in tutte le persone almeno una malattia cronica? E di più: è fantascientifica o futuribile l'ipotesi e la prospettiva di "spostare il muro della vita media", ridisegnando l'ascissa finale del rettangolo oltre l'età qui fissata tentativamente a 100 anni?

Nella costruzione di varianti per le proiezioni di longevità è dunque fondamentale considerare attentamente come possibili discontinuità positive, che rompano le barriere dei massimi a oggi raggiunti, possano combinarsi con altrettanto possibili discontinuità negative che eserciterebbero, a loro volta, una forza contraria nel rallentare la corsa al prolungamento della vita (Box 1). Così, se strumenti diagnostici sempre più efficaci e affidabili, in sinergia con medicine *ad hoc* tarate su una popolazione anziana e vecchia, così come una maggior accessibilità di avveniristiche tecniche terapeutiche rappresenterebbero elementi positivi per la riduzione di alcune cause di mortalità in età avanzata, la comparsa di nuove epidemie, un indebolimento della tenuta fisica dovuto a fenomeni di accumulato negli anni di

inquinamento, così come la diffusione di comportamenti altamente dannosi per la salute del corpo (es. abitudini alimentari sregolate, abuso di sostanze stupefacenti, tabagismo, poca pratica sportiva ecc.) vanificherebbero in tutto o in parte il potenziale di alcune discontinuità positive.

Ancora per riconfermare come le "strategie della morte" preservino somiglianza anche a grande distanza temporale, e come quindi alcune "tipologie di discontinuità" nei suoi parametri di azione possano riproporsi pur nello scorrere dei secoli, è interessante osservare come lo studioso Toaldo punto di riferimento, già come accennato, per la costruzione delle pionieristiche *tavole di vitalità* del XVIII secolo, si concentrò anche nell'analizzare come sulla mortalità influiscano fattori climatici, di censo, epidemiologici. Elabora infatti il nostro: "per esempio, nello spogliare i registri della sanità, ho osservato incontrarsi spessissimo nello spazio d'una o due settimane, molti morti della medesima età, non solo d'anni, ma di mesi e giorni; ciò che prova, che una data qualità di stagione, aspra, fredda, umida [...] fa un'impressione sui dati individui che dall'età stessa sono disposti a riceverla [e che] certe epidemie affettano più le persone d'una classe che d'un'altra [...]. [Come pure] chi voglia investire un Capitale sopra una vita, avrà ragione, se sceglie la vita d'un Ebreo" (Toaldo, 1787, p. 51). Basti a tal proposito sottolineare come all'epoca di Toaldo, se un parrochiano di Monte all'età di 50 anni avesse probabilità di vivere altri 16 anni, uno di Piano 14 e uno di Città 18, alla stessa età un monaco poteva aspettarsi di vivere altri 20 anni, una monaca 23 e un ebreo 25.

Come accennato nell'individuazione dei principali *trend* demografici, una delle determinanti dell'invecchiamento della popolazione – la contrazione del numero delle nascite largamente dovuta al declino della fecondità – ha rappresentato e potrebbe continuare a rappresentare elemento primario nel progressivo e rapido sfoltimento delle classi più giovani della popolazione. Imprescindibile dunque, nell'elaborazione di un'ipote-

Box 1. Le prospettive per la longevità media degli individui

A. Possibili discontinuità positive

1. Successi sostanziali e ricorrenti nella ricerca di base (con particolare riferimento alla biogenetica e alle biotecnologie);
2. cure efficaci, semplici, economiche e facilmente accessibili legate alla cellule staminali, all'ingegneria genetica e alle nanotecnologie;
3. strumenti diagnostici ancora più efficaci e affidabili;
4. medicine testate su e prodotte per anziani e vecchi;
5. attività fisica lungo l'intera vita e maggior cura per il corpo;
6. più intensa attività preventiva legata a miglioramenti nella nutrizione e negli stili di vita.

B. Possibili discontinuità negative

1. Effetti negativi di accumulo di fenomeni di inquinamento dell'aria, dell'acqua, del cibo;
2. effetti iatrogeni di medicine prese lungo decenni per contrastare le malattie croniche;
3. comparsa di nuove, inattese e imprevedute epidemie (come può succedere o è successo per l'AIDS, per il virus H5N1, nuove forme di tubercolosi);
4. eccessiva "venerazione" del corpo;
5. accresciuta diffusione di droghe, doping, obesità soprattutto fra le giovani generazioni;
6. mutamenti climatici di larga scala;
7. insostenibilità del sistema di welfare legata all'invecchiamento della popolazione e/o a crisi economiche.

si complessiva sulla composizione futura per classi d'età della popolazione, la determinazione di accurate stime di fecondità.

A tal riguardo, le proiezioni elaborate dall'Onu (tabella 7) mostrano un percorso di allineamento che porterebbe, tanto le macro-aree quanto i vari Paesi del Pianeta, a un valore medio al 2045-50 intorno a 2 figli per donna, e perciò appena leggermente inferiore al livello di sostituzione (2,06) che assicura la crescita zero della popolazione. Si può dunque osservare come una sostanziale, e auspicata, convergenza del comportamento riproduttivo sarà raggiunta grazie a un decremento, nella media mondiale, di 0,6 figli per donna. Infatti fra il 2000 e il 2050 le proiezioni di fecondità per i Paesi sviluppati propongono una modesta ripresa pari a +0,2 figli per donna, mentre è assai più significativo, per intensità e popolazione coinvolta, il declino della fecondità nei Paesi in via di sviluppo, pari a -0,8 figli per donna.

Saranno decisive dunque le politiche di fecondità che programmeranno e attueranno i vari Paesi, politiche che, sebbene straordinariamente complesse, difficili e difficoltose qualunque dovesse essere il contesto, saranno indispensabili per attenuare le conseguenze demografiche di una fecondità troppo debole (o per converso troppo forte) nel sostenere un altrimenti insostenibile declino (crescita) della popolazione e una struttura della popolazione caratterizzata da classi d'età sempre più anziane: con una popolazione mondiale che al 2050 si ipotizza composta per il 22% circa da persone sopra i 60 anni, il 32% nei Paesi sviluppati, certo è che, oltre ad attente politiche di sostegno e valorizzazione dell'invecchiamento, fondamentali saranno altresì le difficilissime politiche della fecondità e delle nascite (tabelle 8-9).

Certamente, l'evoluzione della fecondità rappresenterà uno snodo focale per il passaggio da 6 miliardi e mezzo circa di abitanti a 9 miliardi nel 2050 (tabella 9). L'incremento atteso del 40% della popolazione mondiale, in aggiunta alle trasformazioni interne della sua

Tabella 7. Numero medio di figli per donna in alcune regioni del mondo, 2000-05 e previsto al 2045-50

Area o paese	2000-05	2045-50	Incremento	Incremento %
Mondo	2,6	2,0	-0,6	-23
Paesi sviluppati	1,6	1,8	+0,2	+13
Europa	1,4	1,8	+0,4	+29
Giappone	1,3	1,9	+0,6	+46
Stati Uniti	2,0	1,9	-0,1	-1
Canada, Australia, N. Zelanda	1,6	1,9	+0,3	+19
Economie in transizione	1,6	1,8	+0,2	+13
Unione stati indipendenti	1,6	1,8	+0,2	+13
Europa sud-orientale	1,6	1,8	+0,2	+13
Paesi in via di sviluppo	2,9	2,1	-0,8	-28
America Latina e Caraibi	2,5	1,9	-0,6	-24
Asia orientale e Pacifico	1,9	1,9	0	0
Asia meridionale	3,2	1,9	-1,3	-41
Asia occidentale	3,5	2,0	-1,5	-43
Africa	5,0	2,5	-2,5	-50
Differenza max-min	3,7	0,7		

Fonte: elaborazione propria su dati DESA, 2007

Tabella 8. Alcune conseguenze demografiche di varianti alternative della fecondità future in alcuni Paesi (2005-50)

				Annual average 2045-2050		2005-2050 population change		
	Fertility variant (on the left the 2005-05 values; on the right the 2045-50 values)			Births (000)	Deaths (000)	Ratio D/B	Less than 80	80 or over
Italy		High	2,35	689	820	1,19	-4.481	+289
	1,28	Medium	1,85	429	818	1,91	-11.951	-7.181
		Low	1,35	234	816	3,49	-18.518	-13.748
France		High	2,35	1.004	792	0,79	+8.289	+12.290
	1,87	Medium	1,85	647	789	1,22	-1.380	+2.621
		Low	1,35	368	786	2,14	-10.154	-6.153
China		High	2,35	23.097	19.089	0,83	+245.560	+331.345
	1,70	Medium	1,85	14.279	18.883	1,32	-9.322	+76.463
		Low	1,35	7.615	18.710	2,46	-230.370	-144.585
India		High	2,35	30.839	14.797	0,48	+741.748	+786.259
	3,07	Medium	1,85	19.581	14.347	0,73	+444.822	+489.333
		Low	1,35	10.941	13.981	1,28	+184.645	+229.156

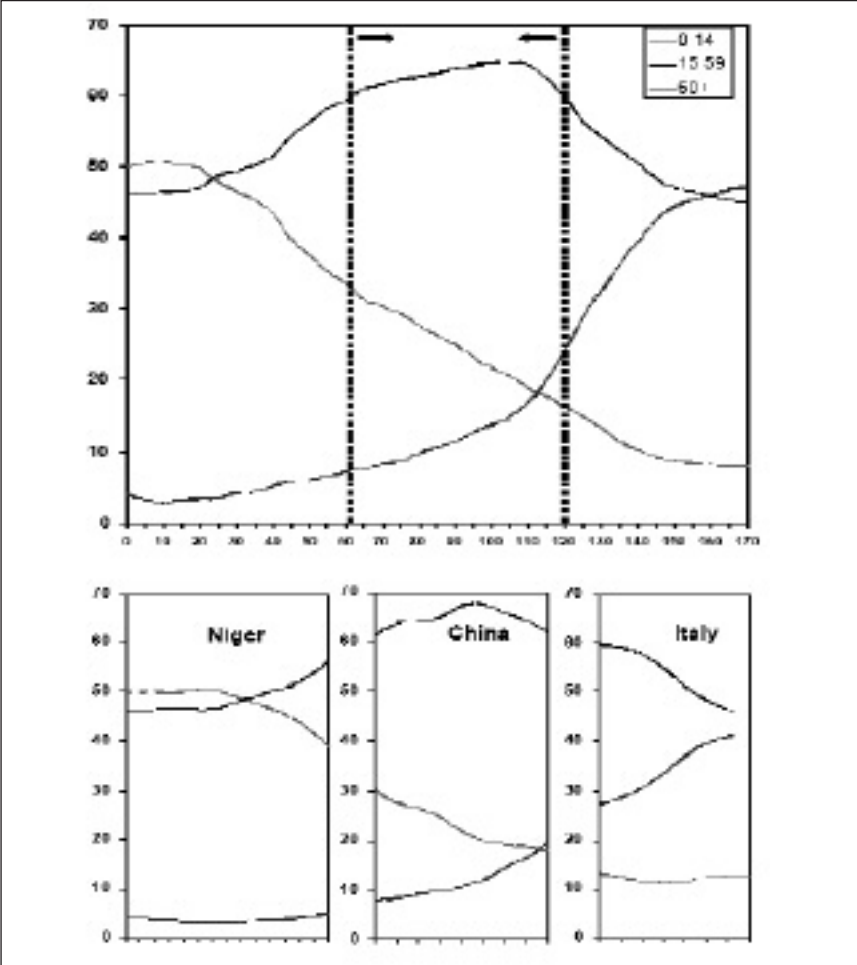
Fonte: UN, World Population Prospects. The 2004 Revision (medium variant), New York, 2005

Tabella 9. Popolazione, in migliaia di abitanti, totale, di età 60+, 65+, 80+ per il mondo e per gruppi di continenti e percentuale sul totale della popolazione, 2005 e prevista al 2050

Area o paese	2005	2050	Incremento	Incremento %	2005	2050	Incremento
Mondo	6.465	9.076	2.611	40	100,0	100,0	
60+	672	1.968	1.296	193	10,4	21,7	11,3
65+	476	1.465	989	208	7,4	16,1	8,7
80+	87	394	307	353	1,3	4,3	3,0
Paesi sviluppati	984	1.067	83	8	100,0	100,0	
60+	203	345	142	70	20,6	32,3	11,7
65+	153	280	127	83	15,5	26,2	10,7
80+	39	105	66	169	4,0	9,8	5,8
Econ. in transiz.	302	261	-41	-14	100,0	100,0	
60+	47	76	29	62	15,7	29,3	13,6
65+	37	56	19	51	12,4	21,4	9,0
80+	6	14	8	133	1,9	5,4	3,5
Paesi in via di sviluppo	5.179	7.748	2.569	50,0	100,0	100,0	
60+	422	1.547	1.125	267	8,1	20,0	11,9
65+	286	1.129	843	295	5,5	14,6	9,1
80+	41	275	234	571	0,8	3,5	2,7

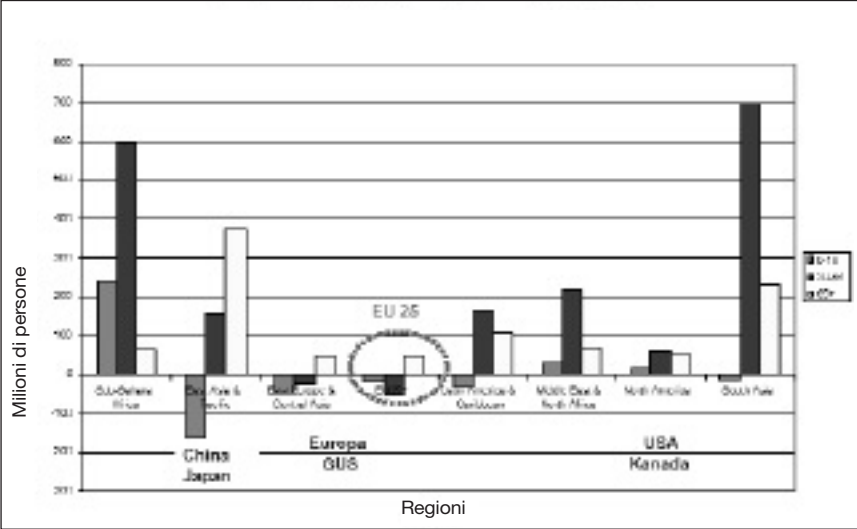
Fonte: elaborazione propria su dati DESA, 2007

Figura 4. Uno schema dell’evoluzione della struttura per età di una popolazione ipotetica, in accordo con transizioni demografiche giunte a conclusione (da un’alta fecondità e mortalità a una bassa fecondità e mortalità prolungata) e con riferimento a tre popolazioni attuali che attraversano differenti fasi della transizione demografica



Fonte: Golini, Marini, 2004

Figura 5 – Variazioni della popolazione per classi di età e regioni (2000-20050, milioni)



Fonte: Eurostat, 2005

composizione strutturale chiamerà infatti in causa anche la sostenibilità della popolazione sulla Terra in termini di risorse alimentari, energetiche, ambientali, come già le pur imperfette analisi del MIT degli anni Cinquanta ebbero a problematizzare nelle famose proiezioni del Club di Roma. Indiscutibile a tal riguardo la preoccupazione per un ulteriore, prospettato accrescimento di 2,5 miliardi della popolazione dei Paesi in via di sviluppo, se a tale incremento demografico (+50% in 50 anni) non dovesse corrispondere uno straordinario, necessario risanamento economico. Ma, d’altra parte, non minore è la preoccupazione per un ulteriore accrescimento di consumi non sostenibili da parte dei Paesi sviluppati.

Nel considerare le intersezioni multidisciplinari necessarie per affrontare l’invecchiamento demografico presente, prossimo e venturo – globalmente inevitabile, sebbene differenziato per rapidità e intensità nelle varie parti del mondo – risulta necessario, come già anticipato, individuare correttamente che cosa significhi, fra l’altro, “equilibrio economico”. Come è noto, in effetti, i circoli virtuosi dell’economia discendono sempre da un costante e più o meno ondivago riassetarsi del sistema produttivo in senso lato, in risposta alla domanda, sempre in senso lato, che a essa rivolge un generico “consumatore”, sia esso inteso come un individuo o come una collettività. La sfida a cui sarà dunque chiamata, fra le altre, l’economia, consisterà pertanto sia nel riorganizzarsi al suo interno per garantire una sostenuta e sostenibile crescita del Pil nonostante i cambiamenti strutturali della popolazione, sia nel riorientare la sua offerta in risposta alle mutevoli esigenze della domanda – interpretabile come dinamica domanda di beni e servizi – di una struttura per età in continua, profonda trasformazione. L’invecchiamento della popolazione, da un punto di vista della ricaduta economica, investirà infatti tanto la “popolazione dei produttori” quanto quella dei “consumatori”.

Costruendo uno schema generale di evoluzione della struttura per età di un’ipotetica popolazione as-

soggettata alla prima e alla seconda transizione demografica – schema peraltro riconducibile a tre popolazioni attuali che attraversano differenti fasi delle transizioni demografiche Niger, Cina e Italia – (figura 4), possiamo in effetti osservare come nel giro di circa un secolo e mezzo la classe d’età 0-14 sperimenta un tracollo, in termini di peso percentuale, passando dal rappresentare il 50% della popolazione a meno del 10%.

È evidente come la popolazione con meno di 15 anni di età sia portatrice di una domanda peculiare, diretta e indiretta, di beni e servizi, che andrà via via a scemare a vantaggio di quella pertinente alle classi di età più anziane (60+), che nel 2050 potrebbero sostituirne il ruolo di “metà corpo” della popolazione, sfiorando la soglia del 50%. Importante osservare come la classe d’età 15-59, identificabile come la *working class*, segue un percorso a campana con un picco che può arrivare a superare il 60% della popolazione totale. È quello che si sta avendo in Cina dove al 2010 rappresenterà proprio più del 60% della popolazione, sostenendo vigorosamente un’economia in accentuata e rapida crescita; ma già quaranta anni dopo, risentendo dell’intensissimo calo delle nascite del passato risulterà collassata sotto l’impetuoso accrescimento della popolazione anziana, scivolando sotto la soglia del 45%. Ognuna di queste grandi classi di età, come accennato, nei suoi spostamenti, in termini percentuali e in valori assoluti, costringerà a ristrutturare equilibri economici consolidati, per fronteggiare nuove tipologie quali-quantitative di domanda di beni e servizi e avvalersi di mutate quali-quantitative risorse umane (figura 5).

Degna di nota, peraltro, come già precedentemente osservato, la relazione inversa, ben raffigurata dalla figura 6, fra il livello di invecchiamento attuale (sull’asse orizzontale) e l’invecchiamento atteso (sull’asse verticale), nel senso che dove l’invecchiamento attuale è già molto intenso (per esempio in Europa), allora l’aumento futuro degli ultrasessantenni sarà minore; e viceversa (per esempio l’Africa).

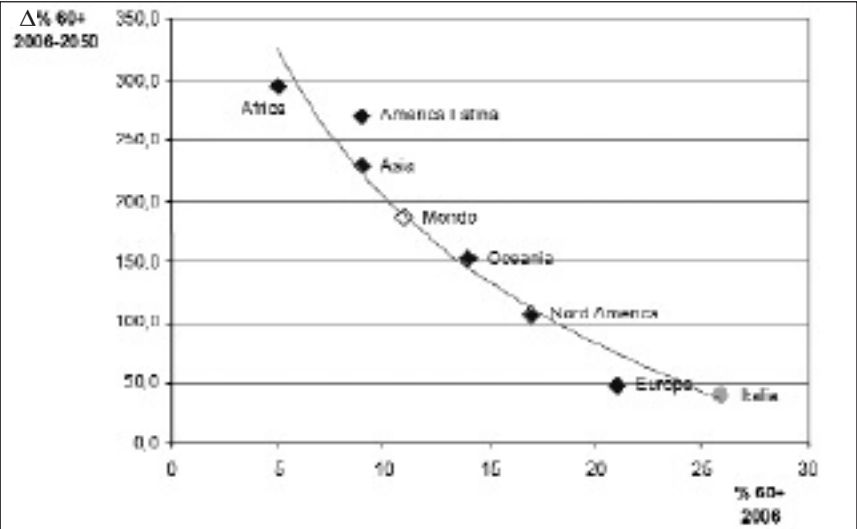
In tempi e modi diversi l’invecchiamento della popolazione sarà quindi elemento fortemente caratterizzante tutti i Paesi del Pianeta.

4. Quattro generazioni per una rivoluzione: un secolo di demografia degli anziani nel mondo

Quattro generazioni in circa cento anni: ancora un modo diverso di considerare tempi e protagonisti di una vera e propria rivoluzione demografica che va trasformando una classe di popolazione – quella anziana – in una vera e propria popolazione nella popolazione, per la progressiva consistenza assoluta,

percentuale e relativa (tabella 10). Sebbene infatti ancora fra il 1950 e il 2005, primo cinquantennio in cui si è andata consumando questa secolare *epopea*, il mondo e le sue diverse aree avessero sperimentato ancora un incremento superiore delle persone con meno di 60 anni rispetto a quelle di 60 anni e più - fenomeno particolarmente accentuato nei Paesi in via di sviluppo -, fra il 2005 e il 2050, le proiezioni Onu mostrano un incremento della popolazione con meno di 60 circoscritto ai soli Paesi in via di sviluppo, e ad ogni modo dimezzata rispetto a quella conosciuta nella prima frazione della *grey revolution*. La quasi attesa triplicazione delle persone con più di 60 anni, è dovu-

Figura 6. L’invecchiamento della popolazione: presente e futuro. Percentuale di 60+ al 2006 e incremento atteso tra il 2006 e il 2050



Fonte: elaborazione propria su Onu, 2006

Tabella 10 – Variazione attesa fra il 1950 e il 2050 della popolazione con meno di 60 anni e 60 anni e più

Area	Meno di 60 anni		60 anni e più	
	1950-2005		2005-2050	
Mondo	+3.479	+467	+1.315	+1.296
Paesi sviluppati	+213	+124	-59	+142
Economie in transizione	+83	+28	-70	+29
Paesi in via di sviluppo	+3.183	+315	+1.444	+1.125

Fonte: elaborazione propria su dati: DESA, 2007

ta, ancora una volta, alle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo, che, come già illustrato, sperimenteranno un invecchiamento caratterizzato da grande rapidità, affiancato da un invecchiamento intensissimo ma poco accelerato, tipico dei Paesi sviluppati. Il problema che si pone, quindi, è quello di fronteggiare un eccezionale incremento di popolazione anziana e vecchia con un modesto incremento (o addirittura un decremento) di quella giovane e adulta.

Alcune delle maggiori difficoltà legate a queste straordinarie trasformazioni demografiche (figura 7) risiedono nella capacità di riallo-

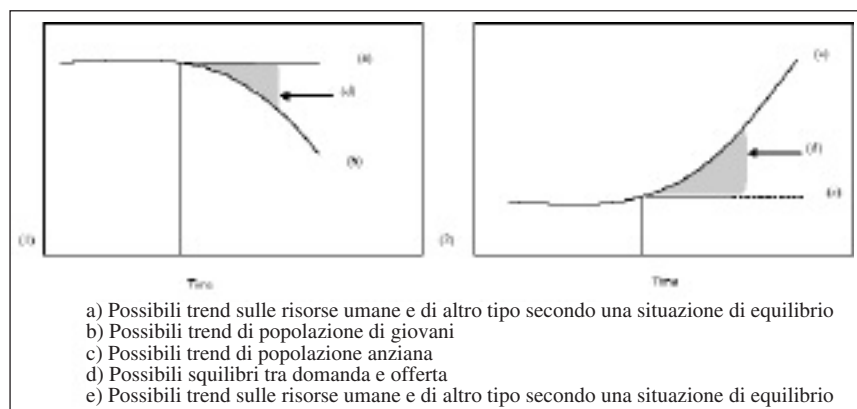
cazione *in itinere* di risorse umane, oltre che fisiche e finanziarie, che, se inerti nella loro offerta (a) (ad esempio la stazionarietà o addirittura l'incremento di insegnanti), non risponderebbero in modo congruo a un mutamento strutturale delle domanda (b) (una contrazione delle classi scolastiche per bassa fecondità e calo delle nascite), generando un'area più o meno ampia (d) di squilibrio fra domanda e offerta di beni e servizi. Discorso inverso nel caso-studio 2, in cui a fronte di un incremento di domanda portato sul mercato dei beni e dei servizi dalle persone anziane (c), l'inerzia dell'offerta (e) (ad esempio di geriatri, badanti) creerebbe un'area di

insufficienza del mercato delle risorse umane, oltre che fisiche e finanziarie, nei confronti delle esigenze di una crescente e quindi insoddisfatta nuova domanda.

In una visione di tipo "domestico" sarà dunque fondamentale la **rapidità del cambiamento**, della popolazione per classi di età e la parallela capacità di avere un simile tasso di cambiamento nelle risorse finanziarie, fisiche e umane destinate alle varie classi di età. La **risposta politica** non può pertanto essere confinata esclusivamente a quella demografica, ma deve inserirsi in un approccio globale che internalizzi nella programmazione tutti gli aspetti sociali ed economici.

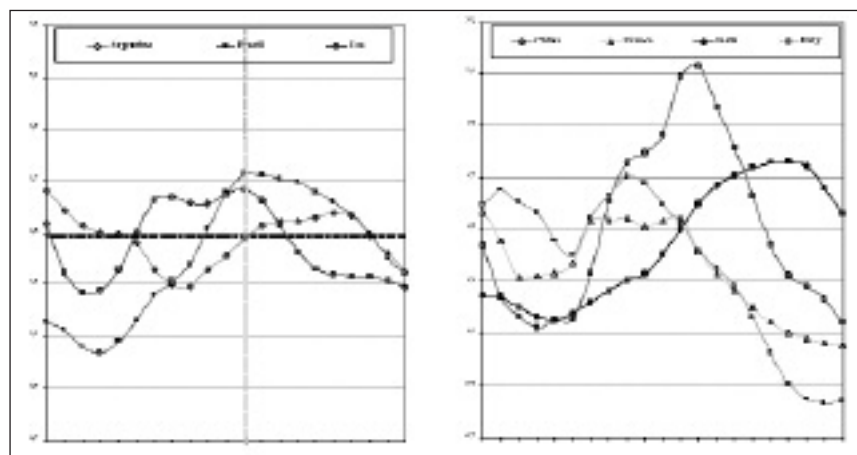
A livello internazionale, poi, per reggere l'impatto del ciclo demografico nell'arena mondiale, anche per governare meccanismi di concorrenza e competitività internazionale altrimenti perdenti in partenza, sarà inoltre fondamentale affrontare la complessa questione della contrazione del rapporto fra popolazione in età lavorativa e popolazione in età non lavorativa (figura 8), che nel corso dei prossimi decenni non risparmierà nessun Paese. Sarà inevitabile per tutti i Paesi una rivisitazione della soglia su cui fissare l'età per la quale una persona dovrà considerarsi "dipendente da" e non più "motore di" un sistema produttivo; riposizionare le soglie all'ingresso nel mercato del lavoro e al pensionamento sarà necessario per trovare risposta a una carenza altrimenti inevitabile di forza lavoro e, soprattutto, a uno squilibrio fra pensionati e lavoratori. Si tratta di agire sulla consistenza della popolazione in età lavorativa (WAP), allargandone i confini tanto nel trattenere al lavoro le età più avanzate, quanto nell'inserire rapidamente persone giovani ormai mature per il sistema: misure che sembrano corrette non solo economicamente, ma anche antropologicamente, socialmente, culturalmente e politicamente, ora che la durata della vita si è tanto prolungata. Non riesce facile capire, al di là della sostenibilità del sistema economico, il perché di una estromissione dal mercato del lavoro di persone ancora convenientemente e opportunamente impiegabili nella dinamica della produzione.

Figura 7. L'adattamento dinamico dell'economia e della società. Uno schema esemplificativo dello squilibrio fra la popolazione di specifici classi d'età e le risorse umane (per esempio insegnanti, pediatri, geriatri, nurses ecc.)



Fonte: Golini, 1993

Figura 8. Reggere l'impatto del ciclo demografico all'interno e nell'agone internazionale. Rapporto fra la popolazione in età lavorativa (15-59) e la popolazione dipendente (0-14; 60+) in sette Paesi a differenti stadi della transizione demografica (1950-2000; variante media delle proiezioni fino al 2050)



Fonte: UN, *World Population Prospects. The 2004 Revision*, New York, 2005

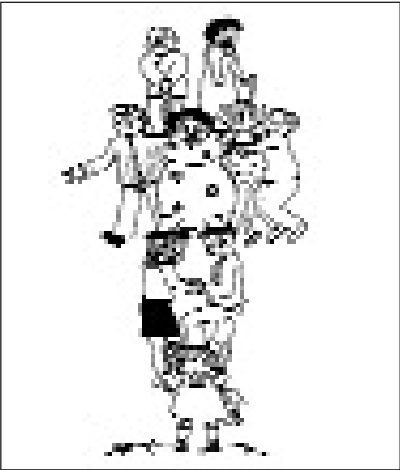
Certamente, anche nell’incremento della produttività (PIL/occupato) si può e si deve identificare un volano per sostenere una crescita del PIL altrimenti condannata a un doloroso declino (box 2).

Il forte aggravarsi del peso fra le persone “dipendenti per anzianità” e quelle in età lavorativa viene riconfermato anche circoscrivendo il raggio di analisi delle proiezioni, prima al contesto europeo (figura 9) e poi alla sola evoluzione, in valori assoluti, della popolazione italiana (figura 10), che si prospetta prepararsi a una fortissima contrazione della *working age population*, tanto in termini assoluti quanto percentuali.

5. Fronteggiare l’invecchiamento delle famiglie

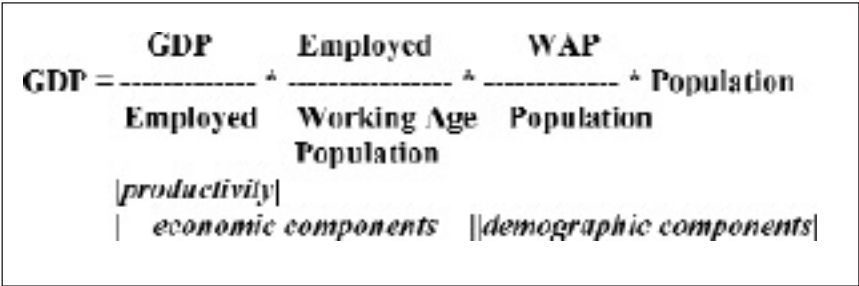
Non meno rilevanti si rivelano contestualmente le trasformazioni a livello delle unità di microaggregazione che costruiscono, in una loro ulteriore aggregazione superiore, quelle popolazioni di cui si studia l’invecchiamento: le famiglie intese in senso lato. Affrontare l’invecchiamento della popolazione significa infatti affrontare anche l’invecchiamento delle famiglie, che consiste nella coesistenza (non necessariamente convivenza) di 3-4 generazioni, non solo in un tipico nucleo familiare occidentale (figura 11), ma an-

Figura 11. La coesistenza di generazioni differenti in un nucleo familiare di un Paese occidentale (ma non solo)



Fonte: Golini 2003

Box 2. Demografia, invecchiamento e PIL



che per esempio nella popolazione cinese contemporanea, con tutte le ricadute in termini di “aspettative” che le generazioni più anziane riversano sui membri delle generazioni più giovani, spesso rappresentate addirittura da un figlio unico “schiacciato” dalla concentrazione sulla sua identità di tutte le proiezioni dei numerosi componenti adulti e vecchi della famiglia e dunque in precario equilibrio psicologico.

Peraltro, la moltiplicazione di famiglie con un unico figlio o addirittura senza figli (*child-free* “libere da figli”, secondo alcune discutibili derive femministe che peccano di “miopia sociale”) richiede una sempre più accentuata crescita di una solidarietà intragenerazionale fra gli anziani, da affiancare e implementare in parallelo alla tradizionale solidarietà intergenerazio-

nale che andrà necessariamente riducendosi sia per motivi demografici, sia per motivi sociali (fortissimo aumento di separazioni e divorzi che scompongono le famiglie di origine) (figure 12-13).

5. Conclusioni

Concludendo, le sfide presentate dall'invecchiamento demografico sono immense e richiedono tanto ai Paesi sviluppati quanto ai Paesi in via di sviluppo capacità importanti e diversificate.

In particolare, i **Paesi economicamente sviluppati** dovranno trovare, sviluppare e combinare le capacità di:

- far sopravvivere il sistema produttivo, reggendo all'impatto del loro ciclo demografico combinato con quello dei PVS;
- far sopravvivere il sistema di

sicurezza sociale reggendo all'impatto del ciclo demografico;

– saper trovare un diverso sistema di assistenza e cura per le persone vecchie disabili, non sembrando più sostenibile in futuro quello che in molti paesi è basato sulla famiglia, per motivi di alterazione del rapporto fra le generazioni, di modificazioni del quadro nosologico, di durata del periodo di assistenza, della sempre più frequente rottura e ricomposizione delle famiglie, della frequente inadeguatezza delle abitazioni di origine;

– tentare di far risalire la fecondità, anche al fine di parare per questa via un invecchiamento sempre più intenso;

– saper gestire un'immigrazione necessaria, ma che si preannuncia sempre più massiccia.

I Paesi con economie in sviluppo, a loro volta, dovranno trovare, sviluppare e combinare le capacità di:

– tenere in vita e migliorare il sistema produttivo, riuscendo a creare in pochi decenni *oltre un miliardo* di posti-lavoro *dignitosi* (cioè retribuiti con più di due dollari al giorno), reggendo quindi all'impatto demografico degli stessi PVS e ai problemi di competitività che si creano fra di loro;

– far nascere dovunque un sistema sanitario efficiente e universale;

– far nascere dovunque un sistema generalizzato di sicurezza sociale, reggendo alla straordinaria velocità del loro invecchiamento e alle difficoltà di crescita economica.

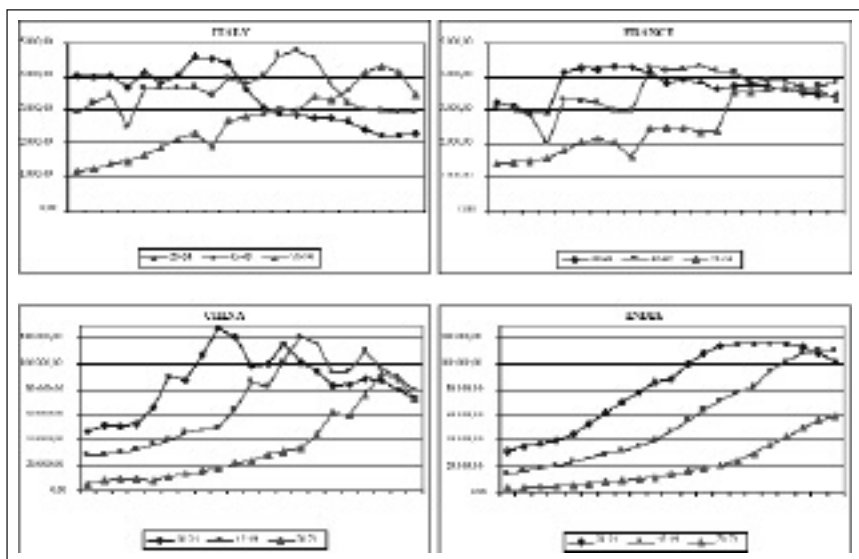
Queste sono sfide complesse, certamente. Ma il raccogliarle e affrontarle consentirebbe certamente sia ai Paesi sviluppati sia ai Paesi non ancora sviluppati di vivere le “intermittenze della morte” non soltanto senza eccessiva preoccupazione, ma anche con relativa tranquillità.

Sarà forse un atteggiamento necessariamente meno sapiente e articolato nei confronti degli iniziali “guadagni di vita” ad aver suggerito ai padri degli studi di mortalità di definire “di vitalità” e non “di mortalità” le prime tavole che analizzavano la sopravvivenza umana? Sarà perché ancora circondati da una frequentissima morte pre-

Figura 12. La moltiplicazione nelle famiglie della coesistenza di differenti generazioni



Figura 13. Una valutazione della coesistenza di tre generazioni (popolazione fra i 20-24, 45-49, 70-74 anni; in migliaia), 1950-2050, Italia, Francia, Cina, India



Fonte: UN, World Population Prospects. The 2004 Revision (medium variant), New York, 2006

coce, che già una aspettativa di vivere 60 anni costituiva traguardo sufficiente per definire una tavola di "vitalità" e non di "mortalità"? Ancora, sarà perché alla morte veniva riconosciuto di essere parte integrante del percorso umano sicché non strideva definire tavole di "vitalità" delle sequenze di numeri che testimoniavano della capacità di essere comunque vitali?

Impegno del futuro, dunque, forse anche il ritorno alla serenità di don Toaldo nel definire le sue come "tavole di vitalità": in cui la giusta speranza di prolungare la vita si accompagna al rispetto per il cammino umano di creatura mortale, che solo nell'accettazione di tale vincolo escatologico potrà realmente godere del significato profondo di riuscire ad attraversare con consapevolezza le diverse fasi di una vita.

Prof. ANTONIO GOLINI
Docente di Demografia
Facoltà di Scienze Statistiche,
Università "La Sapienza",
Roma, Italia

Alla stesura di questa relazione ha contribuito la dott.ssa Daria Squillante che qui sentitamente si ringrazia.

Bibliografia

Si è ritenuto utile produrre una bibliografia ampia, ma pur sempre assai limitata, sull'argomento piuttosto che l'elenco delle sole referenze bibliografiche richiamate nel testo.

ATTIAS-DONFUT C. (2000) (Ed.). *The Myth of Generational Conflict*. London/New York. Routledge.

AUERBACH A.J., KOTLIKOFF L.J. (1987), *Dynamic fiscal policy*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

BALDACCIO E., LUGARESI S. (1997), Social Expenditure and Demographic Evolution: A Dynamic Approach. *Genus*, vol. 53, No. 1-2 (January-June).

BARBI E. (2007), Il prolungamento della vita umana: realtà, prospettive, problemi (comunicazione personale).

BIGOT A., MUNNICH S.J.M.A. (1983), Psicologia dell'anziano, malattie a lungo termine e assistenza alle persone anziane, in: Brocklehurst J.C. (ed), 1983.

BOLDRINI M. (1934), Biometria e antropometria, A. Giuffrè editore, Milano.

BRAVO J. (1999), Fiscal Implications of Ageing Societies Regarding Public and Private Pension Systems. In *Population Ageing: Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries*, R. Cliquet and M. Nizamuddin, eds. New York: United Nations Population Fund; and Brus-

sels: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudien (CBGS).

BRUGIARINI A., PADULA M. (2001), Too much for retirement? Saving in Italy. *Research in Economics* 55, 39-60.

BUTLER R.N. (1988), Excellence, Efficiency, and Economy through Ageing Research, in: *Human Ageing Research, Concepts and Techniques*, Raven Press, New York.

CAIN L.D., SCHEYER W.J., JACKSON H.B. (1959), *The Sociology of Ageing: a trend report and annotated bibliography*, Current Sociology, 8.

CASELLI G., FROVA L. (1993), Baisse de la



mortalité et vieillissement de la population, Congres et colloques, n. 12, ined.

CASELLI G. (1993), Future longevity among the elderly: causes of death and survival at the dawn of the 21st century. An international perspective, Conference on Health and Mortality trends among elderly population, Sendai, Japan.

CHASSARD Y. (2003), "What policy approach to active ageing?" in *Active Ageing: what strategies to develop?*, Jepsen, M., D. Foden and M. Hutsebaut (eds.), European Trade Union Institute, Brussels.

CLARK M., ANDERSON B.G. (1967), Culture and Ageing: an Anthropological Study of Older Americans, Springfield, Illinois: C.C. Thomas.

CUTLER D.M., POTERBA J.M., SHEINER L.M., SUMMERS L.H. (1990), An ageing society: opportunity or challenge? *Brookings Papers on Economic Activity*, no 1, 1-73.

CUTLER R.G. (1975), Evolution of human longevity and the genetic complexity governing ageing rate. *Proc. Nat. Acad. Sci. Usa*; 72 (11): 4664-4668.

DE JONG-GIERVELD J., H. VAN SOLINGE (1995), Ageing and its consequences for the socio-medical society. *Population Studies*, No. 29. Strasbourg, France: Council of Europe Press.

DESA (2007), *Development in an Ageing World*, New York, United Nations.

FLORENZANO F. (1987), Terza, quarta e quinta età. Per una ridefinizione della terza età, *Alzheimer Longevità Geriatria*, 3/4.

FULOP T., WORUM I., CSONGOR J., FORIS G., VARGA P., LEOVEY A. (1985), Body Composition in Elderly People, *Gerontology*, 31.

GOLINI A. (1987), L'invecchiamento della popolazione italiana in un quadro internazionale, L'invecchiamento della popolazione in

Italia e nelle società occidentali, IRP-CNR, Roma.

GOLINI A. (2003), *La popolazione del pianeta*, Bologna, Il Mulino, 2ª edizione

GOLINI A., MUSSINO A. (1987), Individuazione e caratteristiche demografiche delle aree di malessere, Atti Convegno Sis, Perugia.

GOLINI A., LORI A. (1990), Aging of the population: demographic and social changes, *Aging*, vol. 2, n. 4.

GOLINI A., LORI A. (1991), L'invecchiamento della popolazione italiana in un contesto internazionale, in *L'anziano attivo*, Fondazione Giovanni Agnelli.

GOLINI A., VIVIO R. (1991), L'invecchiamento della popolazione. Problemi e modelli matematici di organizzazione sul territorio dei servizi di assistenza agli anziani, IRP-CNR Roma.

GOLINI A., VIVIO R. (1993), Strategie per la fornitura di cure agli anziani attraverso servizi sociali e sanitari, Conference on Health and Mortality trends among elderly population, Sendai, Japan.

GOLINI A. (1993), Demografia dell'invecchiamento. In *Crepaldi G. Ed: Trattato di gerontologia e geriatria*, Torino, Utet.

GOLINI A. (1998), "How Low Can Fertility Be? An Empirical Exploration", *Population and Development Review*, 24 (1)

GOLINI A., VIVIO R. (1994), L'invecchiamento della popolazione, in *L'invecchiamento (a cura di Gaetano Crepaldi)*, Le Scienze, quaderni, n. 79.

JEPSSEN M., D. FODEN, HUTSEBAUT M. (eds.) (2003), *Active Ageing: what strategies to develop?*, European Trade Union Institute, Brussels.

KINSELLA K., TAEUBER C.M. (1993), *An Ageing World II. International Population Reports*. Washington, D.C.: United States Bureau of the Census (P95/92-3).

ISTAT (2006), *Annuario statistico*.

LE BRAS H., (1976): Lois de mortalité et age limite, *Population* 3.

LÉGARE J., DESJARDINS B. (1987), Espérance de vie en bonne santé : construction et application, in: *Populations âgées et révolution grise*, Chaire Quetelet 86 (Département de démographie, Louvain-la-Neuve).

LÉGARE J., DESJARDINS B. (1987), Pour une remise en question de l'universalité de l'âge normal de la retraite, *European Journal of Population*, n. 3.

LEIBFRITZ W., ROSEVEARE D. (1996),

Ageing populations and Government Budgets, *The OECD Observer* N° 197, December 1996/January 1996.

LIVI BACCI M. (1987), Invecchiamento biologico e invecchiamento sociale, in *Invecchiamento della popolazione in Italia e nelle società occidentali*, Att., Convegni e seminari, 2, CNR, IRP, Roma.

MARCIL-GRATTON N., LÉGARÉ J. (1987), Vieillesse d'aujourd'hui et de demain. Un même âge, une autre réalité?, *Futuribles*, n.110.

MARIGLIANO V. (1994), La longevità. In atti del 95° congresso della Società Italiana di Medicina Interna, Edizioni L. Pozzi, Roma.

MONTALCINI R.L. (2001), L'asso nella manica a brandelli, Baldini&Castoldi, Milano.

OGG J., RENAUT S. (2005), Le soutien familial intergénérationnel dans l'Europe élargie. *Retraite et société*, 46, 30-59.

POLLARD J. (1979), Factors affecting Mortality and Length of Life, in *La Science de la population au service de l'homme*, Conférence sur la science au service de la vie, Vienna.

RIES W., POETHIG D. (1984), Chronological and Biological Age, *Experimental Gerontology*, vol.19.

SARACENO C., *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2003.

SCHNEIDER E.L. (1987), Theories of Ageing: a Prospective, in: Warner H.R. et al., *Modern Biological Theories of Ageing*, Raven Press, New York.

SCHOFIELD D., DAVIES I. (1983), Teorie

dell'invecchiamento, in: Brocklehurst J.C. (ed.), 1983.

SMITH V.K., TAYLOR D.H., SLOAN F.A. (2001), Longevity expectations and death: can people predict their own demise? *American economic review* 91: 1126-1134.

TOALDO G. (1787), *Tavole di vitalità*, Padova, Stamperia di Gio. Antonio Conzatti.

UNITED NATIONS (1994), Ageing and the Family. Proceedings of the United Nations International Conference on Ageing Populations in the Context of the Family, Kitakyushu, Japan, 15-19 October 1990. Sales No. E.94.XIII.4.

UNITED NATIONS (1999), Population Ageing 1999. Wall chart. Sales No. E.99.XIII.11.

UNITED NATIONS (2000), Below-Replacement Fertility. Population Bulletin of the United Nations. Special Issue Nos. 40/41. Sales No. E.99.XIII.13.

UNITED NATIONS (2001), International Strategy for Action on Ageing (2002). Draft text proposed by the Chairman of the Commission for Social Development acting as the preparatory committee for the Second World Assembly on Ageing at its resumed first session, New York, 10-14 December 2001. E/CN.5/2001/PC/L9.

UNITED NATIONS (2002), Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Secretariat. World Population Prospects. <http://esa.un.org/unpp>.

UNITED NATIONS (2005), World Population

Prospects. The 2004 Revision (medium variant), New York.

U.S. NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES (USA) (2001), A Research Agenda and New Data for an ageing world, http://www7.nationalacademies.org/cpop/New_data_ageing_world.html.

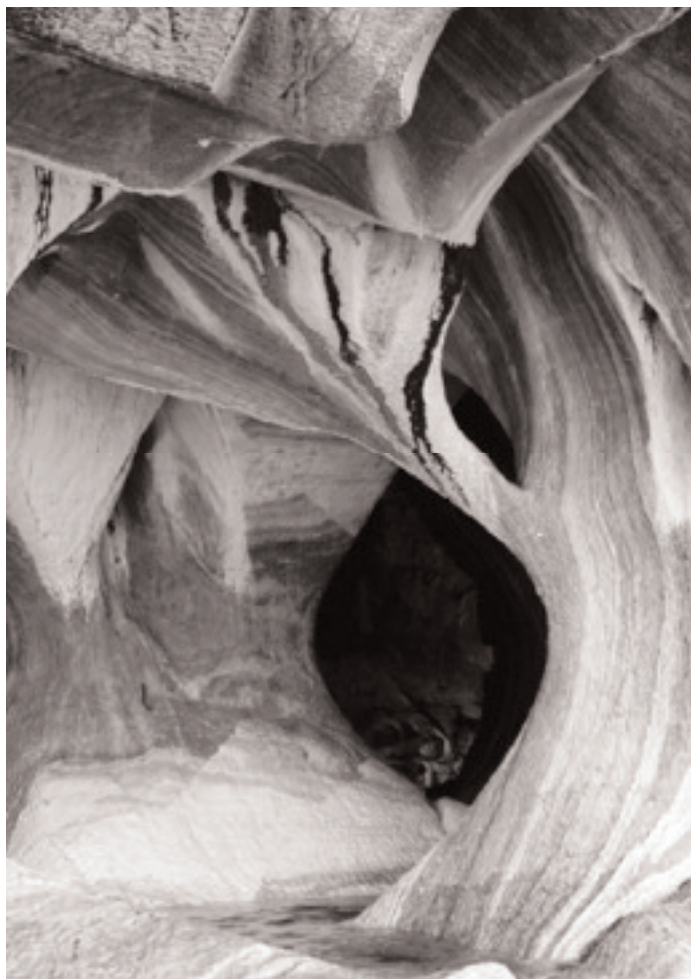
WORLD HEALTH ORGANIZATION 1985, Les personnes âgées dans onze pays, Enquête médico-sociale, La santé publique en Europe 21.

WORSLEY R. (1996), Age and Employment, *Age concern*.

Note

¹ Da sottolineare a riguardo il successivo superamento di proiezioni o ipotesi sulla durata massima della vita media (ad esempio Bourgeois Pichat) che comunque segnalavano una progressivo invecchiamento della popolazione in favore di classi d'età più anziane (Golini 2003).

² Questa importantissima sfumatura concettuale può essere meglio colta osservando come l'età massima individuale alla morte si sia ad esempio attestata, nel trentennio italiano 1973-2003, su una soglia a scarsa oscillazione: 110 anni nel 1973 (la prima ultracentenaria originaria del Lazio); 111 anni nel 1991 (un uomo calabrese); 112 anni nel 2002 (un uomo originario della Sardegna); 113 anni nel 2003 (un uomo di origine pugliese).



ROBERTO BERNABEI

3. L'assistenza spirituale dell'anziano malato

Negli ultimi trenta anni si è verificato un radicale cambiamento delle abitudini di vita e dello stato culturale e sociale della popolazione generale. Programmi di prevenzione e di screening delle patologie neoplastiche, campagne di promozione e di educazione alla prevenzione del rischio cardiovascolare, hanno cambiato le cause di malattia e di morte nella popolazione anziana. Questo fenomeno ha portato a una riduzione della mortalità per patologie cardiovascolari, stroke, incidenti domestici, e un aumento della mortalità per patologie polmonari e diabete. Considerando inoltre, il costante allungamento della vita media della popolazione sia nei Paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo, con un aumento della percentuale di soggetti di età superiore agli 80 anni, la spesa sanitaria e l'impegno sociale e assistenziale hanno subito l'influsso di questa tipologia di paziente.

L'età avanzata, la polipatologia, il rischio di compromissione fisica, la sarcopenia, la disabilità, l'handicap o compromissione funzionale "sociale" costituiscono gli elementi caratterizzanti della cosiddetta "fragilità" dell'anziano. La disabilità fisica e la disabilità sociale sono in stretto rapporto con la dipendenza.

Sulla base di queste considerazioni viene a delinearsi la specificità del paziente geriatrico e cioè di un individuo in età avanzata, affetto da varie patologie concomitanti, dove lo stato funzionale, la qualità di vita e la prognosi dipendono anche da fattori non fisici quali la condizione cognitiva-neuropsicologica e la situazione economica, sociale ed ambientale che ne rendono difficile l'approccio e l'assistenza.

L'incremento della disabilità implica inoltre, un aumento nella richiesta di servizi finalizzati al-

l'assistenza e al sollievo degli anziani nonché una necessaria pianificazione dell'intervento attraverso la giusta utilizzazione delle risorse disponibili. Da un punto di vista clinico, l'anziano fragile ha bisogno di una integrazione di servizi sanitari e sociali finalizzati a realizzare, attraverso diverse figure professionali, un piano di intervento individualizzato tramite una adeguata valutazione delle aree problematiche del paziente stesso.

La letteratura internazionale ha ormai da molto tempo chiarito che la multidimensionalità e l'interdisciplinarietà dell'intervento stabiliscono la specificità di azione della geriatria.

Risulta pertanto indispensabile dotarsi di strumenti valutativi che coprano queste diverse dimensioni e che garantiscano un intervento professionale globale ed individualizzato, contemporaneamente preventivo, curativo, riabilitativo.

La figura del geriatra si è andata nel tempo delineando soprattutto alla luce di alcuni studi che hanno dimostrato come la presenza di un geriatra e di una Unità Valutativa Geriatrica all'interno dei reparti ospedalieri, consentiva una riduzione della riospedalizzazione dei pazienti, una riduzione della mortalità nonché una riduzione dei costi.

È ormai storico lo studio di Rubenstein in cui sono stati messi a confronto due gruppi di anziani randomizzati, in cui il gruppo "trattato" era costituito da anziani che venivano valutati con strumenti di Valutazione Multidimensionale (VMD) e seguiti dalla Unità Valutativa Geriatrica (UVG), mentre il gruppo di "controllo" era costituito da anziani che ricevevano un trattamento convenzionale, senza VMD e UVG.

I risultati ottenuti sono stati:

– una sopravvivenza a 1 anno del 70% nel gruppo seguito dal-

l'UVG contro il 50% del gruppo di controllo;

– una riduzione significativa della mortalità a 2 mesi (-41%) e a 6 mesi (-36%) nel gruppo seguito dalla UVG rispetto ai controlli;

– il 73% dimessi a casa, contro il 53% dei controlli;

– il 12,7% trasferiti in RSA contro il 30% dei controlli;

– una ridotta spesa globale in un anno per prestazioni sanitarie: (risparmio di 5.229 dollari paziente anno).

Alla luce di queste evidenze si è andato sempre più definendo il concetto di lavoro in team attraverso un'unità valutativa al cui interno vi è la figura del geriatra che, tramite il sistema del "case management" e attraverso adeguati strumenti di Valutazione Multidimensionale, realizza un piano di intervento finalizzato al miglioramento della qualità di vita del paziente e all'ottimizzazione delle risorse disponibili, attraverso interventi finalizzati alla prevenzione di tutti i fattori che possono incidere sul livello di autosufficienza, sulla cura delle malattie e sulla riabilitazione.

Per VMD si definisce una metodologia di indagine che tramite una vasta gamma di test, misurazioni e scale di valutazione, capaci effettivamente di individuare il problema o le aree problematiche che si intendono valutare, si affianca al normale inquadramento nosologico delle patologie del paziente permettendone una più globale e approfondita conoscenza, in particolare, sui piani funzionale, cognitivo e sociale.

Essa valuta in modo standardizzato e interdisciplinare le diverse aree problematiche dell'anziano "fragile", al fine di identificare con precisione i problemi ed elaborare un piano di assistenza che ne determini la risoluzione.

La VMD in quanto tale deve garantire:

- l'identificazione dei bisogni e delle problematiche assistenziali del singolo paziente;
- la guida alla identificazione degli obiettivi assistenziali ("problem solving");
- la programmazione degli interventi assistenziali (prevenzione, cura, riabilitazione);
- la verifica degli obiettivi raggiunti (follow-up).

La metanalisi di Stuck e collaboratori ha dimostrato una riduzione del 28% della mortalità nei pazienti seguiti con la valutazione multidimensionale, una riduzione del tasso di ospedalizzazione e ri-ospedalizzazione, un miglioramento dello stato fisico e cognitivo, una riduzione del tasso di istituzionalizzazione.

Sulla base di queste premesse, si evidenzia la necessità di un approccio metodologico nuovo, orientato alla globalità dei problemi di cui l'anziano a rischio di non autosufficienza è portatore, e dell'utilizzo di strumenti valutativi multidimensionali che garantiscano un intervento professionale.

L'analisi della letteratura, in campo di valutazione geriatrica e non, offre una gamma di strumenti molto ampia che risultano essere sicuramente idonei, ma specifici e settoriali. Gli strumenti di valutazione tradizionali valutano in maniera descrittiva le singole aree problematiche dell'anziano e hanno come limite principale quello di non condurre in maniera guidata a un piano di intervento, di essere descrittivi di una singola area problematica e di non garantire un rapido confronto tra diverse esperienze assistenziali e diversi setting assistenziali.

Gli strumenti di VMD di seconda generazione sono strumenti omnicomprensivi, che guidano verso una corretta diagnosi eziologica delle problematiche evidenziate, che conducono a un migliore piano di assistenza individualizzato, che garantiscono il monitoraggio dello stato di salute, e che consentono la realizzazione di un database (che a sua volta significa confronto, controllo di qualità, trasferibilità dei dati).

La necessità di uno strumento

omnicomprensivo che valutasse tutte le aree problematiche dell'anziano residente e includesse anche le sue capacità residue insieme alle preferenze e al grado di coinvolgimento in attività varie è stata risolta dall'elaborazione del Resident Assessment Instrument (RAI).

Il RAI (VAOR in Italia) è lo strumento di valutazione multidimensionale elaborato da più di 80 esperti su mandato del Congresso degli Stati Uniti a seguito della legge OBRA del 1987.

Scopo del VAOR è creare, attraverso una valutazione globale dell'ospite guidata dalle domande contenute nel Minimum Data Set (MDS) e sintetizzata nelle risposte agli item proposti, le basi per l'elaborazione di un piano di assistenza individuale che consenta di raggiungere e/o mantenere il massimo livello possibile di funzione fisica, mentale e psico-sociale.



La scheda di valutazione per l'assistenza domiciliare, validata anche nella versione tradotta in italiano, VAOR-ADI, permette la valutazione globale dell'anziano e, integrata con i diversi Protocolli di Valutazione del Cliente (PVC), identifica tutti i diversi problemi sanitari e non del paziente.

La compilazione dell'MDS con i suoi 300 item non è in sé conclusiva o solo "descrittiva" dell'anziano attraverso le risposte positive/negative alle valutazioni in essa contenute. Le risposte sono "pesate" dai diversi PVC (in automatico

per mezzo di software applicativo) per diventare indicatori automatici o potenziali di un problema e/o di un bisogno assistenziale.

Ovviamente tale sistema, oltre a essere utile per la programmazione degli interventi assistenziali sul singolo paziente, rappresenta la base per una possibile archiviazione di tutti i dati.

Il sistema VAOR funziona, infatti, sia come facilitatore nelle decisioni clinico-assistenziali a livello del paziente, sia come strumento di raccolta dati standardizzato e validato, per la creazione di un database per studi di popolazione.

La creazione di banche dati che raccolgano informazioni di carattere demografico, clinico, sociosanitario, è assolutamente indispensabile per migliorare la programmazione dei servizi assistenziali per gli anziani, per migliorarne la qualità e consentire confronti non solo all'interno delle singole nazioni ma anche tra nazioni diverse.

Fino ad ora l'implementazione della famiglia di strumenti RAI ha consentito la creazione di un database internazionale che viene correntemente utilizzato per scopi di ricerca scientifica e monitoraggio della qualità dell'assistenza. Il gruppo di 58 ricercatori rappresentanti 25 nazioni impegnato a studiare gli strumenti di valutazione multidimensionale prende il nome di interRAI.

Oltre alla possibilità di definire fattori prognostici e valutazioni di specifici *outcome*, l'uso di un database permette il controllo di indicatori di qualità dell'assistenza fornita che mostrano cambiamenti nel tempo ("misure di incidenza"), o lo stato in un determinato momento temporale ("misure di prevalenza"). Alcuni indicatori di qualità offrono misure corrette per il rischio di base del paziente e inoltre hanno il vantaggio di consentire analisi comparative tra i pazienti all'interno dello stesso setting assistenziale in una stessa regione o tra diverse regioni geografiche.

Studi condotti con il database del RAI, hanno consentito di definire i fattori predittivi di mancato trattamento della terapia del dolore in pazienti oncologici, il rischio di mortalità legato alla mancata vaccinazione e la disabilità legata all'attività fisica ecc.

L'uso di un minimo comune denominatore, costituito appunto dall'impiego di eguali strumenti di valutazione/raccolta dati, è stato il punto di partenza per la realizzazione del progetto AD HOC (Aged in Home Care Project), finalizzato a determinare la migliore strategia disponibile di Assistenza Domiciliare all'anziano cercando di definire un modello di riferimento di Assistenza Domiciliare che possa rispondere al meglio ai bisogni degli anziani in Europa.

Confrontando i dati di 11 Paesi Europei è emerso come in Italia vengano arruolati in ADI pazienti estremamente compromessi dal punto di vista funzionale e cognitivo. Inoltre il supporto formale, calcolato in termini di ore settimanali di assistenza, è minimo rispetto ai bisogni e alle esigenze della popolazione in ADI. A tal proposito, i servizi di assistenza domiciliare vengono utilizzati solo dal 3% della popolazione anziana che rappresenta la percentuale più "pesante" in termini assistenziali. Tale dato indirettamente riflette la mancanza di disponibilità di strutture alternative di assistenza e la difficoltà per i servizi di cura domiciliare di gestire tali pazienti in maniera adeguata.

L'uso di strumenti di VMD è previsto all'interno della UVG, il cui nucleo fondamentale è costituito dal geriatra, dall'infermiere professionale, dall'assistente sociale, dal terapeuta della riabilitazione a cui possono aggiungersi il neurologo, l'ortopedico, l'oculista, lo psicogeriatra e, in rapporto alle necessità, il terapeuta occupazionale, il logopedista, l'audiologo, il dietista, il podologo e così via.

Il lavoro della UVG si realizza all'interno della rete integrata dei servizi socio-sanitari a favore degli anziani, che comprende – prime fra tutte – l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA); nell'ambito della UVG potrà esserci la figura del *case-manager* o coordinatore del caso, capace di effettuare, con strumenti adeguati, la valutazione multidimensionale e di stabilire con il medico di medicina generale e con tutti gli altri componenti della UVG, l'eleggibilità o meno, a uno o più servizi d'assistenza continuativa. Il coordinatore

del caso svolge un duplice compito: da un lato quello di sportello unico a cui l'anziano può rivolgersi per la valutazione dei suoi bisogni e la conseguente allocazione al servizio necessario, dall'altro quello di centro di coordinamento. Il coordinatore del caso dovrà essere in grado sia di effettuare la valutazione multidimensionale dell'anziano, sia la pianificazione degli interventi specifici attraverso l'elaborazione di piani individualizzati di assistenza.

Tale modello assistenziale è stato applicato nella realtà italiana nella ASL-Comune di Rovereto (TN), dove, attraverso un trial clinico controllato, si è visto l'impatto di un programma integrato di interventi domiciliari (sociale e sanitario) sull'istituzionalizzazione, sull'impiego dei servizi, sul consumo delle risorse e sul declino funzionale delle persone anziane "fragili" che vivono al proprio domicilio.

All'inizio della sperimentazione i soggetti del gruppo di intervento rispetto ai controlli non mostravano alcuna differenza significativa per quanto riguardava le variabili funzionali e cliniche, tuttavia a distanza di un anno, si è dimostrato che interventi integrati di assistenza domiciliare (sanitaria e sociale), implementati attraverso un team interdisciplinare che include tra gli altri il medico di medicina generale e un operatore professionale non medico con funzioni di *case manager*, sono in grado di ridurre il rischio di ospedalizzazione e la durata della degenza in ospedale o in RSA.

Inoltre, a parità di utilizzo delle risorse di assistenza domiciliare, i soggetti nel gruppo di intervento mostravano una riduzione significativa del declino funzionale e cognitivo; infine, il costo complessivo dell'assistenza per ogni singolo soggetto nel gruppo di intervento era significativamente minore rispetto ai controlli.

Analogamente l'implementazione di servizi assistenziali di tipo domiciliare basati sull'organizzazione dei servizi attraverso l'UVG ha dimostrato a livello nazionale una riduzione del tasso di ospedalizzazione e della durata della degenza, nonché dei costi ospedalieri attraverso una riduzione dei rico-

veri incongrui e delle riammissioni non pianificate che sono uno dei fattori che maggiormente pesa sulla spesa sanitaria.

L'efficacia dello strumento unico di valutazione multidimensionale contro strumenti convenzionali di valutazione delle singole aree problematiche è emersa ancora di più dopo l'esperienza di Bergamo dove sono state messe a confronto due metodologie di valutazione multidimensionale.

I pazienti "arruolati" nello studio, analoghi per caratteristiche generali, erano randomizzati all'interno dei due Distretti della ASL di Bergamo. Il Distretto 1 utilizzò come strumento di VMD il VAOR-ADI (gruppo di intervento), il Distretto 2 adottò gli strumenti convenzionali di valutazione geriatrica per lo stato funzionale (ADL e IADL index) e per lo stato cognitivo (MMSE). Indipendentemente dal gruppo di appartenenza, tutti i pazienti considerati eleggibili per il programma di assistenza domiciliare ricevevano interventi di *case management* e pianificazione dell'intervento da parte dell'unità valutativa geriatrica territoriale e da parte dei medici di medicina generale.

Le differenze tra il gruppo di intervento e quello di controllo sono risultate statisticamente significative per quel che riguarda le performance funzionali e cognitive, migliorate nel gruppo di intervento in cui si registrava inoltre un aumento dell'utilizzo dei servizi di aiuto sociale e una riduzione del tasso di ospedalizzazione e dei giorni di ricovero ospedaliero.

Risulta pertanto evidente come, nell'approccio a un paziente con un'età superiore ai 75 anni, oltre che all'anamnesi e all'esame obiettivo accurato, è indispensabile realizzare una valutazione multidimensionale finalizzata a individuare problemi di natura clinica, laboratoristica e funzionale, che analizzino in maniera più completa le diverse aree problematiche dell'anziano.

Prof. ROBERTO BERNABEI
Direttore del Dipartimento
di Scienze Gerontologiche,
Geriatriche e Fisiche,
Università Cattolica
del Sacro Cuore, Roma;
Presidente della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

4. Origine delle malattie che influenzano l'anziano oggi

JOSÉ MANUEL RIBERA CASADO

4.1 Comportamento, stili di vita, dieta, maggiore speranza di vita

Tento di sviluppare in positivo il titolo che mi è stato assegnato. Per questo invece di riferirmi direttamente all'enunciato generico del simposio: "origine delle malattie che influenzano l'anziano" e alla parte dello stesso che mi è stato assegnato, "comportamento, stili di vita o dieta", centerò la mia presentazione su questi stessi punti ma a partire da una formulazione più positiva, che prenda come base le questioni che si riferiscono alla prevenzione. Per farlo, dividerò la mia trattazione in due parti. Nella prima, svilupperò alcune idee intorno a ciò che potremo considerare "un invecchiamento salutare", intendendolo come una specie di immagine speculare di quelle che sono le "malattie che influenzano l'anziano". Nella seconda parte tratterò del "comportamento" (lo "human behaviour" dal titolo della relazione) che deve avere come base atteggiamenti fondati sulla prevenzione. In questo contesto porrò la maggiore enfasi su quegli aspetti che si riferiscono agli stili di vita e alla propria dieta, come mi si sollecita.

1. Invecchiamento salutare: alcuni concetti

Sull'invecchiamento si possono fare molte considerazioni. Nel campo delle **evidenze** ne esistono alcune molto poco discutibili. Fondamentalmente tre. La prima è che si tratta di qualcosa a cui tutti aspiriamo. Per quanto negativa possa

essere la visione che ciascuna persona ha sulla vecchiaia, l'evidenza dimostra che tutti desideriamo raggiungerla. Nessuno aspira a morire giovane. Perfino quelli che più la rifiutano e che annunciano che non desiderano arrivare a essere vecchi, man mano che passano gli anni mai trovano il momento adeguato per fare il salto. Chi in verità non desidera raggiungere la vecchiaia è una minoranza poco significativa. Forse alcuni suicidi e, in quasi tutti i casi, con motivazioni di carattere eccezionale.

La seconda evidenza è di carattere demografico e suppone una novità in relazione con tutta la storia precedente dell'umanità. Fino al XX secolo oltrepassare una determinata età era un fenomeno molto raro alla portata di poche persone. Si viveva come qualcosa di singolare e non costituiva in nessun caso un fenomeno significativo nel contesto generale della società. La transizione demografica degli ultimi cento anni ci ha condotto a una società sempre più invecchiata dove una parte molto importante della popolazione arriva a età che erano impensabili appena qualche decennio fa. A questo riguardo vale la pena ricordare alcuni dati.

La speranza di vita media nei paesi dell'occidente europeo all'inizio del XX secolo era situata tra i 35 e i 40 anni, qualche anno in più nel caso delle donne. Cento anni dopo in questo stesso ambito geografico, questi valori superano gli 80 anni nelle donne e si avvicina-

nano a questa età negli uomini. Se a ciò aggiungiamo che si è ridotto drasticamente il numero delle nascite capiremo che il tasso delle persone sopra i 65 anni – l'età della pensione – è aumentato molto, situandosi secondo i paesi tra il 15 e il 18% del totale della popolazione. Oggi nell'Europa più sviluppata, per la prima volta nella storia, il numero delle persone che hanno più di 65 anni è superiore ai minori di 15 anni! Ci sono più vecchi che bambini!

A questa situazione hanno contribuito fattori molto diversi, alcuni dei quali hanno a che vedere direttamente con il mondo sanitario. Prima di tutto vanno analizzate le misure di salute pubblica, come la potabilità dell'acqua, una misura che non si diffuse fino all'inizio del XX secolo. Hanno contribuito anche i progressi epidemiologici e, in modo specifico, la conoscenza graduale dei diversi fattori di rischio contro, ogni tipo di malattia e la possibilità di confrontarsi con essi. Questo tema, l'entrata in scena dei cosiddetti "fattori di rischio" è ugualmente un altro fenomeno recente. Solo a partire dalla pubblicazione dei primi dati dello studio Framingham, negli anni Cinquanta del passato secolo, si inizia a parlare di questo. In più piccola misura hanno influito altri progressi più direttamente legati alla salute individuale, come quelli conseguiti nel campo della farmacologia, dell'anestesia o di tecniche chirurgiche. È importante che si tenga presente che per capi-

re l'invecchiamento della popolazione, insieme ai progressi nel mondo più direttamente associati alla salute hanno svolto anche un ruolo essenziale molti altri fattori direttamente derivati da ciò che potremo chiamare progressi sociali e sviluppo economico.

La terza evidenza in relazione con l'invecchiamento è la constatazione che con il passare degli anni si producono cambiamenti nel nostro organismo. Si tratta di modifiche molto importanti che esposte in modo semplificato si traducono abitualmente in perdite. Invecchiare equivale ad andare perdendo nel cammino per vie molto diverse buona parte dell'enorme margine di riserva funzionale con la quale arriviamo al mondo. Sono perdite che hanno in comune il fatto di renderci sempre più vulnerabili davanti a qualsiasi forma di aggressione, facilitando così la claudicazione organica, la comparsa della malattia, e, in ultimo termine, la morte.

Prima di proseguire merita la pena ricordare alcuni concetti di carattere demografico. Mi riferisco a ciò che chiamiamo **speranza o aspettativa di vita**. Si tratta di un'espressione "polisemica" che richiede di essere sottolineata in ogni caso. In primo luogo occorre parlare di ciò che in letteratura inglese è denominata "life span", che potremo tradurre come "**estensione di vita**", "**speranza o aspettativa di vita massima**". Si allude con questo al massimo periodo di tempo che nella migliore situazione possibile può raggiungere la vita di un determinato individuo o animale. È un top differente per ogni specie animale, ma comune per tutti i diversi individui della stessa e ha sperimentato solo alcune piccole modifiche nel tempo. In tutti i periodi della storia e in tutte le specie animali, sono esistiti individui eccezionali che, in una proporzione molto minoritaria, sono riusciti a raggiungere questo limite. Per poter conoscere la speranza di vita massima a cui può aspirare un uomo si rende necessario disporre senza margine di errore della sua data di nascita e di morte, cosa possibile a partire dall'istituzione generalizzata del "registro civile", che ebbe luogo nei paesi europei nei primi anni del XIX secolo a

causa della Rivoluzione Napoleonica, più tardi nel resto del mondo.

L'assenza di dati di riferimento affidabili riguardo alle date di nascita annulla molte di quelle presunte longevità estreme che si sono descritte in remote luoghi del pianeta quasi sempre situate in valli di grande altitudine corrispondenti alle cordigliere come le Ande, il Caucaso o l'Himalaya. Con il registro civile come riferimento si può affermare che la speranza di vita massima per l'uomo si situa intorno ai 120 anni e che è poco prevedibile che questo top si modifichi significativamente in breve tempo. Conseguire questo ultimo è l'obiettivo più importante per il quale lottano i biogerontologi. La persona più longeva di cui si ha testimonianza, Jeanne Calment, morì in Francia nel 1997 all'età di 122 anni.



Un secondo concetto è quello della "**speranza o aspettativa di vita media**". Allude al periodo di tempo che, secondo i criteri statistici, può presumibilmente vivere un individuo a partire da un momento determinato, che può essere quello della sua nascita o quello di un'età qualsiasi. Richiede anche un luogo fisico. Per stabilire questa cifra si prende come base l'insieme della popolazione di riferimento e si stabilisce il valore medio prevedibile. Questo concetto è variabile, ha subito modifiche molto importanti nel corso della storia e anche in funzione del referente geografico.

Gli altri due concetti importanti messi in relazione con la speranza di vita sono quelli di "**speranza di vita indipendente**" e il suo contrario, quello di "**speranza di vita dipendente**". Qui il limite viene determinato dalla capacità del soggetto in questione di essere autosufficiente per portare a termine le attività basilari della vita quotidiana. In questo contesto ciò che conosciamo come "dipendenza" si è mutato in un referente fondamentale per la nostra società fino al punto di aver dato luogo nel nostro paese e anche in altri a una legge specifica, che alcuni hanno qualificato come base per stabilire il quarto pilastro dello stato del benessere in una società progredita. Il risultato di una buona "capacità funzionale" – l'antitesi di ciò che è la dipendenza – costituisce l'obiettivo fondamentale della specializzazione di geriatria e rappresenta la sfida più specifica come specializzazione medica.

La vecchiaia non è uno stato che si raggiunge in modo brusco. Non si è vecchi a partire da un momento determinato, né esiste alcuna età che possa servire come limite perfettamente definibile. Stabilire un top, un'età, ha senso solo in due situazioni. Per l'amministrazione quando si va in pensione, o per i demografici ed epidemiologici quando, per qualsiasi motivo, hanno bisogno di portare a termine studi sulle popolazioni. L'invecchiamento si produce in modo dinamico e viene modulato per tre vie complementari concettualmente molto differenziate tra di loro, che però si intrecciano e si sovrappongono lungo gli anni fino a dare luogo in ogni caso alla risultante attuale di ogni persona qualsiasi sia la sua età. Queste tre vie saranno di seguito analizzate.

In primo luogo la propria fisiologia. Alludo con questo alle modifiche derivate dall'uso continuo del nostro organismo nel corso della vita. Sono cambiamenti legati al semplice passaggio del tempo. La loro caratteristica fondamentale è quella di essere universali nel doppio senso di influenzare tutti gli individui e di farlo a ciascuno dei componenti organici dello stesso, benché la cadenza delle modifiche che determinano possa variare da una persona all'altra, così co-

me tra i componenti del proprio organismo. Parliamo di alcuni cambiamenti che si includono in gerontologia sotto l'epigrafe di **"invecchiamento fisiologico"**.

Le perdite derivate dall'invecchiamento fisiologico, benché siano universali, influenzano specialmente lo scheletro e i sistemi renali, endocrino, gastrointestinale e neuromuscolare, così come i diversi sistemi regolatori inseriti nel controllo della omeostasi. Le più significative di queste modifiche sono le perdite ossee e muscolari, quelle che influenzano la pelle, le perdite nel contenuto di acqua intra ed extracellulare, l'aumento relativo della proporzione di grassi con riguardo agli altri principi immediati e anche la redistribuzione degli stessi.

In un secondo livello si situano i cambiamenti derivati dagli effetti di malattie, accidenti o mutilazioni chirurgiche che ogni soggetto ha accumulato nel corso della vita. Sono processi che se non hanno originato la morte, lasciano conseguenze funzionali grandi e piccole che obbligano ad accettare determinate limitazioni e adattamenti organici per supplire la funzione deteriorata per ogni evento patologico. In questo caso parliamo di cambiamenti attribuibili a un **"invecchiamento patologico"**.

Poi esiste un terzo gruppo di fattori generatori di cambiamenti che si correlano con il tipo di vita che ha condotto l'individuo. Ha a che vedere con le conseguenze dell'esposizione nel corso di molti anni ad agenti come la contaminazione, il fumo, l'abitudine ad alcune diete più o meno adeguate, il consumo mantenuto di agenti tossici come il tabacco o l'alcol, lo stress, la mancanza di attività fisica o l'esposizione a determinati fattori di rischio. Sono cambiamenti che ricevono il nome di **"ambientali"**.

I cambiamenti che io ho qualificato come fisiologici costituiscono ciò che in senso stretto si denomina **"invecchiamento primario"** mentre quelli derivati dalla patologia o dai fattori ambientali sono soliti essere qualificati come forme di **"invecchiamento secondario"** e offrono nella pratica, come vedremo, un margine di intervento molto più ampio. L'invecchiamento

primario è molto legato a fattori genetici e si stima che contribuisce fino a un 25% alle variazioni interindividuali in ciò che si riferisce alla speranza massima della vita. I fattori genetici svolgono un ruolo importante nello sviluppo delle malattie cardiovascolari, di molti tumori, di determinati processi endocrino-metabolici o in alcuni processi neurologici.



A seconda della diversità che in ogni caso ha accompagnato l'invecchiamento dell'individuo possiamo stabilire diverse denominazioni che in ogni caso sembrano essere eccessivamente schematiche. Così possiamo parlare di **"invecchiamento eugenico"** o soddisfacente quando nel corso del processo hanno dominato ciò che ho definito come "cambiamenti fisiologici", con scarsa incidenza di quelli derivati dalla patologia o di fattori ambientali avversi. Saranno soggetti che hanno avuto poche malattie e che basilarmente hanno condotto ciò che nel linguaggio comune si conosce come una vita sana, con un basso livello di aggressività da parte dei fattori ambientali.

In contrapposizione esiste l'**"invecchiamento patogenico"** o accelerato, quando un eccesso di malattie o accidenti, e/o un grado eccessivo di sottomissione a fattori ambientali nocivi hanno condizionato cambiamenti eccessivi e più precoci nel tempo dal momento in cui presumibilmente potevano essere sorti. Sono quei soggetti che nel linguaggio popolare "di-

mostrano più età di quella che hanno realmente".

La letteratura geriatrica utilizza altri due termini che in una certa maniera, esprimono altrettanti modi di invecchiare. Così parla di **"usual aging"** come rappresentazione di ciò che si suppone la normalità statistica in questo campo e di **"successful aging"** quando desidera riferirsi a quel gruppo di individui che ha cercato di arrivare a età avanzate in un invidiabile stato di salute, o detto in altro modo, che è stato capace di conseguire un **"invecchiamento soddisfacente"**.

Vale la pena commentare altri due concetti molto relazionati con quanto esposto e che sono quelli per cui lottiamo noi, che da qualsiasi prospettiva, medica o no, lavoriamo nel mondo dell'invecchiamento. Uno di essi che concerne la popolazione, sarebbe ciò che allude al **"diagramma della curva"**, con il quale si esprime il desiderio che mentre non siamo capaci di estendere la nostra speranza di vita massima, otteniamo almeno, di aumentare la speranza di vita media fino ad avvicinarla ai limiti di vita massima di modo che le curve di mortalità nell'uno e nell'altro caso si mantengano orizzontali praticamente fino a età molto vicine ai limiti massimi.

Il secondo di questi concetti è quello della **"compressione di morbidità"** e ha un carattere molto più personale e individualizzato. Dato che tutti moriamo e che questo fatto è sempre condizionato da qualche malattia o incidente di carattere negativo che agisce come elemento scatenante, vorremmo che tutti i processi che limitano la nostra vitalità e che, in fondo, sono quelli determinanti la morte si accumulino in un periodo breve e ultimo della vita. Un periodo di ore, giorni o settimane di modo che fino a quel momento abbiamo goduto di buone condizioni di salute.

In un contesto più ampio occorre ricordare che nell'anno 2001 l'Organizzazione Mondiale della Salute ha creato l'espressione **"invecchiamento attivo"** prospettandolo come una sfida per i prossimi anni. Sostituirebbe questo slogan — più che di slogan dovrei parlare di programma propriamente detto — quello che l'OMS negli anni Novanta definiva come invecchia-

mento salutare. L’OMS definisce l’invecchiamento attivo come “il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita man mano che le persone invecchiano”. Questo concetto fu ratificato e diede luogo a un documento specifico nella II Assemblea Mondiale dell’Invecchiamento celebrata a Madrid nell’anno 2002.

2. Invecchiamento soddisfacente, orientamenti

La questione seguente sarà impostare come possiamo comprimere la nostra morbilità e, in relazione a questo, come possiamo ottenere questo invecchiamento soddisfacente, questo “successful aging” a cui tutti aspiriamo. La risposta è complessa però meritano la pena alcune riflessioni sui punti basilari che ci possono orientare in questo senso.

Il punto di partenza per conseguire questo obiettivo ha a che vedere con la **prevenzione**. Riferita alla geriatria la prevenzione, di solito, si intende come la possibilità di identificare i pazienti con un maggior rischio di presentare determinate malattie o problemi clinici e applicare le misure opportune per minimizzare questo rischio. Questo include tra le altre cose l’identificazione di ogni tipo di fattori di rischio e il comportamento sugli stessi, l’opportunità o meno di

stabilire misure di controllo periodico per processi di alta prevalenza (tavola 1), la raccomandazione di certe indicazioni tendenti alla modifica degli stili di vita o il ricorso preventivo a determinati farmaci o vaccini.

Due principi basilari. Il primo è che le misure preventive devono essere prese molto precocemente, possibilmente nell’infanzia. Il secondo stabilisce che nessuna età è una cattiva età per iniziare misure preventive perché non è mai troppo tardi per iniziare. Gli obiettivi generali della prevenzione in geriatria sono: a) ridurre la mortalità prematura da malattie acute e croniche, b) mantenere l’indipendenza funzionale della persona per quanto è possibile, c) aumentare la speranza di vita attiva (indipendente) e d) migliorare la qualità della vita.

Ho commentato le vie attraverso le quali sono condizionati i cambiamenti associati al processo di invecchiamento. Esiste la possibilità di agire su alcuni di esse in modo che si potenzino gli aspetti positivi e si limitino quelli deleteri?

In relazione con l’invecchiamento primario, ciò che si chiamava **invecchiamento fisiologico**, le possibilità di intervento al giorno d’oggi sono minime. Nasciamo con un peso genetico determinato sul quale in questi momenti non abbiamo un margine di attuazione. Neppure nella specie umana si sono conseguiti grandi progressi attraverso i diversi tentativi di bloc-

care qualsiasi meccanismo che consideriamo inseriti nel processo di invecchiamento. Si tratta di un campo che è un permanente oggetto di studio da parte dei ricercatori basilari con la doppia aspirazione di allungare la speranza di vita massima e di minimizzare o sopprimere alcune delle conseguenze deleterie di questo processo, conseguendo così un invecchiamento più soddisfacente. I loro sforzi attualmente si concentrano soprattutto nei modelli animali più elementari.

Disponiamo di maggiori possibilità di raggiungere una vecchiaia salutare quando i nostri sforzi si orientano verso comportamenti messi in relazione con l’invecchiamento secondario. Il primo obiettivo a questo riguardo sarà minimizzare le conseguenze del cosiddetto “**invecchiamento patologico**”. Qui, una volta di più la prevenzione è una parola chiave. Prevenzione primaria e prevenzione secondaria riferite a molte delle malattie o accidenti che si possono presentare nel corso della vita e le cui conseguenze possono limitare in modo più o meno grave la qualità futura della stessa. Le misure preventive che tentano di evitare la comparsa di malattie o le conseguenze negative a breve e o lungo termine delle stesse possono essere di diversi tipi. Molte sono di tipo farmacologico ma ve ne sono anche di carattere sociale e alcune sono in relazione con i fattori ambientali. A titolo di esempio di al-

Tavola 1. Principali esami periodici raccomandati in geriatria

Tipo di esame	Raccomandazione	Livello di efficacia	Grado di evidenza
Pressione Arteriosa	Ogni visita, almeno 1 volta l’anno	I	A
Mammella	Esame fisico annuale>40anni	I	A
Mammografia	Ogni 1-2 a. dai 50 ai 69 a. e da 1-3 a. dai 70 agli 85a.		
Colesterolo	Ogni 5a Discutibile in molti anziani	I-III	C
Sigmoidoscopia	Ogni 3-5 a.>50a.	II	B
Tatto rettale	Annuale >40a.	II	C
Vista e udito	Esame annuale >65a.	III	B
Bocca	Esame annuale >65a.	III	C
Testicoli, pelle	Esame annuale	III	C
Cuore e polmoni			
Glicemia basale	Periodicamente nei gruppi a rischio	III	C
Funzione tiroidea	Occasionalmente nei >65a.	III	C
Glaucoma	Al bisogno, periodico nei 65a. dallo specialista	III	C
Densitometria	Nella popolazione a rischio	III	C
Prostata	PSA/esame fisico annuale>50a.	III	C-D

Modificato da Bloon

cune delle misure che hanno a che vedere più direttamente con decisioni di carattere sociale che influenzano l'insieme della popolazione citerò le disposizioni orientate a prevenire eventi come gli incidenti stradali, gli incendi o la contaminazione ambientale.

Tra le **misure farmacologiche** di carattere individuale che possono essere prese, gli esempi sono infiniti. Forse il più semplice nel campo della prevenzione primaria è quello riferito ai vaccini. Seguire in maniera corretta il calendario delle vaccinazioni infantili ha dimostrato di essere nel corso del XX secolo una misura fondamentale per evitare sviluppi con effetti di grande impatto negativo nella qualità della vita futura dell'individuo. Pensiamo a ciò che hanno comportato le vaccinazioni antipolio o antivaiole. Anche per l'età avanzata esiste un calendario di vaccinazioni ben stabilito, la cui pratica permette al soggetto un invecchiamento più soddisfacente. La vaccinazione annuale antinfluenzale e in minor misura l'antipneumococcica possono essere un buon esempio al riguardo.



Nella prevenzione secondaria le possibilità che offre la farmacologia attuale sono enormi. Solo nella patologia cardiovascolare ricorderò il ruolo svolto dai farmaci come le statine, gli inibitori dell'enzima convertitore dell'angiotensina o i bloccanti dei recettori beta-adrenergici o beta-bloccanti, quando si deve limitare l'aggravarsi della malattia e quando si deve ri-

durre il numero e la gravità delle complicanze in soggetti con alterazioni lipidiche con malattie coronariche o che sono stati vittime di un episodio di insufficienza cardiaca. Simili considerazioni si possono fare in relazione all'impiego di terapie anticoagulanti in pazienti con fibrillazione atriale o tra coloro che sono portatori di determinate malattie arteriose o venose.

Anche nel fare prevenzione e nel conseguimento per un invecchiamento soddisfacente ottenere un controllo adeguato dei processi cronici generati a partire dalle gravi complicanze che possono dare luogo a sviluppi come il diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione arteriosa o l'osteoporosi. Si tratta di disturbi patologici un tempo incontrollabili e il cui controllo si trova oggi alla nostra portata, di modo che la evoluzione a lungo termine dipende in ogni caso da un'applicazione diligente del protocollo terapeutico indicato.

Gli esempi riferiti a cause inquadrabili nel capitolo di prevenzione secondaria possono ripetersi all'infinito, vanno oltre l'apparato cardiovascolare e includono anche ciò che conosciamo come campagne di rilevamento precoce di determinate malattie sulle quali è possibile intervenire in modo efficace nelle loro fasi iniziali, mentre che si pongono rischi alti di mortalità o di cronicizzazione con una prognosi "non-soddisfacente" in ciò che si riferisce alla qualità di vita quando la diagnosi si raggiunge in fasi avanzate. La necessità di stabilire un controllo accurato è applicabile a molte forme di patologia tumorale, ma anche ad altre come ipertensione arteriosa, diabete mellito di tipo 2, osteoporosi, malattie endocrine, per esempio i disturbi funzionali della tiroide ecc.

Dove le nostre possibilità di attuazione sono maggiori per preparare un invecchiamento soddisfacente nell'ambito dell'invecchiamento secondario è nel contesto di tutto ciò che è relativo a ciò che ho denominato "fattori ambientali". Al di sopra di questo si deve situare l'educazione dall'infanzia in ciò che si conosce come "**stili di vita salutare**". Tre sono gli elementi che predominano in questo concetto: l'attività fisica, l'alimentazione adeguata ed evitare abitudini tossi-

che tipo l'alcolismo o il tabacco.

I vantaggi di un'attività fisica mantenuta nel corso della vita, però molto singolarmente praticata nell'età avanzata, sono chiaramente verificati nella letteratura medica. La persona fisicamente attiva vive più tempo e in migliori condizioni. Così fu dimostrato già negli anni Cinquanta dallo studio sui conducenti e sugli esattori degli autobus londinesi. Ma i vantaggi dell'attività fisica sono anche altri (tavola 2). Mantengono in migliori condizioni ossa e muscoli limitando le perdite fisiologiche, migliorano la funzione cardiaca e la respirazione, aiutano a controllare sviluppi molto comuni come il diabete, l'ipertensione arteriosa, le alterazioni del colesterolo o il tabagismo, migliorano ugualmente la funzione mentale collaborando nella lotta contro la depressione e i disturbi dell'ansietà, limitano le perdite e, in generale, contribuiscono in maniera decisiva a conseguire un invecchiamento soddisfacente e contribuiscono anche a che l'individuo possa conservare la sua autonomia fino a età molto avanzate.

L'età non è mai una controindicazione per l'attività fisica né per lo sport se si pratica nel modo più adeguato per ogni persona. Questo include dalla semplice camminata o al ballo fino alla pratica non competitiva dello sport come il nuoto, la marcia, il ciclismo, la ginnastica o il golf.

Salvo che esistano controindicazioni evidenti legate a patologie specifiche ben conosciute, la raccomandazione deve essere positiva, sempre e quando si prendono in considerazione aspetti come qual è il tipo di sport che si desidera praticare e l'esperienza precedente in relazione con lo stesso.

Valutare anche il grado di intensità dell'esercizio previsto, le circostanze ambientali del luogo in cui ci si allena (epoca dell'anno, spazio fisico, ora del giorno, durata, attrezzatura ecc.), le fasi del riscaldamento e del ricupero, così come qualsiasi altra circostanza individuale (malattie croniche concomitanti, farmaci in uso ecc.) che possono determinare un rischio.

Si possono fare considerazioni simili riguardo al nutrimento. Una **alimentazione** adeguata è un'altra

delle “abitudini salutari” che costituisce uno dei principi basilari di prevenzione nella geriatria. L’evidenza dell’importanza di un’alimentazione adeguata che di solito è unita ad altre pratiche salutari nello stile di vita dell’individuo, è stata ampiamente dimostrata da

Tavola 2. Vantaggi principali dell’attività fisica in età avanzata

- Aiuta a mantenere una buona massa muscolare
- migliora la capacità aerobica
- riduce il rischio della malattia cardiovascolare
- stabilizza la densità minerale ossea prevenendo l’osteoporosi
- modifica favorevolmente l’omeostasia idrocarbonada
- aiuta il controllo di processi cronici molto comuni nell’anzianità (cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, depressione, osteoporosi, ecc.)
- aiuta nella lotta contro altri fattori di rischio cardiovascolare come nel tabagismo o la ipercolesterolemia
- riduce il tasso di ansietà
- aiuta a mantenere una migliore attività mentale
- favorisce la riabilitazione articolare, respiratoria, traumatologica, vascolare, postchirurgica, ecc.
- migliora la qualità della vita

Tavola 3. Principali raccomandazioni in materia di alimentazione per le persone in età avanzata

• Ingestione calorica totale (Kcal/quotidiana)*:		
	uomini	donne
60-69a.	2400	2200
70-79a.	2200	1900
>80a.	2000	1700
Se >1500 Kcal/q. rischio alto di deficit di diversi micronutrienti		
• Ingestione proteica		
– 1.1 gr/Kg peso/quotidiano		
– aumentare in situazioni acute mediche o chirurgiche		
– ridurre se esiste insufficienza renale		
• Ingestione di idrati di carbonio:		
– 50-60% del VCT**		
– Minimo 150 gr/q.		
• Ingestione grasso:		
– 30-40% del VCT**		
– Grassi monoinsaturi: 10-15%		
– Grassi saturi: fino 10%		
– Grassi polinsaturi: 7-8%		
– Colesterolo: <100 mg/q		
• Liquidi (essenzialmente acqua): minimo di		
– 1.5-21./q		
• Fibra:		
– 10-13 gr per ogni 1000 Kcal consumate		
– Proporzione fibra solubile: insolubile di 1:3		
• Calcio:		
– 1200-1500 mg/q (soprattutto le donne)		
• Alcool		
– non più di 1 bicchiere di vino/q. o il suo equivalente		

*La ingestione calorica totale è molto condizionata dalle caratteristiche individuali del paziente (peso, taglia, sesso), per la presenza o no di malattie associate e soprattutto per il suo grado di attività fisica.
** VCT: Volume Calorico Totale

molti studi. Le raccomandazioni prendono qui anche come riferimento il senso comune e devono partire da una buona conoscenza dei problemi nutrizionali più frequenti nell’anziano così come dalle sue richieste energetiche e dalle necessità e carenze in quanto a vitamine e minerali.

Si raccomanda un’alimentazione varia secondo le abitudini precedenti del soggetto, che contenga un sufficiente apporto energetico e che sia ricca di alimenti freschi, di prodotti lattei, di vitamine e di minerali (tavola 3). I livelli di calcio, di vitamina D e di acido folico di solito sono bassi in una percentuale elevata di anziani. In determinate situazioni può essere indicata la somministrazione di supplementi nutritivi o di diete arricchite con vitamine o minerali. I vantaggi di una amministrazione sistematica e universale con fini preventivi di questi prodotti o di megadosi di alcune vitamine o minerali risultano molto discutibili.

È fondamentale che l’anziano ingerisca quotidianamente una quantità sufficiente di liquido mai inferiore a due litri: con l’età si riduce la quantità di liquido sia intra sia extracellulare, così come la sensazione di sete. Questo fa che in situazioni di aumento di perdite come le temperature elevate, la presenza di vomito e di diarrea, la febbre o le piaghe, il rischio di disidratazione aumenta e con questo le possibilità di claudicazione funzionale renale o del sistema nervoso centrale.

Un’altra raccomandazione è quella di promuovere il consumo di fibre sia attraverso alimenti che ne sono naturalmente ricchi sia mediante preparati specifici. Con questo facciamo una prevenzione primaria e secondaria in processi di stitichezza e di diverticolosi in alta prevalenza tra gli anziani e potremmo controllare meglio le malattie come il diabete mellito di tipo 2.

Il consumo di alcol non deve essere proibito in modo tassativo, salvo in situazioni molto concrete, ma deve essere limitato a un massimo di 1 o 2 bicchieri di vino quotidianamente o l’equivalente di altre bevande alcoliche. Invece poiché il tabacco è un fattore di rischio per molteplici processi cardiovascolari, respiratori e tumorali

a qualsiasi età, si raccomanda di eliminarlo.

Il punto seguente ha a che vedere con la possibilità di conoscere e agire sui cosiddetti **fattori di rischio (FR)**, sia su quelli di carattere generale sia su quelli che sono specifici per determinate patologie. Benché il concetto di fattore di rischio fosse inizialmente legato all'apparato cardiovascolare, in questi momenti è applicabile a qualsiasi tipo di processo e, almeno nel caso concreto della persona anziana, va oltre a ciò che è puramente medico per entrare nella sfera dei problemi sociali. Gli effetti positivi della lotta contro i FR tra la popolazione più anziana sono stati studiati più tardivamente che nella popolazione più giovane, però hanno dimostrato la loro efficacia anche in questo gruppo di anziani. Vi è da sottolineare che i FR che influenzano gli anziani e i meno anziani non sono sempre gli stessi, né quando lo sono agiscono sempre con la stessa intensità nei diversi gruppi della popolazione.

Parlare di FR con riferimento alla popolazione di maggiore età è aprirsi a una grande varietà di processi medici e di situazioni e problemi sociali, molte volte intimamente in relazione tra di loro. È importante conoscerli bene per poterli affrontare con garanzie dall'ottica della prevenzione.

Oggi, disponiamo fortunatamente di sufficiente informazione per poter essere efficaci nella maggior parte dei casi.

La base principale di tutte le possibili misure di intervento in questo campo – come in altri – si basa in una buona educazione sanitaria dell'anziano, del suo ambiente e della società in generale. In questo senso risulta fondamentale il ruolo sia dei professionisti della salute, sia degli educatori a qualsiasi livello, sia dei responsabili dei mezzi di comunicazione.

La cura degli **organi dei sensi** e della **bocca** è un altro punto chiave per il risultato di un invecchiamento soddisfacente. Le loro alterazioni sono molto comuni, incrementano la morbimortalità di chi ne soffre, danno luogo a importanti limitazioni funzionali e incidono molto negativamente sulla qualità della vita dell'individuo. La perdita della vista e dell'udito di solito

si includono principalmente nelle grandi sindromi geriatriche.

La prevenzione specifica riferita alla patologia sensoriale passa per prendere coscienza che la sua perdita, pur essendo inerente in buona misura ai cambiamenti condizionati dall'età, non devono mai rappresentare una specie di fatalismo a cui obbligatoriamente ci si deve rassegnare. Sono perdite che in molti casi si possono prevenire mediante controlli periodici precoci che scoprono e correggono in origine e in accordo con la loro eziologia le eventuali perdite. In ogni caso, esiste sempre la possibi-



lità della prevenzione secondaria e terziaria senza che l'età vada a costituire in nessun caso una controindicazione per questo.

Il deterioramento della pelle e della bocca dell'anziano si è visto sottomesso come, in minor grado, quello della vista e dell'udito, a un disinteresse storico. Un disinteresse, insisto, pieno di richiami alla rassegnazione. Se prendiamo come esempio di riferimento il caso dei denti occorre ricordare che la proporzione degli anziani totalmente o parzialmente privi di denti è enorme. La carenza di denti, oltre che influire molto negativamente nella qualità della vita dell'anziano, si trasforma in fattore di rischio per molti altri disturbi riferiti alla nutrizione o alla patologia locale di carattere infettivo o tumorale. Perciò anche in questo campo risulta imprescindibile applicare misure preventive in forma di raccomandazioni igieniche e di controlli periodici.

L'anziano è un grande consumatore di farmaci, che per di più, con enorme frequenza si autoprescrive. Questo fa sì che il rischio di

presentare reazioni negative agli stessi (**iatrogenia**) sia molto alto. Deve riesaminare periodicamente sia il grado di adempimento terapeutico sia l'efficacia della risposta a quei farmaci che ha considerato necessario utilizzare, per eliminare così in ogni momento quelli che non gli sono necessari. Si sa che molto più che per l'età, la comparsa di reazioni negative è condizionata dal numero dei farmaci consumati.

Un'altra raccomandazione è quella relativa alle **misure di controllo** davanti a determinati processi che per la loro gravità, sia per

il loro carattere invalidante sia per la loro alta prevalenza in questo segmento di popolazione costituiscono un problema di primo ordine. Se la questione si imposta dalla prospettiva del cancro conviene ricordare che parliamo della seconda causa di mortalità tra la popolazione anziana, solo superata dalle malattie cardiovascolari, con la peculiarità che così come la lotta contro queste ultime ha dimostrato efficacia negli ultimi dieci anni, non esiste evidenza di una diminuzione della patologia tumorale in questo periodo di tempo.

Da un punto di vista teorico la forma ideale di prevenzione della patologia oncologica sarebbe la prevenzione primaria attraverso interazione sugli agenti cancerogeni. Qualcosa di poco operativo a breve termine, dato che le nostre conoscenze sono ancora scarse e, inoltre, implicherebbe una attuazione in età molto più precoci. In ogni caso sappiamo che alcune misure come evitare il tabacco, modificare determinate diete o evitare eccessive esposizioni al sole sono molto efficaci in questo campo.

Gli unici tumori organici maligni per i quali esiste un alto livello di evidenza in quanto alla efficacia di controlli periodici in questo gruppo di età sono quelli della mammella (autoesplorazione e mammografie periodiche), quello della prostata (tatto rettale e PSA) e quello dell'intestino crasso (retto-sigmoidoscopia periodica di soggetti a rischio, specialmente in quelli con precedenti familiari o personali). Questo vale anche per i tumori della pelle. Altri cancri come quelli della cervice richiedono di intensificare gli sforzi in età più precoce, mentre in casi come quello del polmone, dello stomaco o altri non esiste alcuna evidenza sufficiente.

Nella prevenzione occorre includere anche quelle misure dirette a migliorare l'**ambiente sociale**. Problemi come la solitudine, la cattiva situazione economica o la mancanza di sostegno familiare incidono nella qualità della vita e rendono difficile un invecchiamento soddisfacente. La lista di possibili azioni in questo campo è ampia e impegna le competenze delle amministrazioni. Include disposizioni orientate a migliorare l'ambiente e a lottare contro la contaminazione fino ad altre più specifiche e riferite a problemi molto concreti.

Merita la pena insistere nella non accettazione di nessuna forma di **discriminazione** basata sull'età. Si tratta di una cattiva abitudine molto introdotta nella società in generale e anche nella pratica clinica quotidiana. Una cattiva abitudine alla quale partecipa frequentemente la famiglia ma anche i medici e le strutture sanitarie. L'età in sé stessa non deve mai figurare nella lista delle controindicazioni, benché l'individuo anziano necessariamente sia soggetto di frequente a queste controindicazioni, semplicemente si devono applicare i criteri generali stabiliti per la maggioranza delle persone.

Vediamo che molte delle misure necessarie per un invecchiamento soddisfacente sono di carattere sociale e educativo. Implicano un cambiamento di mentalità che influenza gli stili di vita e il suo inizio si deve stabilire in età molto precoce. Se in tutti i tempi e a qualsiasi età dell'individuo l'uomo ha

sempre considerato la salute come il suo dono più prezioso, dovrà dare priorità a questo argomento e disporre i mezzi necessari perché questo risultato che oggi giorno ha cessato di essere utopico per trasformarsi in una possibilità reale, si consolidi nel modo abituale di invecchiare.

Occorre prestare attenzione a cose sempre più frequenti nella nostra società di cui si parla appena. Mi riferisco a **abusi, negligenze e maltrattamenti** agli anziani. Dagli anni Ottanta la letteratura medica e anche in minor misura quella giuridica offrono una testimonianza crescente per dimostrare fino a che punto siamo davanti a un problema reale che può influenzare, secondo i criteri utilizzati per valutarlo e l'ambiente in cui si è portato a termine lo studio, proporzioni tra il 5 e il 20% della popolazione anziana. È una forma di violenza domestica al pari di quella esercitata sulla donna o sul bambino. Tuttavia, nella pratica è abbastanza ignorata fino al punto di dare l'impressione che la nostra società sia aliena da questa preoccupazione.

Oggi conosciamo i principali fattori di rischio di chi diventa vittima di questa piaga. Oggi disponiamo di studi che ci descrivono il profilo sia dell'aggressore sia delle vittime, sappiamo il perché dei silenzi e usufruiamo di maggiori informazioni del massimo interesse. Conosciamo anche le possibilità di prevenzione in questo campo. Tutti passano per non essere indifferenti davanti al problema, per sapere che esiste, per esserne sensibilizzati, e per intervenire quando ve ne sia il caso, anche con la maggiore discrezione possibile, davanti al minor sospetto al riguardo.

Tutto ciò che abbiamo detto in precedenza ci conduce a una **conclusione** inequivocabile. Il miglior modo di conseguire un invecchiamento salutare passa per la **prevenzione**. Una prevenzione iniziata in età precoce, mantenuta in maniera ininterrotta durante tutta la vita e che continua conservando il suo valore nell'età più avanzata. Una prevenzione il cui asse centrale si deve basare su ciò che chiamiamo abitudini di vita e che al livello collettivo esige fondamentalmente sforzi per conseguire una

buona educazione sanitaria della società nel suo insieme. Un obiettivo che abbraccia un orizzonte molto ampio e in cui si includono insieme alle misure strettamente sanitarie altre di carattere ambientale, economico e sociale.

Prof. JOSÉ MANUEL
RIBERA CASADO
*Direttore del Servizio di Geriatria
Dell'Ospedale San Carlos,
Madrid, Spagna*

Bibliografia raccomandata

- CALDUCCI L, BEGHÉ C (2002). – Prevention of cancer in the older person. *Clin. Geriatr Med* 18:505-528.
- BLOON HG (2001). – Preventive medicine. When to screen for diseases in older patients *Geriatrics* 56(4):41-48.
- DE BACKER G, AMBROSDIONE E, BORSCH-JOHNSEN K, et al (2003). – European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 24:1601-1610.
- Defensor del Pueblo (2000). – La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos. Defensor del Pueblo. Madrid.
- FIATARONE MA (2002). – Exercise to prevent and treat functional disability. *Clin Geriatr Med* 18:431-462.
- FRIES JF (2002). – Successful aging-an emerging paradigm of gerontology. *Clin Geriatr Med* 18:171-182.
- GOLDBERG TH, CHAVIN SI (1997). – Preventive medicine and screening in older adults. *J Am Geriatr Soc* 45:344-354.
- GUARANTE L, KENYON C. (2000). Genetic pathways that regulate aging in model organisms *Nature* 408:255-262.
- HAVEMAN-NIES A, DE-GROOT L, VAN STAVEREN WA (2003). – Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA Study. *Age Ageing* 32:427-434.
- HERZOG AR, OFSTEDAL MB, WHEELER LM (2002). – Social engagement and its relationship to health. *Clin Geriatr Med* 18:593-609.
- MEYYAZHAGAN S, PALMER RM (2002). – Nutritional requirements with aging. Prevention of disease. *Clin Geriatr Med* 18:557-576.
- MEHR DR, TATUM PE (2002). – Primary prevention of diseases in old age. *Clin Geriatr Med* 18:407-430.
- Organización Mundial de la Salud (2002). – Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 37 (supl 2): 74-105.
- REUBEN DB (2007). – Quality indicators for the care of undernutrition in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:S438-S442.
- RIBERA CASADO JM (2003). – ¿Se puede envejecer con éxito? En Ribera Casado JM y Gil Gregorio P (eds) *Prevención en geriatría ¿Es posible?*. Edimsa. Madrid. Pgs: 11-22.
- RIBERA CASADO JM (2004). – Geriatria: conceptos y generalidades. En Farreras & Rozman (eds) *Medicina Interna*. Decimoquinta edición. Elsevier España SA (ISBN:84-8174-810-2). Madrid pgs: 1301-1309.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (2000). – Geriatria XXI. Análisis de necesidad y recursos en la atención a las personas mayores en España. Idepasa. Madrid.

JOHN J. TURNER

4.2 Tecnologie scientifiche e cambiamenti industriali nelle cure mediche degli anziani

Introduzione

Le cure sanitarie tecnologiche e pastorali dovrebbero sempre procedere di pari passo, ma noi dobbiamo soprattutto proteggere e favorire la pastorale, in quanto l'andamento accelerato della scienza medica a volte minaccia di sopraffarla.

Nel 1999 il Santo Padre Giovanni Paolo II scrisse una lettera agli anziani.

"Ai miei fratelli e sorelle anziani! Oggi, grazie ai progressi della medicina nonché alle migliorate condizioni sociali ed economiche, in molte regioni del mondo la vita si è notevolmente allungata. Il dono della vita, nonostante la fatica e il dolore che la segnano, è troppo bello e prezioso perché ce ne possiamo stancare".

Egli ci ricorda come oggi godiamo di una maggiore longevità, e ribadisce il valore del dono della vita.

Il fenomeno del progresso scientifico e tecnologico è stato accompagnato da dilemmi sempre più numerosi. Molti sono i progressi buoni e utili che sono stati realizzati, ma la possibilità di maggiori scelte mette alla prova la nostra etica e la nostra filosofia assistenziale.

L'andamento dei cambiamenti scientifici è stato notevolmente accelerato negli ultimi cinquant'anni, ciò nonostante dobbiamo ricordare e apprezzare tutto ciò che è venuto prima. A volte dobbiamo re-imparare le lezioni della storia.

Come Primario di medicina mi sono formato con Sir David Weatherall Nuffield, Professore di Medicina presso l'Università di Oxford.

Il "Weatherall Institute of Molecular Medicine" è la rappresentazione della leadership nella ricerca

medica del XXI secolo nel campo della genetica e ha aiutato a comprendere le moglobinopatie quali la talassemia, particolarmente diffusa nel Mediterraneo orientale¹. L'Istituto è vicino alla famosa "Bodleian Library", che custodisce una nutrita collezione di manoscritti storici medievali, che rappresentano il lento accumulo di conoscenza ed erudizione dell'umanità nel corso dei secoli.

Malattie industriali

L'eredità sanitaria delle malattie polmonari dovute al progresso industriale rimane ancora a lungo dopo la rimozione delle vecchie industrie pesanti.

L'inalazione della polvere delle pietre era un effetto collaterale dell'industria dei coltelli e da ragazzo ho visto molti uomini seduti fuori delle loro casette a schiera tossire senza respiro. La radiografia del torace rivela i cambiamenti estesi della silicosi polmonare e i test del funzionamento polmonare misurano il relativo declino dello scambio di ossigeno a livello alveolare.

La rivoluzione industriale fu alimentata dal carbone e i minatori erano esposti agli effetti combinati dell'inalazione della polvere di carbone, avendo come risultato la pneumoconiosi che si dimostra bene con la TAC ad alta risoluzione del torace.

La complicazione più seria per l'esposizione all'amianto è il mesotelioma che ha una prognosi infausta e si verifica spesso dopo lungo periodo, dall'esposizione alla presentazione clinica. Anche le famiglie sono a rischio di esposizione secondaria, quando si lavano i vestiti contaminati con fibre d'amianto.

L'amianto era largamente utiliz-

zato nei sistemi di isolamento industriale e nell'industria navale. Il mesotelioma è ben evidenziato dalla TAC e dalla risonanza magnetica, ma è notoriamente resistente al trattamento.

Tecnologie salvavita e miglioramento della vita

Il capolavoro di Michelangelo della creazione di Adamo nella Cappella Sistina, qui in Vaticano, raffigura la scintilla miracolosa della vita.

I defibrillatori cardiaci impiantabili sono un esempio notevole di tecnologia medica moderna e letteralmente trasmettono una scintilla di vita.

Un sacerdote dell'Arcidiocesi di Liverpool che ho visto di recente per ragioni professionali, mi ha raccontato la sua drammatica storia medica. Aveva avuto un collasso mentre celebrava un funerale e venne rianimato da un parrocciano medicalmente qualificato. Dopo il ricovero in ospedale ebbe diversi altri episodi di fibrillazione ventricolare e di arresto cardiaco e ogni volta riuscirono a rianimarlo. Gli fu impiantato con grande successo un defibrillatore cardiaco in miniatura.

I numerosi progressi della medicina hanno non solo esteso la durata della vita, ma ne hanno accresciuto in maniera smisurata la qualità, come ben illustrano gli sviluppi in chirurgia congiunta della protesi.

La tecnica chirurgica e tecnologica di progettazione delle protesi continua a evolversi e a migliorare. Ora abbiamo una sostituzione dell'anca minimamente invasiva e la sostituzione unicompartmentale del ginocchio. Le due operazioni comportano alcuni giorni di de-

genza in ospedale, con percentuali più basse di complicazioni e tempi più rapidi di riabilitazione.

Non è soltanto il ricevente a trarne beneficio, ma anche tutta la famiglia come pure la società in generale.

C'è stata anche una trasformazione nei servizi per l'ictus. Questo è legato all'età con un'incidenza crescente e in passato era molto spesso una sentenza di morte e di alta invalidità.

I risultati ora stanno migliorando con l'aumento di unità specialistiche, l'identificazione dei fattori di rischio, il controllo e un maggiore accento sulla prevenzione.

L'impiego di trombolisi nell'ischemia sta crescendo, ma richiede una diagnosi tempestiva con un rapido accesso allo scanning e ad attrezzature altamente organizzate.

Il miglioramento chirurgico del flusso di sangue arterioso attraverso le arterie della carotide ha avuto come risultato un netto aumento del numero di endoarterectomie carotidiche riuscite e lo sviluppo di tecniche chirurgiche sofisticate che includono l'impianto di stent e la protezione del tessuto cerebrale dall'embolizzazione durante l'intervento.

Buoni risultati dipendono anche da una scelta attenta di pazienti idonei che usano ultrasuoni Doppler e angiografia con risonanza magnetica per individuare le zone della stenosi.

I numeri crescenti di demenza possono essere considerati parte del prezzo dei successi medici nel migliorare la percentuale di sopravvivenza dalle malattie infettive e cardiovascolari e dal cancro.

Si prevede che nel Regno Unito i casi di demenza raddoppieranno fino a superare il milione nel 2025. Oltre alla gravità che comporta la demenza stessa, questa malattia costituisce un importante fattore di complicazione nel trattamento e nei risultati di altre situazioni e rischia di diventare una delle sfide maggiori per la salute e l'assistenza sociale nelle società tecnologicamente avanzate.

Contagio – antico e moderno

Nel 1347 Michele Di Piazza, monaco francescano, raccontò

l'arrivo della peste in Sicilia sulle navi mercantili provenienti da Venezia². Egli descrisse accuratamente la trasmissione per via aerea della peste polmonare e la velocità devastante della sua evoluzione, dal suo insorgere alla morte. Le conseguenze furono tali da far sprofondare l'Europa in una crisi sociale e istituzionale di vaste proporzioni.

The Plague of Ashdod. Nicholas Poussin – dipinto a Roma ed esposto al Louvre di Parigi, cattura in maniera superba quella tragedia³.

La pulce del topo che arrivava dalla Cina e che si nutriva di sangue umano, fu il mezzo di trasmissione che ha disseminato rapidamente il batterio *Pasteurella Pestis* responsabile della peste.

La peste non è ancora interamente scomparsa. Ogni anno nel mondo vengono riportati circa 3000 casi. Segno agghiacciante dei tempi è il fatto che i bio-terroristi moderni abbiano considerato l'impiego della peste come arma biologica.

L'aumento dei batteri *MRSA* e *clostridium difficile* sono minacce alla nuova era della medicina e attirano l'interesse dei media.

Regolarmente leggiamo titoli come "Paura per le cimici in Ospedale" (BBC News)⁴.

La combinazione di chirurgia complessa, molteplici episodi di ricoveri ospedalieri, cure intensive e l'uso enorme che facciamo di prelievi ed endovene fornisce condizioni fertili.

Dobbiamo essere molto disciplinati nell'uso degli antibiotici e ot-

tenere gli standard più alti di igiene clinica e pulizia ospedaliera.

Le decisioni al termine della vita

La rappresentazione della scena del letto di morte di George Washington con il suo medico, circa 1800⁵, riflette le pesanti responsabilità dei medici di fronte al termine della vita.

L'aumento del consumismo, combinato con nuove forme di secolarismo aggressivo (*Richard Dawkins. The God Delusion*), è una forza politica e sociale che ha accresciuto le difficoltà dei medici al momento di assumere delle decisioni.

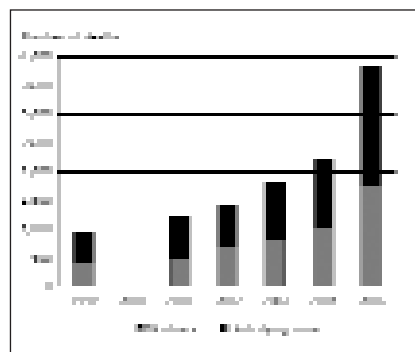
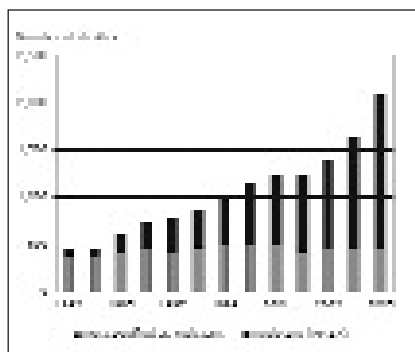
L'uso di direttive anticipate e di un testamento vitale sta aumentando e in molti paesi è presente una legislatura in merito, che crea molti dilemmi di natura etica tra medici, pazienti e familiari.

La rianimazione cardio-polmonare (CPR) è efficace e spesso salvavita in situazioni quali la sindrome coronarica acuta.

In malattie progressive irreversibili in stato avanzato quali tumori metastatici all'ultimo stadio, insufficienza respiratoria avanzata e insufficienza cardiaca o grave demenza, i risultati clinici della CPR sono piuttosto scarsi.

In queste circostanze un'enfasi inappropriata sulla CPR può entrare in conflitto con la filosofia assistenziale necessaria per mettere a fuoco la dignità umana e il processo di morte naturale con tutto il necessario sostegno infermieristico, medico e pastorale⁶.

Grafico 1. Tendenze nei MRSA per Inghilterra e Galles
Ufficio Governativo di Statistiche Nazionali del Regno Unito
Grafico 2. Tendenze nel Clostridium Difficile
Ufficio Governativo di Statistiche Nazionali del Regno Unito



Primum Non Nocere

Poiché le scelte terapeutiche sono sempre più numerose, spesso dobbiamo ricordare a noi stessi l'imperativo di "Primo non nuocere".

Cibo e fluidi sono elementi fondamentali per sostenere la vita.

Nei pazienti anziani fragili con malattie gravi, una certa difficoltà nel deglutire è comune e comporta un certo rischio di polmonite da aspirazione.

Nel Regno Unito sempre più spesso viene appeso il cartello "Nil by Mouth" (nulla per bocca) sopra il letto d'ospedale.

Quali sono le conseguenze e quali scelte bisogna compiere successivamente?

Fluidi Intravenosi.

Fluidi Sottocutanei.

Alimentazione con sondino naso-gastrico.

Digiunostomia per via endoscopica.

Nutrizione parenterale.

Queste tecniche sono importanti, ma tutte presentano limitazioni e complicazioni.

Ove possibile, la via orale è quella preferita, ma nel caso di pazienti anziani ammalati è necessaria la presenza di un'infermiera preparata per somministrare frequentemente piccole quantità di fluidi, alimenti semi-solidi o nutrimento liquido.

Ciò però richiede tempo, e il ca-

rico di lavoro degli infermieri può portare a una somministrazione tecnologica prematura di fluidi e alimenti. È sempre di più il tempo che gli infermieri devono dedicare alle pratiche burocratiche e all'immissione di dati nel computer, e ciò a spese delle cure dirette per i pazienti, non solo fisiche ma anche emotive e pastorali.

Dobbiamo ricordare di cercare di usare la nostra tecnologia sempre nell'interesse del paziente, facendo attenzione ad evitare di infliggere procedure non necessarie. Mayor esaminò un gruppo di pazienti morti dopo 30 giorni dall'endoscopia⁷. La causa della morte non fu l'endoscopia ma la gravità delle malattie associate e pertanto si chiese se l'intervento fosse giustificato.

Poiché l'uso della moderna tecnologia medica diventa sempre più complesso, dobbiamo ricordarci che la scienza deve essere accompagnata dall'arte della medicina e mitigata dall'assistenza e dalla preoccupazione per ogni singolo paziente.

Le qualità del medico compassionevole sono ben raffigurate da Sir Luke Fildes nel quadro *The Doctor*⁸.

Conclusione

Il Sommo Pontefice Giovanni Paolo II rivolse a questa conferenza 10 anni fa le seguenti parole.

"Gli interventi hanno evidenziato la complessità dei problemi sanitari nel mondo di oggi".

Le complicazioni nel campo dell'assistenza sanitaria sono diventate più vaste.

L'assunzione di decisioni da parte dei medici è diventata più gravosa.

La necessità di una forte base etica è più che mai grande.

Dott. JOHN J. TURNER

Medico specialista

University Hospital Aintree

Liverpool, Inghilterra, Gran Bretagna

Note

¹ WEATHERALL D.J., *The Thalassaemias. Chapter 3.19 Oxford Textbook of Medicine: Oxford University Press, 2000.*

² MICHAELIS PLATIENSIS, *Historia Sicula ab anno 1337 ad annum 1361 published in Classic Descriptions of Disease; Charles C Thomas, Springfield Illinois, 1945.*

³ NICHOLAS POUSSIN, *The Plague of Ashdod, 1630; The Louvre Paris.*

⁴ bbc.co.uk/health; 30 Jan 2007.

⁵ *George Washington in his last illness attended by his Physicians. C.1800; Coloured Engraving. Olds Collection, New York historical Society.*

⁶ TURNER JJ., bmj.com; *Do Not Resuscitate or fly; Editor's Choice. Rapid Responses 26 Feb 2006.*

⁷ MAYOR S., *A Study of seriously ill patients undergoing endoscopy in the final phase of life. BMJ 2004;329:873.*

⁸ SIR LUKE FILDES., *The Doctor. Tate Gallery London. Published in Medicine and Art. The Royal Society of Medicine Press, 2003.*



FRANÇOISE FORETTE

4.3 Prospettive terapeutiche in gerontologia

Anzitutto devono essere elencati alcuni principi.

- Nessun medicinale è specifico dell'età avanzata.

- Prima di essere immessi sul mercato, tutti i medicinali, quando si rivolgono a malattie la cui frequenza aumenta con l'età, dovrebbero essere studiati dopo gli 80 anni. Ma non è così. La maggior parte dei test comportava il limite di 60 anni d'età. Prove più recenti hanno elevato la soglia ma raramente la barriera degli 80 anni viene superata, mentre gli ultra-ottantenni spesso polipatologici sono grandi consumatori di medicinali.

- Esiste un cattivo uso dei medicinali (disuse):

- da una parte, il numero di medicinali prescritti è spesso troppo elevato (overuse) e comporta un rischio iatrogeno. Oltre il 20% dei ricoveri ospedalieri sono legati a trattamenti inappropriati;
- dall'altra, i medicinali raccomandati sono sotto-utilizzati dalle persone molto anziane (underuse).

Consideriamo l'insieme delle malattie legate all'invecchiamento: malattie cardiovascolari, incidenti vascolari cerebrali, morbo d'Alzheimer e malattie apparentate, osteoporosi e fratture, depressione, cancro, disturbi sensoriali. È dimostrato che la maggior parte di queste affezioni non è trattata secondo le raccomandazioni della medicina fondata sulle prove (evidence-based medicine).

Prendiamo tre esempi di cattivo uso e di sotto-utilizzazione: l'insufficienza cardiaca, l'osteoporosi e il morbo d'Alzheimer.

L'insufficienza cardiaca

Tutti i lavori epidemiologici mostrano il drastico aumento, con

l'età, dell'insufficienza cardiaca (Kannel W 2000).

Uno studio recente (Euro Heart Failure Survey 2005) indica che i trattamenti raccomandati non sono applicati: gli inibitori dell'enzima di conversione e i betabloccanti attualmente raccomandati sono, in maniera significativa, meno prescritti dopo i 75 anni mentre la diossina lo è di più. La previsione è significativamente migliorata, anche dopo gli 85 anni quando sono utilizzati gli inibitori dell'enzima di conversione (Gambassi 2000).

L'osteoporosi e le fratture

Le fratture dell'anca e delle vertebre sono una fonte di mortalità e di ingresso nella dipendenza riconosciuta da numerosi testi. Le proiezioni indicano che, nel mondo, il numero di fratture sta aumentando, passando da 1,66 milioni nel 1990 a 6,26 milioni verso il 2050 (Cooper 1992). Strategie di prevenzione che passano, tra l'altro, per il trattamento dell'osteoporosi sono disponibili ma insufficientemente utilizzati (Gehlbach 2007). Meno del 50% delle donne ad alto rischio di fratture ricevono il trattamento adeguato, che si tratti di calcio e vitamina D, di bifosfonati, di teriparatide o di ranelato di stronzio. Solo il 17% delle donne anziane colpite da fratture ricevono un trattamento appropriato.

Dati comparabili sono osservati per il tumore o la depressione.

Il morbo d'Alzheimer

Questa malattia pone questioni particolari dato il drammatico aumento, con l'età, della sua incidenza e della sua prevalenza (Ferri 2005): il numero di pazienti passerà da 20 milioni nel 2001 a 80

milioni nel 2040 se non verrà scoperto nessun trattamento preventivo o curativo. Ci sono 4,6 milioni di nuovi casi l'anno, uno ogni 7 secondi.

- La posta in gioco per la salute pubblica è considerevole.

- I medicinali sostitutivi sintomatici disponibili sono sotto-utilizzati.

- La ricerca di metodi preventivi o di medicinali che agiscono sul processo deve essere prioritariamente incoraggiata.

In Francia, tali metodi riguardano circa 850.000 persone, il 25% della popolazione di oltre 85 anni, 225.000 nuovi casi l'anno. Una persona su 2 non è diagnosticata e il 17% soltanto dei pazienti sono trattati con i medicinali disponibili.

Attualmente esistono trattamenti sintomatici sostitutivi. Tra di loro sono trattamenti colinergici che si sostituiscono al neurotrasmettitore più difettoso, l'acetilcolina. Si tratta di tre inibitori dell'acetilcolinesterase, il donepezil, la rivastigmina e la galantamina (Birks J 2006). Un quarto agente non colinergico, la memantina, è un inibitore dei recettori NMDA (Aerosa 2005).

I risultati di questi trattamenti mostrano un miglioramento moderato ma significativo delle funzioni cognitive delle attività della vita quotidiana e del giudizio globale sul paziente. Esiste certamente un effetto-dose e qualche effetto secondario colinergico. Il periodo di effetto è limitato nel tempo ma il beneficio è persistente paragonato al placebo.

I trattamenti sintomatici del morbo d'Alzheimer hanno aperto una nuova era di ricerca. Essi hanno mostrato ai ricercatori e agli investitori industriali che il mito dell'incurabilità assoluta della malattia era seriamente intaccato e che un andamento passo dopo passo, paragonabile a quello utilizzato

dagli specialisti dell'AIDS, era promettente. Essi hanno provato che un miglioramento dei sintomi apportato dai trattamenti sostitutivi, certamente moderato ma percepito dal medico e dal paziente, permetterebbe a quest'ultimo di condurre più a lungo una vita che varrebbe la pena di essere vissuta circondato dai propri familiari. Non bisogna sottovalutare questo successo e non è conveniente che solo un numero drammaticamente basso di pazienti ne beneficino.

I considerevoli progressi della conoscenza della malattia permettono ora di intravedere degli approcci che agiranno sulla catena delle lesioni del cervello e permetteranno di ritardare, cioè di bloccare, il processo patologico (cfr. Blennov 2006 e Klafki 2006).

Bisogna essere chiari. Questi nuovi approcci si basano su ipotesi nessuna delle quali ha ricevuto finora conferma definitiva. Quella più comunemente proposta resta l'ipotesi amiloide.

L'ipotesi amiloide

Dei due obiettivi possibili – la placca amiloide extracellulare e la degenerazione neurofibrillare intraneuronale – la scelta è caduta prioritariamente sulla prima. L'obiettivo è quello di tentare di influenzare la produzione, l'aggregazione, il deposito e/o la clearance della proteina amiloide A beta. Secondo questa ipotesi, l'elemento iniziatore della catena delle lesioni sarebbe lo squilibrio tra la produzione dell'Aβ e la sua clearance fisiologica. Nelle malattie familiari, lo squilibrio sarebbe dovuto principalmente alla superproduzione d'Aβ legata alle mutazioni dei geni dell'APP e delle preseniline, mentre le malattie sporadiche soffrirebbero soprattutto di una riduzione della clearance proteica sotto l'influenza di fattori di rischio generici quali l'APOE 4 e di fattori ambientali.

L'accumulo in quantità anormalmente elevata di A beta 42 solubile o insolubile comporterebbe anomalie sinaptiche, la formazione progressiva delle placche, l'attivazione della microglia e delle astrociti con il suo seguito di infiammazione, delle reazioni ossi-

dative e delle alterazioni ioniche intraneuronali, delle disfunzioni neuronali con deficit di neurotrasmissione. Infine, e possibilmente, alterazioni dei sistemi di chinasi e di fosfatasi condurrebbero all'iperfosforilazione delle proteine tau costitutive dei microtubuli e alla formazione delle degenerazioni neurofibrillari, facendo così da tramite tra le due lesioni e conducendo alla morte neuronale e ai deficit cognitivi.

Gli approcci anti-amiloidi

Si stanno sviluppando tre tipi di trattamento basati sull'ipotesi amiloide:

- i modulatori di secretasi;
- l'immunoterapia attiva (vaccino) o passiva;
- gli inibitori dell'aggregazione fibrillare dell'amiloide.

I modulatori di secretasi

La proteina amiloide da 40 a 42 acidi aminati proviene da una doppia sezione di una proteina normale dell'organismo, l'APP da 650 a 770 acidi aminati. Il metabolismo dell'APP avviene sotto l'azione di tre secretasi, alfa, beta e gamma secretasi, secondo due vie:

- una via fisiologica, non amiloidogena avviene sotto l'azione dell'alfa-secretasi che taglia in due la sequenza dell'A beta liberando un grosso frammento dell'APP solubile, poi sotto quella della gamma secretasi che sfalda il frammento C terminale;
- la via amiloidogena avviene sotto l'azione della beta secretasi che sfalda l'APP all'inizio della sequenza dell'A beta poi sotto quella della gamma secretasi che libera il frammento libero che costituisce il peptide amiloide A beta 42 o A beta 40.

Per inibire la via amiloidogena, l'obiettivo sarebbe sia quello di stimolare l'alfa-secretasi, sia quello di inibire le beta o gamma-secretasi.

Le «Bace 1 inhibitors» o inibitori di beta-secretasi

Le sperimentazioni animali hanno ampiamente dimostrato che i topi "Bace knockout" conserverebbero un fenotipo normale nono-

stante l'assenza di attività di beta-secretasi (Luo Y 2001). Altre opere hanno messo in evidenza che la somministrazione orale di un inibitore non peptidico selettivo di Bace-1 diminuirebbe il clivaggio beta dell'APP e comporterebbe una riduzione significativa dell'A beta 40 e dell'A beta 42 nel cervello di topi transgenici APP (Hussain 2007). Sono in corso altre sperimentazioni che mostrano che lo sviluppo di questo approccio terapeutico è possibile. Numerosissimi gruppi hanno sintetizzato tali inibitori. Pochi di loro soddisfano tutte le condizioni necessarie allo sviluppo (Hill 2007).



Gli inibitori delle gamma secretasi

Lo sviluppo di queste sostanze poneva teoricamente un maggior numero di questioni sugli effetti secondari possibili nella misura in cui il clivaggio di questo sito rischia di alterare altre funzioni vitali quali quelle del Notch, il che potrebbe impedire un bloccaggio a lungo termine (Hull 2006). L'obiettivo è quello di scoprire prodotti selettivi per il clivaggio dell'APP e che inibiscono particolarmente la formazione dell'Aβ 42 qui s'aggrega di più (Evin 2006). Sono stati sviluppati alcuni prodotti che non riguardano il segnale Notch (Petit 2001) e sembrano ben tollerati negli studi di fase 1 (Siemers 114).

Gli attivatori dell'alfa secretasi

Gli stimolatori dell'alfa secreta-

si hanno l'obiettivo di orientare il metabolismo dell'APP verso la via fisiologica non amiloidogena. Un attivatore della proteina chinasi C, testata nel cancro, aumenterebbe significativamente l'attività dell' α secretasi e ridurrebbe la concentrazione dell'A β 42 nel cervello di topi transgenici Alzheimer. Nella misura in cui la briostatina 1 è già ampiamente testata nel trattamento del cancro, dei test potrebbero essere rapidamente messi in atto sui pazienti di Alzheimer (Etcheberrygaray 2004).

L'immunoterapia

L'immunoterapia attiva

L'immunoterapia attiva o "vaccino" si è sviluppata dopo la pubblicazione delle opere Schenk su topi transgenici PDAPP. Grazie al loro transgene, i topi sovraesprimono la proteina amiloide umana, la depongono nelle regioni specifiche e sviluppano progressivamente la patologia neurodegenerativa: in 7/8 mesi, la proteina amiloide si deposita in placche, in 8/9 mesi si sviluppano la distrofia neuritica e la gliosi e in 10/12 mesi la perdita sinaptica.

L'ipotesi sviluppata da Schenk (1999) è che l'immunizzazione da parte della proteina amiloide sarebbe capace di stimolare il sistema immunitario per prevenire il deposito dell'amiloide, cioè aumentare la sua clearance. I risultati sono chiari: immunizzata prima della formazione delle lesioni, si osserva una prevenzione quasi completa della formazione della placca amiloide, della distrofia neuritica e un blocco della gliosi. Quando il topo femmina è immunizzato a 11 mesi, quando le lesioni sono già costituite, si osserva una riduzione del carico di amiloide, della distrofia e dell'astrocitosi in rapporto ai topi transgenici non vaccinati.

I lavori che seguirono mostrarono che l'immunizzazione A β riduceva non soltanto le placche ma anche alcune turbe comportamentali del modello animale (Janus 2000) come pure le perdite di memoria (Morgan).

L'interesse di questi lavori ha stimolato una sperimentazione umana molto rapida. Dopo uno studio di fase I, Elan e Wyeth ne

intrapresero uno di fase II durante il quale 298 pazienti con Alzheimer sono stati vaccinati con il peptide A β , mentre 72 hanno ricevuto del placebo (Gilman 2005). Il test fu interrotto brutalmente per la comparsa di meningo-encefaliti. In totale, ne furono colpiti 18 pazienti, cioè il 6% della popolazione sottoposta al trattamento attivo (Orgogozo). Questo effetto secondario grave fu attribuito a una risposta cellulare T diretta contro il frammento C terminale del peptide. Gli anticorpi anti A β attesi sono stati sviluppati dal 20% di risponditori nella popolazione totale. In questo test interrotto prematuramente, la vaccinazione non ha dimostrato un beneficio significativo sui criteri cognitivi prestabiliti ma un'analisi post-hoc ha messo in evidenza un beneficio significativo su un criterio composito. Il volume cerebrale totale è diminuito, essendo l'ipotesi una clearance del carico cerebrale in peptide amiloide (Fox 2005).

Un caso autopsiato ha messo in evidenza un'estesa scomparsa delle placche amiloidi in numerose zone della corteccia, una persistenza di paia di filamenti in elica nelle zone della neocorteccia sprovviste di placche, dei segni di meningoencefalite a T-linfociti, delle infiltrazioni di macrofagi nella sostanza bianca e una persistenza dell'angiopatia amiloide (Nicoll 2003). La scomparsa delle placche amiloidi dell'A beta immunizzazione ha potuto condurre a una clearance della beta-amiloide. Conferma questa ipotesi un esame del cervello di un paziente vaccinato indenne da meningoencefalite (Masliah 2005).

D'altronde, un sotto-campione dello studio ha mostrato che 19 pazienti che hanno sviluppato gli anticorpi contro la placca amiloide hanno mostrato, su un periodo di un anno, un declino cognitivo e un deterioramento delle attività della vita quotidiana inferiori ai nove pazienti che non sviluppano anticorpi. Nonostante la ristrettezza del campione, questi dati suggeriscono che gli anticorpi diretti contro la placca amiloide possono rallentare il declino cognitivo legato al morbo d'Alzheimer (Hock 2003).

Malgrado l'effetto secondario grave, l'insieme dei dati incorag-

gia chiaramente a proseguire i lavori in questa via. L'obiettivo è quello di conservare la produzione di anticorpi evitando la risposta cellulare T deleteria. L'impiego di adiuvanti differenti e soprattutto di frammenti di A beta che non indurrebbero la risposta linfocitaria T è in corso di sperimentazione (Agadjanian 2005).

L'immunoterapia passiva

L'immunizzazione passiva tramite anticorpi anti-A beta allo scopo di trattare, cioè di prevenire la malattia, è un altro metodo promettente. Candidati potenziali sono anticorpi monoclonali umanizzati. Molecole capaci di "sifonare" l'amiloide verso il sangue attraverso la barriera emato-encefalica potrebbero costituire degli anticorpi "terapeutici" (Fillit 2004). L'iniezione di immunoglobine intravenose in 5 pazienti ha permesso di diminuire il livello di A beta totale nel liquido cefalorachidiano, di aumentare questo livello del 233% nel siero mentre il test cognitivo ADAS-cog migliorerebbe di 3.7 punti in 6 mesi (Dodel 2004). Numerosissime aziende stanno attualmente sperimentando degli anticorpi.

Gli inibitori dell'aggregazione fibrillare dell'amiloide

Un altro approccio terapeutico è quello di prevenire la formazione degli aggregati oligomerici presunti tossici dell'A β . Sappiamo che le GAG (glisaminoglicani) si legano all'A β e ne causano l'aggregazione (van Horssen 2003). Il medicinale candidato (Alzhemed) è un gag-mimetico destinato a interferire tra i glisaminoglicani e l'A β . Negli Stati Uniti e in Europa sono in corso due sperimentazioni ma una delle due è già interrotta, il che genera un certo pessimismo sull'efficacia di questo prodotto.

Metalli quali lo zinco e il rame possono accelerare l'aggregazione dell'A β . Il chelato cliochinolo (PBT-1) riduce i depositi di A β nei topi transgenici. L'esperimento di fase II ha mostrato un miglioramento cognitivo marginale ma è stato interrotto a causa di un'impurità iodata. Sono in corso altri esperimenti con un farmaco che non contiene iodio (PBT-2)(Ritchie 2003).

Le terapie che mirano alla proteina tau

Le degenerazioni neurofibrillari (DNF) corrispondono all'aggregazione intraneuronale di proteine tau anormalmente fosforilate. Esse rappresentano la seconda lesione neuropatologia del morbo di Alzheimer e sopraggiungono presto nello sviluppo della malattia (cfr. Buée 2006). Si osserva l'iperfosforilazione di tau in numerose malattie neurodegenerative ed è considerata secondaria a uno squilibrio tra l'attività delle chinasi e delle fosfatasi. L'identificazione di mutazioni del gene Tau sul cromosoma 17 responsabile di demenze fronto-temporali mostra che la disregolazione della Tau può causare da sola processi degenerativi. Nel corso del morbo d'Alzheimer la cronologia e i rapporti tra placca amiloide e DNF non sono ancora completamente chiariti.

L'inibizione della degenerazione neurofibrillare legata all'iperfosforilazione della proteina tau è un tentativo altamente promettente. Ciò può essere realizzato con l'inibizione delle tau chinasi, l'attivazione delle fosfatasi o l'inibizione dell'aggregazione della tau.

Inibitori di tau chinasi

Alcuni candidati medicinali che riducono la fosforilazione di tau inibendo le tau chinasi quali CDK5 o GSK-3 β sono in via di sperimentazione ma il numero importante di chinasi e di fosfatasi implicate nel processo rende maggiormente aleatoria l'azione di una sola chinasi (Buée 2000).

Attivatori di fosfatasi

Alcuni lavori hanno suggerito che, aggiunta all'inibizione delle chinasi, l'"up-régulation" delle tau fosfatasi poteva rappresentare un altro tentativo per inibire la fosforilazione anormale delle proteine tau (Iqbal 2004). In particolare è stato dimostrato che la fosfatasi PP2A era implicata nella regolazione della fosforilazione di Tau in vivo.

È interessante constatare che la memantina, antagonista dei ricettori NMDA era in grado di inibire l'iperfosforilazione e la neurode-

generazione di sezioni di cervelli di topi. È stato suggerito che questo effetto si effettuava grazie al ristabilimento dell'attività di PP2A.

L'inibizione dell'aggregazione di tau

Secondo talune ipotesi, l'aggregazione della proteina di tau e la formazione delle PHF sono direttamente legate al processo di degenerazione. Molecole capaci di bloccare tale aggregazione potrebbero quindi rivelarsi neuroprotettive. Sono stati identificati alcuni prodotti candidati (Pickhart 2005). Tale approccio necessita, tuttavia, di convalidare l'ipotesi del ruolo deleterio dell'aggregazione considerata da alcuni un meccanismo di protezione (Lee 2005).

Approcci basati su dati epidemiologici

I lavori epidemiologici d'osservazione hanno dimostrato che un certo numero di sostanze, assunte per lungo tempo per una patologia determinata, comporterebbero una riduzione di incidenza del morbo d'Alzheimer. La maggior parte delle ipotesi non sono state purtroppo confermate da prove controllate.

Gli anti-infiammatori

Un certo numero di osservazioni ricorda una iperattività immunitaria nel corso del morbo d'Alzheimer: reazione microgliale attorno alla placca senile, proliferazione astrocitaria, produzione di citochine infiammatorie alcune delle quali (interleukine-1 e interleukine-6) aumenterebbero la sintesi di precursore della proteina amiloide. (McGeer 2003). Diversi studi hanno mostrato una relazione inversa tra il sopravvenire del morbo d'Alzheimer o il deterioramento cognitivo e l'assunzione di anti-infiammatori (Szekely 2004). Gli antinfiammatori agirebbero tra l'altro per azione diretta sulla gamma secretasi e ridurrebbero la produzione di A beta 42.

Le prove controllate condotte con Cox inibitori o anti-infiammatori non steroidei non hanno appor-

tato la prova di un'attività di prevenzione o di rallentamento della malattia (Aisen 2003). Altri tentativi sono in corso nel campo del Mild Cognitive Impairment (MCI).

I prodotti che agiscono sul colesterolo

Il colesterolo svolge un ruolo importante nel metabolismo e l'APP è possibilmente nella produzione della proteina A Beta. La sperimentazione animale conferma che l'abbassamento del colesterolo inibisce la beta e gamma secretasi di neuroni in coltura e riduce la patologia legata all'A beta nei topi transgenici. Infine, gli studi epidemiologici mostrano un abbassamento molto importante dell'incidenza del morbo d'Alzheimer nei pazienti che assumono statine (Jick 2000; Wolozin 2004).

Invece tre tentativi randomizzati non hanno confermato l'azione di protezione delle statine ma bisogna sottolineare che in nessuna di questi test la cognizione era un criterio primario (Sheperd 2000, HPS Collaborative Group 2002, Li 2004). Sono necessari altri lavori per precisare meglio i rapporti tra l'elevazione del colesterolo, la presenza dell'APOE4 che è il fattore di rischio più potente degli Alzheimer sporadici, l'incidenza della malattia e la protezione possibile da parte delle statine (Wolozin 2006).

Gli estrogeni

Numerosi lavori epidemiologici hanno mostrato un'azione benefica degli estrogeni e particolarmente del trattamento ormonale sostitutivo sulla cognizione o l'incidenza delle demenze (LeBlanc 2002, Hogervors 2002). Anche qui, le prove controllate non hanno confermato un ruolo protettore, sottolineando il rischio di cancro e complicazioni cardiovascolari nel caso di un uso prolungato. Sarebbero necessari altri tentativi su donne a rischio cardiovascolare minore e con gli estrogeni percutanei e i progestativi naturali utilizzati in Europa per confermare o smentire i dati americani (Mulnard 2000; Shumaker SA 2004).

Antiossidanti

Altro esempio di contraddizione tra gli studi epidemiologici osservazionali e le prove controllate che eliminano le prospettive di selezione. Gli studi osservazionali hanno mostrato un effetto benefico di un'alimentazione ricca di antiossidanti (Engelhart, 2002, Morris 2002). Un tentativo condotto con la selegilina e la vitamina E aveva mostrato un rallentamento modesto dell'evoluzione del morbo d'Alzheimer moderatamente gravi (Sano, 1997) ma un test controllato non ha mostrato effetti sulla conversione di MCI in morbo d'Alzheimer (Petersen 2001).



Gli anti-ipertensori

Numerosissimi lavori epidemiologici prospettivi hanno dimostrato l'associazione tra il livello della pressione arteriosa e la sopravvivenza del morbo d'Alzheimer o di una demenza vascolare da 15 a 20 anni più tardi (Skoog 1996, Hanon 2003 per revisione). Due test controllati hanno dimostrato che il trattamento anti-ipertensore era in grado di ridurre in maniera significativa l'incidenza delle demenze alzheimer e vascolari per lo studio SYST-EUR (Forette 1998, Forette 2002) e di quelle legate ad una recidiva d'incidente vascolare cerebrale per lo Studio PROGRESS (Tzourio 2003). Restano interrogativi sul meccanismo della prevenzione che può essere legato al-

l'abbassamento della pressione arteriosa e/o all'effetto specifico di determinati agenti (Birkenhäger 2001, Hanon 2006). Sarebbero indispensabili altre prove per precisare i legami tra fattori vascolari e patologia del morbo d'Alzheimer ma fin da ora è importante promuovere una nutrizione equilibrata e una riduzione dell'insieme dei fattori di rischio vascolare che si sono dimostrati utili nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e cerebrovascolari.

Un certo numero di lavori ha inoltre dimostrato che il consumo di pesce (Morris 2003), l'attività fisica (Simonsick 2003), le attività legate al tempo libero (Verghese 2003) e l'attività mentale potevano concorrere alla prevenzione del morbo d'Alzheimer (Coyle 2003).

Per concludere, occorre compiere grandi sforzi per migliorare la terapia nei pazienti anziani, diminuire il cattivo uso dei medicinali, incoraggiare la giusta prescrizione dei medicinali raccomandati ed essenziali. Per questo è indispensabile migliorare l'informazione della popolazione sulla formazione dei medicinali e lottare contro la discriminazione di cui i pazienti anziani sono spesso oggetto.

L'esempio dell'intensa ricerca che si compie attorno al morbo d'Alzheimer può far sperare che la guarigione di questo flagello non è fuori portata dai progressi della medicina.

Prof.ssa FRANÇOISE FORETTE

*Professoressa di Geriatria,
Università Paris V*

*Direttrice della Fondazione Nazionale
di Gerontologia e d'ILC-France
(International Longevity Center)
France*

Bibliografia

- KANNEL WB. Incidence and Epidemiology of Heart Failure. *Heart failure Reviews* 2000; 5:167-73.
- HÜLSMANN M, BERGER R, MÖRTL D, PACHER R. Influence of age and in-patient care on prescription rate and long-term outcome in chronic heart failure: a data-based sub-study of the EuroHeart Failure Survey. *The Eur J Heart Failure* 2005; 7:657-61.
- GAMBASSI G, LAPLANE KL, SGADARI A. Effects of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Digoxin on Health Outcomes of Very Old Patients with Heart Failure. *Arch Intern Med*; 2000; 160:53-60.

FERRI CP, PRINCE M, BRAYNE C et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366:2112-17.

BIRKS J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane database Syst Rev* 2006; 1: CD005593.

AEROSA SA, SHERRIFF F, McSHANE R. Memantine for dementia. *Cochrane database Syst Rev* 2005; 3: CD001749.

BLENNOW K, DE LEON MJ. Alzheimer's disease. *The Lancet*. 2007; 368: 387-403.

KLAFKI HW, STAUFENBIEL M, KORNUBER J et WILTFANG J. Therapeutic approaches to Alzheimer's disease. *Brain* 2006; 129: 2840-55.

LUO Y, BOLON B, KAHN S et al. Mice deficient in BACE1, The Alzheimer beta-secretase, have normal phenotype and abolished beta-amyloid generation. *Nat Neurosci* 2001; 4:231-32.

HUSSAIN I, HAWKINS J, HARRISON D et al. Oral administration of a potent and selective non peptidic BACE1 inhibitor decreases beta-cleavage of amyloid precursor protein and amyloid beta production in vivo; *J neurochem*. 2007 100:802-9.

HILLS ID, VACCA JP. Progress toward a practical BACE-1 Inhibitor. *Curr Opin Drug Discov Devel*. 2007; 4:383-91.

HULL M, BERGER M, HENKA M. Disease-modifying therapies in Alzheimer's disease: how far have we come? *Drugs* 2006; 66: 2075-93.

EVIN G, SERNEE MF, MASTERS CL. Inhibition of gamma-secretase as a therapeutic intervention for Alzheimer's disease: prospects, limitations and strategies. *CNS Drugs* 2006; 20:351-72.

PETTIT A, BIHEL F, ALVES DA COSTA C, POURQUIE O, CHECLER F, KRAUS JL. New protease inhibitors prevent gamma-secretase production of Abeta 40/42 without affecting Notch cleavage. *Nat Cell Biol*; 3: 507-11.

SIEMERS E, SKINNER M, DEAN RA et al. Safety, tolerability, and changes in amyloid beta concentration after administration of a gamma-secretase inhibitor in volunteers. *Clin neuropharmacol* 2005; 28:126-32.

ETCHEBERRIGARAY R, TAN M, DEWATCHTER I et al. Therapeutic effects of PKC activators in Alzheimer's disease transgenic mice. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004; 101:1141-46.

SCHENK D, BARBOUR R, DUNN W et al., Immunization with amyloid-beta attenuates Alzheimer-disease-like pathology in the PDAPP mouse. *Nature* 1999; 400:173-177.

JANUS C, PEARSIN J, MCLAURIN J et al. Aβ peptide immunisation reduces behavioural impairment and plaques in a model of Alzheimer's disease. *Nature* 2000; 408:979-82.

MORGAN D, DIAMOND DM, GOTTSCHALL PE et al. Aβ peptide vaccination prevents memory loss in an animal model of Alzheimer's disease. *Nature* 2000; 408: 982-85.

GILMAN S, KOLLER M, BLACK RS. Clinical effects of Abeta immunization (AN1792) in patients with AD in an interrupted trial. *Neurology* 2005; 64: 1553-62.

ORGOGOZO JM, GILMAN S, DARTIGUES JF et al. Subacute meningoencephalitis in a subset of patients with AD after Abeta42 immunization. *Neurology* 2003; 61: 46-54.

FOS NC, BLACK RS, GILMAN S et al. Effects of beta immunization (AN 1792) on MRI measures of cerebral volume in Alzheimer disease. *Neurology* 2005; 64:1563-72.

NICOLL JA, WILKINSON D, HOLMES C, MARKHAM H, WELLER CO. Neuropathology of human Alzheimer disease after immunization with amyloid-beta peptide: a case report. *Nat Med* 2003;9: 448-52.

MASLIAH E, HANSEN L, ADAM A et al. Abeta vaccination effects on plaque pathology in the absence of encephalitis in Alzheimer disease. *Neurology* 2005;64:129-31.

HOCK C, KONIETZKO U, STREFFER JR. Antibodies against beta-amyloid slow cognitive decline in Alzheimer's disease. *Neron* 2003;38:547-54.

AGADJANYAN MG, GHOSHIKIAN A, PETRUSHINA I et al. Prototype Alzheimer's disease vaccine using the immunodominant B cell epitope from beta amyloid and promiscuous T cell epitope pan HLA DR-binding peptide. *J Immunol* 2005; 174:1580-6.

FILLIT H. Intravenous immunoglobulins for Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology* 2004; 3:704.

DODEL RC, DU Y, DEPBOYLU C et al. Intravenous immunoglobulin containing antibodies against beta-amyloid for the treatment of Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75:1472-14.

VAN HORSSSEN J, WESSELING P, VAN DEN HEUVEL LP et al. Heparan sulphate proteoglycans in Alzheimer's disease and amyloid-related disorders. *Lancet Neurol* 2003; 2:pp. 482-92.

RITCHIE CW, BUSH AI, MACKINNON A et al. Metal-protein attenuation with iodochlorhydroxyquin (clioquinol) targeting Abeta amyloid deposition and toxicity in Alzheimer disease: a pilot phase 2 clinical trial. *Arch Neurol* 2003; 60: 1685-1691.

BUÉE L, DELACOURTE A. Tauopathie et maladie d'Alzheimer, un processus dégénératif à part entière. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2006; 4 :1-12.

BUÉE L, BUSSIÈRE T, BUÉE-SCHERRER V, DELACOURTE A, HOF PR. Tau proteins isoforms, phosphorylation and role in neurodegenerative disorders. *Brain Res Rev* 2000; 33 :95-130.

IQBAL K, GRUNDKE-IQBAL I. Inhibition of neurofibrillary degeneration: a promising approach to Alzheimer's disease and other tauopathies. *Curr Drug targets* 2004; 5: 495-502.

PICKHARDT M, GAZOVA Z, VON BERGEN M et al. Anthraquinones inhibit tau aggregation and dissolve Alzheimer's paired helical filaments in vitro and in cells. *J Biol Chem* 2005; 280:3628-35.

LEE HG, PERRY G, MOREIRA PL et al. Tau phosphorylation in Alzheimer's disease: pathogen or protector? *Trends Mol Med* 2005b; 11: 164-9.

MCGEER EB, MCGEER PL. Inflammatory processes in Alzheimer's disease. *Prog*

Nueopsychopharmacol. Biol Psychiatry 2003; 27: 741-9.

SZEKELY CA, THORNE JE, ZANDI PP. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the prevention of Alzheimer's disease: a systematic review. *Neuroepidemiology* 2004; 23:159-69.

AISEN PS, SCHAFER KA, GRUNDMAN M et al. Effects of rofecoxib or naproxen vs placebo on Alzheimer disease progression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 2819-26.

JICK H, ZORNBERG GL, JICK SS, SESHADRI S, DRACHMAN DA. Statins and the risk of dementia. *Lancet* 2000; 356: 1627-31.

WOLOZIN B. Cholesterol and the biology of Alzheimer's disease. *Neuron* 2004; 41:7-10.

SHEPARD J, BLAUW GJ, MURPHY MB et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 360:1623-30.

Heart Protection Study Collaborative Group (2002) MRC/BHF. Heart protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360:7-22.

LI G, HIGDON R, KUKULL WA et al. Statin therapy and risk of dementia in the elderly: a community-based prospective cohort study. *Neurology* 2004a; 63:1624-8.

WOLOZIN B, MANGER J, BRYANT R, CORDY J, GREEN RC, MCKEE A. Re-assessing the relationship between cholesterol, statins and Alzheimer's disease. *Acta neurol Scand Suppl* 2006; 185:63-70.

LEBLANC ES, JANOWSKY J, CHAN BK, NELSON HD. Hormone Replacement therapy and cognition. Systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2001; 285:1489-99.

HOGERVORST E, YAFFE K, RICHARDS M, HUPPERT F. Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia. *Cochrane database Syst Rev* 2002; 3: CD003799.

MULNARD RA, COTMAN CW, KULLER I et al. Estrogen replacement therapy for treatment of mild to moderate Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Alzheimer's Disease Cooperative Study. JAMA* 2000; 283:1007-15.

SHUMAKER SA, LEGAULT C, KULLER L et al. Conjugated equine estrogens and incidence of probable dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: Women Health Initiative Memory Study. *JAMA* 2004; 291:2947-58.

ENGELHART MJ, GEERLINGS MI, RUITENBERG A et al. Dietary intake of antioxidants

and risk of Alzheimer disease. *JAMA* 2004; 287:3223-29.

MORRIS MC, EVANS DA, BIENIAS JL et al. Dietary intake of antioxidant nutrients and the risk of incident Alzheimer disease in a biracial community study. *JAMA* 2002; 287:3230-37.

SANO M, ERNESTO C, THOMAS RG et al. A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol or both as a treatment for Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 1997; 336:1216-22.

PETERSEN RC, THOMAS RG, GRUNDMAN M et al. Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2005; 352:2379-88.

HANON O, SEUX ML, LENOIR H, RIGAUD AS, FORETTE F. Hypertension and dementia. *Curr Cardiol Rep.* 2003. 6:435-40. Review.

SKOOG I, LERNFELT B, LANDAHL S et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *Lancet.* 1996; 347:1141-5.

FORETTE F, SEUX ML, STAESSEN JA et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet.*

FORETTE F, SEUX ML, STAESSEN J et al. The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-eur) study. *Arch Intern Med* 2002; 162:2046-52.

TZOURIO C, ANDERSON C, CHAPMAN N et al.; Progress Collaborative Group. Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. *Arch Intern Med.* 2003; 163:1069-75.

BIRKENHÄGER WH, FORETTE F, SEUX ML et al. Blood pressure, cognitive functions, and prevention of dementia in older patients with hypertension. *Arch Intern Med* 2002; 161:152.

HANON O, PEQUIGNOT R, SEUX ML, et al. Relationship between antihypertensive drug therapy and cognitive function in elderly hypertensive patients with memory complaints. *J Hypertens.* 2006; 1:2101-7.

MORRIS MC, EVANS DA, BIENIAS JL et al. Consumption of fish and n-3 fatty acids and risk of incident Alzheimer disease. *Arch Neurol.* 2003; 60:940-6.

SIMONICK EM. Fitness and cognition: encouraging findings and methodological considerations for future work. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51:570-1.

VERGHESE J, LIPTON RB, KATZ MJ et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med.* 348: 2508-16.

COYLE JT. Use it or lose it—do effortful mental activities protect against dementia? *N Engl J Med.* 2003; 348: 2489-90.



FERNANDO ANTEZANA ARANIBAR

4.4 Origine politica e sociale: cambiamento politico, legislazioni, sistema sanitario e anzianità, pensioni, ruolo familiare, tempo libero

Per iniziare queste riflessioni è importante meditare su ciò che si intende oggi per invecchiamento, chiamato anche terza età. In maniera gentile definiamo gli anziani anche come persone di una certa età. A ogni modo, si tratta di un concetto relativo e che dipende dal quadro culturale, etico-sociale e, perché no, biologico di ogni società.

A 20 anni l'invecchiamento è qualcosa a cui pensare più avanti nella vita. I dolori scompaiono rapidamente, anche le ferite cicatrizzano con rapidità ecc. A 40 anni, le prime rughe si fanno più marcate, e non è facile perdere i chili in più accumulati. Tuttavia, la persona è occupata da molte attività e responsabilità proprie dell'età (famiglia, lavoro, progresso, economia ecc.). A 60 anni si accettano il sovrappeso, una certa rigidità nelle ossa e nelle articolazioni, dolori e disturbi fisici in generale, come se tutto fosse un processo normale dell'invecchiamento.

Ricerche realizzate in vari centri importanti nel mondo medico-scientifico stanno cambiando la prospettiva che l'invecchiamento sia un processo atteso e generale. "Esistono enormi differenze nella forma con cui l'essere umano invecchia, sia in relazione alle proprie capacità fisiche sia in rapporto alla mole di energia sviluppata, così come alla sua espressione reale di impegno nella vita", per usare le parole del Prof. Sehiro Kawachi, del Dipartimento di Salute e Condotta dell'Università di Harvard (USA).

La precedente considerazione e riflessione vuol fare intendere che

l'invecchiamento non è un processo che si presenta a tutti in maniera uniforme, alla stessa età, con la stessa intensità o allo stesso modo. Esso varia anche in funzione delle variabili e dei fattori condizionanti della salute e della malattia, siano essi biologici, economici, sociali, culturali o di altro tipo. È qui che si devono identificare e analizzare gli elementi attinenti alla legislazione, alle norme e regolamentazioni così come al sistema sanitario verso un accesso adeguato e costante per la popolazione della terza età.

Per completare questo scenario si devono riconoscere, tra gli altri, tre elementi fondamentali per i cambiamenti che hanno contribuito all'obiettivo di raggiungere una vecchiaia in salute, attiva e piacevole, che tratteremo qui di seguito.

Lo straordinario aumento dell'aspettativa di vita, tanto che la persona che solo 25 anni fa era considerata vecchia, oggi invece si trova in una tappa ulteriore nel cammino della vita. È certo che, in molti paesi, la legislazione continua a considerare gli antichi concetti di invecchiamento, così che i sistemi pensionistici e il ritiro dal lavoro avvengono oggi in età ancora utile e, perché non dirlo, troppo presto (60, 62, 65 anni). La prevenzione, l'educazione e i notevoli progressi nella terapia di cura o nel mantenimento hanno reso possibile questo aumento, allevando la sofferenza e il deterioramento della salute. Tuttavia, dobbiamo riconoscere che questi grandi progressi medici hanno portato anche problemi tecnici e sociali, non solo nell'utilizzo ade-

guato ed equo dei progressi, ma anche per le false speranze o la permanente fiducia in queste tecnologie che non migliorano lo stile di vita di una quantità di gente nell'età già menzionata, che spesso stanno già decidendo della loro terza età.

Il secondo elemento è il progresso nella conoscenza in relazione ai fattori determinanti della salute e la malattia nel corso della vita, siano essi di tipo biologico, economico, sociale o politico. L'accesso e la diffusione dell'informazione diventano armi di grande rilevanza quando si discutono strategie e azioni relative al miglioramento della condizioni per una vecchiaia onorevole e degna.

Il terzo elemento che desidero menzionare si riferisce ai progressi tecnologici in generale e di salute in particolare. Non si tratta soltanto della terapia medica che ha sviluppato un nuovo mondo in materia di medicinali e vaccini, ma anche della diagnosi e dei relativi interventi, delle attrezzature ospedaliere, del trasporto e delle unità di emergenza mobile, delle comunicazioni in generale (incluso anche la telefonia senza fili e altro), e che fanno sì che il settore salute possa essere molto più efficiente e a volte in linea con la filosofia cristiana del Buon Samaritano.

Quali sono perciò i cambiamenti più significativi che si devono produrre come conseguenza di questa situazione? Oso affermare che nei paesi industrializzati, dove la percentuale della popolazione della terza età è significativa, il cambiamento maggiore riguarda

la consapevolezza delle implicazioni economiche e dell'assistenza medica che si fanno sempre più difficili e/o complesse nell'intento, almeno, di continuare i benefici attualmente dispensati agli anziani.

Viceversa, nei paesi in via di sviluppo – società povere in generale – i cambiamenti che devono avvenire sono più significativi rispetto a quelli dei paesi industrializzati. Così, ad esempio, devono riguardare l'accessibilità all'assistenza medica, una pensione minima di vecchiaia, la protezione dall'abuso in ciascuna delle sue forme, in particolare agli anziani di sesso femminile.

Nei paragrafi che seguono mi riferirò alla situazione attuale e ai vuoti che richiedono cambiamenti e azioni di fronte alle realtà del mondo di oggi, che definiamo moderno.

Nel discutere le generalizzazioni e il riferimento al tema più specifico di questo intervento, è necessario distinguere almeno tre categorie di società, che possono o no coincidere anche con Paesi.

Un primo gruppo in cui si collocano le società ricche con livelli di ricchezza e potere straordinari e dove generalmente si prendono le decisioni, non solo a livello nazionale ma, spesso, anche globale (globalizzazione?).

Un secondo gruppo, che comprende le società cosiddette emergenti o quelle in transizione e, infine, le società meno sviluppate, generalmente le più povere, le quali vengono altresì definite come "paesi in via di sviluppo" (permanentemente?).

Mai nella storia si è potuto osservare come un'enorme ricchezza sia oggi concentrata in poche persone e allo stesso tempo la terribile diffusione della povertà, della fame e della miseria nella maggior parte della popolazione della terra.

È in questo quadro che ravvisiamo la situazione sociale degli anziani o delle persone della cosiddetta terza età, il cui volume potenziale va crescendo vertiginosamente. Secondo esperti internazionali (OMS e paesi industrializzati) la popolazione con più di 65 anni nel mondo, potrà arrivare al 16,9% nell'anno 2050, dal 6,9%

che si dice essere la percentuale attuale. È così che l'urgenza si identifica, promuove e mette in atto politiche sanitarie e, in modo ancora più ampio, politiche sociali, includendo norme a sostegno della popolazione della terza età.

Tutti sappiamo che le risorse dei sistemi di previdenza sociale, tanto in materia di prestazioni sanitarie quanto quelle che riguardano le pensioni, subiscono grandi pressioni finanziarie e, in alcuni casi, sono perfino al limite della bancarotta. Allo stesso tempo si può anche osservare che, nei paesi in via di sviluppo, gli stanziamenti per la salute non crescono nella misura del necessario e del possibile, mentre si osserva un'alta crescita in altri settori di consumo e, cosa ancor più sorprendente, dell'armamento. Ne deriva la grande importanza di una nuova analisi delle politiche sociali di fronte al periodo che stiamo affrontando. Per tutto quanto precedentemente indicato, le nuove riflessioni sulle politiche sociali, non solo riguardo la salute ma anche altri settori quali alloggio, istruzione, lavoro ecc., devono essere attentamente considerate nelle decisioni riguardanti l'allocazione delle risorse, tanto da parte dei governi quanto di altre fonti di finanziamento, giacché senza salute e benessere non può esserci sviluppo.

Anche quando le risorse fossero ipoteticamente adeguate, l'educazione in relazione agli stili di vita è probabilmente il fattore più determinante del futuro stato di salute delle società. Mentre le abitudini portano solo a una società che pensa ad accumulare beni materiali, una ricerca costante di denaro o posizioni politiche con l'utilizzo dei vantaggi che può offrire, se non considereremo l'ambiente sociale che presenta disuguaglianze, e condurremo una vita di eccessi passeggeri, ci dovremo aspettare gravi conseguenze in termini di salute e benessere, con una vecchiaia costellata da malattie, malessere e infelicità.

Per quanto riguarda gli stili di vita, è opportuno fermarsi a riflettere su temi che hanno grande influenza sul futuro della salute. Temi quali l'alimentazione, l'esercizio fisico, il risanamento ambientale, il consumo di alcol, tabacco e

altro, avranno l'influenza maggiore nella vita, quando consideriamo la terza età. Anche qualora ci fossero politiche, norme e regolamenti, senza un'educazione consapevole riguardo questa linea di condotta che venga dall'infanzia, sarà molto difficile raggiungere l'ideale di una vita adulta e di una vecchiaia sane, attive e degne.

Il paragrafo precedente è espressione di ciò che avviene nei paesi industrializzati (ricchi), mentre in quelli in via di sviluppo tutto questo universo di politiche sociali e di salute molto spesso esiste solo nei documenti e non nella pratica, includendo l'allocazione delle risorse. Tuttavia, il tessuto sociale e familiare è molto più forte e solido. Ciò ha permesso che questa cultura di solidarietà mantenga un *modus vivendi* che fa sì che la popolazione della terza età abbia una funzione consolidante, sebbene non disponga dei servizi sanitari necessari per mancanza di risorse economiche. L'OMS si esprime sul tema nei seguenti termini: "Nonostante l'enorme progresso medico raggiunto durante gli ultimi decenni, permane il fatto che gli anni di vita sono costellati dall'aumento di malattie e, spesso, di invalidità". Il fattore chiave per una terza età sana è la possibilità di restare autosufficienti quanto più possibile. Progressi effettivi che promuovano una vecchiaia in salute e prevengano l'invalidità negli anziani avranno come risultato una maggiore efficienza e un minor costo nell'uso dei servizi sanitari. Ciò permetterà anche una migliore qualità di vita delle persone di una certa età permettendo loro di continuare a condurre una vita indipendente e produttiva per un tempo maggiore. Non si tratta di aggiungere anni alla vita. Dobbiamo sviluppare una società che offra alle persone della terza età opportunità di continuare a essere interessati e sentirsi ancora parte della società.

Nel mondo di oggi, nei paesi poveri, detti anche in via di sviluppo, l'aspetto culturale e l'organizzazione sociale sono più generosi in relazione al tempo e alle cure, tanto dei bambini quanto degli anziani. Questi paesi infatti dedicano una buona parte delle loro scarse risorse e delle limitazioni proprie

dell'ambiente ai loro anziani e sicuramente sono sopravvissuti a molti fattori avversi.

Alcune parole sulle pensioni ci portano a tornare sul divario esistente tra paesi ricchi e paesi poveri ove raramente esistono sistemi pensionistici quando si lascia il lavoro, o pensioni di vecchiaia, e se esistono in alcuni (economie emergenti e società in transizione) devono fare i conti con una serie di restrizioni e insufficienze tanto economiche quanto di gestione. Una volta ancora il tessuto sociale e la concezione culturale devono cercare di risolvere tali situazioni.

In relazione all'uso del tempo libero da parte delle persone della terza età, ci sono società (come ad esempio la Cina) che hanno messo in atto politiche di partecipazione comunale riguardanti l'uso del tempo libero per questa fascia di popolazione, affinché possa mantenere nelle migliori condizioni possibile la salute fisica, mentale, psichica e spirituale. Si tratta di esercizi fisici; del lavoro volonta-

rio che utilizza l'esperienza e la conoscenza di queste persone, oppure del volontariato destinato al lavoro in paesi meno industrializzati, ai quali possono trasmettere le conoscenze che hanno acquisito nell'arco della loro vita.

Vorrei dire poi che nei paesi in via di sviluppo è di grande valore la cooperazione delle persone anziane nella vita quotidiana, perché svolgono una funzione di sostegno all'ambiente familiare (citiamo ad esempio il rapporto che esiste tra nonni e nipoti). Termino col ricordare che in questo nostro mondo disuguale ci sono società in cui gli anziani non godono di tempo libero fino al termine della loro vita.

Possiamo affermare che i cambiamenti sperimentati nella cura e nell'attenzione agli anziani e la loro partecipazione attiva nella società richiedono una revisione completa alla luce del mondo di oggi e di domani, affinché gli anziani non siano considerati come un peso sociale bensì come un contributo al tessuto sociale.

Occorre ricordare che sono stati gli anziani a collaborare per creare l'abbondanza di cui gode il mondo moderno, e che durante la loro vita attiva hanno dato il proprio contributo alle casse della previdenza sociale (ci chiediamo: è ancora valido il termine previdenza in questo contesto?).

Va anche ricordato che esiste una differenza non accettabile, per ciò che riguarda il genere, con chiaro svantaggio per il sesso femminile, non solo rispetto alla previdenza sociale, ma anche all'assistenza medica e pensionistica.

Infine, non è forse valido riconoscere il contributo dato da coloro che oggi sono anziani, quando erano giovani e adulti? Non saranno forse i giovani di oggi gli anziani di domani? Occorre lavorare in questo campo.

Dott. FERNANDO
ANTEZANA ARANÍBAR
*Presidente del Consiglio Esecutivo
dell'O.M.S., Ginevra, Svizzera
Consulatore del Pontificio Consiglio
per gli operatori sanitari*



WANGARI MUTA MAATHAI

4.5 I cambiamenti ambientali e la terza età: contaminazione delle acque, inquinamento ambientale*

La maggior parte delle persone spera di vivere a lungo. Personalmente, ho avuto il privilegio di poter avere accanto a me per molti anni mia madre, che è vissuta fino a 90 anni. Persino quando era ormai avanti negli anni, mia madre sperava ancora di poter vivere per molto tempo. La sua morte mi lasciò in uno stato di disperazione. Credo che non siamo mai pronti ad affrontare la morte di una persona cara. È una grande benedizione poter avere accanto a noi i nostri genitori, e vederli invecchiare. Ma tutti vorremmo che invecchiassero bene, senza sofferenze, senza disturbi né malattie, e per questo motivo ci chiediamo: in che modo possiamo prenderci cura dei nostri anziani? Come potremmo rendere la loro vita più confortevole, facendoli invecchiare in buona salute, e facendoli sentire felici anche in vecchiaia, godendo della presenza dei figli e dei nipoti?

In molte società, la cosiddetta terza età è apprezzata e rispettata; nel mio Paese, infatti, invecchiare è considerato una grande benedizione, e le persone anziane rivolgono ai giovani questo augurio: “possa tu crescere e invecchiare fino a vedere la terza e la quarta generazione”; ed era proprio ciò che mia nonna mi diceva spesso. Per contro, ci sono molte società che esaltano la gioventù, e quando le persone diventano vecchie e deboli, e perdono la propria energia e vitalità, sono escluse dalla società, o vengono abbandonate negli istituti. Nelle società di stampo tradizionale, gli anziani si prendono cura dei bambini; raccontano loro favole o storie antiche, li portano a passeggio e, quando i genitori sono al lavoro, rimangono a casa con

loro. Non sono mai messi da parte, per così dire; anzi hanno un ruolo molto importante, e si sentono felici e ancora utili perché possono godere della presenza dei nipoti.

Le cose però stanno cambiando, e anche noi che viviamo nei Paesi in via di sviluppo ci siamo fatti influenzare dalle abitudini di vita del resto del mondo: le persone emigrano nelle città, dove si costruiscono strutture che possano ospitare gli anziani, perché i giovani non sono più in grado di prendersi cura di loro nelle famiglie cosiddette “allargate”, che prima formavano la struttura della società. Ciò è estremamente importante per considerare cosa sta accadendo o cosa dovremmo fare affinché i nostri anziani non debbano soffrire man mano che gli anni avanzano.

Come sapete, il mio lavoro prende in esame l'ambiente, e ho avuto l'onore e il privilegio di ricevere il Premio Nobel nel 2004 proprio per il mio impegno in campo ambientale, che ha portato a elaborare un collegamento tra la gestione sostenibile delle risorse, il buon governo, il rispetto per i diritti umani e la pace. Lavorando per l'ambiente, tra gli argomenti di cui ci occupiamo e che sono importanti per la nostra salute, c'è senz'altro l'inquinamento ambientale, che deriva dallo sviluppo, perché l'industria fa grande uso di prodotti chimici, che usiamo anche per migliorare l'agricoltura; così inquiniamo l'aria che respiriamo, l'acqua che beviamo e il terreno in cui coltiviamo i prodotti della terra. Per questo, alcune malattie che ci affliggono quando diventiamo vecchi, sono associate al cambiamento ambientale, al cibo che mangiamo, alle sostanze chimiche che sono state usate per far crescere

i prodotti della terra, all'acqua che beviamo, alle sostanze dannose che hanno contaminato l'acqua dei pozzi e i fiumi, oltre che all'aria che respiriamo.

Molte malattie che le persone anziane devono affrontare sono legate al fatto che è andata modificandosi la loro alimentazione, rispetto ai cibi che mangiavano prima. Io stessa stento a riconoscere i piatti tradizionali che mangiavano mia madre e mia nonna; molti prodotti della terra infatti non crescono più, perché non sappiamo come coltivarli, siamo diventati, per così dire, più moderni. Per questo, mangiamo cibi diversi rispetto al passato, e abbiamo creato nuovi prodotti biologici che si differenziano da quelli che mangiavano i nostri genitori. Non sappiamo però in che modo il nostro corpo reagirà alle sostanze chimiche che consumiamo, con il cibo che mangiamo e con l'acqua che beviamo.

Non possiamo prevedere quali saranno le conseguenze dell'assuefazione al fumo che abbiamo ormai assimilato, del consumo di alcol, e delle nuove abitudini, come ad esempio quella di mangiare troppo o di consumare troppo zucchero. Sono tutti cambiamenti che sono intervenuti nel nostro ambiente, e che ci stanno rendendo la vita veramente difficile.

I nostri genitori avevano una costituzione biologica molto buona, forse perché vivevano in un ambiente pulito e sano. Ma con il progresso e lo sviluppo, sono sopravvenuti dei cambiamenti che hanno portato a nuove malattie, che iniziano a colpirci e di cui risentiremo con l'invecchiamento. Una malattia caratteristica dell'invecchiamento è la perdita della me-

moria. Forse gli scienziati ne chiariranno le cause e ci diranno cosa fare per prevenirla e/o curarla. Ma questo è soltanto uno degli aspetti che dovranno essere affrontati riguardo l'ambiente in cui viviamo, per vedere cosa possiamo fare per il nostro corpo, il nostro cervello e le nostre cellule nervose, per evitare la perdita della memoria, condizione devastante per gli anziani. Un altro malessere è la perdita di energia, e soprattutto la limitazione della capacità di movimento. Vediamo che ci sono anche tanti giovani che soffrono di disturbi alle giunture, che rendono difficoltosi i movimenti. Molti anziani soffrono principalmente per le malattie respiratorie, che possono essere associate al fumo e all'inquinamento atmosferico.

Con questo, vorrei dire che lavorare per l'ambiente è estremamente importante; dobbiamo prendercene cura, e assicurarci che venga rispettato il diritto di ogni persona a vivere in un ambiente pulito e sano. Questo dovrebbe essere un diritto fondamentale di ogni essere umano. I governi dovrebbero garantire che ogni cittadino viva e

cresca in un ambiente pulito e sano; è questo infatti il dono che possiamo fare all'umanità, e cioè a tutti noi, per evitare almeno in parte i disturbi che ci affliggono mano a mano che l'età avanza.

Vorrei parafrasare la Bibbia quando dice che "c'è un tempo per ogni cosa; c'è un tempo per essere giovani e un tempo per invecchiare". Non è possibile vivere a lungo senza perdere vitalità ed energia, e conservare gli stessi tempi di quando si è giovani. È importante ricordare che, anche se ci viene concessa la benedizione di poter godere a lungo della vita, è verosimile che perderemo l'energia e la vitalità tipiche della gioventù. Tutti noi inoltre vogliamo pensare che, quando saremo vecchi, non saremo messi da parte, ma che qualcuno si prenderà cura di noi e che non soffriremo di disturbi e malattie che sono il frutto del degrado ambientale.

Dobbiamo diffondere il messaggio e fare in modo che quante più persone possibile comprendano che, mano a mano che invecchiamo, rispecchiamo lo stile di vita che abbiamo condotto in gioventù,

l'ambiente in cui siamo cresciuti e nel quale stiamo invecchiando, e pertanto è necessario ribadire che abbiamo il diritto di avere un ambiente pulito e sano.

Tutti i governi hanno la responsabilità di fare in modo che i loro cittadini possano vivere in un ambiente pulito e sano, in cui vivere e invecchiare. Spero che ci si impegni tutti ad assistere gli anziani. Questo è un debito che abbiamo nei loro confronti, in quanto loro si sono presi cura di noi. Essi hanno bisogno del nostro amore, della nostra compassione e della nostra protezione. Dovremmo essere più creativi, e trovare modi nuovi per prenderci cura degli anziani. Indipendentemente dal fatto che possano essere malati o in buona salute, hanno bisogno del nostro amore e della nostra compassione.

Prof. WANGARI MUTA MAATHAI
Premio Nobel per la Pace 2004
Kenia

* Trascritto dalla teleconferenza



Seconda Sessione

Cosa pensare?

1. La rivelazione

HANS-WINFRIED JÜNGLING

1.1 La cura delle persone anziane ammalate nella Sacra Scrittura

Il prefetto e visir Ptahhotep dice:
Sovrano, mio signore,
la vecchiaia si è prodotta, la
senilità è discesa,
la caducità viene, l'impotenza si
rinnova:
a causa di essa si rimane coricato
bambino ogni giorno –
gli occhi son deboli, le orecchie
son sorde,
il vigore deperisce per la fatica
del mio cuore,
la bocca tace e non riesce a
parlare,
la memoria manca e non ricorda
più lo ieri,
l'osso duole per la lunghezza
(dell'età).

Il buono è diventato cattivo,
ogni gusto se ne va.
Ciò che fa la vecchiaia alla gente
è brutto sotto ogni aspetto:
il naso è otturato e non può
respirare,
è gravoso lo stare ed il sedere.
Si ordini a questo servo di
costuirsi un bastone di vecchiaia,
cosicché io gli dica le parole di
coloro che ascoltano
(Roccati, Alessandro, Sapienza
egizia, Brescia 1994, 34-35).

Con queste parole il visir, un uo-
mo di centodieci anni (ib. p. 53),

chiede al suo Sovrano, il Faraone
Isesi (ca. 2400 a.C.), il permesso di
darsi un successore, di garantirsi
per così dire un bastone per la vec-
chiaia.

La descrizione impressionante
dei disturbi e delle malattie, che
colpiscono l'uomo anziano in que-
sto antico testo della letteratura sa-
pienziale egizia, presenta un paral-
lelo in un libro sapienziale tardivo
dell' Antico Testamento, cioè nel
libro di Qoèlet. I seguenti versetti,
che risalgono al quarto secolo
avanti Cristo, sottolineano con ul-
teriore enfasi le sopraccitate debo-
lezze dell'uomo anziano:

Pensa al tuo Creatore nei giorni
della tua giovinezza,
prima che vengano i giorni brutti
e che ti càpitino anni dei quali tu
dica che non ti piacciono;
prima che si ottenebrino il sole e
la luce,
la luna e le stelle, prima che torni-
no le nubi dopo il temporale.

Nei giorni in cui vacilleranno i
guardiani di casa,
si curveranno gli uomini robusti,
smetteranno il lavoro quelle che
macinano, perché fatte poche,
caleranno le tenebre su quelle che
guardano attraverso le finestre,

si chiuderanno i battenti che dàn-
no sulla via;

quando si abbasserà il rumore
della mola,

languirà il gorgheggio dell' uc-
cello e scompariranno tutte le figlie
del canto;

allora si avrà paura delle salite e
degli spauracchi della strada;

quando fiorirà il mandorlo, si
muoverà lenta la locusta,

sarà messo da parte il cappero,
perché l' uomo se ne va alla sua
dimora eterna

mentre i lamentatori alzano le lo-
ro grida nella via,

prima che si tronchi il filo d' ar-
gento,

si rompa la sfera d' oro, si frantu-
mi la brocca sulla fonte,

si spacchi la carrucola per finire
nel pozzo.

Allora la polvere torna alla terra
da dove è venuta,

e il soffio vitale torna a Dio che lo
ha dato.

O vanità immensa, ha detto
Qohèlet, tutto è vanità
(Qo 12,1-8).

Il testo egizio riporta i disturbi di
un uomo anziano che ha raggiunto
la veneranda età di centodieci an-
ni. Centodieci anni costituiscono

un'età ideale che non è sconosciuta nemmeno all'Antico Testamento. Il Pentateuco si presenta quasi incorniciato dall'ideale di una centenaria prospettiva di vita. Dopo che gli Angeli hanno peccato unendosi alle figlie degli uomini, Dio dispone che la vita umana debba durare centoventi anni e non di più (*Gen* 6,3). Mosè è colui che riesce a vivere così a lungo da raggiungere questa età:

Mosè aveva centovent'anni quando morì: il suo occhio non si era indebolito e il suo vigore non si era spento (*Dt* 34,7).

La vita dei Padri nel libro della Genesi è certamente idealizzata. Abramo e Isacco muoiono vecchi, sazi di giorni e della vita (*Gn* 25,8; 35,29; cfr. anche *Gb* 42,17).

Diamo uno sguardo alla durata della vita dei padri e delle madri:

Abramo vive fino a 175 anni (*Gn* 25,7), Sara fino a 127 (*Gn* 23,2), Isacco fino a 180 (*Gn* 35,28), Giacobbe fino a 147 (*Gn* 47,28), Giobbe, dopo le prove che dovette subire, visse altri 140 anni (*Gb* 42,16).

1. La limitata durata della vita umana

Nell'Antico Testamento un uomo di ottant'anni prende atto senza illusioni della sua età e del fatto che il vigore della giovinezza lo abbia abbandonato:

Anche Barzillai, il galaadita, era sceso da Roghelim, e attraversò il Giordano con il re per prendere congedo da lui al Giordano. Barzillai era molto vecchio, aveva ottant'anni; fu lui a mantenere il re durante la sua permanenza a Macanaim; era infatti molto facoltoso. Il re disse a Barzillai: "Tu vieni con me perché ti voglio mantenere con me a Gerusalemme". Ma Barzillai rispose al re: "*Quanto mi resta da vivere, perché io salga col re a Gerusalemme? Io adesso ho ottant'anni. Forse posso distinguere il buono dal cattivo? O può gustare il tuo servo quello che mangia e quello che beve? O posso ascoltare la voce dei cantori e delle cantanti? Perché il tuo servo dovrebbe essere ancora di peso al re, mio signore?*". Il tuo servo attraverserà appena il Giordano con il re. E per-

ché il re dovrebbe ripagarmi con questa ricompensa? Lascia tornare indietro il tuo servo, perché io muoia nella mia città presso la tomba di mio padre e di mia madre" (*2Sam* 19,32-38).

L'amico del re Davide ha raggiunto l'età ideale di ottant'anni. Il Salmo 90 considera una vita di ottant'anni realisticamente come età massima raggiungibile:

Gli anni della nostra vita sono in sé settanta, ottanta per i più robusti; ma per la maggior parte di essi non v'è che fatica e affanno.

Sì, essi passano e noi voliamo via.



Solamente in rari casi quest'età massima sembra poter essere effettivamente raggiunta. La vita dei Re giudei – fatta eccezione per Davide e Salomone – nel Periodo che va dal 926 al 597 avanti Cristo oscilla tra i 66 (Asarja e Manase) e i 21 anni (Ahasja). Nessuno di essi riesce pertanto a vivere fino all'età ideale di settant'anni. La prospettiva di vita nell'antico Israele non era alta. Per questo motivo, il lamento per la brevità della vita è un tema molto ricorrente nella bibbia: (*Ps* 89,49; 39,5-7; 49,13.21; 90,5-6; 102,4-5; 13,15-16; *Is* 40,6-8; *Giobbe* 7,1-17; 14,1 ss.).

2. Le malattie sono la causa della breve durata della vita

Non abbiamo notizie certe ed attendibili a conferma del fatto che la malattia impedisca di raggiun-

gere un'età avanzata. Sappiamo che due re di Giuda sono stati ammalati. Il primo è Asarja/Ussia, che visse nella prima metà dell'ottavo secolo. Egli regnò 52 anni e morì a 66. Dio lo mise alla prova facendolo ammalare di lebbra ed egli visse con la questa malattia fino alla sua morte, avvenuta in una casa di cui non si hanno né notizie né descrizioni precise:

Il Signore perciò percosse il re che fu lebbroso fino al giorno della sua morte. Egli abitò in una casa di isolamento e suo figlio Iotam era sovrintendente del palazzo e amministrava la giustizia fra il popolo della terra (*2Re* 15,5).

A causa dell'interpretazione incerta della espressione ebraica *bebet hachofschit* non siamo purtroppo in grado di stabilire né in quale momento della sua vita il re sia stato colpito dalla lebbra né per quanto tempo egli abbia dovuto convivere con tale malattia.

Inoltre, non possiamo fare affermazioni certe nemmeno per quanto riguarda il modo in cui egli possa essere stato trattato e curato in questa "casa di isolamento".

Il secondo re è Ezechia, che regnò nella seconda metà dell'ottavo secolo a.C. Il secondo libro dei re riporta:

In quei giorni Ezechia s'ammalò mortalmente. Allora il profeta Isaia, figlio di Amoz, si recò da lui e gli disse: "Così parla il Signore: 'Metti in ordine la tua casa, perché stai per morire e non vivrai!'" (*2Re* 20,1).

Il re si rivolge in preghiera a Dio e questi parla di nuovo al Profeta Isaia, affidandogli l'incarico di annunciare al re che sarebbero stati aggiunti alla sua vita ulteriori 15 anni. Inoltre il profeta ordina di preparare una schiacciata di fichi di cui erano noti gli effetti salutari (*2Re* 20,1-11; *Is* 38,1-22). In questo racconto si legge che il re è rivolto verso la parete:

Allora Ezechia voltò la faccia verso la parete (*2Re* 20,2).

Questo potrebbe significare che il re giaceva sul letto. Quando viene riferito che il Patriarca Giacobbe era ammalato, di lui viene detto che giaceva a letto. Quando Giuseppe insieme ai suoi figli Manas-

se ed Efraim si reca dal padre ammalato per fargli visita, Giacobbe raccoglie tutte le sue forze per alzarsi e poter ricevere il figlio da seduto:

Dopo queste cose fu detto a Giuseppe: “Vedi, tuo padre è ammalato!”. Allora egli condusse con sé i suoi due figli Efraim e Manasse. Lo riferirono a Giacobbe e gli dissero: “Ecco, tuo figlio Giuseppe è venuto da te”. Allora Israele raccolse le forze e si pose seduto sul letto (Gn 48,1-2, cfr. 49,33).

3. Dio è il medico

Le possibilità dell'arte medicinale nell'Antichità erano estremamente limitate. Di conseguenza, in caso di malattia, l'aiuto umano non viene tenuto in grande considerazione. È Dio piuttosto colui al quale viene rivolto il grido di aiu-

per la prima volta il verbo “guarire” (apri) si trova nel libro della Genesi (Gn 20,17). La parola viene usata quando Dio guarisce l'impotenza del Re dei Filistei Abimelek, la sterilità della moglie e delle sue schiave, dopo che Abramo aveva interceduto per loro:

Abramo pregò Dio, ed egli guarì Abimelech, sua moglie e le sue ancelle, sì che poterono ancora generare (Gn 20,17).

Mosè riceve e comunica al popolo d'Israele la rivelazione di Dio che si definisce come colui che cura e guarisce:

Là il Signore gli impose un decreto e un giudizio, là lo mise alla prova e disse: “Se ascolterai la voce del Signore, tuo Dio, e agirai rettamente ai suoi occhi, se presterai orecchio ai suoi ordini e osserverai tutti i suoi decreti, non ti infliggerò nessuna delle malat-

su Dio diventa il discorso di Dio stesso. Questo passaggio, interpretato dal punto di vista teologico, vuole significare che in realtà Dio solo è colui che può essere di aiuto, che può guarire.

Similmente a quanto si è detto a proposito del Pentateuco, dove Dio si era rivelato come “medico”, anche i Profeti parlano dell'azione salvifica di Dio che si esprime in modo esemplare nell'attività divina del guarire. I Profeti hanno davanti gli occhi anzitutto l'infermità del Popolo:

Allora la luce della luna sarà come quella del sole e la luce del sole diventerà sette volte più potente – come la luce di sette giorni – nel giorno in cui il Signore fonderà la piaga del suo popolo e guarirà la ferita dei suoi colpi (Is 30,26).

Ho visto le sue vie (*scil. del popolo*), ma io lo guarirò, lo guiderò, gli concederò il conforto. A quanti dei suoi sono afflitti pongo sulle labbra la lode; pace, pace a chi è lontano e a chi è vicino, dice il Signore. Io lo guarirò (Is 57,18-19).

Quando Dio verrà come Salvatore, saranno guarite tutte le malattie e tutti i difetti:

Dio viene e vi salverà.

Allora si schiuderanno gli occhi dei ciechi

e le orecchie dei sordi si apriranno.

Allora lo zoppo salterà come un cervo

e la lingua del muto griderà di gioia

(Is 35,4b-6a; cfr. Mt 11,5; Lc 7,22).

Quello che vale per il popolo, vale anche per il singolo individuo. Dio farà di Gerusalemme un luogo, in cui ogni abitante potrà dire: non sono ammalato.

L'abitante della città (*scil.:* Gerusalemme) non dirà: “Sono infermo”, il popolo che vi dimora sarà assolto dalla colpa (Is 33,24).

Le persone, che dal di fuori assistono al dramma di un uomo colpito da infermità, si rivolgono direttamente a Dio, ben sapendo che Lui è il solo che può aiutare e guarire. Mosè implora Dio in favore della sorella Miriam, colpita dalla lebbra:



to. Questo lo si riscontra un po' in tutto l'antico Oriente, specialmente nell'antica Mesopotamia e nell'antica Israele. Per quanto riguarda l'antica Mesopotamia, abbiamo numerosi esempi di testi rituali e di preghiere utilizzati in caso di malattia, che testimoniano come questa, in ultima analisi, fosse una questione religiosa. Anche se esistevano medici, che potevano essere in qualche modo di aiuto, la divinità era il principale destinatario di ogni richiesta di soccorso da parte dell'ammalato.

Il testo biblico in cui compare

tie/infermità che ho inflitto all'Egitto, perché io sono il Signore che ti cura/guarisce” (Es 15,25b.26).

E nell'epilogo del Codice dell'alleanza leggiamo:

Servirete il Signore, vostro Dio: egli benedirà il tuo pane e la tua acqua e allontanerò la malattia da te. Non ci sarà nella tua terra donna che abortisce o sterile. Colmerò il numero dei tuoi giorni (Es 24,25-26).

In tutti e due i testi il discorso passa dalla terza persona riferita a Dio alla prima persona. Il discorso

Mosè gridò verso il Signore: “O Dio, te ne prego, guariscila!” (Nm 12,13).

Più frequentemente sono gli ammalati stessi che pregano Dio di essere guariti. Geremia per esempio si lamenta per la malattia con la quale Dio, per motivi a lui sconosciuti, lo ha colpito e che ora è costretto a sopportare (Ger 15,18). Il lamento del profeta è però allo stesso tempo un’invocazione, la preghiera di essere guarito (17,14). Anche i salmisti esclamano “Guariscimi” (Sal 6,3; 41,5) e riportano in seguito l’esperienza della guarigione. Per questo il salmista può dire:

Signore mio Dio, ho gridato a te e mi hai guarito (Sal 30,3).

4. L’insufficienza dell’aiuto umano nella malattia

Nel Salterio ricorre frequentemente, accanto al lamento a causa della propria infermità, anche il lamento per essere stati abbandonati da parenti e amici, per essere stati lasciati soli in un momento di particolare difficoltà.

Abbi pietà di me, o Signore, poiché l’angustia mi stringe:

s’è spento nel dolore il mio occhio, l’anima mia con tutte le mie viscere.

Sì, consunta nella tristezza è la mia vita,

è abbattuto nell’afflizione il mio vigore,

e disfatte sono le mie ossa.

Son diventato un ludibrio per tutti quelli che mi opprimono,

una calamità per i miei vicini, un terrore per i miei conoscenti:

quanti nella strada m’han visto sono fuggiti lontano da me.

Sono tutto raggrinzito come un morto,

senza vita, come un oggetto consunto.

Sì, ho udito la diffamazione di molti, terrore da ogni parte!

Quando uniti contro di me tennero consiglio

e deliberarono la rovina dell’anima mia

(Sal 30,10-14; Sal 38,6-14; 41,6-10).

Cfr. anche Sal 71. Il salmo sembra essere recitato da un uomo an-

ziano. Il salmista si lamenta dell’avvicinarsi delle debolezze della vecchiaia (vv. 9,18) e anche del fatto che gli uomini vicini diventano dei nemici (vv. 10-11).

Una riflessione che considera tali lamenti come proiezioni dell’ammalato stesso esprime senza dubbio un fondo di verità. Tuttavia non si può negare che una tale spiegazione risulti, se non errata, perlomeno limitata. È molto probabile infatti che non si tratti semplicemente di vaneggiamenti dovuti alla febbre. Ciò che i salmisti vogliono esprimere con le parole: “Ho sperato in un conforto, ma invano; ho aspettato che qualcuno mi consolasse, ma non l’ho trovato” (Sal 69,21) è piuttosto il profondo senso di disagio che prova colui che si trova di fronte a un uomo ammalato. Quest’ultimo suscita nell’uomo sano e forte un sentimento di penoso imbarazzo. Per l’uomo sano, l’ammalato è tutt’altro che attraente. La Bibbia definisce l’ammalato come una realtà ripugnante, disgustosa. Il fatto che i lamenti degli ammalati che si sentono isolati e abbandonati non siano soltanto proiezioni della loro fantasia, – queste proiezioni sono spesso causa del fatto che gli ammalati sono ingiusti ed ingrati nei confronti delle persone disposte ad aiutarli – ma riflettano una realtà vera, che purtroppo si verifica troppo spesso, è testimoniata nel testo biblico in cui si parla di un uomo colpito da infermità “dalla pianta del piede fino al capo” (cfr. Is 1,6). Il servo sofferente del Signore è, per gli uomini che lo vedono, un tormento, ciò che suscita è una radicale avversione:

Come molti si stupirono di lui –
talmente sfigurato era il suo aspetto

*al di là di quello di un uomo,
e la sua figura al di là di quella
dei figli dell’uomo –*

Chi prestò fede al nostro annuncio

e a chi si è rivelato il braccio del Signore?

Crebbe come un virgulto davanti a lui

e come una radice che sbocciava da arida terra.

*Non aveva figura né splendore
per attirare i nostri sguardi,
né prestanza, sì da poterlo apprezzare.*

*Disprezzato, ripudiato dagli uomini,
uomo dei dolori, conoscitore
della sofferenza,
simile a uno davanti al quale ci
si copre la faccia,
disprezzato, sì che non ne facemmo alcun caso
(Is 52,14; 53,1-3).*

5. L’invito poco frequente a prendersi cura degli ammalati

La documentazione biblica relativa alla cura degli ammalati non è molto ricca. Questo fatto certamente inaspettato fa pensare che il disagio dei sani, di fronte alla debolezza e alla malattia umana, abbia avuto un seguito nelle istruzioni sapienziali e nei comandamenti della Thorà. Vorrei accennare, anche se molto brevemente, a un fatto che viene riportato in alcuni testi dell’antico Egitto. Dai tempi del Regno Antico esiste un catalogo di opere di misericordia, che comprende tra l’altro “dare da mangiare agli affamati, vestire i nudi e dare una nave a colui che deve attraversare il fiume”. Questo terno costituisce il nucleo di quel genere letterario sviluppatosi nei secoli seguenti e definito dagli Egittologi “biografia ideale” o anche “profilo morale”.

La “biografia ideale” è documentata per mezzo di numerosissime iscrizioni. La lunga storia del genere letterario comincia ca. nel 2400 a.C. e continua fino al 600 a.C., tuttavia esempi di tale genere letterario sono riscontrabili anche in tempi successivi durante l’epoca cristiana. La produzione letteraria dei primi mille anni, cioè dal 2400 fino al 1400, manca quasi completamente di riferimenti al soccorso prestato agli ammalati.

Questa mancanza, che non è certamente accidentale, ma determinata da motivi ben precisi, può essere spiegata dal fatto che l’aiuto al povero e affamato rientra nel raggio delle comuni possibilità umane. Al contrario, le capacità umane si rivelano in tutta la loro limitatezza quando si tratta di guarire un uomo da una malattia. Per questo non sono molti i funzionari egizi che hanno avuto il coraggio di far scrivere sulle loro lapidi:

“Ho guarito gli ammalati”. Ma esistono eccezioni. Per esempio: un’iscrizione risalente al primo periodo intermedio, cioè al periodo della decima e undicesima dinastia (ca. 2000 a.C.) suona così:

Io sono stato un figlio per il vecchio, un padre per il bambino, un comandante dei cittadini nei tutti luoghi. *Il mio cibo apparteneva all'affamato, il mio unguento a quello che non era unto. Io ho dato vestiti a colui che era nudo. Io incantavo il volto ammalato; io sconsigliavo il cattivo odore. Io sono stato uno che ha sepolto colui che è morto come beato.* Io ho deciso una cosa secondo la sua correttezza e feci in modo che due contraenti uscissero dalla corte giudiziale con cuore contento.

Analoghi esempi di opere misericordiose sono riportati, sebbene in quantità ridotta, anche nell’Antico Testamento. Il capitolo ventinove del libro di Giobbe, nel quale Giobbe racconta il suo felice passato, può essere caratterizzato come una biografia ideale. Fra le altre cose si leggono le seguenti parole:

Soccorrevo il povero che chiedeva aiuto

e l’orfano che nessuno assisteva.

La benedizione del morente scendeva su di me

e rendevo la gioia al cuore della vedova.

Mi ero rivestito di giustizia come di un vestimento,

la mia equità era come mantello e turbante.

Ero occhi per il cieco e piedi per lo zoppo;

ero padre per i poveri ed esaminavo la causa dello sconosciuto.

Spezzavo le mascelle dell’iniquo e dai suoi denti strappavo la preda. (Gb 29,12-17).

Anche se generalmente l’esegesi di questo passo dice che le affermazioni *occhi per il cieco e piedi per lo zoppo* debbano essere considerate come metafore, il carattere della metafora stesso trasmette un significato specifico: l’impegno per i poveri e oppressi, che la metafora vuole intendere ed esprimere, viene paragonato all’aiuto per le persone handicappate.

Questo rappresenta un’opera di misericordia che, al pari dell’im-

pegno per i poveri, è degna di lode.

Nel Levitico, insieme ad altri comandamenti c’è l’ammonizione a non essere di ostacolo ai sordi e ai ciechi:

Non maledire il sordo.

Davanti al cieco non porre inciampo

e temi il tuo Dio. Io sono il Signore.

(Lv 19,14).

Fra tutti i comandamenti, il decalogo ha un valore e un rango del tutto speciali. Ma anche all’interno di esso non si raccomanda esplicitamente la cura delle persone anziane e degli ammalati. Tuttavia, il comandamento di onorare padre e madre si rivolge ai figli adulti (Es 20,12; Dt 5,16). Esso non rappresenta in primo luogo il dovere dei figli piccoli di ubbidire ai genitori (cfr. Col 3,20; Ef 6,1-3), ma piuttosto l’impegno dei figli adulti di curare i propri genitori una volta divenuti vecchi e deboli o ammalati. Questo compito dei figli adulti viene ulteriormente sottolineato dalla promessa che è aggiunta al comandamento (cf. Ef 6,2) – unico caso nel decalogo. Anche Gesù ha interpretato il comandamento di onorare i genitori nel senso di avere cura dei genitori anziani (Mc 7,8-13; Mt 15,1-6).

Ma già prima di Gesù, Gesù, figlio di Sirach, Gesù Ben Sira, il sapiente del secondo secolo a.C. aveva interpretato il comandamento del decalogo nello stesso modo. Il riferimento al quarto comandamento compare due volte, nel terzo e nel settimo capitolo. Sofferimiamoci ad analizzare questi due passi un po’ più da vicino.

Essi formano nel libro di Gesù ben Sira (Sir 3,1-6 e 7,27.28) una cornice che racchiude la prima serie dei discorsi tematici del sapiente. Il primo testo si contraddistingue per due aspetti: (1) il commento al comandamento del decalogo costituisce il primo discorso tematico dopo il prologo. Quest’ultimo definisce i fondamenti e i principi di tutto il libro: la sapienza e il timore del Signore rappresentano ciò che mette in evidenza la misericordia divina (Sir 1-2). Dopo il prologo, che presenta una struttura ben precisa e contenuti di gran peso, il primo discorso affronta un problema concreto e raccomanda:

Figli, ascoltate l’ammonizione del padre,

mettetela in pratica, per essere salvi:

il Signore vuole che il padre sia onorato dai figli,

ha imposto sui figli il diritto della madre

(Sir 3,1-2).

Per quanto riguarda il valore e la precedenza delle ammonizioni dei genitori, il libro di Ben Sira concorda con la serie dei comandamenti che si trova nel Levitico e a cui è già stato accennato. Questa serie, non contiene soltanto il comandamento dell’amore al prossimo e l’impegno per i sordi e ciechi (Lv 19,18 e 14 resp.), ma esordisce con il comando di “temere madre e padre” – e in quest’ordine! Il padre viene dopo la madre (Lev 19,3). Questo comandamento ha la precedenza su tutti gli altri comandamenti, anche su quelli che si riferiscono direttamente al rapporto con Dio. (2) Il secondo aspetto del primo discorso del Siracide consiste nella motivazione teologica all’esortazione di onorare i genitori e che percorre l’intero testo: “Chi rispetta il padre espia i peccati!” (Sir 3,3a) – “Chi è docile al Signore conforta la madre” (Sir 3,6b).

Il testo parla in modo esplicito della malattia e della debolezza del padre anziano. L’affievolirsi delle forze intellettuali è una possibilità reale che il figlio deve prendere in considerazione. Anche qualora il padre dovesse perdere le sue facoltà mentali, il figlio non deve disprezzare il padre che presenta segni di demenza:

Figlio, abbi cura del padre nella sua vecchiaia

e non affliggerlo finché è in vita; anche se perde il sentimento compatisilo,

non disprezzarlo solo perché tu sei nel pieno vigore.

La compassione per il padre non sarà dimenticata,

sarà un tesoro per espia i peccati

(Sir 3,12-14, secondo il testo latino: *sensus*).

Il versetto 13 dovrebbe essere tradotto così:

Anche se gli vien meno la mente, abbine compassione.

Seguendo il testo ebreo e greco:
maddao; synesis

Il comandamento di onorare i genitori viene ripreso nuovamente nel libro del Siracide alla fine della prima serie dei discorsi tematici:

Onora tuo padre con tutto il cuore,
e non dimenticare le doglie di tua madre.

Ricordati che da loro fosti generato;

potrai ricambiarli per quanto hanno fatto?

(Sir 7,27-28).

L'ammonizione del sapiente ha anche qui grande peso telogico. "Con tutto il cuore" è l'espressione riferita al comandamento di amare Dio, come lo si trova nel Deuteronomio (Dt 6,4 f.). Lo stretto rapporto tra l'onore per i genitori e l'amore a Dio viene ulteriormente sottolineato dal fatto che il sapiente continua esortando a temere Dio con tutto il cuore (v. 30a) e ad amare il creatore con tutta la forza (v. 31a). L'onore verso i genitori si trova in immediato rapporto con l'amore a Dio.

Se il dono piace ai vivi,
anche con i morti non essere avaro.

Non voltare le spalle a quelli che piangono

e soffri con quelli che soffrono.

Non temere di visitare gli ammalati,

perché da loro sarai riamato.

In tutte le tue azioni ricorda la fine,

e così mai peccherai.

(Sir 7,33-36).

Il versetto che desta il maggior interesse: "Non temere di visitare gli ammalati, perché da loro sarai riamato", purtroppo non è certo dal punto di vista della critica testuale. Il testo ebraico riporta qualcosa di totalmente differente, che deve però essere considerato come una corruzione del testo. Le antiche traduzioni sono chiare e testimoniano in modo particolare l'attenzione agli ammalati. Il verbo "visitare" nel testo greco è lo stesso che Gesù ha usato nel discorso sul giudizio finale, enumerando le opere di misericordia (Mt 25,36).

Il comandamento di onorare i

Ricordati, figlio, dei tanti pericoli che corse per te,
quando eri nel suo seno.

Quando morirà, dalle sepolture vicino a me in una medesima tomba

(Tb 4,3-4).

Il discorso del vecchio Tobi diretto al figlio Tobia non soltanto segue in molti passi tradizioni bibliche, ma mostra anche notevoli somiglianze con testi egizi. Il catalogo delle buone opere, noto nelle biografie ideali dell'antico Egitto, rivive anche qui. Come nelle biografie ideali gli autori solo in rari casi si lodano di aver assistito degli ammalati, così manca nel discorso sapienziale di Tobi l'esortazione di prendersi cura degli ammalati. Questo fatto salta ancor di più all'occhio, se pensiamo che è un handicappato, un cieco colui funge da maestro.

6. Che cosa si faceva per gli ammalati? Che cosa viene dato per scontato che si faccia?

Cominciamo con il racconto dottrinale del libro di Tobi: il racconto mostra la guarigione di Sara (Tb 8,1-3) e di Tobi (11,1-5). Il libro presenta i rimedi della tradizionale medicina per il caso di possessione di un demone e per il caso di cecità (Tb 6,6-9). Ancor più importante per la storia è il fatto che sia l'arcangelo Raffaele colui che indica al giovane Tobia i mezzi necessari. Il nome dell'arcangelo dice chiaramente chi in realtà può ridare la salute – sia che si tratti di un ammalato giovane, sia che si tratti di un anziano.

Nell'antichità l'arte medica non era certo sconosciuta, ma, nella maggior parte dei casi, non si sapeva come reagire. Il Siracide raccomanda di consultare il medico, ma allo stesso tempo avverte di non aspettarsi troppo da lui (Sir 38,1-15). Il testo di Ben Sira, nel quale c'è un riferimento esplicito al medico, è degno di particolare interesse, in quanto allude al passo dell'Esodo in cui Dio viene definito esplicitamente come medico di Israele (Es 15,26).

Ma che cosa ci si aspetta nella Bibbia per gli ammalati dall'aiuto



Il sapiente raccomanda poi la cura dei ministri del culto (Sir 7,29b.30b) e mette in rilievo i sacrifici (Sir 7,3cde). Il discorso si chiude menzionando i poveri, l'onore per i morti e la visita agli ammalati:

Stendi la tua mano anche al povero,

perché ti giunga piena benedizione.

genitori anziani ricorre anche nel libro di Tobia, in riferimento alla madre anziana, che sopravvivrà alla morte del marito:

Quando sarò morto, dammi una onorevole sepoltura;

onora tua madre e non abbandonarla finché vive;

fa' ciò che è di suo gradimento

e non contristare il suo cuore per nessun motivo.

puramente umano? Si racconta che la moglie di Isacco, Rebecca, insieme con il figlio prediletto tratta male il marito vecchio e cieco. La debolezza del marito e padre viene invece sfruttata in modo spudorato! Tale disprezzo dell'uomo anziano e cieco non può valere come modello da imitare. Anche il sacerdote anziano di Betel di nome Eli ha novantotto anni e non può vedere (*ISam* 4,15; 3,2). I suoi figli agiscono come despoti senza alcun senso morale. Il vecchio non ha più alcun potere sui figli cosicché questi fanno ciò che vogliono (*ISam* 2,22-26). Anche questo è un caso che non può valere da esempio comportamentale.



Esistono esempi da imitare? Gli amici di Giobbe vengono “a commiserarlo e a consolarlo” (*Gb* 2,11; 42,11 cfr. 2,13). Loro fanno ciò, della cui mancanza invece il salmista si lamenta: “Ho sperato in un conforto, ma invano; ho aspettato che qualcuno mi consolasse, ma non l’ho trovato” (*Sal* 69,21). Gli amici di Giobbe, come sono presentati nel racconto, che fa da una parte da cornice ai discorsi di Giobbe e degli amici e dall’altra parte ai discorsi del Signore e di Giobbe, hanno l’intenzione di focalizzare tutta l’attenzione sull’ammalato.

Naaman, comandante dell’esercito del re di Aram, era lebbroso. Lui è forse un buon esempio per quello, che l’ammalato aspettava da un medico-profeta:

Ecco, io m’ero detto: “Certa-

mente egli uscirà, mi starà davanti e invocherà il nome del Signore Dio suo, agitando la mano sulla parte infetta e mi libererà dalla lebbra” (*2Re* 5,1.11).

Ciò che ci si poteva aspettare nel caso di una malattia o di una ferita, è riportato nel libro di Isaia attraverso l’immagine di un corpo umano, colpito dalla malattia dalla pianta del piede fino al capo – dove il corpo umano rappresenta Giuda, il cui territorio è stato notevolmente ridotto:

Dove volete ancora essere colpiti,

voi che accumulate ribellioni?

Tutta la testa è inferma, tutto il cuore languisce.

Dalla pianta del piede fino al capo,

niente vi è d’intatto; ferite, lividure e piaghe aperte

non sono state pulite né fasciate né lenite con olio.

(*Is* 1,5-6).

Il corpo descritto è distrutto: le ferite, le lividure e le piaghe devono essere pulite, fasciate e lenite con olio, ma tutto questo non è stato fatto. Qui, detto tra parentesi, troviamo la stessa sequenza delle azioni riportate nella narrazione di Gesù sul buono Samaritano: fasciare le ferite e poi lenirle con olio (cfr. *Lc* 10,34).

Gli si accostò, fasciò le sue ferite, versandovi olio e vino.

Anche il profeta Ezechiele presenta un’immagine: Dio accusa i falsi pastori, i responsabili del po-

polo, di non mostrare il minimo segno di responsabilità per le loro pecore, quando invece essi dovrebbero confortare i deboli, lasciare quelli che sono feriti, medicare gli ammalati:

Non avete ridato forza alle indebolite, non avete guarito le malate, non avete fasciato quelle che si sono fratturate e non avete richiamato quelle che si sono allontanate, non avete cercato quelle perdute; le avete oppresse con la forza e la brutalità (*Ez* 34,4).

Poiché i pastori non agiscono come dovrebbero, Dio stesso si assume la responsabilità per le sue pecore:

Sarò io a condurre al pascolo le mie pecore e a radunarle, oracolo di Dio, mio Signore. Quella che s’è perduta l’andrò a cercare, quella che s’è allontanata la farò tornare, quella che s’è fratturata la fascierò, quella ammalata la farò ristabilire; veglierò sulla grassa e sulla robusta! Le pascolerò come si deve (*Ez* 34,15-16).

Nel mondo ebraico la visita degli ammalati viene concepita come atto di imitazione di Dio. Probabilmente il verbo presente in Ezechiele 34,11-12 *biqquer* “curare”, “preoccuparsi” è alla base dell’espressione *biqquer cholim*.

7. Il prendersi cura degli ammalati nella letteratura epistolare del Nuovo Testamento

Le lettere del Nuovo Testamento non trattano esplicitamente il tema degli ammalati. Soltanto occasionalmente si accenna a un ammalato: “Epafrodito, mio fratello, collaboratore e compagno d’armi [...] era afflitto perché avevate saputo della sua infermità. Si ammalò infatti e poco mancò che morisse; ma Dio ebbe pietà di lui, e non solo di lui, ma anche di me; così non si accumularono le mie afflizioni” (*Fil* 2,26f.). Timoteo riceve questo consiglio: “Non continuare a bere acqua soltanto, ma fa moderato uso di vino a causa dello stomaco e delle tue frequenti malattie” (*1Tim* 5,23). Analogamente si parla di un tale Trofimo che è stato abbandonato ammalato a Mileto: “Trofimo

invece lo lasciasti infermo a Mileto” (2Tim 4,20). Chi lo ha lasciato solo? Paolo?

Nella lettera di Giacomo si trova un consiglio diretto agli ammalati stessi:

C’è qualcuno ammalato? Chiami gli anziani della comunità ed essi preghino su di lui, dopo averlo unto con olio nel nome del Signore. La preghiera della fede lo salverà nella sua difficoltà; il Signore lo sollevierà; e se avrà commesso dei peccati, gli saranno rimessi. Confessate dunque i peccati a vicenda e pregate gli uni per gli altri, perché possiate essere guariti: la preghiera del giusto è molto potente nella sua azione. Elia, un uomo che soffriva come noi, pregò insistentemente che non piovesse e non piovve in terra per tre anni e sei mesi. Pregò di nuovo e il cielo mandò la pioggia e la terra germogliò, producendo il suo frutto (Gc 5,14-18).

Il passo della lettera di Giacomo è il classico fondamento biblico al sacramento dell’unzione degli infermi.

Gli accenni circa l’impegno per gli ammalati nelle lettere del Nuovo Testamento sono rarissimi. Nei Vangeli invece troviamo tutt’altra situazione.

8. Il comportamento di Gesù nei confronti degli ammalati e la sua esortazione a coloro che lo seguono di impegnarsi a favore degli ammalati

Il materiale che offrono i Vangeli sul tema “gli ammalati” non può purtroppo essere discusso in tutta la sua ampiezza. Ci bastino alcune osservazioni.

a. Gesù e gli ammalati

Venuta la sera, quando il sole fu tramontato, gli conducevano ogni sorta di malati e di indemoniati. Tutta la città si era raccolta davanti alla porta! Egli guarì molti malati di varie malattie e scacciò molti demoni, ma non permetteva che i demoni parlassero, perché lo conoscevano bene (Mc 1,32-34; Mt 8,16; Lc 4,40-41).

Questo è il primo sommario nel Vangelo più antico, cioè quello di

Marco. Il testo è preceduto dal racconto della guarigione della suocera di Pietro, che era febbricitante (Mc 1,30-31). Al sommario seguono i due racconti della guarigione di un lebbroso (Mc 1,40-45) e di un paralitico (Mc 2,1-12). La vocazione del pubblicano Levi (Mc 2,13-14) conduce alla discussione tra Gesù e gli scribi dei farisei circa il mangiare con i peccatori e con i pubblicani. Il racconto giunge al suo culmine nelle parole di Gesù:

Non sono i sani che hanno bisogno del medico, ma gli ammalati. Non sono venuto a chiamare i giusti, ma i peccatori (Mc 2,17).

Gesù guarisce persone anziane, come la donna che “era affetta da un flusso di sangue” e ridona la vita a una ragazza giovane, la figlia di Giairo (Mc 5,21-43; Mt 9,18-26; Lc 8,40-56).

In un altro sommario del Vangelo di Marco si legge:

Compiuta la traversata, giunsero a Genezaret e vi approdarono. Appena furono scesi dalla barca, però, subito alcuni lo riconobbero e, percorrendo tutta quella regione, si misero a portargli su barelle i malati, ovunque sentivano che egli si trovava. Dovunque entrava, nei villaggi o nelle città o nelle campagne, collocavano gli infermi sulle piazze e lo pregavano di poter toccare anche solo il lembo del suo mantello; e quanti lo toccavano erano risanati (Mc 6,53-56; Mt 14,34-36).

I sommari del Vangelo di San Marco sono ulteriormente sviluppati e ampliati negli altri due vangeli sinottici, dove sono inseriti in contesti ben precisi e significativi. Cfr. per esempio Mt 4,23-25.

Il passo parallelo al primo sommario nel Vangelo di Marco (Mc 1,32-34) è stato arricchito con una citazione dal libro del profeta Isaia, tratta dal quarto canto del Servo del Signore:

Verso sera gli presentarono molti ossessi ed egli scacciò gli spiriti con la sola parola e guarì tutti gli infermi. Così si adempì quanto fu annunciato dal profeta Isaia che dice:

“Egli ha preso le nostre infermità e si è caricato delle nostre malattie”.

(Mt 8,16-17; cfr. anche Mt 9,35-38; 12,15-22; 14,14).

Ciò che i sommari esprimono viene interpretato da Gesù stesso quando, agli inviati di Giovanni il Battista, egli dice che con la sua venuta è iniziato il tempo messianico:

Or Giovanni, quando venne a sapere, in prigione, le opere del Cristo, per mezzo dei suoi discepoli mandò a dirgli: “Sei tu colui che deve venire o dobbiamo aspettare un altro?”. Gesù rispose loro: “Andate e annunziate a Giovanni ciò che udite e vedete:

i ciechi vedono, gli zoppi camminano, i lebbrosi sono mondati, i sordi odono, i morti risorgono e ai poveri viene annunziata la buona novella.

Beato è colui che non si scandalizza di me!”.

(Mt 11,2-6; Lc 7,18-23).

Da ultimo vorrei accennare brevemente a come Gesù abbia affidato ai suoi l’incarico di portare a compimento il suo impegno in favore degli ammalati.

b. L’incarico di Gesù per i discepoli di guarire gli ammalati

Il discorso con cui Gesù invia i dodici comincia così:

Chiamati a sé i dodici suoi discepoli, diede loro il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorta di malattia e di infermità (Mt 10,1).

Il discorso contiene esplicitamente l’incarico di curare gli ammalati:

Durante il cammino predicate dicendo: “È vicino il regno dei cieli”. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, mondate i lebbrosi, scacciate i demoni. Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date (Mt 10,7-8; cfr. Lc 9,1-6; 10,1-12).

Il discorso dell’invio nel Vangelo di Marco, che in rispetto al Vangelo di Matteo e di Luca è molto più breve, termina con la notizia che i discepoli erano riusciti a richiamare molti alla conversione e avevano guarito molti malati:

Essi (i dodici) partirono, predicando che si convertissero; scacciavano molti demoni, ungevano con olio molti malati e li guarivano (Mc 6,13; Lc 9,6).

Le parole che Gesù alla fine del Vangelo di Marco rivolge agli increduli Undici, (cfr. *Mc* 16,11.13.14) contengono l'annuncio che coloro che hanno ricevuto il battesimo imporranno le mani agli infermi e li guariranno:

Chi crederà e si farà battezzare sarà salvato [...] (*Mc* 16,16).

(I credenti) prenderanno in mano serpenti e, se avranno bevuto qualcosa di mortifero, non nuocerà loro, imporranno le mani agli infermi e questi saranno risanati (*Mc* 16,18).

Nel contesto dell'annuncio della venuta messianica del figlio dell'uomo, Gesù parla del giudizio finale, elencando le sei opere di misericordia:

Dare da mangiare agli affamati
dare da bere a quelli che hanno sete

ospitare lo straniero
vestire i nudi
visitare gli infermi
e andare a trovare quelli, che sono in carcere

(*Mt* 25,35-36. 37-39; 25,42-43 e v. 44).

Insieme all'esempio del buon samaritano (*Lc* 10,30-37), quest'e-

lenco di opere di misericordia ha ispirato il cristianesimo nel suo impegno in favore degli ammalati.

Concludendo vorrei richiamare alla memoria ciò che nei racconti di guarigione nei Vangeli, emerge in modo particolare per ben due volte. Quando Gesù guarisce il paralitico – si tratta di una delle prime guarigioni di Gesù – il paralitico viene trasportato dai suoi amici. Non potendo raggiungere direttamente Gesù a causa della folla, scoperchiarono il tetto della casa e calarono giù, davanti a Gesù, il lettuccio su cui giaceva il paralitico. Questo deve essere per i cristiani un monito: essi devono agire come gli amici del paralitico: l'impegno per gli ammalati deve essere serio ed efficace come il gesto dei quattro uomini. L'uomo malato deve essere portato a Gesù, e per far questo si giunge sino a scoperchiare il tetto della casa (*Mc* 2,1-11; *Mt* 9,1-8; *Lc* 5,17-26).

Esiste anche un "antiracconto" sconcertante. C'era un mendicante cieco a Gerico di nome Bartimeo, il figlio di Timeo. Questo aveva sentito dire che Gesù si trovava nelle vicinanze. Allora gridò con tutte le sue forze "Gesù, Figlio di Davide, abbi pietà di me!" Ma la

folla, che circondava Gesù lo esortava a tacere:

Molti presero a sgridarlo affinché tacesse.

Ma Bartimeo non si lasciò impressionare e gridò più forte. Nessuno riusciva a calmarlo (*Mc* 10,46-52; *Mt* 20,29-34; *Lc* 18,35-43). Anche questo è un monito per i cristiani a essere attenti ai lamenti e alle grida degli ammalati.

La dignità degli ammalati viene garantita e difesa dall'attenzione di coloro che sono loro vicini. Questa attenzione e questo essere loro prossimi è una fonte preziosa di aiuto per gli ammalati. Gli amici di Giobbe sono in questo senso un vero esempio: loro fanno quello che si deve fare davanti a un uomo sofferente. Siedono e tacciono con Giobbe sofferente. Quando invece essi cominciano a rispondere ai discorsi di Giobbe, diventano nemici dell'uomo sofferente, proprio come Dio, che Giobbe denuncia come suo nemico (cfr. *Gb* 19,22; 13,24).

P. HANS-WINFRIED
JÜNGLING S.J.

Dott. in re biblica, Prof. em. di Egesi
dell'Antico Testamento
Facoltà di Teologia di Sankt-Georgen,
Francoforte, Germania.



GABRIELE MARASCO

1.2 La cura degli anziani nei padri della chiesa

In un libro che fa ancora testo sulla storia della vecchiaia, Georges Minois ha presentato una visione assai negativa della condizione dell'anziano nei primi secoli del cristianesimo: solo i vecchi dotati di autentica sapienza sarebbero stati apprezzati, mentre la Chiesa, pur essendo una società gerontocratica, avrebbe usato gli anziani senza alcuna gratitudine né riconoscimento¹. Il libro è stato oggetto di critiche, sia sul piano filologico² sia su quello più propriamente storico³, e del resto ben diverse ricostruzioni hanno invece posto l'accento sulla valorizzazione dell'anziano nella società e nella cultura cristiana⁴. Scarsissimo interesse è stato invece rivolto al tema particolare dell'assistenza agli anziani⁵, in particolare sul piano sanitario, e dell'atteggiamento dei Padri della Chiesa al riguardo. Ritengo invece che tale argomento possa gettare una luce assai interessante sull'azione del cristianesimo in campo sociale, il cui sviluppo e la cui evoluzione possono essere a mio avviso chiariti soprattutto se messi in rapporto con i progressi della scienza medica dell'epoca, tenendo conto del particolare interesse che la Chiesa ha sempre mostrato verso la medicina.

Nel mondo greco la cura degli anziani era generalmente considerata compito dei discendenti⁶. Analogo era l'atteggiamento degli Ebrei, per i quali, comunque, il vecchio che non viveva in famiglia e non aveva eredi in grado di assisterlo rientrava nell'ambito più generale del problema della povertà e a lui si applicavano i precetti della carità⁷. Pure nel mondo romano l'assistenza ai vecchi era compito della famiglia, anche se lo Stato si faceva carico di alcune categorie particolari, come i veterani, e agevolava con immunità gli anziani⁸.

In questa tradizione consolidata, il cristianesimo introdusse subito

profondi elementi di novità, che dovevano evolversi e modificarsi nel tempo. Il primo accenno in proposito compare nel racconto degli *Atti degli Apostoli* relativo agli inizi della predicazione cristiana, in cui gli Apostoli, rispondendo alla richiesta degli "Ellenisti"⁹ che lamentavano come le loro vedove fossero trascurate nell'assistenza quotidiana, scelsero sette diaconi per provvedervi¹⁰. La lamentela si riferiva, con ogni evidenza, all'assistenza ai poveri, che in questo caso si estrinsecava nel fornire cibo alle vedove¹¹ e che gli Apostoli accettarono subito come compito essenziale della loro comunità; ma il profondo significato di questo compito e la sua organizzazione furono poi precisati in maniera indelebile da san Paolo.

Nella prima lettera a Timoteo, infatti, Paolo afferma che occorre assistere e onorare le vedove che sono realmente tali: se hanno figli o nipoti, occorre che questi le aiutino, manifestando pietà per la famiglia. Se invece la vedova è sola, dev'essere assistita dalla comunità, a condizione che abbia mostrato la propria fede, abbia condotto una vita irreprensibile, non si sia risposata e abbia non meno di sessant'anni. Paolo esorta ancora, comunque, i credenti che siano parenti di vedove e possano assisterle a farlo, in modo che la Chiesa non debba prendersene carico e possa assistere quelle che sono davvero bisognose¹². Con le prescrizioni di Paolo, dunque, l'assistenza alle donne anziane prive di mezzi di sussistenza e di parenti in grado di aiutarle diveniva compito precipuo della Chiesa e sembra evidente che essa dovesse riguardare, oltre alla sussistenza, la cura della salute, anche se nessuna testimonianza conforta l'ipotesi che, a quell'epoca, esistesse alcuna organizzazione specifica in proposito. Pure importante è lo sforzo dell'A-

postolo nel cercar di limitare l'impegno della Chiesa ai casi di effettiva necessità, dovuto all'evidente consapevolezza dei limiti delle risorse di cui disponevano le comunità cristiane a quell'epoca e alla preoccupazione di evitarne la dispersione, facendole mancare a chi più ne aveva bisogno.

Le prescrizioni di Paolo rimasero alla base dell'azione della Chiesa, per la quale l'assistenza alle vedove fu un impegno costante¹³, e del pensiero dei Padri, al di là delle esplicite e ricorrenti esortazioni a conformarsi all'insegnamento di Cristo, che, nel racconto di Matteo e di Luca, aveva esortato a non curarsi delle future necessità del corpo, ma solo di quelle dell'anima¹⁴: così Evagrio Pontico, che esorta il monaco a guardarsi dall'avidità legata al pensiero di una lunga vecchiaia, dell'impossibilità di lavorare, della fame e delle malattie che sopraggiungeranno, della vergogna di dover ricorrere alla carità altrui¹⁵, era comunque legato a Basilio di Cesarea e a Gregorio di Nazianzo¹⁶, dei quali vedremo più avanti il particolare impegno per l'assistenza agli anziani, mentre Gerolamo, che pure cita il passo di Matteo per esortare Eustochio a guardarsi dall'avidità e a non preoccuparsi dinanzi alla prospettiva che, se arriverà alla vecchiaia e si ammalerà, nessuno avrà compassione di lei, subito dopo ricorda l'impegno per i fedeli di mantenere le donne anziane, biasimando chi commetteva abusi per effetto dell'orgoglio¹⁷, e altrove ricorda con aperta approvazione le prescrizioni di Paolo, che limitavano l'assistenza della Chiesa alle sole vedove ultrasessantenni e di sani costumi¹⁸. È da sottolineare, in questi passi, il nesso tra vecchiaia e malattia, avvertiti come complementari nel timore per il futuro; ma il richiamo alla parola di Cristo si unisce, in entrambi, alla fiducia

nella carità, che renderà meno dura la vecchiaia anche di chi non ha eredi in grado di mantenerlo.

L'importanza di quest'assistenza alle vedove anziane non deve, d'altra parte, essere sottovalutata: già alla metà del III secolo, riguardo a Roma, dove la fede cristiana era diffusa ma non predominante, la lettera del papa Cornelio a Fabio, vescovo di Antiochia, attesta che la Chiesa manteneva ben millecinquecento vedove e poveri¹⁹. L'ampiezza di quest'azione e il peso che essa comportava sono poi confermati da Gerolamo, il quale ricorda al presbitero Nepoziano che, se è malato, non avrà difficoltà a essere assistito, poiché la Chiesa nutre molte vecchie, le quali ricambiano la carità prestando l'assistenza ai malati, un modo come si vede di sfruttare tutte le risorse e insieme di non far sentire inutili queste anziane²⁰. Ma altrove lo stesso Gerolamo insiste nel condannare coloro che si rifiutano di assistere le proprie madri, costringono così la Chiesa ad assisterle riducendo le disponibilità per quante effettivamente sono nel bisogno e non si vergognano di vedere in chiesa le proprie madri che chiedono l'elemosina²¹. In maniera ancor più accorata, l'Ambrosiastro loda la preveggenza di Paolo, che ha fissato precisi criteri per le vedove da assistere: questo impegno, infatti, grava pesantemente sulla Chiesa soprattutto a causa di quei fedeli che, pur essendo economicamente in grado di assisterle e anzi di estendere ad altre la loro carità, cercano di sottrarsi al loro obbligo, costringendo le vedove a ricorrere alla Chiesa²². Così, occorre assisterne molte invece di poche e il popolo si lamenta e ritarda il proprio aiuto. Inoltre, contrariamente alle prescrizioni paoline, usufruiscono dell'assistenza anche vedove di più di un marito e che hanno condotto vita dissoluta, sia per negligenza, sia per gli interventi di persone potenti²³.

Nonostante queste difficoltà e i possibili abusi, l'assistenza alle vedove ultrasessantenni rimase un'istituzione essenziale della Chiesa; ne restavano tuttavia esclusi gli anziani di sesso maschile, anche se bisognosi, ed essa era indirizzata soprattutto a provvedere vitto, alloggio e vesti, mentre nessuna or-

ganizzazione particolare sembra aver provveduto, almeno nei primi tempi, alla cura delle malattie; la situazione, però, doveva evolversi progressivamente su entrambi i piani. Vedove e orfani compaiono infatti come beneficiari dell'assistenza della Chiesa nell'*Epistola di Barnaba*²⁴; Ignazio di Antiochia, martirizzato sotto Traiano, prescrive la carità per vedove, orfani, oppressi, prigionieri, affamati e assetati²⁵ e ancora verso la metà del II secolo Policarpo di Smirne considera dovere dei presbiteri assistere malati, vedove, orfani e poveri²⁶. Ma già alla fine dello stesso secolo Clemente Alessandrino menziona i vecchi, insieme alle vedove e agli orfani, come categorie care a Dio²⁷. Altrove lo stesso Clemente attacca aspramente le matrone che respingono vedove, vecchi e orfani e spendono il loro denaro per animali esotici o mostruosi, mentre dovrebbero fornire la loro assistenza ai vecchi, che insegnano la saggezza e hanno volti più belli di quelli delle scimmie, ricordando le parole di Cristo, che ammoniva che tutto ciò che veniva fatto a questi fratelli veniva fatto a Lui²⁸.

Se la testimonianza di Clemente potrebbe apparire una presa di posizione personale, improntata a particolare considerazione per la condizione degli anziani, ben più significativa sul piano pratico è quella che ci offre Tertulliano nell'*Apologetico*, composto nel 197; egli afferma che il denaro raccolto grazie alle offerte dei fedeli non viene dissipato in spese inutili, bensì utilizzato per dare cibo e sepoltura ai bisognosi, per assistere gli orfani, i servi anziani e i naufraghi e quanti, per la loro fede, sono stati condannati alle miniere, deportati o incarcerati²⁹.

Ancora, agli inizi del III secolo Origene, allievo di Clemente, afferma che occorre fare attenzione nel distribuire i beni ecclesiastici per non disperderli, considerando con prudenza i motivi del bisogno e la dignità di ciascuno. Non si devono infatti trattare alla stessa maniera quanti sono abituati da sempre alle ristrettezze e quanti invece sono vissuti a lungo negli agi e solo in seguito sono caduti in povertà, né bisogna offrire lo stesso a uomini e donne, oppure a vecchi e a giovani, o a giovani e ad amma-

lati, che proprio a causa della loro condizione non possono mantenersi. Occorre poi chiedere se hanno molti figli, che non li hanno abbandonati ma, pur con i loro sforzi, non riescono ad assisterli adeguatamente³⁰. In maniera più esplicita, poi, Ambrogio, trattando dei doveri degli ecclesiastici, affermerà che nel beneficiare bisogna tener conto dell'età e delle infermità e dare di più ai vecchi, che non possono ormai mantenersi con il loro lavoro, e ai malati³¹. È da sottolineare in questo passo, come in quello di Origene, l'accostamento dei vecchi ai malati, nella convinzione della comune situazione in cui essi si trovano, impossibilitati come sono a procurarsi il necessario per vivere. Lo stesso accostamento ricorre, del resto, ancora nella regola monastica di Pacomio, che verso il 320 diede inizio in Egitto al cenobitismo, fondando il monastero di Tabennisi, a cui presto altri se ne aggiunsero³²: vecchi, bambini e ammalati gravi vi compaiono come le sole categorie esentate dai digiuni richiesti ai monaci³³, a conferma della coscienza di una particolare condizione di debolezza che li accomunava, in questo caso evidentemente per motivi non economici, ma fisici.

Questi passi testimoniano quindi una netta evoluzione in virtù della quale, a partire dagli ultimi decenni del II secolo, i vecchi divennero una delle categorie particolarmente assistite dalla Chiesa, al pari di orfani, vedove e malati. Gli effetti di questa evoluzione dovevano apparire evidenti soprattutto a partire dal regno di Costantino, quando il trionfo del cristianesimo e il suo pieno accordo con lo Stato romano crearono le condizioni per un ben più incisivo intervento a favore di quanti vivevano nel bisogno, nell'ambito dell'impulso che i cristiani diedero all'assistenza sanitaria, mediante la fondazione di ospedali soprattutto nelle regioni orientali dell'Impero³⁴. Questo intervento fu eccezionalmente precoce: mentre infatti la prima attestazione di un ospizio cristiano in cui venivano curati anche i malati riguarda l'iniziativa di Eustazio, vescovo di Sebaste nel Ponto, alla metà del IV secolo³⁵, i *Patria* di Costantinopoli ci danno notizia di un gerontocomio chia-

mato Psamathia, che era stato fondato nel quartiere omonimo da Elena, madre di Costantino, insieme a una chiesa³⁶. Non vi è motivo, a mio avviso, di dubitare della notizia, se si considera il suo esatto contesto storico e cronologico. Elena, infatti, si era trasferita a Roma fin dal 322³⁷ e se ne allontanò solo nel 327, per compiere un pellegrinaggio in Oriente che doveva portarla a Gerusalemme, in occasione del quale sono attestati i grandi atti di generosità e di carità da lei compiuti, non solo con la fondazione di chiese, ma anche con generosi donativi a comunità e a singoli bisognosi, con la liberazione di carcerati e con il richiamo di esiliati³⁸; ritornata poi a Roma, Elena vi morì fra il 329 e il 330³⁹. La fondazione del gerontocomio di Costantinopoli non può dunque che risalire all'epoca del pellegrinaggio e la sua storicità mi sembra nettamente confermata dal complesso dell'azione di Elena. Assai emblematica è poi, a mio avviso, la figura della creatrice di questa nuova istituzione, in cui si riunivano tre aspetti: la benefattrice privata, la santa ben presto riconosciuta dalla Chiesa, la madre dell'imperatore. L'azione in favore degli anziani bisognosi fu in effetti caratterizzata da allora, a mio avviso, proprio dalla perfetta consonanza d'intenti e d'azione fra Chiesa, Stato e privati.

L'importanza dell'iniziativa di privati benefattori è infatti attestata particolarmente a Costantinopoli dai *Patria* e si svolse soprattutto attraverso l'istituzione di fondazioni⁴⁰. Così sotto l'imperatore Arcadio, il patrizio Fiorenzo lasciò alla sua morte la propria casa come ospizio per vecchi, con annessa una cappella⁴¹; la stessa iniziativa prese, ancora in vita, il patrizio Dessiocrate sotto Teodosio II⁴². Il *magistros* Antemio, che divenne poi imperatore d'Occidente nel 467, trasformò anch'egli la sua casa in un ospizio per anziani e in una chiesa⁴³, e ancora sotto Giustino II i fratelli Eubulo e Isidoro convertirono le proprie case rispettivamente in un ospizio per i forestieri e in uno per i vecchi⁴⁴.

L'esempio di Elena rimase d'altra parte d'ispirazione per le donne della famiglia imperiale: Eudocia, moglie di Teodosio II, è accredita-

ta della fondazione di numerosi gerontocomi⁴⁵, fra cui uno attestato presso Gerusalemme⁴⁶. Pulcheria, figlia di Arcadio e moglie dell'imperatore Marciano, fondò a Costantinopoli, insieme al marito, un gerontocomio chiamato Prasina⁴⁷.

Assai notevole fu poi l'impegno diretto della Chiesa. In particolare Basilio, in occasione di una carestia che aveva colpito la Cappadocia⁴⁸, raccolse viveri per donne, bambini e vecchi e curò egli stesso, con i suoi servitori, i corpi di quelli che ne avevano bisogno⁴⁹. Gregorio di Nazianzo, in uno dei carmi scritti in occasione del suo ritiro da Costantinopoli, a conclusione del suo patriarcato⁵⁰, lamen-

vecchi alla lista delle categorie degne di particolare assistenza; le ragioni che portarono alla creazione di istituzioni apposite per ospitare e curare gli anziani⁵³, del tutto ignote in precedenza; i motivi dell'ampiezza di questa azione e del particolare impegno che Stato, Chiesa e privati benefattori vi dedicarono. Per rispondere a tali quesiti occorre prestare attenzione, a mio avviso, da un lato all'evoluzione della scienza medica riguardando alla vecchiaia e alle malattie che la caratterizzavano, dall'altro all'influenza di particolari fenomeni sociali ed economici che andarono sviluppandosi sotto l'Impero.



ta: “Vedove, orfani, ammalati, che guardavate alle mie mani come a quelle di Dio, e dolci case che accoglievate i vecchi, non dimenticherò mai il vostro amore, anche se lo volessi”⁵¹. Il riferimento è qui alla chiesa di Santa Anastasia e questi versi sembrano attestare l'esistenza di uno o più gerontocomi gestiti dal patriarcato; è importante che Gregorio accosti esplicitamente l'azione svolta al riguardo a quella a favore di vedove, orfani e ammalati⁵², a testimonianza dell'avvenuta equiparazione fra queste categorie nell'azione assistenziale della Chiesa.

Il quadro che abbiamo tracciato pone tre problemi: i motivi dell'evoluzione che indusse i Padri, a partire almeno dagli ultimi decenni del II secolo, ad aggiungere i

Nella medicina greca, e in particolare nel *Corpus Hippocraticum*, la vecchiaia era considerata caratterizzata da un progressivo raffreddamento del corpo, che si riteneva prevalentemente fosse accompagnato da una secchezza degli umori, anche se una minoranza di autori parlava invece di eccessiva umidità⁵⁴; la tendenza verso particolari malattie era ben nota e in particolare l'autore degli *Aforismi* considera caratteristiche della vecchiaia le malattie da raffreddamento, quelle dell'apparato uro-genitale, nefropatie, apoplezie, mali articolari, insonnia e malattie dell'udito e degli occhi⁵⁵. Manca, tuttavia, qualsiasi accenno all'esistenza di una specializzazione geriatrica, che evidentemente era ignota.

La situazione cambiò nettamente

in epoca romana: se Celso si limita a osservare che i giovani sono più soggetti alle malattie acute, i vecchi a quelle croniche e riferisce a questi ultimi, in sostanza, le stesse malattie che già abbiamo trovate negli *Aforismi* ippocratei⁵⁶, opere dedicate alle malattie degli anziani sono attestate già fra il I e il II secolo d.C.⁵⁷. Ma è soprattutto Galeno che sembra aver dato una sistemazione complessiva alla materia, e che ci fornisce notizie preziose sulla situazione al suo tempo, fra gli ultimi decenni del II e i primi del III secolo, nel libro V del *De sanitate tuenda* e nel *De marcore*, uno scritto dedicato al marasmo, disturbo caratteristico della vecchiaia⁵⁸. Galeno, sulla base della teoria degli umori⁵⁹, condivide l'idea che la secchezza sia caratteristica della vecchiaia, al di là della falsa impressione di umidità creata dall'abbondanza delle secrezioni⁶⁰. Egli ritiene che la vecchiaia non sia una malattia, bensì una condizione secondo natura⁶¹; ma soprattutto offre notizie preziose sull'attività dei medici. Egli osserva, infatti, che occuparsi della salute dei vecchi è difficile come farlo con i convalescenti, poiché entrambi questi stati non sono di perfetta salute, ma intermedi fra salute e malattia, e attesta che i medici più giovani chiamano la parte dell'arte che si occupa della salute dei vecchi *gherokomikón*⁶². Altrove, trattando del marasmo che colpisce i vecchi, egli afferma che è impossibile impedirlo, ma che si può fare in modo da allungare la vita e questo è il compito di quella branca della medicina che si chiama appunto *gherokomikón*, il cui obiettivo è quello di evitare, nei limiti del possibile, che il corpo del cuore si dissecchi fino a cessare la sua funzione⁶³. Secondo Galeno, il buon medico dei vecchi è colui che ne conosce le condizioni, provocate dalla secchezza e dal freddo, e apprende quali sono i semplici dotati di proprietà umidificanti e riscaldanti⁶⁴. Le terapie che Galeno propone mirano, in effetti, soprattutto a ovviare alla mancanza di calore e di umidità, e concedono ampio spazio soprattutto a una dieta appropriata e ai bagni caldi⁶⁵; ma egli presta notevole attenzione anche agli aspetti psicologici delle condizioni dei vecchi e alle conseguenze dell'età sulla loro mente⁶⁶.

Le testimonianze di Galeno dimostrano, in primo luogo, che ai suoi tempi la geriatria costituiva una specializzazione ormai affermata, con medici che si dedicavano particolarmente alla cura degli anziani; le malattie peculiari di questi ultimi erano ben note e richiedevano terapie specifiche, continue poiché i loro mali rientravano nell'ambito delle affezioni croniche e li minacciavano fino alla morte, e costose, perché basate soprattutto sulla dietetica e sui bagni caldi. D'altra parte, le teorie di Galeno avevano vasta diffusione, non soltanto fra i pagani: basterà qui ricordare che, secondo Eusebio, gli aderenti all'eresia di Artemone veneravano il loro contemporaneo Galeno quasi come un dio⁶⁷. Non meraviglia, dunque, che vescovi di grande cultura, come Clemente, Tertulliano e Origene, vissuti poco dopo Galeno, comprendessero rettamente, alla luce delle teorie e della prassi medica

rapie sostanzialmente distinte, per la loro specificità e per la loro lunga durata, da quelle necessarie ai veri e propri malati. In questa prospettiva si comprende, a mio avviso, la necessità della creazione di luoghi d'assistenza particolari per gli anziani, distinti per la stessa terminologia rispetto agli altri centri assistenziali⁷⁰. In effetti, gli ospizi per i poveri e per i forestieri dovevano offrire essenzialmente accoglienza a chi non aveva dimora, gli orfanotrofi e i luoghi riservati alle partorienti avevano una funzione ben definita anche cronologicamente, gli stessi ospedali ospitavano e curavano pazienti che avevano una prospettiva di degenza comunque limitata agli effetti delle cure, i lebbrosari, infine, raccoglievano malati oggetto di particolare orrore per gran parte del pubblico⁷¹. Gli ospiti dei gerontocomi, invece, necessitavano sia di alloggio, di vitto adeguato e di calore, sia di cure particolari, sia infi-



del tempo, l'importanza dell'assistenza sanitaria agli anziani.

D'altra parte, la trattazione che Galeno aveva offerto riguardo alla geriatria e le terapie che aveva suggerito rimasero indiscusse, tanto che le troviamo riassunte ancora nel IV secolo in Oribasio, nel VI in Aezio, nel VII in Paolo d'Egina⁶⁸ e ancora nel Medioevo rimasero la base indiscussa per la cura degli anziani⁶⁹; in tal modo si affermò la necessità delle terapie particolari sostenute nell'opera di Galeno, te-

ne di un'assistenza anche dal punto di vista umano e psicologico, date le loro condizioni; essi richiedevano, quindi, un personale disponibile e capace di venire incontro ai loro bisogni, mentre la durata della loro degenza non era prevedibile, poiché doveva protrarsi fino alla morte. Infine, se nessuna testimonianza è rimasta circa le cure fornite nei gerontocomi, una fonte di grande importanza ci ragguaglia sul trattamento in uso nei monasteri. La *Regola* di san Bene-

detto, infatti, concede ai malati l'uso dei bagni e l'esenzione dal divieto di mangiar carne, specificando l'obbligo per i *cellarii* e per i servitori di assisterli in tutte le loro necessità⁷², e subito dopo estende le stesse prescrizioni sull'alimentazione ai vecchi⁷³; mi sembra qui evidente il riferimento alle cure prescritte da Galeno, che dunque dovevano essere ben conosciute e applicate nei monasteri ancora nel VI secolo.

Se questi fattori spiegano l'istituzione dei gerontocomi, motivi diversi, di ordine sociale ed economico, danno invece ragione, a mio avviso, della loro grande diffusione e del particolare interesse in questo campo. Gli studi di demografia antica hanno evidenziato, attraverso l'analisi delle testimonianze, in particolare delle iscrizioni funerarie, un netto aumento, durante l'epoca imperiale, del numero di persone che raggiungevano un'età elevata, anche superiore ai cento anni, sia pure con notevoli differenze geografiche, per cui ad esempio l'Africa sembrerebbe essere stata un paradiso privilegiato per gli anziani; allo stesso tempo, però, la mortalità infantile si manteneva assai alta⁷⁴. Si dovrà poi tener conto degli effetti delle epidemie: ad esempio, lo storico ecclesiastico Evagrio di Epifania, scrivendo nel 594, all'età di cinquantotto anni, afferma che la peste che aveva colpito Antiochia già quattro volte in cinquantadue anni gli aveva portato via molti dei suoi figli, sua moglie, diversi membri della famiglia, tanti servi e coloni e, ancora due anni prima, una figlia e il bambino nato da lei⁷⁵. Se si tiene conto della gravità prima della peste "antonina" fra il II e il III secolo, poi di quella di Giustiniano, che rimasero a lungo endemiche e provocarono gravi perdite⁷⁶, si potrà comprendere come le condizioni in cui Evagrio doveva affrontare la vecchiaia non fossero eccezionali. Inoltre, l'esposizione dei bambini era fenomeno assai diffuso e riguardava soprattutto le famiglie meno abbienti, non in grado di provvedere a essi⁷⁷, le quali non si facevano neanche scrupolo di vendere come schiavi i figli che non potevano mantenere. Così, già nel 315 Costantino emanò un editto che stabiliva aiuti

urgenti per i genitori impossibilitati dalla povertà ad allevare i figli, proprio per impedirne l'uccisione, e nel 322 emanò norme analoghe per aiutare quanti, trovandosi in gravi difficoltà economiche, erano indotti a vendere o dare in pegno i propri figli⁷⁸. Ma ancora nel 329 un rescritto di Costantino regolava il riscatto dei fanciulli venduti come schiavi, evidentemente tollerato rispetto alla più grave minaccia della loro uccisione⁷⁹, e nel 331 un altro rescritto stabiliva che chiunque avesse raccolto un bambino esposto e lo avesse allevato poteva trattenerlo presso di sé, come libero o come schiavo, respingendo qualsiasi pretesa dell'espositore di far valere la propria potestà⁸⁰; è evidente l'intento di incentivare l'adozione dei bambini esposti.

La politica di Costantino in proposito ebbe comunque scarso effetto, se teniamo conto sia delle aspre critiche rivolte contro di lui da Zosimo riguardo all'istituzione del *crisargiro*, una tassa assai pesante, che avrebbe costretto molti genitori a vendere i propri figli⁸¹, sia delle testimonianze che dimostrano come la vendita e l'esposizione dei bambini siano rimaste pratiche comuni ancora per tutto il Basso Impero⁸². È evidente che tutti questi fenomeni non potevano che accrescere in misura notevolissima, soprattutto nei ceti più poveri, il numero di anziani che non disponevano di figli o di nipoti in grado di mantenerli, rendendo quindi pressante il bisogno di istituzioni che provvedessero a essi.

La più importante conferma e, insieme, la più vivida illustrazione di quanto abbiamo finora sostenuto ci è comunque offerta da un passo, generalmente trascurato, di Giovanni Crisostomo; esso è fondamentale, anche perché proviene da uno dei Padri più sensibili agli aspetti sociali della missione della Chiesa⁸³, impegnato in prima persona nelle opere assistenziali e distintosi per la creazione ad Antiochia e a Costantinopoli di numerosi ospedali⁸⁴.

Nello scritto *Sulle coabitazioni sospette*, composto agli inizi del suo patriarcato costantinopolitano⁸⁵, egli afferma: "Le donne, si dice, richiedono una maggiore protezione, mentre gli uomini trovano nella loro natura mille risor-

se. Ce ne sono, tuttavia, molti più deboli delle donne, per l'età avanzata, per la malattia, per la perdita di un membro, per gravi malattie e per altri motivi analoghi". Tuttavia, poiché il pubblico è più sensibile alle donne, egli indica come aiutarle: "Ci sono infatti donne sfinite dalla vecchiaia, alcune con monconi di mani, altre con varie malattie, aggravate dalla povertà e dall'indigenza. Non c'è difficoltà a raccoglierte: se hai denaro, spendilo per loro, se sei forte, metti la forza del tuo corpo al loro servizio. Ci sono molti bisogni che richiedono assistenza fisica e denaro. Occorre procurare loro un alloggio, preparare farmaci, comprar loro un letto e delle vesti, fornir loro il cibo necessario e tutto il resto, anche se fossero dieci, ma la città ne è piena. Curando i deboli e i vecchi invece dei forti e dei giovani si potrà acquistare la salvezza"⁸⁶.

Il Crisostomo, come si vede, attesta la netta preferenza ancora concessa alle donne anziane nell'assistenza da parte dei fedeli, ma reagisce anche a essa, sottolineando come l'elemento discriminante essenziale non sia il sesso, ma l'età e le malattie, che rendono tutti i vecchi bisognosi di assistenza. Egli testimonia inoltre la gravità del problema sociale, dovuto al gran numero di anziani poveri e privi di parenti in grado di aiutarli⁸⁷; infine, conferma le peculiarità dell'assistenza richiesta in questi casi, che non si limita alle cure mediche, ma si estende anche all'alloggio, al cibo, alle vesti, ai letti, elementi tutti necessari per evitare che lo stato degli anziani degeneri in malattie rovinose. Com'è diffuso fra i Padri, egli sottolinea che ai fedeli è richiesto non solo l'aiuto in denaro, ma anche l'impegno personale⁸⁸; ma in questo caso l'impegno richiesto è particolare, tanto che il Crisostomo sottolinea l'elemento della forza fisica, necessaria per aiutare persone spesso impossibilitate perfino a muoversi autonomamente.

Nell'Oriente bizantino, l'assistenza ai vecchi rimase assai viva e sentita e numerose sono le istituzioni attestate⁸⁹. L'esistenza di gerontocomi è testimoniata in particolare in Egitto dai papiri⁹⁰; ma anche le fonti letterarie dimostrano che essa era generalmente diffusa

e che vi partecipavano ancora la Chiesa, i privati benefattori e le autorità.

Ad esempio, Massimo il Confessore enumerando i meriti di Giorgio, che fu prefetto d'Africa⁹¹, ricorda fra l'altro la sua opera per l'istituzione e il mantenimento di gerontocomi⁹². Nel settembre del 600 papa Gregorio Magno inviò letti con la relative coperte all'abate del monastero del Sinai per attrezzare un gerocomio che era stato costruito da un tal Isauro⁹³. Giovanni l'Elemosiniere, che fu patriarca di Alessandria fra il 611 e il 619⁹⁴, è lodato dal suo agiografo anche per aver fondato gerontocomi⁹⁵. L'azione in questo campo sembra essersi del resto diffusa anche fra i missionari che operavano al di fuori dell'impero: così, nelle *Leggi degli Omeriti*, attribuite a Gregenzio, vescovo di Tifariti nello Yemen, che visse nei primi decenni del VI secolo e si distinse per l'opera missionaria presso gli Omeriti⁹⁶, viene attribuita al re degli Etiopi, che governava allora anche sugli Omeriti e si era convertito al cristianesimo, l'istituzione di ospizi rispettivamente per i poveri e per gli anziani⁹⁷.

Ben più modesta sembra essere stata invece l'attività in questo campo in Occidente, in linea del resto con l'assai minore diffusione di centri assistenziali e con la loro scarsa specializzazione⁹⁸, ma anche, a mio avviso, con la ben diversa situazione politica ed economica. Verso la fine del VI secolo, papa Pelagio II⁹⁹ fece costruire nella propria casa un ospizio per anziani poveri¹⁰⁰, ma questa testimonianza resta isolata. Ben più interessanti sono invece, a mio avviso, le notizie fornite dalla *Regula monachorum communis*, un testo che viene attribuito a Fruttuoso, vescovo di Braga alla metà del VII secolo¹⁰¹ e che, anche se questa attribuzione è stata contestata, è comunque basato in larga misura sul suo pensiero¹⁰². La *Regola*, prescrive che i malati debbano essere trattati con particolare cura e che il dispensiere non faccia mancar loro nulla¹⁰³ e dedica poi particolare attenzione e ampie prescrizioni ai problemi degli anziani. L'autore afferma infatti che molti di essi vengono al monastero come novizi e si sa benissimo che vi sono in-

dotti non dalla vocazione, ma dal bisogno¹⁰⁴. Quando vengono scoperti, devono essere puniti duramente, in particolare obbligandoli al silenzio, eccetto quando siano interrogati. Essi sono abituati a parlare vanamente e, se vengono rimproverati dagli altri monaci, si arrabbiano e sono colpiti dal morbo della tristezza, per poi ricadere nel vizio delle vane chiacchiere. Devono quindi essere introdotti nel monastero con l'accortezza di impedire che passino il giorno e la notte a parlare inutilmente, e di indurli invece agli esercizi della penitenza e alle lamentazioni, che devono essere tanto più pesanti e sentite, in quanto riguardano gravi peccati commessi per settant'anni e più¹⁰⁵. Se neppure così si emenderanno, saranno scomunicati e, dopo essere stati ammoniti quattordici volte, verranno giudicati dall'assemblea dei maggiori, che potrà espellerli dal convento, qualora non si correggano. Invece, quei vecchi che si comporteranno bene e dimostreranno la propria devozione saranno trattati come i bambini, con pietosa compassione, e saranno esentati da tutti i lavori pesanti; saranno loro concessi, inoltre, cibi teneri, carne e vino, necessari alla loro particolare dieta, e abiti e calzari che li difendano dal freddo senza bisogno del fuoco¹⁰⁶.

Queste ultime prescrizioni confermano il persistere, ancora a quell'epoca, della coscienza delle particolari condizioni di dieta alimentare e di calore che erano necessarie agli anziani; ma ciò che più conta sono, a mio avviso, la situazione sociale che la Regola attesta e la risposta della Chiesa. Il fatto stesso che la Regola consideri fenomeno assai frequente il rifugiarsi degli anziani nei conventi per sfuggire al bisogno dimostra fino a qual punto la povertà e l'insicurezza fossero diffuse e attesta l'impotenza dello Stato e dei privati a provvedere agli anziani privi d'assistenza. La Chiesa restava così l'unico rifugio e il suo impegno era tale che la Regola derogava perfino al principio fondamentale della vocazione e della fede effettiva del novizio come metri per giudicare della sua ammissione nel convento; l'impegno era poi tale e così forte la pietà verso gli anziani costretti dal bisogno, che la Rego-

la prescriveva una procedura assai lunga per la loro eventuale espulsione, che poteva avvenire solo dopo numerosi richiami, quando era accertata l'impossibilità di emendarli e di convincerli a seguire almeno le regole della comunità, non creando scandalo tra i confratelli. Dinanzi al gran numero di vecchi poveri e privi di parenti in grado d'assistere, il convento apriva le sue porte, alla sola condizione che essi non turbassero l'ordine della comunità monastica e non ne impedissero la vita spirituale, trasformandosi in sostanza nel corrispettivo di quei gerontocomi che in Oriente continuavano ancora a svolgere con efficacia la loro funzione.

Prof. GABRIELE MARASCO
Docente di Storia Romana presso la
Facoltà di Lettere e Lingue Straniere,
Università degli Studi "la Tuscia",
Viterbo, Italia.

Note

¹ G. MINOIS, *Histoire de la vieillesse en Occident de l'Antiquité à la Renaissance*, Paris 1987 (trad. it.: *Storia della vecchiaia dall'Antichità al Rinascimento*, Roma-Bari 1988, 129-174).

² Cfr. V. CITTI, "Lexis" 4, 1989, pp. 107-111; A. Casanova, "Prometheus" 16, 1990, pp. 190-192.

³ Cfr. U. MATTIOLI, *Per la storia della vecchiaia (Note ad un libro recente)*, "Paideia" 44, 1989, pp. 39-56.

⁴ Cfr. in particolare CH. GNILKA, *Aetas spiritalis. Die Überwindung der natürlichen Altersstufen als Ideal frühchristlichen Lebens*, Köln-Bonn 1972; Id., *Neues Alter, neues Leben. Eine antike Weisheit und ihre christliche Nutzung*, "Jahrbuch für Antike und Christentum" 20, 1977, pp. 5-38; Id., *Kalogeros. Die Idee des Guten Alters bei den Christen*, ibid. 25, 1980, pp. 5-21; Id., s.v. *Greisenalter*, in: *Reallexikon für Antike und Christentum*, XII, Stuttgart 1983, coll. 1052 ss.; U. MATTIOLI, *Cura e promozione degli anziani nel cristianesimo primitivo*, in: E. DAL COVOLO, U. GIANNETTO (a cura di), *Cultura e promozione umana. Fondamenti e itinerari. Convegno Internazionale di Studi (Oasi "Maria Santissima" di Troina, 29 ottobre - 1° novembre 1995)*, Troina 1996, pp. 95-105; H. BRANDT, *Wird auch silbern mein Haar. Eine Geschichte des Alters in der Antike*, München 2002, pp. 221-242.

⁵ In proposito cfr., pur nei limiti di una voce d'enciclopedia, GNILKA, s.v. *Alterversorgung*, in: *Reallexikon...* cit., Supplementband I, Stuttgart 2001, coll. 279-289 e D.J. CONSTANTELOS, *Byzantine Philanthropy and Social Welfare*, New Rochelle, New York 1991², pp. 163-175, che eccede ampiamente

il periodo che ci interessa; entrambi, comunque, offrono una documentazione parziale.

⁶ Cfr. ad esempio W. K. LACEY, *The Family in Classical Greece*, London 1968, pp. 116 ss.; GNILKA, *Altersversorgung*, col. 267-273.

⁷ Cfr. ad esempio H.H. BEN SASSON, s.v. *Age and the Aged (Care of the Aged)*, in: *Encyclopaedia Judaica*, 2, Jerusalem 1971, col. 346; GNILKA, *Altersversorgung*, col. 279.

⁸ GNILKA, *Altersversorgung*, coll. 271-78; cfr. W. SUDER, *A Study of the Age and Sex Structure of Population in the Western Provinces of the Roman Empire*, Wrocław 1990, p. 60. Provvidenze a favore di funzionari militari e civili anziani e vicini a cessare la loro attività sono attestate agli inizi dell'impero bizantino e furono ridotte da Giustiniano (Procop. *Hist. Arcan.* 24, 30-31; cfr. *Cod. Iust.* 3, 2, 2; 3, 2, 5).

⁹ Con ogni probabilità Giudei di lingua greca: cfr. in particolare M. HENGEL, *Zwi-*

ment de Charlemagne. Actes du Colloque tenu à l'Université de Paris X-Nanterre les 1, 2 et 3 avril 1993, Bari 1996, pp. 115-126. Sulle prescrizioni relative alle vedove nella *Didascalia degli Apostoli* e nelle *Costituzioni Apostoliche* cfr. inoltre MATTIOLI, *Cura e promozione...* op. cit., pp. 98-99.

¹⁴ Cfr. Mt. 6, 25-34; Lc. 12, 22-31. Sugli echi di questi precetti nel pensiero dei Padri cfr. ad esempio MATTIOLI, *Cura e promozione...* op. cit., p. 95.

¹⁵ Evagr. Pont. *Cap. prat.* 9, 'Sources chrét.', N° 171, Paris 1971, p. 512.

¹⁶ Cfr. ad esempio J. QUASTEN, *Patrology*, III, Utrecht/Antwerp 1960, pp. 169-176; J. GRIBOMONT, D. HOMBERGER, s.v. *Evagrio Pontico*, in: A. DI BERARDINO (dir.), *Nuovo Dizionario Patristico e di Antichità Cristiane*, I, Genova-Milano 1983, col. 1879.

¹⁷ Hieron. *Epist.* 22, 31-32.

¹⁸ Hieron. in *Es.* 2, 3, 4, CCL 73, 48: *Nec*

stantes eas ab opere lanificio, retrahunt eis et vestitum et victum, si non totum, tamen ex parte, ut illae ipsa inopia ad piam ecclesiam convertantur, ut vivant.

²³ Ambrosiast., loc. cit.: *Nam cum praecipiat unius viri uxorem eligi viduam, nunc inveniuntur inter eas non tantum duum aut trium maritorum uxores, sed et quae turpius vixerint, quod aliquando per negligentiam fit, aliquando potentatui insinuantis.*

²⁴ *Epist. Barnab.* 20, 2d, 'Sources Chrét.', N° 172, Paris 1971, p. 212. Su quest'opera e sulla sua datazione cfr. in particolare L. W. BARNARD, *The 'Epistle of Barnabas' and its Contemporary Setting*, in: *Aufstieg und Niedergang der römischen Welt*, II, 27, 1 (1993), pp. 159-207 con bibliografia.

²⁵ *Epist. ad Smyrn.* 6, 2, 'Sources Chrét.', N° 10, Paris 1958, p. 160.

²⁶ Polycarp. *Smyrn. Epist. Ad Philipp.* 6, 1, PG V 1009. Cfr. anche, riguardo ai catecumeni, Hippol. *Trad. Apost.* 20, 'Sources Chrét.', N° 11bis, Paris 1968, p. 78.

²⁷ Clem. Alex. *Quis div. salv.* 34, 2.

²⁸ Clem. Alex. *Paed.* 3, 40, 3, 2-3.

²⁹ Tert. *Apol.* 39, 6: *... egenis alendis humandisque et pueris ac puellis re ac parentibus destitutis, iamque domesticis senibus, item naufragis...*

³⁰ Origen. in *Math. Comm. Ser.* 61 (CGS, *Origenes Werke*, XI, Berlin 1976, p. 142).

³¹ Ambros. *De off. min.* 1, 31, 160: *Consideranda etiam in largendo aetas atque debilitas, nonnumquam etiam verecundia, quae ingenuos prodit natales; ut senibus plus largiaris, qui sibi labore iam non queunt victum quaerere. Similiter et debilitas corporis, et haec iuvanda promptius.*

³² Su Pacomio e sulla sua *Regola* cfr. in particolare A. SCHMIDT, s.v. *Pachomius der Ältere*, in: *Biographisch-Bibliographische Kirchenlexikon*, VI, 1993, coll. 1413-1419; J. QUASTEN, *Patrology*, III, Utrecht/Antwerp 1960, pp. 154-159, con bibliografia.

³³ Hieron. *Reg. Pachom.*, praef. 5 (in: *Pachomiana Latina. Règle et Épitres de S. Pachome, Épitre de S. Théodore et "Liber" de S. Orsesius. Texte latin de S. Jérôme*, éd. par A. Boon, Louvain 1932, p. 7). Cfr. analogamente Benedict. *Reg.* 36-37: *...Licet ipsa natura humana trahatur ad misericordiam in his aetatibus, senum videlicet et infantum, tamen et regule auctoritas eis prospiciat. Consideretur semper in eis inbecillitas et ullatenus eis districtio regule teneatur in alimentis; sed sit in eis pia consideratio et praeventiant horas canonicas; Benedict. Anian. Concord reg.* 46. Si veda Mattioli, *Cura e promozione...*, p. 99.

³⁴ In proposito cfr. in particolare O. HILTBRUNNER, s.v. *Xenodocheion*, "R.E." IX A 2 (1967), coll. 1490-1503; U. LINDGREN, *Frühformen abendländischer Hospitäl in der Geschichte einiger Bedingungen ihrer Entstehung*, "Historia Hospitalium" 12, 1977-78, pp. 32-51; D.W. AMUNDSEN, *Philanthropy in Medicine: Some Historical Perspectives*, in: E.E. Shelp (ed.), *Beneficence and Health Care*, Dordrecht 1982, pp. 15 ss.; U.B. BIRKLER-ARGYROS, *Byzantinische Spitalgeschichte – Ein Überblick*, "Historia Hospitalium" 15, 1983-1984, pp. 51-80; T.S. MILLER, *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*, Baltimore 1985; E. KISLINGER, *Xenon und Nosokomeion – Hospitäl in Byzanz*, "Historia Hospitalium" 17, 1986-1988, pp. 7-16; G.B. FERNGREN, *The Organisation of the Care of the Sick in Early Christianity*, in: H. SCHADEWALDT, K.H. LEVEN (eds.), *Actes/Proceedings of the XXX International Congress of the History of Medicine*, Düsseldorf 1988, pp. 192-198; O. HILTBRUNNER, s.v. *Herberge*, in: *Reallexikon für Antike und Christentum*, XIV, Stuttgart 1988, coll. 602-626; Constantelos, *Byzantine Philanthropy...*, pp. 113 ss; P. VAN MINNEN, *Medical care in late Anti-*



schen Jesus und Paulus. Die "Hellenisten", die "Seben" und Stephanus (Apg 6,1-15; 7,54,-8,3), "Zeitschrift für Theologie und Kirche" 72, 1975, pp. 151-206; *Commentario teologico al Nuovo testamento. Gli Atti degli Apostoli*, I, Testo greco e traduzione, Commento di G. Schneider, (trad. it.), Brescia 1985, pp. 565-579 con bibliografia.

¹⁰ *Act.* 6, 1-7; cfr. in particolare SCHNEIDER, op. cit., I, pp. 579 ss. con ampia bibliografia.

¹¹ Cfr. in particolare SCHNEIDER, op. cit., I, p. 589 e n. 26.

¹² *I Tim.* 5, 3-16; cfr. C. SPICQ, *Saint Paul. Les épîtres pastorales*, Paris 1947, pp. 165 ss.; *Commentario Teologico del Nuovo Testamento. Le lettere pastorali*, I, *La prima lettera a Timoteo*, Testo greco e traduzione, Commento di L. Oberlinner, (trad. it.), Brescia, 1999, pp. 354-394, con bibliografia; R. Gryson, *Il ministero della donna nella Chiesa antica*, Roma 1974, pp. 34-35.

¹³ Cfr. in particolare J. REVILLE, *Le rôle des veuves dans les communautés chrétiennes primitives: Études de critique et d'histoire*, Paris 1889; J. GAUDEMET, *L'Église dans l'Empire romain (IV^e-V^e siècles)*, Paris 1958, pp. 186-188; GRYSON, op. cit., pp. 37-42; E. DAL COVOLO, *Chiesa Società Politica. Aree di "laicità" nel cristianesimo delle origini*, Roma 1994, pp. 138-140; J.-U. KRAUSE, *La prise en charge des veuves par l'Église dans l'Antiquité Tardive*, in: C. LEPELLEY (ét. réun. par), *La fin de la cité antique et le début de la cité médiévale. De la fin du III^e siècle à l'avène-*

ment ecclesiasticis vidua sustentatur alimentis, nisi quae sexaginta annorum est et maturitatem habet morum pariter et aetatis. Cfr. anche *epist.* 79, 7.

¹⁹ Euseb. *Hist. Eccl.* 6, 43, 11. Sulla gravità del problema, conseguente soprattutto al grande numero di vedove nell'antichità, cfr. soprattutto J.-U. KRAUSE, *Witwen und Waisen im römischen Reich*, I-II, Stuttgart 1994.

²⁰ Hieron. *Epist.* 52, 5: *... multas anus nutrit ecclesia quae et officium praebent et beneficium accipiunt ministrando, ut infirmitas quoque tua fructum habeat elemosynae.* Lo stesso Gerolamo narra altrove (*epist.* 1, 13) una vicenda romanzesca legata alla morte di un'anziana vedova mantenuta appunto dalla Chiesa.

²¹ Hieron. in *Luc.* 8, 75-76, CCL 14, 326-327: *O fili, quantum tibi sumis iudicium, si non pascas parentem!... Quantum iudicium, si pascat ecclesia quos tu nolis pascere... Ne commiseris, fili, ut parentes tuos aliorum famas pascat, ne commiseris, fili, ut ieiunia pauperum parentibus tuis cibum quaerant?* Altrove, lo stesso Gerolamo (*epist.* 123, 5) insiste sul fatto che le vedove giovani e in buona salute devono lavorare, per non essere di peso alla Chiesa.

²² Ambrosiast. in *I Tim.* 5, 16, 1, CSEL 81, 3, p. 283-84: *Quid mirum, si apostolica potestas futura potuit praevidere? Nam apparet quod dixit, quia fidelium viduae nunc multum gravant ecclesiam, et eorum qui locupletes videntur mundi et per senectutis causam desi-*

quity, in: PH. J. VAN DER EIJK, 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)*, I, "Clio Medica" 27, Amsterdam-Atlanta 1995, pp. 153-69; U. MATTIOLI, *Assistenza e cura dei malati nell'antichità cristiana*, in: E. DAL COVOLO, I. GIANNETTO (a cura di), *Cultura e promozione umana. La cura del corpo e dello spirito nell'antichità classica e nei primi secoli cristiani. Un magistero ancora attuale? Convegno Internazionale di Studi (Oasi "Maria Santissima" di Troina, 29 ottobre - 1° novembre 1997)*, Troina 1998, pp. 257 ss. Sull'assistenza sanitaria fornita dai monasteri cfr. inoltre recentemente A.T. CRISLIP, *From Monastery to Hospital. Christian Monasticism and the Transformation of Health Care in Late Antiquity*, Ann Arbor 2005, che tuttavia dedica scarsissima attenzione (cfr. p. 136) all'assistenza agli anziani.

³⁵ Epiphani. *Panarion haer.* 75, 1, 7, ed. K. Hohl, III, p. 333; cfr. J. Gribomont, *Saint Basile et le monachisme enthouasiaste*, «Irénikon» 53, 1980, pp. 123-44.

³⁶ *Patria* 3, 5 (in: *Scriptores originum Constantinopolitanarum*, rec. Th. Preger, II, Lipsiae 1907, p. 216). Cfr. J.P. RICHTER, *Quellen der byzantinischen Kunstgeschichte*, Wien 1897, p. 134; Constantelos, op. cit., p. 163.

³⁷ Cfr. Th. K. KEMPF, *Das Haus der heiligen Helena*, "Neues Trierer Jahrbuch.", Beiheft 1978, p. 9.

³⁸ Euseb. *Vita Const.* 3, 41-45; Socrat. *Hist. Eccl.* 1, 17, 13, p. 57 Hansen. Sul pellegrinaggio di Elena e sulla sua datazione cfr. soprattutto B. KÖTTING, *Peregrinatio religiosa: Wallfahrten in der Antike und das Pilgerwesen in der alten Kirche*, Münster 1950, pp. 20 ss.; L. VOELKL, *Der Kaiser Konstantin*, München 1957, p. 158-159; Kempf, art. cit., p. 10; J.W. DRIJVERS, *Helena Augusta. The Mother of Constantine the Great and the Legend of Her Finding of the True Cross*, Leiden 1992, pp. 55-76.

³⁹ Euseb. *Vita Const.* 3, 46; cfr. VOELKL, op. cit., p. 177; J. VOGT, *Constantin der Grosse und sein Jahrhundert*, München 1960², p. 249; Kempf, art. cit., p. 10; Drijvers, op. cit., pp. 13 e 15.

⁴⁰ Ancora al IV secolo sembra risalire la fondazione del gerontocomio chiamato Eufra-ta dal nome del suo fondatore, un patrizio che si era trasferito da Roma a Costantinopoli durante il regno di Costantino; esso era ancora in funzione e manteneva il suo nome nel XIII secolo, epoca alla quale risalgono le notizie su di esso del cronista Teodoro Scutariote (ed. Sathas, "Mesaion. Bibl." 7, 1894, p. 53); cfr. CONSTANTÉLOS, op. cit., p. 165-166.

⁴¹ *Patria* 3, 105, (Preger, II, p. 251); cfr. R. JANIN, *La géographie ecclésiastique de l'Empire byzantin. Première partie, Le siège de Constantinople et le patriarcat oecuménique*, Tome III, *Les églises et les monastères*, Paris 1953, p. 569, n. 24.

⁴² *Patria* 3, 72 (Preger, II, p. 241); cfr. JANIN, op. cit., III, p. 566, n. 4.

⁴³ *Patria* 3, 106 (Preger, II, p. 251); cfr. JANIN, op. cit., III, p. 565, n. 1; CONSTANTÉLOS, op. cit., p. 166.

⁴⁴ *Patria* 3, 120-121 (Preger, II, p. 254-255); cfr. JANIN, op. cit., III, p. 567, n. 9; p. 571, n. 5.

⁴⁵ Cyrill. Scythop. *Vita Euthim.* 35 (Ed. Schwartz, *Kyrrillos von Skythopolis*, "Texte und Untersuchungen" 49, 2, Leipzig 1939, p. 53).

⁴⁶ Cyrill. Scythop. *Vita Johan. Esych.* 4 (Schwartz, op. cit., p. 204); Niceph. Call. *Hist. eccl.* 14, 50, PG CXLVI 1240.

⁴⁷ *Patria*, 3, 63 (Preger, op. cit., II, p. 239); cfr. W. ENESLIN, s.v. *Pulcheria*, "R.E." XXIII

2 (1959), col. 1961-62; CONSTANTÉLOS, op. cit., p. 166.

⁴⁸ Cfr. in particolare S. HOLMAN, *The Hungry Body: Famine, Poverty and Basil's Hom.* 8, "Journ. of Early Christ. Stud." 7, 1999, pp. 337 ss.

⁴⁹ Greg. Naz. *Or.* 43, 35, 'Sources Chrét.', N° 384, Paris 1992, p. 204.

⁵⁰ Sul patriarcato del Nazianzeno, sulla sua conclusione e sugli scritti, in particolare poetici, che Gregorio vi dedicò cfr., recentemente, N. GÓMEZ VILLEGAS, *Gregorio de Nazianzo en Constantinopla. Ortodoxia, heterodoxia y régimen teodosiano en una capital cristiana*, 'Nueva Roma' 11, Madrid 2000.

⁵¹ Greg. Naz. *Carm.* 2, 1, 16, 87, PG XXX-VII 1216.

⁵² Da parte sua, Gregorio di Nissa, a testimonianza di una sensibilità che accomunava i

spiritus et urinae difficultas, gravedo, articulorum et renum dolores, nervorum resolutiones, malus corporis habitus (κατὰ τὸν Graeci appellant), nocturnae vigiliae, vitia longiora aurium, oculorum, etiam narium, praecipueque soluta alvus, et quae secuntur hanc, tormina vel levitas intestinorum ceteraque ventris fusi mala. Praeter haec graciles tabes, diectiones, destillationes, item viscerum et laterum dolores fatigant. Obesi plerumque acutis morbis et difficultate spirandi strangulantur, subitoque saepe moriuntur; quod in corpore tenuiore vix evenit. Cfr. in generale H.T. HOWELL, *Celsus on Geriatrics*, "Journ. Amer. Geriatr. Soc." 18, 1970, 9, pp. 687-691.

⁵⁷ In particolare, M. Artorio Asclepiade, che fu medico di Augusto, scrisse un'opera *Peri makrobiotias* (Clem. Alex. *Paed.* 2, 23, 1); cfr. GNILKA, *Greisenalter*, col. 1030-1031.



Padri Cappadoci, esalta la carità "che assiste i vecchi": *De benefic. (De paup. am. I)*, ed. A. VAN HECK, in: *Gregorii Nysseni Opera*, IX, Leiden 1967, p. 100, l. 10.

⁵³ Le testimonianze che abbiamo esaminate inducono a respingere, in questo caso, la tesi (A. PHILIPSBORN, *Der Fortschritt in der Entwicklung des byzantinischen Krankenhauses*, "Byzant. Zeitschr." 54, 1961, p. 348) secondo cui le specializzazioni si sarebbero affermate solo a partire dal V secolo.

⁵⁴ Cfr. in particolare H. ORTH, *Diaita Geronton. Die Geriatrie der griechischen Antike*, "Centaurus" 8, 1963, pp. 19-47; S. BYL, *La vieillesse dans le Corpus Hippocratique*, in: F. LESSERRE, P. MUDRY (éd.), *Formes de pensée dans la Collection Hippocratique. Actes du IV^e Colloque International Hippocratique (Lausanne, 21-26 septembre 1981)*, Genève 1983, pp. 85-95; GNILKA, s.v. *Greisenalter*, coll. 1030 ss.; G. PISI, *La medicina greca antica*, in: Senectus. *La vecchiaia nel mondo classico*, a cura di U. MATTIOLI, I, Grecia, Bologna 1995, pp. 447-487; H. HORSTMANSHOFF, s.v. *Alter*, in: K.-H. LEVEN (hrsg.), *Antike Medizin. Ein Lexikon*, München 2005, col. 31-32.

⁵⁵ Hippocrat. *Aphor.* 3, 31, Littre IV, pp. 500-502. Per il ricorrere di queste stesse osservazioni in altri trattati del *Corpus Hippocraticum*, cfr. Pisi, art. cit., p. 465-66.

⁵⁶ Cels. *De med.* 2, 1, 22-23: In senectute

L'argomento fu pure trattato da Rufo di Efeso (cfr. I. ILBERG, *Rufus von Ephesos. Ein griechischer Arzt in trajanischer Zeit*, "Abhandl. d. Sächsl. Akad. d. Wissensch.", Phil.-hist. Kl. 41, 1930, p. 48), da Areteo di Cappadocia (cfr. H.T. HOWELL *Areteus on Disease in Old Age*, "Journ. Amer. Geriatr. Soc." 19, 1971, pp. 902-912) e da un anonimo che Galeno chiama ironicamente "filosofo", da alcuni identificato con il suo contemporaneo Filippo di Cesarea (cfr. C. THEOHARIDES, *Galen on Marasmus*, "Journ Hist. Med." 26, 1971, pp. 369-90).

⁵⁸ In proposito cfr. soprattutto Theoharides, art. cit., pp. 369-90; S. BYL, *La gérontologie de Galien*, "Hist. Phil. Life Sci." 10, 1988, pp. 73-92; G. WÖHRLE, *Studien zur Theorie der antiken Gesundheitslehre*, Stuttgart 1990, pp. 235-38; I. MAZZINI, *La geriatria di epoca romana*, in: Senectus..., a cura di U. MATTIOLI, II, Roma, Bologna 1995, pp. 346 ss.

⁵⁹ Cfr. ORTH, *Diaita Geronton*, pp. 30-33; GNILKA, s.v. *Greisenalter*, col. 2031.

⁶⁰ Cfr. MAZZINI, art. cit., p. 348.

⁶¹ Galen. *san. tu.* 1, 5 (Kühn VI, p. 20); 6, 2 (Kühn VI, p. 387-388).

⁶² Galen. *san. tu.* 5, 4, 2 (Kühn VI, p. 330).

⁶³ Galen. *mar.* 5 (Kühn VII, p. 681); cfr. *san. tu.* 5, 9 (Kühn VI, p. 357); 6, 2 (Kühn VI, p. 389).

⁶⁴ Galen. *san. tu.* 5, 10 (Kühn VI, p. 358).

⁶⁵ Cfr. soprattutto ORTH, *Diata Geronton*, pp. 26-30; GNILKA, s.v. *Greisenalter*, col. 1031-1032; MAZZINI, art. cit., pp. 356-360; M.-L. DEISSMANN, s.v. *Altersversorgung*, in: Leven (hrsg.), *Antike Medizin...*, col. 34.

⁶⁶ Cfr. MAZZINI, art. cit., p. 352-353.

⁶⁷ Euseb. *Hist. Eccl.* 5, 28, 14.

⁶⁸ Oribas. *Synops. ad Eustath.* 5, 18 (CMG VI 3, p. 161); Id., *ad Eunap.* 1, 11 (ivi, pp. 327-328); Aët. 4, 30 (CMG VIII 1, pp. 372-375); Paul. Aeg. 1, 23 (CMG IX 1, pp. 19-20).

⁶⁹ Cfr. in particolare M. TH. LORCIN, *Veillesse et vieillissement vus par les médecins du Moyen Age*, 'Bulletin du Centre Pierre Leon', 1984, n. 4; Ead., *Gérontologie et gériatrie au Moyen Age*, in: *Veillesse et vieillissement au Moyen Age*, Aix-en-Provence 1987, pp. 201-213.

⁷⁰ Per la terminologia in proposito cfr. soprattutto HILTBUNNER, art. cit., col. 1491; Mattioli, *Assistenza e cura...*, p. 259 con bibliografia; A. MARCONI, I. ANDORLINI, *Salute, malattia e 'prassi ospedaliera' nell'Egitto tardoantico*, in: R. MARINO, C. MOLÉ, A. PINZONE (a cura di), *Poveri ammalati e ammalati poveri. Atti del Convegno di Studi (Palermo, 13-15 ottobre 2005)*, Catania 2006, pp. 21 ss. e 32. Sulle diverse tipologie delle istituzioni assistenziali soprattutto Constantelos, op. cit., pp. 113 ss.

⁷¹ Cfr. MARASCO, *Le malattie infettive e i Padri della Chiesa*, "Dolentium hominum", n. 64, 22, 2007, n. 1, pp. 56-57 e 60-63.

⁷² *Reg. Bened.* 36: *Balnearum usus infirmis quotiens expedit offeratur, sanis autem et maxime iuvenibus tardius concedatur. Sed et carnum esus infirmis omnino debilibus pro reparatione concedatur; at ubi meliorati fuerint, a carnibus more solito omnes abstineant. Curam autem maximam habeat abbas ne a cellarariis aut a servitoribus neglegantur infirmi...*

⁷³ Cfr. *supra*, nota 33.

⁷⁴ In proposito cfr. ad esempio M. CLAUS, *Probleme der Lebensalterstatistiken auf Grund römischer Grabinschriften*, "Chiron" 3, 1973, pp. 395-417; P. SALMON, *Population et dépopulation dans l'Empire romain*, Bruxelles 1974; SUDER, *A Study of the Age...* op. cit., passim; R.S.L. BAGNALL, B.W. FRIER, *The Demography of Roman Egypt*, Cambridge 1994; W. SCHEIDT, *Measuring Sex, Age and Death in the Roman Empire. Explorations in Ancient Demography*, ("Journ. Rom. Arch.", Supplement 21), Ann Arbor 1996; J.-N. CORVISIER, W. SUDER, *La population de l'Antiquité classique*, Paris 2000, pp. 100-110; BRANDT, *Wird auch silbern...* op. cit. pp. 158 ss.

⁷⁵ Evagr. *Hist. eccl.* 4, 29.

⁷⁶ Cfr. ad esempio R. BREITWIESER, s.v. *Pest*, (Antoninische), in: LEVEN (hrsg.), *Antike Medizin...*, col. 686-687; LEVEN, s.v. *Pest*, (Justinianische), ivi, coll. 689-691 con bibliografia.

⁷⁷ In proposito cfr. recentemente W.V. HARRIS, *Child-Exposure in the Roman Empire*, "Journ. Rom. Stud." 84, 1994, pp. 1-22; P. SALMON, *La limitation des naissances dans la société romaine*, "Collection Latomus" 250, Bruxelles 1999, con bibliografia.

⁷⁸ *Cod. Theod.* 11, 27, 1-2; cfr. in particolare M. BIANCHINI, *Provvidenze costantiniane a favore dei genitori indigenti: per una lettura di CTh. 11.27.1-2*, "Annali della Facoltà di Giurisprudenza di Genova" 20, 1984-85, pp. 23 ss.; J.A. EVANS-GRUBBS, *Munita coniugia: The Emperor Constantine's Legislation on Marriage and Family*, Ann Arbor 1990, pp. 179 ss.; F. ELIA, *L' "alienatio liberorum" in età imperiale: problemi sociali e interventi normativi*, "Quaderni Catanesi di cultura classica e medievale" 4-5, 1992-1993, pp. 385 ss.; C. LORENZI, *Si quis a sanguine infantem... comparaverit. Sul commercio di figli nel tardo*

impero, Perugia 2003, pp. 33 ss.; R. MARTINI, *Su alcuni provvedimenti costantiniani di carattere sociale*, in: F. SINI-P.P. ONIDA (a cura di), *Poteri religiosi e istituzioni: il culto di san Costantino Imperatore tra Oriente e Occidente*, Torino 2003, pp. 183 ss.; C. CORBO, *Pau-pertas. La legislazione tardoantica*, Napoli 2006, pp. 11 ss.

⁷⁹ *Cod. Theod.* 5, 10, 1; cfr. LORENZI, art. cit., pp. 27 ss.; CORBO, op. cit., pp. 70 ss. con bibliografia.

⁸⁰ *Cod. Theod.* 5, 9, 1; cfr. LORENZI, art. cit., pp. 49 ss.; CORBO, op. cit., pp. 73 ss. con bibliografia.

⁸¹ Zosim. 2, 38, 3.

⁸² Cfr. in particolare M. BIANCHI FOSSATI VANZETTI, *Vendita ed esposizione degli infanti da Costantino a Giustiniano*, "Studia et Documenta Historiae et Iuris" 49, 1983, pp. 190 ss.

⁸³ Cfr. ad esempio O. PLASSMAN, *Das Al-mosen bei Johannes Chrysostom*, diss. Bonn 1960; W. MEYER, *Poverty and Society in the World of John Chrysostom*, in: W. BOWDEN, A. GUTTERIDGE, C. MACHADO (eds), *Social and Political Life in Late Antiquity*, "Late Antique Archaeology" 3, 1, Leiden, 2006, pp. 465-486.

⁸⁴ Per Antiochia cfr. JOH. CHRYS. *ad Stagy.* 3, 13, PG XLVII 490; in *Act. Apost. Hom.* 45, 4, PG LX 319; in *ep. I ad Corinth. Hom.* 21, PG LXI 180; in *Matth.* 66, 3; PG LVIII 630; per Costantinopoli Pallad. *Dial.* V 134-35, 'Sources Chrét.', N° 341, Paris 1988, p. 122; Sym. Metaphr. *Vita Chrys.*, PG CXIV 1097. È curioso il fatto che Minois (op. cit., pp. 141-142) abbia considerato proprio il Crisostomo come il meno sensibile fra i Padri della Chiesa alle esigenze degli anziani; *contra*, senza riferimento comunque al problema dell'assistenza, cfr. giustamente U. MATTIOLI, *Vecchi e vecchiaia in Giovanni Crisostomo*, in: E. DAL COVOLO, I. GIANNETTO (a cura di), *Cultura e promozione umana. La cura del corpo e dello spirito dai primi secoli cristiani al Medioevo: contributi e attualizzazioni ulteriori*. Convegno internazionale di studi (Oasi «Maria Santissima» di Troina, 29 ottobre - 1° novembre 1999), Troina 2000, pp. 299-314.

⁸⁵ Cfr. ad esempio QUASTEN, op. cit., III, p. 464.

⁸⁶ Johann. Chrys. *Subintr.* 7 (J. Dumortier, *Saint Jean Chrysostome. Les cohabitations suspectes. Comment observer la virginité*, Paris 1955, pp. 68-69).

⁸⁷ Altrove, del resto, il Crisostomo (in *Matth.* 66, 3, PG) testimonia che ai suoi tempi ad Antiochia la Chiesa manteneva oltre 3.000 vedove e vergini, a cui andavano aggiunti carcerati, malati, stranieri, storpi e poveri che si affollavano attorno alle chiese nella speranza di ricevere cibo e vestiti. La cifra, più che doppia per le sole vergini e vedove rispetto a quella che abbiamo vista per la Roma di papa Cornelio, dà ragione della mutata situazione sociale e dell'accresciuto impegno della Chiesa. Lo stesso Crisostomo (in *Act. Apost.* 11, 3) afferma inoltre che a Costantinopoli, su una popolazione che contava centomila cristiani, la metà era costituita da poveri.

⁸⁸ La miglior illustrazione in proposito mi sembra fornita dal racconto di Teodoro (Hst. Eccl. 5, 19, 2-4, p. 314 Parmentier-Hansen) su Flacilla, prima moglie di Teodosio I, che curava personalmente gli ammalati, cucinava e puliva come se fosse una serva.

⁸⁹ Cfr. in particolare HILTBUNNER, art. cit., coll. 1495 ss.; GNILKA, *Altersversorgung*, col. 287; Constantelos, op. cit., pp. 167 ss.

⁹⁰ Cfr. R. TAUBENSCHLAG, *La β dans le droit des papyrus*, "Revue Internationale des Droits de l'Antiquité", 3^e Série, 3, 1956, pp. 173-179.

⁹¹ Cfr. *PLRE*, III A, *Giorgius* 50.

⁹² Maxim. Conf. *Epist.* 44, PG. XCI 648A; cfr. 645D.

⁹³ Greg. Magn. *Epist.* 11, 2 (Monumenta Germaniae Historica 2, 261); cfr. J.W. Wilkinsons, *The Social Welfare Program of Pope Gregory the Great*, diss. New York 1973, pp. 49-86 (in particolare p. 77).

⁹⁴ Cfr. ad es. O. BARDENHEWER, *Geschichte der altkirchlichen Litteratur*, V, DARMSTADT 1962², pp. 135-137; G. FEDALTO, *Hierarchia ecclesiastica orientalis: series episcoporum ecclesiarum Christianarum Orientalium*, Padova 1988, II, p. 583; C.D.G. MÜLLER, s.v. *Johannes V der Almosengeber*, in: *Biographisch-Bibliographische Kirchenlexikon*, III, 1992, coll. 251-53.

⁹⁵ Leont. Neap. *Vita Johan. Elemos.* 45 (Leontios' von Neapolis. *Leben des heiligen Johannes des Barmherzigen, Erzbischofs von Alexandrien*, hrsg. v. H. GELZER., Freiburg-Leipzig 1893, p. 92).

⁹⁶ Su di lui cfr. A. BERGER, s.v. *Gregentios*, in: *Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon*, XXII, (2003), coll. 460-461 con bibliografia; A. LABATE, s.v. *Gregonzio*, in: A. DI BERARDINO (dir.), *Nuovo Dizionario patristico e di antichità cristiane*, I, Genova-Milano 2007, col. 2439.

⁹⁷ Gregent. *Hom. leg.* 45-46, PG LXXXVI 609-612.

⁹⁸ In proposito cfr. soprattutto Hiltbrunnner, art. cit., coll. 1491 e 1499-1500; MATTIOLI, *Cura e promozione...*, p. 101; Id., *Assistenza e cura...* op. cit., p. 257-258 e 263-265.

⁹⁹ Egli fu papa dal 579 al 590: cfr. L. KOLMER, s.v. *Pelagius II*, in: *Biographisch-Bibliographischer Kirchenlexikon*, VII, 1994, coll. 167-168 con bibliografia.

¹⁰⁰ *Liber Pontificalis* 65 (Duchesse, I, p. 309): *Hic domum suam fecit potiorum pauperum senum*. Cfr. WILKINSON, op. cit., p. 52, n. 10 circa l'identificazione proposta con il venerabile ptochium Lateranense, attestato in fonti successive.

¹⁰¹ Cfr. F.W. BAUTZ, s.v. *Fructuosus*, in: *Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon*, II, 1990, coll. 145-146 con bibliografia.

¹⁰² Cfr. *Sanctos Padres Españoles*, II, *San Leandro, San Isidoro, San Fruanoles. Reglas monásticas de la España visigoda. Los tres libros de las "Sentencias"*, Introducciones, versión y notas de J. Campos Ruiz, I. Roca Melia, Madrid 1971, pp. 165 ss.; E. REICHERT, s.v. *Fructuosus von Braga*, in: S. DÖPP, W. GEERLINGS (hrsg.), *Lexikon der antiken christlichen Literatur*, Freiburg-Basel-Wien 1998, p. 240; M. DÍAZ Y DÍAZ, s.v. *Fruttuoso di Braga*, in: A. DI BERARDINO (dir.), *Nuovo Dizionario patristico e di antichità cristiane*, I, Genova-Milano 2007, col. 2011 con bibliografia.

¹⁰³ *Reg. mon. comm.* 7, Campos Ruiz, op. cit., p. 184 (= PL LXXXVII 1116).

¹⁰⁴ *Reg. mon. comm.* 8, Campos Ruiz, op. cit., p. 184 (= PL LXXXVII 1116): *Solent plerique novicii senes venire ad monasterium, et multos ex his cognoscimus necessitatis imbecillitate polliceri pactum non ob religionis obtentum*.

¹⁰⁵ *Reg. mon. comm.* 8, p. 185: *proinde cum tali cautione in cenobio introducantur, ut die noctuque non fabulis evagentur, sed in singultu et lacrimis cineree t cilicio versentur, et retroacta peccata cum gemitu cordis paenitent, et paenitendo ulterius non committant; et quantum habuerunt in peccando pravae suae mentis intentionem duplam habeant in lamentando plenam devotionem. Quia per LXX et eo amplius annos abrupto peccaverunt; et ideo congruum est ut arcta paenitentia coarceantur*.

¹⁰⁶ *Reg. mon. comm.* 8, p. 186: *cibi tamen quibus reficantur teneri et molles ex industria ab ebdomadariis coquantur, et care ne set vinum propter imbecillitatem moderate eis praebeantur... Vestimentum vero et calciamento sic eis praebeantur ut absque foco frigoris ab eis asperitas arceantur*.

2. Riflessione sulla rivelazione

WOJCIECH GIERTYCH

2.1 Fede, carità e anziani malati

Introduzione

In questo breve intervento non intendo parlare di fede e carità di coloro che si prendono cura degli anziani malati. Preferisco invece focalizzare la mia riflessione sulla questione relativa alla crescita, in fede e carità, di coloro che, a motivo della tarda età e della malattia, si avvicinano al termine della vita. Mentre la morte si profila minacciosamente dinanzi a tutti noi, questioni riguardanti il suo mistero, il suo significato teologico e la preparazione immediata al passaggio finale diventano più acute negli stadi finali della vita, anche quando in questi ultimi momenti competenza intellettuale e consapevolezza psichica possono essere ridotte o seriamente compromesse. Quali conoscenze ci può offrire la riflessione teologica, illuminando l'esperienza spirituale del viaggio finale? In che modo i cambiamenti causati dallo sviluppo delle tecniche mediche, possono influenzare questa esperienza spirituale? Come sempre, gli interrogativi teologici devono guardare verso Cristo per trovare la risposta. Gesù Cristo, Figlio del Padre eterno, passò per la morte e la resurrezione. Il mistero pasquale, pertanto, deve essere compreso, alla ricerca del significato per il passaggio finale dei cristiani.

La morte di Cristo

Nella sua meditazione sulla passione di Cristo come la presenta il Vangelo di San Matteo, il teologo belga, padre Servais Pinckaers OP, si è concentrato principalmente sul dono di sé di Gesù. Nella pietà po-

polare, a volte in tali meditazioni predomina un accento doloroso sui vari aspetti della sofferenza di Gesù. Una lettura attenta del Vangelo, tuttavia, mostra che non è la sofferenza a essere al centro del dramma. Le donne che guardavano la croce da lontano non stavano semplicemente piangendo di fronte alla brutalità. Nel loro sguardo contemplativo esse vedevano Gesù donarsi totalmente al Padre e all'umanità¹.

Il Cardinale Albert Vanhoye afferma che il sacrificio di Cristo non consiste unicamente nella Sua morte, ma nella trasformazione di quella morte in fonte di nuova vita². Nella comprensione moderna delle parole "espiazione" e "sacrificio", noi pensiamo a punizione e sofferenza. Ma così come "semplificare" significa "rendere semplice una cosa", e "santificare" significa "rendere santo qualcosa", anche "sacrificare" vuol dire "rendere sacro qualcosa". Il *sacrificium* di Gesù, il Suo sacrificio, è rendere la Sua volontà umana supremamente santa in quanto essa è piena dell'amore che è lo Spirito Santo. Donandosi totalmente, in completa apertura al Padre, Gesù ci ha mostrato come la volontà dell'uomo possa essere pienamente arricchita e ampliata oltre i suoi limiti naturali dall'amore che scaturisce dalla Trinità. Nella passione di Cristo il ruolo dello Spirito Santo consistette nel colmare il cuore umano di Gesù con tutta la forza dell'amore divino, in modo tale che in quella morte, sofferta contro ogni giustizia, fu stretta un'alleanza ultima tra Dio e l'umanità. Il fuoco dello Spirito Santo trasformò quella morte in sacrificio di unione, in strumento per rendere santo il cuo-

re umano di Gesù e i nostri cuori intanto che si uniscono a Lui. Attraverso il dono totale di sé, nella sua solidarietà con i peccatori, Gesù ha dato accesso a questo amore divino, che scaturisce per noi dal suo cuore aperto. Nel mistero pasquale noi meditiamo il cambiamento della morte di un uomo, trattato come criminale e punito con morte crudele, in uno strumento di comunione suprema con Dio e con l'umanità. Questa trasformazione è di grandissima importanza e fonte ultima di quell'ulteriore cambiamento che è poi la transustanziazione del pane e del vino nel corpo e nel sangue di Cristo.

Nella Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, del 1984, Giovanni Paolo II riflette sulla sofferenza umana con un'attenzione analoga al mistero pasquale inteso come mistero di amore divino, che redime il peccato dell'uomo mediante il potere di quell'amore. Nella sofferenza di Gesù i peccati vengono cancellati proprio perché egli solo, come Figlio unigenito, poté prenderli su di sé, assumerli *con quell'amore verso il Padre* che supera il male di ogni peccato; in un certo senso annienta questo male nello spazio spirituale dei rapporti tra Dio e l'umanità, e riempie questo spazio col bene...³. Le parole della preghiera di Cristo al Getsemani provano *la verità dell'amore mediante la verità della sofferenza* [...]. L'umana sofferenza ha raggiunto il suo culmine nella passione di Cristo. E contemporaneamente essa è entrata in una dimensione completamente nuova e in un nuovo ordine: *è stata legata all'amore*, a quell'amore [...] che crea il bene ricavandolo anche dal male, ricavandolo per mezzo della sofferen-

za, così come il bene supremo della redenzione del mondo è stato tratto dalla Croce di Cristo, e costantemente prende da essa il suo avvio⁴.

Gesù avrebbe potuto salvarci infondendo amore divino supremo al suo sorriso nella grotta di Bethlemme. Poiché ogni atto umano può essere nutrito dal di dentro dall'amore di Dio, e in Gesù il suo amore divino era supremo e infinito, benché anche soggetto a crescita umana, teoricamente Egli avrebbe potuto manifestare quell'amore supremo in maniera più semplice della morte di croce, anche se avremmo avuto maggiore difficoltà a riconoscerlo. Continuando a dare Se stesso nella morte, nonostante il Suo rifiuto e la persecuzione, nel pieno controllo di sé, anche se negli eventi della Sua passione e morte sembra che Gesù fosse condotto da altri e costretto nella Sua libertà, dicendo solo cosa voleva dire e quando voleva e rifiutando di usare il Suo potere divino per fermare i suoi persecutori⁵, Gesù ha mostrato la pienezza dell'amore divino, più potente della sofferenza e della morte. Nella Sua morte e resurrezione, come espresso dalla Sua preghiera sul Getsemani, noi vediamo il Suo dono, il Suo arrendersi totalmente al Padre e la Sua totale apertura al dono ricevuto, in cui consiste la Sua obbedienza. La sofferenza di Gesù nella morte rese la Sua trasparenza al Padre e al potere dello Spirito più visibile.

Possiamo provare a far comprendere questo mistero con un semplice paragone. Un medico che va a lavorare in un paese lontano dove contrae una malattia grave e muore, o un sacerdote che va come missionario in un paese straniero e vi viene ucciso, manifestano la potenza del loro amore. I genitori del medico o del missionario proveranno grande dolore per il fatto che il proprio figlio sia morto o sia stato ucciso. Ma a un livello spirituale più profondo, essi si rallegreranno del fatto che nel cuore del figlio l'amore che gli avevano insegnato ha vinto, che nella sua morte, che umanamente sembra inutile, la potenza dell'amore ha mostrato la sua forza più completa, generando una suprema generosità che si dona sino alla fine. Natural-

mente il figlio avrebbe potuto esprimere il proprio amore senza morire come missionario in terra straniera, ma la sua morte ha manifestato senza nessun offuscamento la qualità del suo amore. Allo stesso modo, possiamo presumere una gioia simile nel cuore del Padre eterno, che vede la vittoria dell'amore che anima la Trinità resa manifesta nel dono ultimo di sé del Figlio. "Questo è il mio diletto Figlio, nel quale mi sono compiaciuto" (cfr. *Mt* 3,17; 17,5; *Mc* 1,11; *Lc* 3,22). Il Padre eterno, mosso dall'amore della Sua grazia originale



che ha preceduto la creazione del mondo e i peccati dell'umanità (*Ef* 1, 4), si compiace della potenza dell'amore, che il Figlio non solo ha manifestato ma esteso nella Sua morte verso l'umanità ferita.

La percezione del significato profondo del mistero pasquale può gettare luce sugli stadi finale del viaggio spirituale dell'uomo in cui le persone anziane si preparano per il passaggio ultimo. Dopo il mistero pasquale, la morte non è più solo un momento orribile della separazione finale di corpo e anima, della persona e della sua famiglia e comunità. La morte cristiana è una conquista, un'unione suprema con Dio (*Fil* 1,21) da vivere in amore, e non in paura (*Eb* 2,15) sulla base di quell'amore supremamente divino che ci è stato liberamente offerto. La questione tuttavia non è come sfuggire alla morte, (cosa che non possiamo fare), ma come entrare nella morte in modo tale

che la ricchezza spirituale di questo passaggio, in unione con il passaggio di Cristo attraverso la morte e la resurrezione nella gloria, sia occasione di apertura suprema alla vita divina liberamente data. Per questo San Paolo scrive: "Perché se noi viviamo, viviamo per il Signore, se noi moriamo, moriamo per il Signore. Sia che viviamo, sia che moriamo, siamo dunque del Signore" (*Rm* 14,8) e noi "sappiamo infatti che quando verrà disfatto questo corpo, nostra abitazione sulla terra, riceveremo un'abitazione da Dio, una dimora eterna,

non costruita da mani di uomo, nei cieli" (*2Cor* 5,1), e anche: "Quando poi questo corpo corruttibile si sarà vestito d'incorruttibilità e questo corpo mortale d'immortalità, si compirà la parola della Scrittura: 'La morte è stata ingoiata per la vittoria'" (*1Cor* 15,54).

Imparare ad amare

Guardando al dono totale di sé di Cristo che ci ha amati sino alla fine, fino alla manifestazione di quell'amore nella sofferenza della croce e alla sua manifestazione nell'Eucaristia, possiamo imparare ad amare, che è il senso del pellegrinaggio della nostra vita. Il segreto della crescita nell'amore sta nell'apertura all'amore sovrannaturale che scaturisce dalla Trinità. L'essenza della carità è che è un amore sovrannaturale, quello stesso che anima la trinità che può es-

sere incarnata nel nostro amore umano, purificandolo e dandogli pieno splendore. “L’amore di Dio è stato riversato nei nostri cuori per mezzo dello Spirito Santo che ci è stato dato” (Rm 5,5). Santa Teresa di Lisieux, nella sua meditazione della preghiera sacerdotale di Gesù, riconobbe il segreto dell’amore divino. Gesù diede il proprio amore e ci invita a vivere quell’amore nei nostri rapporti umani.⁶ Noi possiamo far crescere quell’amore, non mediante i nostri deboli sforzi umani, ma ricevendo con fiducia maggiore quell’amore che ci è dato liberamente. La Santa di Lisieux disse: “Si dice che sia più dolce dare che ricevere, ed è vero, così quando Gesù vuole gustare egli stesso la dolcezza del donare, non sarebbe gentile rifiutare”⁷. Santa Teresa aveva sentito di una suora di un altro Carmelo che era morta in grande sofferenza offrendosi in riparazione alla giustizia divina. La Santa rifiutò questo tipo di devozione e si offrì invece all’amore misericordioso di Dio. Poiché Dio è misericordia infinita, questa ha bisogno di anime che l’accettino e la vivano in pienezza. C’è, nell’amore divino, una necessità inerente di diffondersi. *Bonum est diffusivum sui*. Santa Teresa, pertanto, offrì se stessa a quell’amore misericordioso affinché dentro di lei potesse trovare spazio per espandersi⁸. La sua apertura a Dio consisteva in una completa fiducia filiale nella bontà e nella preoccupazione del Padre divino. Questo però non la dispensava dalla fede. Anche se la sua morte può essere fisicamente attribuita alla tubercolosi, ella morì d’amore. Il suo cuore accettò la pienezza dell’amore divino che era pronta a ricevere, mentre quel dono divino doveva passare attraverso la sua fede eroica, turbata da tentazioni simili alle posizioni di molti filosofi atei.

La virtù soprannaturale della carità con cui riceviamo l’amore di Dio e cerchiamo di applicarlo nel nostro atteggiamento verso Dio stesso e verso gli altri, anche se possiamo esservi pienamente aperti solo negli ultimi momenti di vita, è l’unica realtà di paradiso che possiamo già sperimentare qui sulla terra. Quando ci amiamo l’un l’altro sulla base di quell’amore divino abbiamo già un piede in para-

diso. Per comprendere questo mistero, o piuttosto per accettarlo a livello intellettuale, poiché non possiamo comprenderlo completamente, abbiamo bisogno di superare una presupposizione filosofica che ha distorto il pensiero almeno fino alla fine del Medioevo. La prima causa può agire completamente dentro la causa secondaria, senza privarla in nessun modo della sua qualità, dignità e diritti naturali, e quindi le due cause non si fronteggiano come rivali⁹. La grazia divina può manifestarsi all’interno di un’azione veramente umana. Noi possiamo suscitare un atto d’amore, che scaturisce da quel movimento di grazia interiore che è completamente sovranaturale, trasparente all’amore supremo di Dio, e allo stesso tempo è pienamente atto nostro, con tutto il nostro coinvolgimento, le nostre inventive e la nostra responsabilità personale. La volontà umana, poiché è creata, può essere influenza-

cilmente opporre resistenza al movimento della grazia di Dio all’interno di noi. Attraverso le nostre ambizioni, attraverso le convinzioni delle nostre speciali capacità e diritti, possiamo bloccare la purezza della grazia divina in noi. Occorrono un grande sforzo e una povertà spirituali per allontanarci con umiltà dall’attaccamento ai nostri progetti e idee, permettendo alla fecondità di Dio di manifestarsi all’interno di essi.

C’è un’altra difficoltà nell’arrendersi completamente a Dio. Mentre, da una parte, è vero che esiste una corrispondenza tra natura e grazia, ove la grazia rende la natura più naturale, più aggraziata, dall’altro c’è una certa opposizione tra le due. Il dono della grazia sovranaturale estende le facoltà umane oltre i loro limiti naturali. La grazia, in particolare quando diventa più dominante nell’anima, è percepita dalla natura come un’intrusione, una sorta di virus



ta all’interno da Dio, senza perdere in nessun modo la propria natura umana, finalità e qualità personale. Ciò vuol dire che l’amore di Dio, reso manifesto nel dono tale di sé di Cristo, può passare attraverso il nostro amore umano. Dio infatti implora i nostri cuori, le nostre menti e le nostre mani, la nostra generosità e creatività, così che qualcosa del Suo amore divino si manifesti nel qui e nell’adesso delle nostre vite.

Una difficoltà scaturisce tuttavia dal fatto che noi possiamo fa-

che genera una reazione febbrile. Quando il dono di Dio della grazia diventa più potente, quando prende il controllo dell’anima, le forze della natura protestano. Ciò che accade a livello spirituale è contrapposto allora dalla crisi della notte oscura provata fortemente a livello psichico. Un’immersione più profonda nel mistero di Dio non dà una luce tale da rendere non necessaria la fede. Al contrario, obbliga la persona a compiere atti di fede più profondi ed eroici in cui il mistero sia ricevuto in

completa cecità contro un'opposizione naturale.

Andando avanti nella vita, impariamo ad amare, e ad abbandonare i nostri progetti, le immaginazioni, le autocondanne e le ambizioni, così che l'amore divino, dato liberamente da Cristo sulla croce, possa essere accolto nel profondo dei nostri cuori. Coloro che, nel corso della vita attiva, hanno imparato a vivere l'amore che è più potente dell'amore divino, riconoscendo la debolezza dei loro sforzi naturali e aprendosi nella fede all'amore, gratuitamente dato loro come dono immeritato, entreranno nell'eternità pur rimanendo ancora con noi. Coloro che hanno lasciato l'apertura al dono divino nei momenti finali della loro vita, imparano l'umile sottomissione alla grazia divina negli ultimi momenti, quando la malattia, la sofferenza e la fragilità li costringeranno a confidare solo in Dio. La morte è un trasferimento, in cui la grandezza dell'amore divino può sopraffare la persona completamente. Noi andiamo in paradiso per amare e per amare di più, grazie a quell'amore divino che abbiamo appreso a vivere già qui sulla terra.

È alla luce del mistero dell'amore divino che dobbiamo guardare la vecchiaia. Nel passato le persone vivevano con una consapevolezza più profonda di dipendere da Dio, poiché sapevano che la loro sopravvivenza era legata al tempo e ai raccolti. Oggi grazie al benessere economico le persone possono vivere la maggior parte della loro vita attiva senza pensare a Dio. Egli ha tuttavia reagito a questa situazione estendendo la durata della vita. Gli esseri umani ora vivono più a lungo, e a volte nella vecchiaia trascorrono lunghi periodi, quando sono malati, soli e dimenticati dalla famiglia. È un periodo di tempo privilegiato, donato da Dio, quando i vecchi e i malati, che sono stati indipendenti e hanno avuto successo nella vita, imparano a staccarsi da tutto ciò a cui erano attaccati e a diventare figli di fronte a Dio. Può sembrare che i vecchi e i malati, costretti in un letto d'ospedale o in una casa di riposo, possano fare poco, che la portata della loro carità sia ridotta. Dio, però, non ha bisogno di grandi pro-

getti e di attività umane gigantesche. Egli aspetta solo la risposta del cuore dell'uomo. La persona che, in vecchiaia, trascorre giorni noiosi e monotoni nella preghiera, in abbandono a Dio, poiché tutti coloro che le sono vicini se ne sono andati, che non cerca più di imporre a Dio i propri progetti di vita, poiché la storia è andata avanti e ciò che sembrava importante e drammatico nel passato non è più rilevante, questa persona può diventare trasparente allo scambio d'amore che scaturisce dalla Trinità. Questo è un momento inviato da Dio che non dovrebbe essere ignorato o passare inosservato. È un tempo per un approfondimento e una purificazione ultima della fede e della carità divina nell'anima.

Incontro con Dio e morte procrastinata

Nel passato gli ospedali erano luoghi in cui venivano curati i malati. Quando i medici arrivavano alla conclusione che per il paziente non c'era più nulla da fare, questi era rispedito a casa per morire. Ciò voleva dire che l'agonia finale avveniva a casa, spesso alla presenza della famiglia, tra i mobili, i quadri e i ricordi che avevano accompagnato la persona durante la sua vita. Il momento finale era un tempo per dire addio ai familiari e ricevere il viatico per il viaggio finale. Le preghiere che l'accompagnavano contribuivano a mantenere una fede viva, una fiducia profonda in Dio e a consegnarsi nelle braccia amorevoli del Padre che aspetta. I progressi attuali nelle tecniche mediche e nell'organizzazione delle cure sanitarie terminali hanno prolungato la durata degli ultimi momenti e trasferito l'agonia finale a istituzioni impersonali, ove le persone muoiono, attaccate a delle macchine, spesso lontane dai propri cari e senza il sostegno delle loro ardenti preghiere. Queste circostanze aiutano o impediscono di mantenere vive la fede e la fiducia nell'amore di Dio, nonostante le sofferenze e la minore consapevolezza dei morenti?

Le virtù teologali non appartengono al livello psichico ma a quello spirituale, e ciò vuol dire che il loro esercizio non coinvolge ne-

cessariamente sentimenti consapevoli, anche se la presenza di queste virtù nelle facoltà può suscitare un'eco a livello psichico. La ripercussione delle virtù teologali, pertanto, non genera necessariamente una reazione sperimentalmente percettibile, pur rendendo l'anima aperta alla grazia. Noi non possiamo materialmente percepire il movimento di grazia, anche se possiamo consapevolmente sperimentare il fatto che compiamo un atto di fede o un atto d'amore, basato unicamente sul fondamento che è la fiducia in Dio. Un'esposizione teologica delle virtù teologali, della loro natura e modo di funzionamento è applicabile a tutte le situazioni di vita. La fede di un bambino che riceve la Prima Comunione è la stessa, nella sua natura, di quella di un mistico intenso. È un dono di grazia, che dispone l'anima all'incontro con Dio. La questione tuttavia è come funzionano queste virtù nei momenti di malattia e fragilità umana. Può un anziano, essendo incosciente, perché sotto l'influenza di medicinali o depresso, esercitare le virtù teologali? Può una persona ritardata mentale, incapace di sforzi intellettuali, compiere atti di fede e carità? Naturalmente è difficile giudicare osservando la persona debole dal di fuori, ma per fortuna non è nostro compito farlo e accertare la qualità delle sue virtù teologali. Chi siamo noi per escludere queste persone dall'incontro con Dio? Certamente a volte possiamo testimoniare espressioni di fiducia e devozione tra i disabili mentali profondi. Quando le qualità umane sono sottosviluppate o ridotte, la fiducia in Dio può essere l'unica realtà spirituale che rimane, e con la Trinità trovare la gioia suprema nell'incontro con i poveri di spirito (Lc 10, 21). Fede e carità sono date da Dio per permettere un contatto con Lui e spetta a Lui stabilire se e come sono esercitate. Noi possiamo credere pertanto che la senilità, la sofferenza e l'agonia della morte possono apportare all'anima una purificazione assoluta tale che la fiducia in Dio resti l'unica realtà importante e decisiva anche nello stato di una consapevolezza affievolita e ridotta. Molteplici esempi di morti sante, in cui il passaggio finale è un momento per convertir-

si, abbandono di tutte le speranze effimere e passaggio nelle mani del Padre amorevole, mostrano che ciò è possibile, che è infatti il momento più importante della vita, che dà inizio alla vita più ricca, alla vita risorta, dall'altro lato dell'eternità.

Per concludere, vorrei aggiungere una breve osservazione prendendo in considerazione nuove questioni bioetiche suscitate dallo sviluppo delle scienze mediche e la possibilità dell'estensione dell'agonia finale. Secondo la terminologia medica polacca, sono stati

morire. Forse seguendo la logica della nuova terminologia potremmo coniare il termine finora non ancora usato di "eterotanasia" per un modo inappropriato di morire che sarebbe un antonimo di "ortotanasia", la "buona morte" mentre "distanasia" sarebbe una forma di "eterotanasia". Così come distinguiamo tra "ortodossia" ed "eterodossia", distingueremmo allora tra un modo appropriato e uno inappropriato di morire. Può accadere che il processo di morire venga prolungato artificialmente per una serie di ragioni che non meritano

argomenti strettamente medici, nella valutazione se il prolungamento di un ulteriore trattamento sia considerato come straordinario e sproporzionato, e se i palliativi che possono risultare in una diminuita coscienza possono essere applicati. Deve comunque essere mantenuto il principio formulato da Giovanni Paolo II:

"Avvicinandosi alla morte, gli uomini devono essere in grado di poter soddisfare ai loro obblighi morali e familiari e soprattutto devono potersi preparare con piena coscienza all'incontro definitivo con Dio"¹².

P. WOJCIECH GIERTYCH, O.P.
Teologo della Casa Pontificia,
Santa Sede



conciati nuovi termini per descrivere situazioni emergenti e che stanno acquisendo proprietà¹⁰. Una morte che avviene spontaneamente, come risultato naturale della malattia, nonostante cure mediche appropriate o come risultato del fatto che attrezzature mediche limitate sono state trasferite a un altro paziente, che si riteneva dovesse averne più bisogno, è descritta come "ortotanasia", che vuol dire buona morte. Non ha nessuna delle connotazioni moralmente cattive dell'"eutanasia", che si riferisce strettamente all'uccisione diretta della persona sofferente, ipoteticamente misericordia. Un trattamento medico aggressivo che cerchi di prolungare la vita del paziente a tutti i costi, senza tener conto del dolore del paziente e di una situazione senza speranza, è definito "distanasia". Infatti, più che il prolungamento della vita, essa è il prolungamento del processo di

approvazione morale. Se ciò è fatto senza preoccupazione del vero bene del paziente, ma unicamente allo scopo di ricavare materiale per la ricerca scientifica, o per la "raccolta di organi" o, come può accadere nel caso di un dittatore, al fine di predisporre manovre politiche prima della sua morte, queste preoccupazioni per il prolungamento della vita sarebbero una forma di "eterotanasia". La decisione moralmente accettabile di fare a meno della "distanasia", il gravoso e sproporzionato trattamento medico aggressivo¹¹ deve tener conto del vero bene del paziente. Per tornare, quindi, alla questione discussa in questo intervento, è importante che nel vero bene del paziente che deve sempre rimanere il punto centrale, siano inclusi il suo bene spirituale e il suo incontro con Dio. Il fatto che il morente abbia ricevuto i sacramenti può essere un fattore che entrerà, a parte gli

Note

¹ *Un grand chant d'amour. La passion selon Saint Matthieu*, (Saint-Maur: Parole et Silence, 1997), pp. 131-133.

² *Dio ha tanto amato il mondo. Lectio divina sul "sacrificio" di Cristo*, (Milano, Paoline, 2007), pp. 5-6.

³ N. 17.

⁴ N. 18.

⁵ San Tommaso d'Aquino si chiedeva se la morte di Gesù potesse essere interpretata come un suicidio. Direttamente, Gesù non fu responsabile della propria morte, ma, indirettamente, come qualcuno che aprendo una finestra è responsabile del fatto che la pioggia invada la stanza, così il dono di sé di Gesù e l'astenersi dal fermare i suoi esecutori sono causa della sua morte. *S. Th., IIIa, q. 47, art. 1: Quia ergo anima Christi non repulit a proprio corpore nocumentum illatum, sed voluit quod natura corporalis illi nocumentum succumberet, dicitur suam animam posuisse, vel voluntarie mortuus esse.*

⁶ *Œuvres complètes*, (Cerf, Desclée de Brouwer, 1992) p. 250, Manuscript C, 12 v°: «Ah! Seigneur, je sais que vous ne commandez rien d'impossible, vous connaissez mieux que moi ma faiblesse, mon imperfection, vous savez bien que jamais je ne pourrais aimer mes sœurs comme vous les aimez, si vous-même, ô mon Jésus, ne les aimez encore en moi».

⁷ Op. cit., p. 463, LT 142.

⁸ *Œuvres complètes*, (Cerf, Desclée de Brouwer, 1992) p. 212, Manuscript A, 84 r°.

⁹ CHARLES MOREROD OP, *Ecumenism and Philosophy. Philosophical Questions for a Renewal of Dialogue*, (Ann Arbor, Sapientia Press, 2006), p. 68.

¹⁰ L. NIEBRÓJ, M. FAJLER, M. OLEJNICZAK, "Refleksja nad eutanazją w polskiej literaturze medycznej", in: L. Niebrój, M. Kosińska, *Health Care: Professionalism and Responsibility*, (Katowice: Wyd. ŚAM, 2005), pp. 93-106.

¹¹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 65.

¹² N. 65.

DONATUS FORKAN

2.2 Testimonianze di santi che si sono dedicati alla cura dei malati anziani

1. Introduzione

Non avevo mai riflettuto nel profondo su quanti santi avevano dedicato la propria esistenza in particolare alla cura degli anziani. Mi sono sembrate illuminante le parole pronunciate dall'allora Vescovo Albino Luciani (che poi divenne Papa con il nome di Giovanni Paolo I) alle donne durante il Congresso dei Giovani del 1° ottobre 1963: "Dite ai giovani che non sono solo quelli in cielo e nei quadri sui muri delle chiese e delle case ad essere santi, ma anche tutti i fedeli che amano il Signore con ardore".

Dato l'argomento che mi accingo ad affrontare, queste parole del Vescovo Luciani suonano all'unisono con la mia esperienza personale di "Santi che si sono dedicati alla cura degli anziani".

Sono cresciuto in Irlanda negli anni Cinquanta. In quel periodo, nel mio Paese molte famiglie pativano la povertà e furono parecchie quelle costrette a emigrare. Gli anziani erano le persone che più risentivano di questa situazione, e soffrivano molto perché venivano trascurati, ma soprattutto perché si sentivano inutili e abbandonati. Ciò nonostante, è stato proprio in questa società che ho conosciuto tanti "santi", persone che si sacrificavano fino ad annullarsi e ad anteporre la cura degli anziani (genitori o altri parenti) a una vocazione alla vita religiosa o alla vita matrimoniale.

Mi ricordo che un mio Confratello, Fra Sebastian Mills, all'età di 20 anni voleva entrare nel nostro Ordine Ospedaliero, ma dovette posticipare la propria vocazione fino all'età di 45 anni, perché si era occupato dei genitori anziani. Una volta entrato nell'Ordine e diven-

tato un Fratello di San Giovanni di Dio, visse solo per pochi anni. È stato però una persona eccezionale per la sua santità e per la grande sensibilità che aveva nei confronti di chi soffre.

2. Tutte le culture nutrono grande rispetto nei confronti degli anziani

Ho trascorso la maggior parte della mia vita religiosa come missionario in Corea, un Paese a maggioranza buddista fortemente influenzato dagli insegnamenti di Confucio.

Anche se Confucio credeva che le persone vivessero la propria vita secondo parametri fermamente stabiliti dal Cielo (il che spesso significava tanto un Essere Supremo significativo quanto la "natura" con i suoi cicli e schemi fissi), egli sosteneva che gli esseri umani sono responsabili delle loro azioni e, in particolare, del modo con cui trattano gli altri. Per Confucio, l'accettazione del fatto che una persona è responsabile delle proprie azioni è dimostrato attraverso la pratica della Regola Aurea: "Non fare agli altri ciò che non vorresti fosse fatto a te". Egli considera la devozione per i genitori e per i parenti anziani come la forma principale per tutelare gli interessi degli altri prima ancora dei propri, e insegna che questo altruismo può essere realizzato soltanto da coloro che hanno acquisito l'auto-disciplina.

La filosofia del Confucianesimo pervade ogni aspetto della vita in Corea: il modo con cui si saluta un anziano o un giovane, i rapporti in ambito familiare e quelli nella società o con gli amici e i conoscenti. La filosofia di Confucio influen-

za anche la vita in Cina e in altri Paesi della regione asiatica.

Quando sono arrivato in Corea, alla fine degli anni Sessanta, non c'era alcun bisogno di case per anziani perché i nonni erano considerati un "tesoro di grande valore" all'interno della famiglia, e così venivano trattati. Essi godevano del posto migliore, avevano la precedenza su tutto e il rispetto, perché erano visti come i custodi della storia familiare, dei suoi costumi, prerogative e conoscenze, che potevano tramandare ai posteri. Si ricorreva alla loro saggezza per una serie di questioni, specialmente quando si trattava di combinare matrimoni, dare il nome a un nuovo membro della famiglia, educare i nipoti alle usanze della famiglia e persino insegnare a scrivere.

Mi ricordo che una volta, in Corea, si parlava con l'autista di un taxi del modo poco critico con cui i coreani sembrano accettare gli usi e i valori occidentali, e ciò a sfavore dei valori e dei costumi tradizionali locali, specialmente quelli che riguardano la posizione dei membri più anziani della famiglia. Sia la Corea sia l'Irlanda hanno sperimentato i benefici derivanti dallo sviluppo economico, che ha portato prosperità a entrambi i Paesi che però, secondo il mio parere, hanno perso qualcosa di molto prezioso: il rispetto e la cura degli anziani. Un'economia di libero mercato porta senz'altro molti benefici alla popolazione, ma ha anche conseguenze negative che causano sofferenze e creano "nuovi poveri", tra i quali le persone più anziane. In alcuni Paesi, gli interessi di tipo politico hanno provocato un aumento del costo degli alloggi fino al punto da non poter più essere sostenuti da una famiglia con un reddito medio. Altre voci di

spesa essenziali, quali il cibo, l'abbigliamento e l'educazione dei figli, hanno subito un aumento, e per questo motivo entrambi i genitori sono costretti a lavorare fuori casa. Ciò ha creato loro maggiore stress e ne hanno risentito i rapporti all'interno della coppia e con i figli, con un'enorme pressione per mantenere unita la famiglia tradizionale. In questa situazione, tanto i giovani quanto gli anziani sono esposti a una possibile negligenza, non per mancanza d'amore o di buona volontà, ma perché si sentono intrappolati in una difficile situazione che può provocare un indebolimento fisico e psichico che, a sua volta, può sfociare nella sfiducia e persino nella violenza. In questa situazione c'è il pericolo che le persone anziane, che sono il "tesoro della famiglia", siano sacrificate sull'altare del consumismo e, alla fine, vengano trascurate.

Prima di addentrarmi nell'argomento, vorrei esprimere il mio apprezzamento per un altro gruppo di persone, uomini e donne che, con enorme dedizione e mettendo a disposizione la propria professionalità, si occupano di assistere e curare gli anziani, attraverso programmi di vario tipo, nelle case di riposo e nei centri diurni, oltre che in altri tipi di strutture, come le case-famiglia. Il loro lavoro non sempre viene apprezzato o ricompensato come dovrebbe. Se guardiamo al passato, vediamo che le circostanze erano alquanto differenti, perché poche persone, per vari motivi, riuscivano ad arrivare a un'età avanzata, mentre oggi la situazione è ben diversa in molti Paesi, ove tra l'altro sono gli stranieri a occuparsi dei nostri anziani.

3. La dignità che è insita in ogni essere umano

La dignità non viene conferita alla persona quando nasce, ma essa ha una dignità innata, in quanto è stata creata a immagine e somiglianza di Dio. Inoltre, la dignità dell'essere umano è tale che nessuna malattia, disabilità o malanno della terza età può distruggerla o diminuirla. Ciò vale per ogni fase del nostro viaggio su questa terra e per ogni persona, dal neonato all'uomo o alla donna avanti negli

anni che, come Simeone e Anna, ringraziano Dio per il dono, la meraviglia e la preziosità della nuova vita che tengono tra le braccia.

Alcuni seguaci di Martin Luther King, il grande leader che si batteva per il rispetto dei diritti civili, gli chiesero perché ai bianchi fossero riservati i lavori più dignitosi mentre i neri erano costretti a lavare le strade e pulire i vetri. King rispose che non c'è nessuna dignità nel lavoro, ma l'unica dignità risiede nell'uomo. "Quando lavate le strade o pulite i vetri – disse loro – fatelo nel miglior modo in cui sapete farlo: in questo conferite dignità al lavoro che state svolgendo".

Gli anziani vogliono essere riconosciuti per ciò che sono ora, e non per cosa o chi erano una volta. Essi, infatti, vengono spesso considerati in base alla posizione che rive-

"Signore, tu sai tutto; tu sai che ti amo" (Gv 21,17).

Questi profeti silenziosi che sono in mezzo a noi tante volte sono stati ignorati o, ancor peggio, emarginati e calunniati. Sono stati considerati un peso per la società, ma per usare le parole del grande profeta dell'Ospitalità, San Giovanni di Dio, "un essere umano vale più di tutti i tesori del mondo".

4. Gli insegnamenti della Chiesa

La parabola del Buon Samaritano (Lc 10,29-37) ha richiamato lungo i secoli l'attenzione della Chiesa verso una dimensione fondamentale e costitutiva della nostra fede; la predicazione e il culto cioè trovano nel servizio al prossi-



stivano nella società o nella chiesa. Talvolta, quando ci presentano una persona anziana, sentiamo dire: *era un medico, era un professore universitario, era un insegnante scolastico, un farmacista, uno stilista di moda...* come se fossero il lavoro o la posizione a conferire dignità a una persona.

Quando al momento della morte incontreremo Dio, egli non ci chiederà *chi eri?* o *che posizione rivestivi sulla terra?* Egli ci farà una sola domanda: *quanto hai amato?* La risposta a questa domanda da parte delle persone abbandonate, senz'altro, disabili, o dei forestieri che non hanno ricevuto ospitalità, potrebbe essere la stessa di Pietro:

mo la loro verità ultima. È questa una fede informata e plasmata dalla compassione. Cristo invita la Chiesa a essere contemporaneamente annunzio e preghiera, oltre che servizio che testimonia la vicinanza amorevole di Dio per le persone anziane, malate, povere e bisognose. In questo modo la Chiesa adempie la propria missione, facendosi vicina a tutti prendendosi cura di loro.

Nella lettera ai Galati, San Paolo ammonisce i membri di quella giovane comunità affinché siano "mediante la carità al servizio gli uni degli altri" (Gal 5,13). Chiaramente questo è anche il punto centrale del messaggio cristiano che è stato

insegnato e messo in pratica da Gesù stesso e dev'essere un proposito per i cristiani di tutti i tempi. Per questo la Chiesa è sempre stata consapevole che in ogni sua azione, nelle scelte e nella predilezione che nutre per i bisognosi, cerca di essere la manifestazione dell'Amore di Dio, sempre mossa, come ci ricorda Benedetto XVI nella sua enciclica *Deus Caritas Est*, dallo Spirito, che è "forza che trasforma il cuore della Comunità ecclesiale, affinché sia nel mondo testimone dell'amore del Padre, che vuole fare dell'umanità, nel suo Figlio, un'unica famiglia... Amore è pertanto il servizio che la Chiesa svolge per venire costantemente incontro alle sofferenze e ai bisogni, anche materiali, degli uomini" (19).

La Chiesa ha ricevuto il mandato di continuare a personificare l'esempio che ci ha trasmesso Gesù Buon Samaritano, realizzandone la stessa missione, e pertanto personificando l'amore del Padre attraverso atti tangibili di cura e di assistenza nei confronti dell'umanità sofferente: "e li mandò ad annunziare il regno di Dio e a guarire gli infermi" (*Lc* 9,2). Per questo, è dal giorno della Pentecoste che la storia della Chiesa è diventata la storia dell'amore, scritta attraverso i secoli da una folla immensa di credenti che, come Gesù, si sono presi cura dell'umanità ferita, e che sono stati la luce nei momenti bui e difficili della comunità cristiana, riportando la Chiesa alla santità delle sue origini.

Ogni periodo storico ha le sue forme di povertà, e la Chiesa si è sempre sforzata di incoraggiare la solidarietà. Sono stati proprio l'amore e la carità a dare nuovo slancio alla fede e un nuovo volto alla Chiesa, continuando ancora oggi a sottolineare che tutti e ciascuno, compresi gli anziani, hanno il proprio posto e sono utili nella comunità cristiana. Ricordiamo a questo proposito la *Lettera agli Anziani* che il Santo Padre Giovanni Paolo II scrisse il 1° ottobre 1999.

Considerare, anche se sommariamente, le figure dei Santi che nel passato si sono dedicati alla cura degli anziani, vale a dire l'esperienza cristiana di coloro che hanno avuto a cuore il comandamento del Signore di amare gli altri così

come li amava Lui, e di essere per loro come Cristo, ovviamente comporta delle scelte. Questa presentazione non vuole certo essere esauriente, ma soltanto mostrare come la Chiesa, attraverso questi suoi figli e queste sue figlie, ha avuto nei secoli tale particolare dedizione per gli anziani, come espressione della profonda carità evangelica, trasformandola in invito e in valore.

In queste situazioni, la carità, cioè il dono di se stessi, diventa un gesto che sintetizza tutto il Vangelo. Lo stile dell'Agape è lo stile di Cristo, che tutti questi Santi hanno fatto proprio. Essi ebbero il coraggio di scegliere questo amore per i fratelli e le sorelle ormai avanti negli anni, e lo hanno espresso attraverso la dolcezza tipica del cristiano, che sa di praticare una misericordia che lo ha preceduto.

È stato attraverso i Santi, donne e uomini innamorati di Cristo, e conquistati dalla forza misteriosa dello Spirito Santo, che, come ci ricorda il Papa Benedetto XVI nella sua prima enciclica, *Deus Caritas Est*, è "quella potenza interiore che armonizza il loro cuore col cuore di Gesù e li muove ad amare i fratelli come li ha amati Lui, quando si è curvato a lavare i piedi dei discepoli e soprattutto quando ha donato la sua vita per tutti" (DCE, 19), che Gesù ha continuato a essere vicino a ogni uomo e a ogni donna. In loro Egli ripercorre non solo le piccole regioni della Giudea e della Galilea, ma gli impervi sentieri di tutto il mondo.

Vi ho parlato prima di uomini e donne "santi", che nella loro vita cioè sono stati tali ma che non sono stati canonizzati dalla Chiesa. Per questo motivo non possiamo chiamarli Santi, ma essi hanno dedicato la loro esistenza a un genitore o a un parente anziano o a una persona avanti negli anni che viveva sola e che aveva bisogno di aiuto. Questi sono i santi di cui parla il Vescovo Luciani, le cui figure non sono rappresentate nelle immagini o sulle icone sacre, ma sono uomini e donne i cui nomi sono certamente scritti nel Libro della Vita.

Mi accingo ora a tracciare un breve profilo degli uomini e delle donne che la Chiesa ci indica come modelli di vita cristiana, e che so-

no guida e fonte di ispirazione per tutti noi. Alcuni di loro hanno patito, quando ormai erano avanti negli anni, le patologie legate alla vecchiaia, di cui forse soffriamo anche noi, oppure talvolta si saranno sentiti indesiderati, come i nostri anziani, senza più energia o entusiasmo, addormentandosi durante la messa o un'altra riunione della comunità, oppure ritrovandosi a parlare "del buon tempo andato" e avvertire il vuoto lasciato da chi non c'è più! Quelli che mi accingo a elencare sono uomini e donne santi nella carità, che hanno fatto risplendere il volto della Chiesa di Cristo, personificando il Vangelo della Misericordia con la parola e gesti concreti.

5. L'assistenza agli anziani come testimonianza viva dell'essenza del Vangelo: l'amore misericordioso del Padre

SAN GIOVANNI DI DIO

Juan Ciudad (questo è il suo vero nome), nasce a Montemor-o-Novo, vicino Lisbona, nel 1495. Dopo aver vissuto in Spagna, Giovanni condusse una vita avventurosa, arruolandosi come soldato, per dedicarsi poi alla vendita di libri. Dopo un'esperienza di conversione, interpretata invece come una malattia mentale, venne ricoverato nell'Ospedale Reale di Granada, dove ricevette lo stesso trattamento riservato ai malati di mente, che prevedeva tra l'altro frustate, privazioni e umiliazioni. Giovanni accettò questo trattamento come un modo per riscattare il tipo di vita che aveva condotto fino a quel momento, ma quando vide che anche gli altri malati, tra i quali alcuni anziani molto deboli, venivano trattati nello stesso modo, provò dentro di sé una forte indignazione. Decise perciò di fare qualcosa di concreto una volta dimesso dall'ospedale. Quando iniziò a mettere in pratica questo proposito, le persone lo consideravano "pazzo" e lo deridevano. Quale persona sana di mente si sarebbe adoperata per dare un rifugio ai senzatetto, per assistere i malati e i moribondi, per aiutare le persone più emarginate e rifiutate

della società? Quando Giovanni morì, venti anni dopo, l'8 marzo del 1550, l'intera città di Granada lo pianse e lo accompagnò per l'ultimo viaggio con quello che oggi chiameremmo "un funerale di Stato". Era avvenuta una grande trasformazione nei cittadini di Granada, che lo avevano già "canonizzato" quando era ancora in vita, chiamandolo Giovanni *Di Dio*.

Fu un grande esempio di carità cristiana e di dedizione nei confronti dei fratelli e sorelle nel bisogno. Giovanni di Dio fu beatificato nel 1630 da Papa Urbano VII, e nel 1690 fu canonizzato da Alessandro VIII. Tra la fine del XIX secolo e gli inizi del XX, fu proclamato Patrono degli ammalati, degli ospedali, degli infermieri e delle loro associazioni, e infine Co-patrono di Granada.

SAN CAMILLO DE LELLIS

Nacque da famiglia nobile il 25 maggio del 1550, vicino a Chieti. Si arruolò come soldato di ventura e, dopo aver perso i propri averi al gioco, si mise al servizio dei Cappuccini a Manfredonia. Dopo la sua conversione, si recò a Roma, all'ospedale San Giacomo degli Incurabili, per curarsi. In questo ospedale si dedicò soprattutto all'assistenza ai malati. Si consacrò a Cristo Crocifisso e iniziò gli studi presso il Collegio Romano. Dopo l'ordinazione sacerdotale, fondò la "Compagnia dei Ministri degli Infermi", meglio conosciuti come Camilliani. Il suo Ordine si distingueva dagli altri non solo per la croce rossa sull'abito, ma anche per lo spirito di carità. San Camillo si dedicò in modo particolare ai malati, ponendo così le basi per la figura dell'infermiere e anche del cappellano, così come li conosciamo oggi. Morì a Roma il 14 luglio del 1614.

SAN VINCENZO DE' PAOLI

Nacque a Pouy, in Guascogna (regione nel sud della Francia) il 24 aprile del 1581; fino all'età di 15 anni lavorò come guardiano di maiali per potersi pagare gli studi. Ricevette l'ordinazione sacerdotale

le a 19 anni, nel 1605 e, mentre era in viaggio da Marsiglia a Barbona, fu fatto prigioniero dai pirati turchi e venduto come schiavo in Tunisia. Venne poi liberato dal suo stesso "padrone", che a sua volta si convertì alla fede cristiana. Questa esperienza fece maturare in lui il fermo desiderio di arrecare sollievo fisico e spirituale ai deportati e ai carcerati. Nel 1612 divenne parroco vicino a Parigi. Alla sua scuola si formarono sacerdoti, religiosi e laici che diventarono gli animatori della Chiesa in Francia, ed egli divenne la voce dei più deboli e svantaggiati presso i potenti. Promosse una forma di evangelizzazione semplice e popolare. Fondò i Preti della Missione (Lazzaristi) e insieme a Santa Luisa de Marillac fondò le Figlie della Carità (1633). Morì a Parigi il 27 settembre del 1660, e fu canonizzato nel 1727.

SANTA GIOVANNA ANTIDA THOURET

Nacque vicino Besançon, in Francia, il 27 novembre 1765, figlia di un conciatore. All'età di 22 anni entrò nella Congregazione delle Suore della Carità di San Vincenzo de' Paoli, a Parigi. Con lo scoppio della Rivoluzione Francese la comunità fu sciolta dalle autorità, e per questo Giovanna fece ritorno al villaggio nativo di Sancey, dove direbbe la scuola locale. Nel 1799 aprì una scuola a Besançon, con l'appoggio di quattro aiutanti, dando così inizio alla Congregazione delle Suore della Carità, sotto la protezione di San Vincenzo de' Paoli. La Congregazione crebbe rapidamente, e si diffuse in Svizzera e in Savoia. Nel 1810 Giovanna fu invitata a Napoli, ad assumere la direzione di un grande ospedale, dove trascorse in pratica il resto della vita, aprendo molti Istituti in Italia. Morì il 24 agosto del 1826.

BEATO CARLO STEEB

Nacque a Tubinga (Germania), il 18 dicembre del 1773, figlio di una famiglia protestante, di cui professava la stessa religione, pur essendo affascinato dal mondo veronese, che all'epoca era molto vitale da un punto di vista culturale e religioso. La sua conversione e la successiva ordinazione sacerdotale

lo provocò grande dispiacere nella sua famiglia, che per questo motivo lo diseredò. In quel periodo era in atto la guerra tra Napoleone e l'Austria, e Carlo visse tra infermerie, ospedali militari e ospedali per malati infettivi come sacerdote, infermiere e interprete in tre lingue. Si dedicò agli ammalati, ai bisognosi e agli anziani. Nel 1840 fondò l'Istituto delle Sorelle della Misericordia, che si dedicavano a ogni tipo di sofferenza e necessità, grazie anche al sostegno economico e all'operato della veronese Luigia Poloni, che divenne poi Madre Vincenza. Carlo Steeb morì a Verona il 15 dicembre 1856, ed è stato beatificato da Paolo VI nel 1975.

BEATA JEANNE JUGAN

Nacque a Cancale, in Francia, nel 1792. Il padre, pescatore, morì quando aveva solo quattro anni, e pertanto Jeanne andò a lavorare come domestica in un castello, iniziando a maturare la sua vocazione, quella di aiutare le persone anziane sole. All'età di 25 anni lasciò il paese natale, per andare a lavorare come infermiera nell'ospedale di Saint-Servan. Nel contempo aderì al Terzo Ordine della Madre Ammirabile, fondato da San Giovanni Eudes. Assieme all'amica Francesca Aubert, Jeanne prese una casa in affitto, dove in seguito avrebbe ospitato gli anziani soli e malati. Le parole di Jeanne a sua madre furono profetiche: "Il Signore mi chiama per realizzare un'opera che ancora non conosco, un'opera che non è stata ancora fondata!". Una sera d'inverno, Jeanne aprì la porta di casa e del suo cuore a una donna anziana, cieca e semi-paralizzata, cedendole il proprio letto. Fu questo il primo passo: presto arrivò un'altra donna anziana, quindi una terza. Nel 1843, Jeanne si prendeva cura di 40 donne anziane, assieme ad altre tre giovani compagne che la scelsero come Superiora di questa piccola associazione, che ben presto prese la forma di comunità religiosa. Fu questo il nucleo della sua Congregazione, quella delle Piccole Sorelle dei Poveri. Jeanne trascorse gli ultimi anni della sua vita come questuante, e morì nel 1879. È stata beatificata nel 1982.

BEATA MARIA ÉMILIE TAVERNIER GAMELIN

Émilie Tavernier nacque a Montréal il 19 febbraio del 1800. Nel 1823 sposò Jean-Baptiste Gamelin che, come lei, si dedicava ai poveri, e che pertanto era in pieno accordo con le sue aspirazioni. La coppia ebbe tre figli, che purtroppo morirono prematuramente. Alla morte dei figli seguì quella del marito, che lasciò Émilie vedova dopo una vita familiare felice e vissuta nella fede. Il vuoto che la scomparsa dei figli e del marito aveva lasciato, fu riempito dai poveri: la sua casa divenne la loro casa ed Émilie si adoperò per allargarne la struttura in modo da prendersi cura non soltanto dei poveri ma anche degli anziani, orfani, ex-carcerati, immigrati, disoccupati, sordomuti o giovani coppie in difficoltà, oltre che di disabili fisici e mentali. Molto presto la sua casa diventò per tutti la “Casa della Provvidenza”, perché lei stessa era considerata “un dono della provvidenza”. Per 15 anni Émilie si adoperò in atti di eroismo e dedizione, sotto lo sguardo riconoscente e felice del Vescovo, Jean-Jacques Lartigue, e poi del nuovo Vescovo di Montréal, Ignace Bourget. Una vita così preziosa non era destinata a scomparire, ma anzi doveva continuare nel tempo. Monsignor Bourget si rivolse allora alla sua diocesi, e alcune giovani canadesi vennero inviate da Émilie Gamelin affinché le formasse alla pratica della carità compassionevole, la stessa che ella visse con amore, devozione e sacrificio, e alla missione della Provvidenza, proclamata più con i fatti che con le parole. Émilie Tavernier Gamelin morì il 23 settembre 1851. Papa Giovanni Paolo II l'ha beatificata il 7 ottobre 2001, proponendola al Popolo di Dio come modello di santità per la sua vita spesa al servizio dei fratelli e sorelle più poveri.

BEATO FEDERICO OZANAM

Federico Ozanam, fondatore della Società di San Vincenzo, è un esempio di santità e carità laicali. Nacque a Milano nel 1813 (il padre era nell'esercito di Napoleone) e dopo Waterloo fece ritorno a Lio-

ne, città d'origine della famiglia. A Parigi frequentò i circoli cattolici che si riunivano attorno al fisico André-Marie Ampère e a Emmanuel Bailly. Nel 1833 creò le “Conferenze della carità” che ancor oggi condividono la vita dei poveri. Si laureò in Legge e poi in Lettere, e insegnò all'Università della Sorbona, diventando membro dell'Accademia della Crusca di Firenze. Si sposò nel 1841 ed ebbe una figlia, continuando a seguire la sua Opera. Morì a Marsiglia nel 1853.

BEATA GIUSEPPINA GABRIELLA BONINO

Nacque a Savigliano (Cuneo – diocesi di Torino) il 5 settembre del 1843, da una famiglia agiata e profondamente religiosa. Nel 1855

dello la Santa Famiglia di Nazareth: umile e laboriosa. All'età di 38 anni venne eletta Superiora, rimanendo in questa carica fino alla morte, che sopraggiunse a Savona l'8 febbraio del 1906. Madre Giuseppina Gabriella è stata proclamata Beata da Giovanni Paolo II, il 7 maggio 1995.

BEATO GIUSEPPE NASCIMBENI

Giuseppe Nascimbeni nacque in Provincia di Verona nel 1851; all'età di 23 anni venne ordinato sacerdote e ottenne il diploma di maestro elementare. Tre anni dopo, fu mandato a Castelletto di Brenzone, sul lago di Garda, dove rimase per ben 45 anni, fino alla morte. Si impegnò attivamente nell'attività pastorale attraverso



si trasferì a Torino assieme alla sua famiglia, a causa della professione del padre, che era medico, per poi ritornare a Savigliano all'età di 26 anni. Per cinque anni si dedicò ad assistere amorevolmente il padre malato. Nel 1875 strinse forti legami con l'opera assistenziale intrapresa da Giovanna Colombo per le bambine orfane della città. Nonostante sentisse fortemente il desiderio di entrare in un monastero di clausura, decise di creare una nuova famiglia religiosa, la Congregazione della Santa Famiglia, al fine di assistere gli orfani, gli anziani, i malati o per dare un'istruzione alle giovani ragazze. Aveva come mo-

molte iniziative, ma il paese in quel periodo stava attraversando una situazione catastrofica, con bambini trascurati, giovani che non avevano potuto frequentare la scuola e che non avevano mai ricevuto un'educazione cristiana, persone anziane abbandonate e lasciate senza alcuna assistenza, famiglie disgregate dall'emigrazione, che consentiva di trovare quel lavoro che il paese non poteva offrire. Fondò case di accoglienza per i ragazzi e organizzò servizi di assistenza domiciliare per le persone che vivevano sole, oltre a un asilo e una scuola per orfani, e intraprese tante altre iniziative. Fondò la

Congregazione delle Piccole Suore della Sacra Famiglia, che continuano a portare avanti il suo carisma. Morì il 21 gennaio 1922, ed è stato proclamato Beato da Papa Giovanni Paolo II nel 1988.

BEATO FRANCESCO SPINELLI

Nacque a Milano il 14 aprile del 1853, e ricevette l'ordinazione sacerdotale nel 1875. Fondò l'Istituto delle Suore Adoratrici del SS. Sacramento, la cui missione è quella di adorare notte e giorno Gesù nell'Eucaristia, e servire i poveri e i sofferenti, nei quali vedono "il Volto di Cristo". Francesco vedeva Cristo nei bisognosi, nelle persone emarginate e rifiutate dalla società, e ovunque ci fosse una qualsiasi necessità, nelle scuole, negli oratori, e si prendeva cura dei malati e degli anziani soli. Morì circondato da fama di santità il 6 febbraio del 1913, e venne beatificato da Giovanni Paolo II il 21 giugno 1992.

BEATA TERESA DI CALCUTTA

Madre Teresa di Calcutta, il cui vero nome era Agnes Gonxha Bojaxhiu, nacque il 26 agosto del 1910 a Skopje, in quella che era la Jugoslavia (attualmente Macedonia), in una famiglia albanese di fede cattolica. All'età di 18 anni decise di entrare nella Congregazione delle Suore Missionarie di Nostra Signora di Loreto. Nel 1928 lasciò il proprio paese per recarsi in Irlanda, e dopo pochissimo tempo partì per l'India. Nel 1931 la giovane Agnes emise i primi voti, prendendo il nome religioso di Maria Teresa del Bambino Gesù. Per circa 20 anni insegnò storia e geografia alle ragazze di buona famiglia che frequentavano la scuola delle Suore a Entally, nella zona a est di Calcutta. Proprio non distante dal convento si trovava il quartiere povero di Motijhil, dal quale provenivano odori forti e nauseanti, una delle baraccopoli più povere della megalopoli indiana. Il 10 settembre del 1946, Maria Teresa, mentre si trovava sul treno per recarsi a Darjeeling per gli esercizi spirituali, avvertì la "seconda chiama-

ta": sentiva dentro di sé che doveva lasciare il convento, per dedicarsi ai più poveri dei poveri, a coloro che vivevano ai margini del mondo, i derelitti che morivano sui marciapiedi di Calcutta senza neanche la dignità di poter morire in pace.



La Madonna è considerata la prima Missionaria della Carità per la sua visita a Elisabetta, nella quale dimostrò il suo ardente amore servendo gratuitamente la cugina avanti negli anni che si trovava nel bisogno. "Puoi trovare Calcutta in tutto il mondo" dice Madre Teresa, "se hai occhi per vedere. Ovunque ci sono persone non amate, non desiderate, respinte, dimenticate". I suoi figli spirituali continuano in tutto il mondo a servire "i più poveri dei poveri" negli orfanotrofi, nei lebbrosari, nelle case per anziani, per le ragazze madri, e per i moribondi. Una volta disse: "Quando sarò morta, potrò aiutarvi ancora di più [...]". Morì a Calcutta la sera del venerdì 5 settembre 1997, all'età di 87 anni.

6. Conclusione

Se guardiamo alla storia passata, possiamo vedere che le circostanze erano alquanto diverse da oggi, perché per vari motivi soltanto poche persone riuscivano a raggiungere un'età avanzata. Oggi le cose sono molto diverse, in special mo-

do nei Paesi industrializzati, dove le persone vivono molto più a lungo di prima; anche i problemi del passato sono di diversa natura rispetto a quelli odierni. Il migliore stile di vita che conduciamo oggi, oltre a una buona alimentazione, i progressi scientifici che tendono a rallentare il processo di invecchiamento attraverso la dieta, l'esercizio fisico, un impiego remunerativo e il coinvolgimento nella società, hanno portato gli abitanti dei Paesi industrializzati a vivere più a lungo rispetto al passato. Purtroppo però, nei Paesi in via di sviluppo accade il contrario: la mancanza di cibo, il lavoro oltremodo faticoso, le situazioni di guerra e di violenza provocano una morte prematura in gran parte della popolazione. La crescita del numero degli anziani nel sud del mondo, con tutti i problemi connessi, come le malattie, le difficoltà economiche, la solitudine, l'isolamento, gli alloggi inadeguati, sono un fenomeno relativamente recente. Ciò ci dimostra che le nostre società hanno subito una trasformazione radicale negli atteggiamenti e nei valori, il che rende difficile affrontare la questione con la determinazione, l'inventiva e l'impegno che essa richiede. Non si tratta soltanto della mancanza di risorse nella maggior parte dei Paesi del sud del mondo, ma di un problema politico: non dobbiamo preoccuparci soltanto delle sfide che una popolazione più anziana deve affrontare, ma – ed è la cosa più importante – dobbiamo promuovere gli anziani come una risorsa per la società, come ci dimostrano alcuni Paesi asiatici: Cina, Corea e Giappone, che risentono dell'influenza del Confucianesimo. Io stesso mi trovo in un'età per così dire "pensionabile", posso dire perciò che se la maggior parte dei nostri Paesi possiedono le risorse finanziarie, lo devono in gran parte al lavoro, alle tasse, alle innovazioni e ai sacrifici che hanno fatto coloro che oggi sono anziani.

L'assioma di Confucio "Non fare agli altri ciò che non vorresti fosse fatto a te" è valido ancora oggi così come lo era 500 anni prima di Cristo. La persona anziana non è un problema, così come non lo è certamente un bambino, ma è una benedizione. Nell'Antico Testa-

mento vediamo l'anziano Zaccaria che prende il Bambino Gesù tra le braccia, nel tempio, ed eleva a Dio parole di speranza e di ringraziamento, chiedendogli di lasciarlo andare in pace perché i suoi occhi hanno veduto la Luce che illuminerà Israele (cfr. *Is* 52; 46,13. 42 - 6; 49. *Gv* 8:12b).

Il Vangelo di San Luca inizia con quattro figure di anziani, Zaccaria, Elisabetta, Simeone e Anna, tutti con un sogno, una speranza per ciò che è nuovo. Forse la società di oggi dovrebbe avvalersi di più dei suoi anziani, ascoltarli e assisterli, come nonni e nonne che hanno il tempo e la pazienza per ascoltare, consigliare e accompagnare le persone più giovani di loro che devono lottare con le preoccupazioni della vita. Non dovremmo trattarli solo come dei baby-sitter o ancor peggio sentirli come un peso. Tra i nostri giovani si registra un alto tasso di suicidi, oltre a dipendenze da droghe e da alcol. Essi sono, per usare le parole di San Giovanni di Dio a un giovane che

era alla ricerca della sua vocazione nella vita, *come una barca senza remo*, che non ha cioè alcuna direzione. Invece di considerare gli anziani come un peso, dobbiamo accettarli come membri ancora attivi della società, ovviamente con lo stato di salute e le necessità che sono il frutto della loro età, come persone che hanno ancora tanto da darci, per la loro esperienza che può essere utile ad alimentare la speranza.

Lungo i secoli la risposta della Chiesa ai bisogni delle persone anziane è stata generosa e creativa, assumendo forme diverse; il servizio della carità rivolto agli anziani ha sempre rivestito un posto importante nella sua vita e nei suoi interessi.

Di fronte a un continuo aumento delle necessità nel campo dell'assistenza agli anziani come fenomeno dell'età moderna, e lo sviluppo del servizio in forme sempre più complesse, i nostri Santi hanno ricercato e sviluppato approcci e metodi per affrontare adeguata-

mente le nuove e più complesse emergenze in questo campo.

Abbiamo visto molte persone, consacrate e laici, che hanno dedicato la propria vita all'assistenza agli anziani. Il loro amore e il servizio paziente e generoso hanno dato agli anziani non soltanto le cure mediche di cui avevano bisogno, ma soprattutto la certezza di essere amati e rispettati, con una dignità che le infermità della cosiddetta 'terza età' non possono in alcun modo distruggere o sminuire. Questi uomini e queste donne hanno offerto grande conforto umano e assistenza spirituale alle persone che hanno accudito, dando loro quella speranza attraverso la quale ogni uomo e ogni donna vive come segno o strumento dell'amore di Cristo e come manifestazione dell'amore della Chiesa per le membra sofferenti del corpo di Cristo.

Fra DONATUS FORKAN O. H.

*Priore Generale
Ordine Ospedaliero di
San Giovanni di Dio*



RINO FISICHELLA

2.3 Malati anziani e speranza cristiana

“Manteniamo ferma la professione della nostra speranza, perché fedele è colui che ha promesso” (Eb 10,23). Il testo dell'autore della Lettera agli Ebrei sembra anticipare di venti secoli la nostra problematica; forse sarebbe meglio dire: egli è in grado di esprimere l'esperienza originaria del credente dinanzi al limite. Esperienza che non conosce scorrere del tempo perché è connaturale a ogni uomo che deve dare risposta alla domanda sul perché del limite, nei diversi volti che esso assume, per approdare a un senso che lo trascenda e lo soddisfi. Ciò che si impone alla nostra riflessione, comunque, sono tre considerazioni del testo biblico che meritano di essere esplicitate. In primo luogo, viene richiamata la fedeltà di Dio. È questo uno dei temi dominanti di tutta la sacra Scrittura; dall'antico al nuovo testamento ritorna sempre come un ritornello che Dio è fedele alle promesse fatte. In questo caso, il credente è richiamato non solo a verificare direttamente la verità di questa affermazione: Dio ha mantenuto la promessa fatta; ma ancora di più a credere che proprio in forza di questo anche le altre promesse troveranno compimento a tempo debito. Un secondo richiamo del nostro versetto è l'unità che viene fatta tra fede e speranza. La professione (omologhia) normalmente riguarda la fede nel Signore; nel nostro caso, invece, troviamo il riferimento alla speranza. La mente del credente è riportata subito alla celebrazione del battesimo e della pasqua. In altre parole, professare la fede nel Signore equivale a sperare in lui e nel suo ritorno, quando porterà a compimento ogni cosa per poi presentarla al Padre (Cfr. 1Cor 15,24). Questa dimensione della speranza è raccolta in un grande ottimismo; l'autore sacro vuole dirci che dobbiamo essere ricolmi di gioia e di fiducia, ottimisti appun-

to, perché la morte e la risurrezione del Signore sono la nostra salvezza. Il male che è sempre presente e il limite che si impone alla nostra vista non sono l'ultima parola, perché Cristo li ha vinti. Bene e male, per rimandare all'insegnamento dell'Apostolo Paolo, sono presenti nella vita di ogni uomo e combattono, ma il credente ha la certezza che non stanno sullo stesso piano. Il bene vince sempre il male e distrugge il limite perché è frutto dello Spirito del Risorto (Cfr. Gal 5,22-25). La terza osservazione verte sull'avverbio che potrebbe passare facilmente in secondo piano mentre permette di rafforzare quanto detto finora: “ferma”. La professione della speranza deve essere fatta senza vacillare. Il greco dice *ακλινῇ* e indica il modo vacillante con cui i cristiani vivono la loro fede: zoppicando! Siamo riportati quindi alla certezza della fede e della speranza che devono essere vissute con altrettanta forza e coerenza; insomma, davanti al mistero della morte e risurrezione del Signore in cui tanti hanno creduto e di cui abbiamo una solida testimonianza, noi non possiamo permetterci di essere vacillanti. La speranza, dunque, è una certezza che viene posta nel nostro cammino; in essa dobbiamo crescere, ma con un processo costante che fissi gli occhi sulla fedeltà di Dio che ama quanti credono in lui e per loro ha donato il Figlio.

L'inesorabilità del volto

“La natura non fa nulla invano”: il principio aristotelico permette di affrontare con la dovuta ragionevolezza la problematica del limite impresso dentro di noi. Esso si riflette nei tratti che l'esperienza quotidiana impone di affrontare e mostra i suoi innumerevoli volti nelle situazioni più disparate. Uno

di questi volti è certamente quello della malattia, della sofferenza e della morte. La vita non è un flusso uniforme; è sufficiente guardare il nostro volto per verificare come in pochi centimetri quadrati si possa scrivere l'intera storia di un'esistenza. “L'uomo – scrisse R. Guardini – si caratterizza in modo sempre nuovo. Le sue condizioni psico-fisiche cambiano costantemente: ben diversa è l'immagine che l'uomo offre di sé quando lavora, o quando riposa; quando lotta, o quando gode tranquillamente ciò che possiede. A ogni nuova caratterizzazione dell'uomo compaiono nuovi aspetti della sua natura. I diversi stati di salute, di condizione professionale o sociale possono penetrare nel profondo dell'animo. Le differenze che si vengono a creare sono a volte talmente grandi da mettere apparentemente in discussione l'identità della persona... tuttavia, è sempre dello stesso uomo che si tratta. La diversità delle situazioni non annulla l'unità: anzi, proprio l'unità si afferma nella diversità”¹. Dio ha pensato di scrivere il libro della vita all'interno di alcune tappe che scorrono inesorabilmente per ognuno. A noi spetta di cogliere il senso di questa storia e viverla con una libertà che permette di non subire mai quanto stiamo vivendo. Siamo chiamati, infatti, a dare senso per esprimere in pienezza la personale partecipazione dinamica allo scorrere degli eventi. Dio ha pensato non a un uomo in generale, ma a un volto preciso e su ognuno ha un progetto che si sviluppa dalla nascita alla morte come una chiamata alla vita. La risposta che offriamo permette di vedere il compimento di questo progetto oppure il suo fallimento. È un dato: solo nella misura in cui si è coscienti di cogliere il senso del movimento della vita, si è abilitati ad acquisire un'identità che

permette il formarsi della personalità. Ogni fase della vita che si vive è sempre nuova; non è stata vissuta prima e non sarà vissuta in seguito. È il *καιρός*, l'attimo del presente che ci rende ogni volta diverso e pur sempre medesimo.

Fino a quando si vive con l'impeto della giovinezza, lo sguardo è spesso teso a cogliere le istanze e le aspettative che vengono poste nel futuro; quando si avvicina la maturità e la vecchiaia, allora la verità accumulata nel corso degli anni spalanca gli occhi per guardare dritto dinanzi a sé e toccare con mano la conclusione del ciclo vitale. Ogni fase conosce le sue tappe e le sue crisi: l'adolescente e il giovane sentono quella dell'identità, l'uomo maturo quella del limite e l'anziano quella del distacco... In

funzione per la collettività, allora è inevitabile che diventi un peso superfluo perché improduttivo. Si crea una spirale di giovanilismo che seduce in maniera devastante, perché impedisce di accettare ciò che si è per rifugiarsi nell'illusione di un sogno. Sembra che nell'odierna raffigurazione della vita siano assenti quei valori peculiari della persona anziana quali la saggezza per l'esperienza accumulata e i comportamenti trasparenti come conseguenza di una vita.

In un contesto simile sorge inevitabile una domanda: a che servono tutte le varie specializzazioni in gerontologia oppure tutte le nuove forme di assistenza sociale se poi l'anziano non prende coscienza del proprio stato? Se la sua presentazione e ricezione è data alla stre-

A un certo punto nella persona anziana sorge inevitabilmente la percezione del senso della caducità delle cose. La vita diventa un serio esame di coscienza, si comincia a valutare la propria forza, ciò che si riesce a fare e ciò che la vita può dare; quanto più l'uomo invecchia tanto più avverte intensamente la fine. Con un sano realismo si dovrebbe dire che viene compresa in modo sempre più forte la sensazione che qualcosa sia alla fine; non si conosce il tempo che ci separa da essa, ma si percepisce la sua attesa e questo allunga il tempo, mentre la consapevolezza di quanto avverrà lo contrae². È in questa fase che si sviluppano i fenomeni tipici che lasciano cogliere il limite: la testardaggine senile, la smania di mettersi in luce, il parlare prolungato, la tendenza a comportarsi in modo autoritario, il diventare un tormento per i propri figli... insomma, tutte le manifestazioni che inducono alla convinzione di essere ancora qualcuno. Se si vuole superare questo momento si deve necessariamente accettare l'idea stessa del tempo che passa e noi con lui. Si è ancora dinanzi alla grande sfida del dover accettare la condizione in cui ci si trova. Sia questa la malattia o la vecchiaia – *ipsa senectus morbus* – non ha importanza; si deve accettare la fine di noi stessi senza soccombere dinanzi al limite, ma ugualmente senza togliergli il valore che possiede diventando cinici o banali.

La sfida si fa forte nel momento della malattia. La sofferenza aumenta l'interrogativo di senso e obbliga a dare una risposta. È in questo momento che devono trovare sintesi i comportamenti che sono stati alla base di un'intera esistenza. Qui, infatti, viene a confluire ciò che siamo stati nelle fasi precedenti; in questi momenti si sviluppa al massimo la preparazione di un'intera vita ad affrontare la sofferenza, il dolore, la malattia e la morte. Se si è vissuta una vita con la saggezza del discernimento, con la forza del coraggio e la pacatezza del giudizio, con il rispetto e la giusta valorizzazione di quanto si è compiuto, senza gelosie o invidia per l'altro, dando sempre significato al valore della vita, allora il limite non è più un ostacolo insormontabile, ma un momento che



ognuno di questi momenti si coglie sempre qualcosa di unico, di autonomo e, tuttavia, destinato a preparare il successivo. Il problema che si pone con il sopraggiungere dell'anzianità è quello di saper accettare l'inesorabile scorrere del tempo, comprenderne il senso e realizzarlo attivamente senza subirlo. Ciò che dobbiamo constatare, purtroppo, è che viviamo sempre più immersi in una cultura che identifica il valore della vita con la giovinezza; in questo modo si emargina la condizione dell'anziano non favorendo una maturazione di questa fase dell'esistenza per accettarla e vivere in maniera degna. Se l'anziano non ha più presenza sociale e non svolge una

guia di un giovane sminuito che però rimane tale per l'abilità dei medici a prolungargli la vita con terapie miracolistiche o con le varie mistificazioni di un restauro cosmetico più o meno arduo, non ne risulterà alla fine l'idea che la vita è solo apparenza, inganno e illusione faticosa? Resterà certamente in vita biologicamente, ma quando la tristezza e la solitudine lo inchiodano a toccare con mano ciò che è, come potrà reagire? Quale senso sarà capace di dare a partire da sé e dall'esperienza che vive? Si sopporta o si accetta? Questo è il vero dilemma che deve provocare a mantenere viva la coscienza e dinamica la consapevolezza del procedere della vita.

deve essere vissuto in modo responsabile. Certo, non è facile parlare in maniera credibile della malattia se non si è avuta esperienza di essa e della sofferenza e dolore che essa produce; eppure, proprio in forza di questo possiamo affermare il valore che possiede per il senso della vita. Alla fine, ci si gioca la credibilità di se stessi, di ciò che si è e di quanto si crede proprio nel momento in cui bisogna dare risposta al dolore. Se non si è in grado di rispondere, non si sarà capaci neppure di amare. Per paradossale che possa sembrare, sofferenza e amore sono compagne di vita. Chi ama sa accettare in sé la sofferenza e dare a essa risposta carica di senso; chi soffre senza amare vivrà nel rancore e nel rifiuto senza approdare a una visione serena. Quando una cultura non è più capace di dare risposta al dolore, alla malattia e alla morte, allora è destinata al tramonto, perché non più in grado di fornire ragioni per vivere in maniera degna. Ritorna con attualità la cruda analisi di Pascal: “Gli uomini non avendo potuto guarire la morte, la miseria, l’ignoranza, hanno deciso, per rendersi felici, di non pensarci”³. Se non si sa dare amore nella sofferenza dovremmo seriamente chiederci di quale amore vive l’uomo di oggi. La pietà non è amore; questa si ferma alla deplorazione o alla compassione, mentre l’amore dice partecipazione diretta così da non lasciare mai sola la persona amata.

La speranza non delude

Si ritorna, in questo modo, alla necessità della fede e della speranza come condizione per approdare al senso del limite. Quando si vive un momento di sofferenza è allora che entra in gioco la speranza. L’incrollabilità e la certezza della fede non subiscono traumi se tutto va bene; quando giunge il momento della sofferenza, allora la certezza viene messa a dura prova e la speranza a cui ci si aggrappa entra in crisi. È facile costatarlo anche nelle diverse esperienze che la Scrittura ci propone: l’esodo è vissuto come il grande momento della liberazione; eppure, appena sopraggiungono le prime difficoltà e

la fame e la sete si fanno sentire impietose, allora crolla la fede e si innalza l’altare al vitello d’oro, rimpiangendo i tempi antichi della schiavitù. E come comprendere il lamento dei deportati a Babilonia, per i quali non ha più senso cantare inni al Signore, se non come la grande crisi di speranza nelle promesse che Jhwh aveva compiuto? Dovranno sorgere i profeti Geremia ed Ezechiele a ridare forza e certezza nella speranza del ritorno in patria. E la risposta dei discepoli in cammino verso Emmaus: “Noi speravamo che fosse lui a liberare Israele, ma con tutto ciò sono passati tre giorni” (Lc 24,21), non è forse il lamento di delusione per la speranza disattesa?



In che cosa consiste la speranza cristiana? In una battuta, tanto semplice quanto densa di significato, lo dice l’apostolo Paolo: “Cristo in voi, speranza della gloria” (Col 1,27; 1Tim 1,1: “Cristo Gesù nostra speranza). La presenza di Cristo nella vita di ogni credente – per Paolo il credente e la Chiesa sono spesso usati in modo intercambiabile senza distinzione alcuna – è il mistero pieno e totale che Dio ha voluto rivelare e questo è fonte e oggetto della speranza. All’origine della speranza cristiana, in altre parole, vi è un atto pieno e totale, quanto gratuito, dell’amore di Dio; esso consiste nella chiamata alla salvezza mediante la partecipazione alla sua stessa vita. La speranza, quindi, nella prospettiva cristiana non nasce dall’uomo. Essa non è primariamente intesa

come un desiderio che si apre al futuro, frutto della coscienza che tende ad andare sempre oltre se stessa in attesa di un compimento; al contrario, è intesa come una chiamata gratuita che parte dalla rivelazione di Dio. È qui che si percepisce la novità della nostra concezione e si compie il discernimento su ogni altra forma di speranza che appartiene all’umanità come suo sforzo peculiare di tendere verso il futuro. Nella misura in cui si recepisce la ricchezza del nostro patrimonio di fede e lo si valorizza, si sarà in grado di compiere un passo in avanti sia nella conoscenza del mistero e, quindi, nell’approfondimento della fede, della preghiera e della testimo-

nianza, sia nello stesso tempo nel contribuire in modo originale alla storia del pensiero.

Tutti possono sperare, ma è il contenuto della speranza che qualifica l’atto e lo fa comprendere diverso dal sentimento o dall’utopia. Anche il suicida – scriveva il filosofo Kierkegaard nei suoi *Diari* – spera in una vita migliore e in forza di questa speranza compie la follia del suo gesto; ma è davvero speranza quell’atto? La speranza cristiana non sorge nel momento del bisogno, della sofferenza o dello sconforto determinato da diverse motivazioni; se così fosse, in nulla si distinguerebbe dal generico sentimento o dal desiderio di aggrapparsi a qualcosa come soluzione estrema al male. La speranza cristiana, al contrario, ha come compagne di viaggio che non l’ab-

bandonano mai la fede e la carità. Ce lo ricorda con efficacia una nota pagina di C. Peguy: “La speranza è una bambina da nulla che è venuta al mondo il giorno di Natale dell’anno scorso... Eppure è questa bambina che traverserà i mondi compiuti... La piccola speranza avanza tra le sue due sorelle grandi e non si nota neanche, quella che è sposata (*fede*) e quella che è madre (*carità*). E non si fa attenzione, il popolo cristiano non fa attenzione che alle due sorelle grandi, la prima e l’ultima e quasi non vede quella che è in mezzo, la piccola, quella che va ancora a scuola e che cammina persa nelle gonne delle sue sorelle. E crede volentieri che siano le due grandi che tirano la piccola per mano, in mezzo, tra loro due, per farle fare quella strada accidentata della salvezza. Ciechi che sono, che non vedono invece che è lei nel mezzo che si tira dietro le sue sorelle più grandi”. La speranza, insomma, sorge dalla fede e si nutre dell’amore. Senza questa circolarità non sarebbe possibile comprendere la specificità dello sperare credente che vive di certezza e non di delusione. È interessante osservare, in questo contesto, l’espressione usata dall’autore della Lettera agli Ebrei, quando deve “definire” la fede. Egli scrive, proprio qualche versetto dopo quello con cui ci siamo introdotti: “La fede è fondamento delle cose che si sperano” (*Eb* 11,1). Il termine “fondamento” traduce il greco *hypostasis* che indica la realtà, la sostanza! Ciò che la fede spera e attende, quindi, è reale!

L’apostolo Paolo, da parte sua, è estremamente chiaro su questo punto; nei momenti cruciali in cui deve descrivere l’esistenza cristiana pone sempre insieme la triade di fede, speranza e carità. È sufficiente il richiamo ai tre testi in cui esplicitamente ritorna questo insegnamento: “Memori davanti a Dio e Padre nostro del vostro impegno nella fede, della vostra fatica nella carità e della vostra pazienza nella speranza nel Signore nostro Gesù Cristo” (*1Ts* 1,3); “Rivestiti con la corazza della fede e della carità, avendo come elmo la speranza della salvezza” (*1Ts* 5,8); “Queste, dunque, le tre cose che rimangono: la fede, la speranza e la carità; ma di tutte più grande è la carità”

(*1Cor* 13,13). Essendo certezza del compimento della promessa, la speranza cristiana “non delude” perché affonda le sue radici nell’amore (*Rm* 5,5). Alla stessa stregua, non potrà mai essere separata dall’amore: “Chi ci separerà dunque dall’amore di Cristo? Forse la tribolazione, l’angoscia, la persecuzione, la fame, la nudità, il pericolo, la spada? Ma in tutte queste cose noi siamo più che vincitori per virtù di colui che ci ha amati. Io sono infatti persuaso che né morte né vita, né angeli né principati, né presente né avvenire, né potenze, né altezza né profondità, né alcuna altra creatura potrà mai separarci dall’amore di Dio in Cristo Gesù nostro Signore” (*Rm* 8,35-39). Uno sguardo più attento a questo testo permetterà di comprendere ulteriormente le caratteristiche della speranza cristiana che Paolo descrive nonostante non appaia esplicitamente il termine.

Alcuni versetti prima, l’apostolo aveva detto che per coloro che vivono della fede e della speranza la condizione di sofferenza del presente, pur con tutte le tribolazioni e malvagità, non è paragonabile alla gloria che sarà loro concessa: “Io ritengo, infatti, che le sofferenze del momento presente non sono paragonabili alla gloria futura che dovrà essere rivelata in noi” (*8,18*). Questa gloria non è altro che la rivelazione del Figlio di Dio, la conoscenza del suo volto o, se si vuole, la rivelazione piena del mistero che rapirà in una contemplazione senza fine. Il futuro che attende coloro che oggi sperano e credono non solo compenserà il presente ma, soprattutto, lo supererà nell’intensità della felicità. Qui, però, sorge la domanda che accompagna ancora oggi molti di noi: chi potrà garantire tutto questo? Chi mai potrà dare garanzia del compimento di questa attesa e della soddisfazione di questa speranza? L’apostolo, per rispondere, introduce in maniera inaspettata il concetto di *libertà*. Sia la creazione che l’uomo, afferma S. Paolo, attendono la liberazione dalla “schiavitù della corruzione” (*Rm* 8,21). Anche i cristiani, che già sono salvati nella morte di Cristo, attendono ugualmente la pienezza della loro salvezza. Questo tempo che viviamo, quindi, diventa il

tempo dell’attesa paziente: “Nella speranza siamo stati salvati” (*8,24*). La pazienza – ricorda sempre Paolo – raccoglie in sé la speranza, la custodisce, la rafforza e la conduce progressivamente a una speranza più solida. Ciò che dà certezza al nostro sperare e costituisce la garanzia della correttezza del nostro attendere è il fatto che il credente, proprio perché tale, percepisce e “sente” dentro di sé che attende ancora qualcosa. La presenza dello Spirito di Cristo in noi, poi, non fa che confermare questa prospettiva. Poiché non sappiamo neppure che cosa sia importante chiedere per il nostro compimento, lo Spirito viene in aiuto alla nostra debolezza. C’è, pertanto, una duplice garanzia per la certezza della nostra speranza: quella *soggettiva*, che è il “sentire” di ognuno che tende al compimento; quella *oggettiva*, la presenza dello Spirito che dà forza nell’attesa.

Ritorniamo di nuovo al nostro testo, dove Paolo ripropone la stessa domanda: chi dà garanzia della nostra speranza e della vittoria sulla sofferenza del presente? Chi rende sicuro il cristiano che la sofferenza attuale non sarà definitiva, e cosa gli permette di sperare nella gloria che gli verrà data? La risposta dell’Apostolo è immediata: l’amore di Dio per noi è fondamento, garanzia e sostegno della nostra speranza. È il suo amore che ci tiene saldi e legati strettamente a lui. È in forza dell’amore che viene superato tutto ciò che oggi è motivo di sofferenza. E Paolo ha ben diritto di parlare così, enucleando perfino le sette esperienze di sofferenza concreta non certo immaginaria, che descrive in 2 Corinzi: “Cinque volte dai Giudei ho ricevuto i trentanove colpi; tre volte sono stato battuto con le verghe, una volta sono stato lapidato, tre volte ho fatto naufragio, ho trascorso una notte e un giorno in balia delle onde. Viaggi innumerevoli, 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; fatica e travaglio, veglie senza numero, fame e sete, frequenti digiuni, freddo e nudità” (*2Cor* 11,23-27).

Su tutte queste sofferenze non

c'è solo vittoria, ma "trionfo" (*hypernikòmen*). Per quanto forti e potenti possano essere le forze del male, l'apostolo – e con lui ogni credente – "è persuaso", cioè vive della certezza indiscussa, che niente potrà far crollare la speranza della fede nel presente. In una parola, si potrebbe dire che in questa prospettiva tutta la sofferenza che è presente nel mondo rappresenta per il cristiano non il dolore dell'agonia, ma quello della partoriente: "La creazione attende con impazienza la rivelazione dei figli di Dio e nutre la speranza di essere lei pure liberata dalla schiavitù della corruzione. Sappiamo bene che tutta la creazione geme e soffre fino a oggi nelle doglie del parto; essa non è la sola, ma anche noi che possediamo le primizie dello Spirito gemiamo interiormente aspettando l'adozione a figli la redenzione del nostro corpo" (8,22-23). Questa è la certezza dell'amore.

Come si può osservare, la speranza biblica sembra raccogliersi intorno ad alcuni elementi che la esplicitano e definiscono: l'*attesa*, anzitutto, della rivelazione piena e definitiva del Signore; la *fiducia* nella sua promessa che cioè egli verrà e dove è lui là saremo anche noi; la *pazienza*, inoltre, che non cede allo scoraggiamento e che sa perseverare nella sofferenza; la *libertà*, infine, di agire con e nello Spirito che consente di muoversi in questo mondo, anticipando la liberazione totale del futuro.

La speranza, insomma, non è frutto dell'effimero né del passeggero; essa dice, piuttosto, stabilità e continuità. Non è un caso che il

termine ebraico, per esprimerla, richiami l'immagine di una "corda tesa" (*tiqwah*). Chi spera è teso verso un compimento, è tutto dedicato allo scopo da raggiungere e non permette che niente e nessuno possano distoglierlo da questo compito. Una tensione, dunque, verso un futuro come momento di definitiva realizzazione che appartiene già al presente. La tensione propria della speranza, comunque, non è attesa febbrile o carica di angoscia per l'incertezza di ciò che accadrà. È, piuttosto, la capacità di superare le difficoltà del presente e scoprire che si è già in possesso di un dono.

Non è un caso che Paolo parli di "tre cose che rimangono: la fede, la speranza e la carità" (1Cor 13,13). Della speranza, quindi, abbiamo bisogno adesso, in questa esistenza, perché fin da adesso noi siamo partecipi dei beni che nel futuro possederemo e contempleremo. Nessuna fuga, pertanto, né evasione alcuna dall'assumere le responsabilità nella storia presente. La speranza è qui e ora che agisce, qui e ora che impone di essere vissuta; nella vita di ogni giorno, infatti, essa diventa segno e strumento di liberazione. Tornano alla mente, in questo contesto, le parole di Paolo a conclusione della lettera ai Romani: "Il Dio della speranza vi riempia di ogni gioia e pace nella fede, perché abbondiate nella speranza per la virtù dello Spirito Santo" (15,13). È significativo questo passaggio paolino, perché sembra qualificare il nome di Dio come quello di "Dio della speranza". Il Dio che in Gesù si è fatto conoscere pienamente è il Dio che porta speranza. Non è forse

questo un serio indizio per definire anche il credente come "uomo della speranza"? Il "Dio della speranza" ha un doppio valore significativo⁴: da una parte, l'espressione potrebbe indicare che il Dio che viene professato è colui che suscita la speranza, ne è l'autore; dall'altra, essa esprime che Dio è oggetto della nostra speranza. In un caso come nell'altro, viene rivelata la natura dello sperare credente: esso punta gli occhi direttamente in Dio. Il titolo "Dio della speranza", comunque, apre la mente a un'ulteriore possibile interpretazione analogica: il Dio della speranza è anche il Dio che spera? In un certo senso, è bene poter verificare questa dimensione. Essa dice che Dio stesso attende il compimento della sua creazione e "spera" che la salvezza donata in Cristo e realizzata per la morte sacrificale del Figlio abbia il riscontro più universale possibile. Se "Dio spera", allora, anche l'uomo ha diritto alla speranza. Se "Dio spera", a nessuno possono essere tolte per nessun motivo la forza e la possibilità proprie della speranza.

S.E. Mons. RINO FISICHELLA
Vescovo Ausiliare di Roma,
 Rettore Magnifico della
Pontificia Università Lateranense,
 Santa Sede

Note

¹ GUARDINI R., *Le età della vita*, Milano 1986, 11.

² Cfr., *ibidem*, 59.

³ PASCAL B., *Pensieri*, 168.

⁴ Cfr. GALOT J., *Il mistero della speranza*, Assisi 1971, 39-43.



IGNACIO CARRASCO DE PAULA

2.4 La responsabilità verso l'anziano malato

1. Premessa: quale problema e quale prospettiva di analisi

Responsabilità è un concetto complesso di forte contenuto giuridico e morale. Presuppone due elementi apparentemente contraddittori. Infatti, da una parte, si è responsabile quando si ha un dovere o un obbligo da adempiere, indipendentemente dal fatto che tale obbligo sia stato assunto in modo volontario o per costrizione. Il dovere di usare parole veritiere è un esempio. Dall'altra parte, responsabile si considera solo il soggetto che adempie il dovere, poiché è lui a decidere sia di agire sia il modo concreto di farlo: nessun altro può mettere nella sua lingua le parole che pronuncia, vere o false che siano. Per questo, una persona responsabile è quella che deve rendere ragione delle sue parole e delle sue azioni, e la responsabilità non è altro che la consapevolezza del dover rispondere prima o poi di quello che ha fatto e/o di quello che non ha fatto ma aveva il dovere di fare.

Dovere e libertà sono quindi due elementi costitutivi della responsabilità. Sono essi pertanto la chiave di lettura fondamentale se, dovendo parlare della responsabilità verso l'anziano malato, non si vuole cadere in un facile moralismo, bensì cogliere la reale densità antropologica dell'argomento e le implicazioni morali sul piano individuale e sociale.

Parlare di responsabilità tra operatore sanitario e malato anziano significa:

1) riconoscere l'identità umana di tutte e due, poiché solo un essere umano – una persona – può avanzare un diritto che diventi dovere per l'altro;

2) ammettere che tra i due esiste un rapporto di bisogno-dipendenza;

3) accettare che tale rapporto

non è simmetrico: esso è chiaramente sbilanciato a favore del soggetto dipendente: sono gli anziani malati ad avere bisogno del medico e non il contrario;

4) il futuro del rapporto ricade soprattutto sull'operatore sanitario, su chi è veramente libero, è capace di scegliere, si può dar da fare ecc., mentre l'anziano si trova sempre più limitato e incapace di provvedere da sé, ed è proprio per questo che ha bisogno di aiuto.

Cerchiamo adesso di vedere come queste considerazioni calano sul tessuto delle professioni sanitarie, se le responsabilità che costituiscono il cuore anche dell'attuale etica medica nascono da un'eccellente predisposizione filantropica, da un non meglio specificato senso di solidarietà, oppure scaturiscono da qualcosa di più profondo – più ontologico – come ad esempio l'identità stessa della professione sanitaria, l'incontro tra dovere libertà, dovere e libertà per nulla astratti ma misurati dalla natura dei due soggetti che li mettono in gioco, operatore sanitario e paziente.

Poiché è chiaro che le riflessioni che abbiamo presentato finora sono trasferibili a tutti i malati – la malattia crea per forza un bisogno e pertanto una dipendenza – dovremmo fare attenzione a mettere in primo piano la singolarità dell'anziano paziente o del paziente anziano.

2. Professioni sanitarie e responsabilità

Le professioni sanitarie sono chiamate sempre più a occuparsi di una popolazione anziana che è in continua crescita, un fenomeno favorito – come hanno evidenziato altri autorevoli relatori – dalla riduzione, rispetto al passato, di eventi

acuti fatali, dalle migliorate condizioni di salute e di vita ecc. L'aumentata aspettativa di vita si accompagna al contempo a una maggiore ricorrenza di malattia, a un'aumentata incidenza di patologie croniche, a gradi diversi di disabilità e quindi, complessivamente, a un maggiore bisogno di assistenza sanitaria. Ad esempio si stima che nei prossimi decenni circa un quarto dei pazienti con età maggiore di 85 anni sarà affetto da qualche forma di demenza, da altre malattie cronico-degenerative o da disabilità conseguente a ictus, incidenti anche domestici, depressione ecc.

Insomma, bisogna abituarsi all'idea che accanto alla tendenza verso il progresso, verso un maggiore benessere, se non vengono applicate soluzioni radicali – e mi auguro che tale evenienza non si realizzi mai – non mancherà per lo meno una contro-tendenza ed è quella di andare incontro a una società con sempre più persone dipendenti a motivo dell'età e della malattia. Contemporaneamente, i motivi per assumere responsabilità sembrano in franca diminuzione, in quanto i vincoli spontanei – ad esempio familiari – diventano rari e quelli che nascono da scelte individuali – volontariato, attività professionale a pagamento ecc. – si rivelano insufficienti. Così l'unico sostegno sicuro della relazione con il soggetto dipendente rimane l'*umanità*, la consapevolezza di condividere una natura comune, di appartenerci l'uno l'altro.

È fuori discussione che la medicina raggiungerà nuove conquiste, forse gli anziani di domani saranno immuni al diabete e ai tumori, ma non è irragionevole pensare che la vita avrà sempre un termine e, man mano che la fine si sposta in avanti, conosceremo nuove malattie, nuove disabilità, insomma altre forme di dipendenza, altri malati anziani.

Il problema di rilevanza etica che accompagna questa prospettiva è proprio quello della responsabilità, poiché è in questi termini che si gioca il futuro delle già adesso non rare aggressioni alla dignità personale che gli anziani, specie se malati o particolarmente vulnerabili, possono subire negli attuali sistemi di cura e assistenza (ospedali, lungodegenze, residenze sanitarie...). È la responsabilità che deciderà in che modo spariranno o almeno diminuiranno le attuali lamentele nei riguardi dell'assistenza alla persona anziana, in particolare nelle strutture appositamente predisposte ma non di rado insufficienti dal punto di vista del rispetto e della sensibilità per la condizione dell'anziano.

Infatti, i problemi che riguardano esseri umani dipendenti – anziani o meno – si possono affrontare solo in due modi alternativi: con responsabilità o con irresponsabilità.

Responsabilità: si ha quando si assumono questi quattro fatti: 1) sei uno come me 2) ma non puoi più andare avanti da solo 3) ci siamo incontrati proprio per questo 4) non ti rinfaccio la tua dipendenza, anzi liberamente assumo il mio compito come tu accetti il tuo.

Irresponsabilità: avviene già con la negazione di uno solo dei fatti appena citati. Tuttavia, è bene richiamare l'attenzione su un fenomeno particolare: di solito s'inizia con il rifiuto di avere una qualche responsabilità verso l'altro, ma col tempo si finisce negando o ignorando che l'altro è un altro io: è questo che libera da ogni responsabilità in modo totale e apparentemente senza lasciare tracce.

Nel caso nostro – anziano malato – la risposta irresponsabile si ferma per ora al quarto o al terzo gradino: non abbiamo un vero rapporto di responsabilità. Con il neonato, il prematuro e soprattutto il feto la nostra società è andata più avanti; sino a negare il riconoscimento della sua natura umana.

Proprio dall'esperienza che viene dalla diagnosi prenatale, abbiamo accertato che la risposta irresponsabile al soggetto dipendente ha due facce: una *soft*, t'ignoro, non so chi sei; un'altra *hard*: ti escludo o ti cancello. Fortunatamente, con l'anziano malato la ri-

sposta *hard* è scartata con orrore dalla maggioranza; la *soft* purtroppo no: verbi come ignorare, abbandonare, escludere, emarginare riferiti ad anziani malati sono ricorrenti nelle pagine di cronaca dei giornali.

3. Lo statuto della medicina geriatrica, oggi

Mi sembra quasi inutile chiarire che quanto ho detto finora è compatibile con il fatto che le carenze assistenziali ordinariamente vadano ricondotte alla carenza di personale "qualificato" e alla carenza di risorse economiche impiegate in questo ambito: questi fattori, specie quando combinati tra loro, possono facilmente condurre a situazioni assistenziali non in grado di

lità dei singoli o delle istituzioni, nel senso forte che ho presentato prima, ma piuttosto a quello che si potrebbe chiamare il problema dello statuto della geriatria oggi.

La cura della persona anziana è un'attività certamente complessa e impegnativa, sia dal punto di vista medico, sia dal punto di vista esistenziale ed etico. Da un punto di vista medico, l'età avanzata è caratterizzata da risorse fisiche e mentali in genere ridotte rispetto a quelle dell'età giovane-adulta, da una maggiore vulnerabilità alle aggressioni delle malattie e tempi di convalescenza più prolungati. Le diagnosi possono risultare più difficoltose, perché i sintomi tendono a presentarsi in modo vago e molto spesso sono presenti situazioni di comorbidità. Inoltre, lo stretto legame esistente tra età e manife-



rispondere adeguatamente persino ai bisogni più basilari come, ad esempio, una prassi giusta nell'alimentazione, nell'igiene e nell'assistenza di base in generale, causando in questo modo quelle mortificazioni della dignità della persona anziana che sempre più frequentemente vengono lamentate. Per quanto possa essere difficile capire quale sia la portata del fenomeno, certamente rappresenta oggi un problema globale quello di garantire alla persona anziana l'adeguato standard di cura.

Ritengo tuttavia che questo tipo di problemi quotidiani vadano ricondotti non tanto alla responsabi-

lità cliniche rende spesso difficoltosa la distinzione tra l'esistenza di un'alterazione patologica e i cambiamenti fisiologicamente legati all'età. Tutti questi fattori, messi insieme, comportano la difficoltà di individuare quale sia il livello di intervento adeguato nel singolo paziente.

La complessità delle problematiche mediche dell'anziano e, conseguentemente, l'elevato grado di professionalità richiesto in questo ambito potrebbero far pensare che la medicina dell'anziano riceva molta considerazione. Accade invece che le specialità geriatriche immeritatamente godono di ben

poco prestigio tra i medici, diversamente, ad esempio, dalla cardiocirurgia, dalla trapiantologia o dalla neurologia. Questo fatto riflette, seppure indirettamente, il grado di considerazione che il malato anziano riceve da parte della medicina, dei servizi sanitari e, più in generale, da parte della società.

Almeno una parte delle difficoltà che la cura dell'anziano incontra, bisogna sottolinearlo, si deve alle poche risorse investite, e ciò contribuisce ulteriormente ad allontanare da quest'area medici, infermieri e tutto il personale sanitario che, comprensibilmente, viene maggiormente attratto da altri settori della medicina dove più facilmente si ottengono gratificazioni professionali. A questo potremmo aggiungere un aspetto culturale proprio della professione medica, la cui priorità principale è sempre stata quella di salvare la vita delle persone, mentre è meno riconosciuto alcun significato eroico al "semplice" prendersi cura di una persona anziana malata. Non so se un giorno vedremo in televisione una serie incentrata su questi temi.

Possiamo dunque affermare che la cura della persona anziana certamente non rappresenta, oggi, una priorità della medicina, nonostante questi pazienti molto spesso presentino una reale indicazione medica al trattamento.

4. Costruire la responsabilità verso l'anziano malato

Qual è, invece, la responsabilità che la medicina, oggi, ha nei confronti dell'anziano malato?

La domanda si è presentata già e si ripresenterà ancora nelle tre giornate che compongono questa conferenza internazionale. Abbiamo ascoltato risposte autorevoli e pertinenti. Per questo motivo, tra quelle che ritengo più aderenti all'analisi presentata nella prima parte della mia relazione, mi limiterò a indicarne due, due responsabilità o due compiti ai quali i medici dovranno rendere conto quanto meno alla storia. (Consentitemi tuttavia di premettere un'osservazione: non solo l'anziano malato è un soggetto dipendente, lo è pure il medico: è dipendente dai suoi maestri, è dipendente dalla società,

è dipendente dalle dimostrazioni e dall'esperienza di responsabilità che sono o non sono venute incontro ai suoi bisogni. La legge e la morale ordinariamente per responsabilità intendono un fatto personale, probabilmente per omaggio alla libertà della persona, ma sappiamo che ci sono molti fili sottilissimi, invisibili, che legano questa straordinaria e immensa famiglia che è l'umanità. Riprendiamo il filo del nostro discorso).

La prima responsabilità non può essere altro che il rispetto della dignità e dell'autonomia del paziente anziano, cioè il riconoscimento di quella prima affermazione citata precedentemente. Infatti, di fronte a qualcuno che mostra a nudo la sua radicale dipendenza, la risposta immediata dovrebbe essere: tu sei uno come me, sempre e in ogni caso tu sei una persona, tu meriti di essere stimato incondizionatamente da me.

Perché questa insistenza sul paziente anziano?

Certamente perché nella condizione di vita dell'anziano – si pensi alla demenza – è dove si manifesta un elevato grado di dipendenza, *ma ancora di più* perché ci troviamo di fronte a una natura umana sconvolta da un processo irreversibile che va affievolendo prima e cancellando poi, uno dopo l'altro, i segni d'umanità che fino a quel momento proteggevano la sua dignità.

Dignità e indipendenza sono due aspetti tra loro connessi: un modo di offendere la dignità del paziente è certamente trattarlo come soggetto non autonomo; tuttavia, la dignità del paziente viene frequentemente aggredita anche da violazioni della riservatezza e, più in generale, da una relazione non attenta ai reali bisogni e desideri del paziente.

Frequentemente l'anziano sperimenta, anche in assenza di una malattia, una progressiva perdita dell'autonomia e della propria indipendenza, che quasi sempre, almeno all'inizio, causa nel soggetto interessato (ma non di rado anche nello sguardo delle persone che lo circondano) una minaccia alla percezione della propria dignità. In taluni casi, come ad esempio nelle demenze, la perdita di autonomia e di indipendenza può andare incon-

tro a una progressione rapida, senza lasciare alla persona che ne è affetta, ma nemmeno ai suoi familiari e conoscenti, il tempo di adattarsi alla nuova situazione. Spesso, per il comparire di alterazioni di tipo mentale, la persona viene considerata, negli atteggiamenti se non nelle parole, come soggetto non più utile, sul quale non è più possibile fare affidamento, addirittura privo di autocontrollo, e alla stregua di un bambino.

La perdita di gran lunga più grave è proprio l'autonomia che, contemporaneamente, è la principale fonte di dipendenza. L'apologo dell'etica medica *sì all'aiuto no alla sostituzione* vale più che mai. Il paziente non ha bisogno del riconoscimento da parte di altri del suo diritto all'autonomia: quel diritto è suo per natura ed è incancellabile, anche se non può quasi dimostrarlo con i fatti. La sua autonomia, nascosta dalla vecchiezza e dall'infermità, non ha bisogno di essere né ignorata né sostituita dall'autonomia di un altro, ma solo accettata e aiutata. In questo contesto di cura l'operatore sanitario dovrà sviluppare un senso forte d'impegno morale nei confronti dei bisogni altrui e, proprio sulla base di questa assunzione di responsabilità, dovrà di volta in volta sostenere l'essere umano vecchio e malato che in quel momento dipende dalle sue cure. Si dice, e c'è qualcosa di vero, che lo sguardo dell'altro possa diventare lo specchio meno oggettivo e più impietoso esistente al mondo. Invece, è sempre vero che quando un malato riesce a posare lo sguardo sullo sguardo del dottore non vede la propria faccia ma il proprio "valore", cioè se lui è ancora qualcuno che merita stima.

La seconda responsabilità riguarda l'effettiva risposta al bisogno generato dalla patologia e dall'invecchiamento. Nella cura dell'anziano vi è certamente la difficoltà di individuare il livello clinico adeguato, così da evitare gli eccessi nel trattamento – che possono giungere a impedire una morte serena – come pure un insufficiente livello di assistenza –, la rinuncia a trattamenti (soprattutto visite specialistiche e interventi riabilitativi) risulta infatti un atteggiamento piuttosto frequente, favorito sia

da un diffuso pessimismo dei medici nei confronti della persona anziana (oggi quasi uno stereotipo della medicina) sia, come più volte detto, dalle scarse risorse rese disponibili in questo ambito.

Per quanto riguarda la decisione medica e l'individuazione del giusto livello di cura, le maggiori difficoltà riguardano le decisioni nelle fasi finali della vita, quando spesso i familiari insistono per l'applicazione o per la rimozione di interventi intensivi; in questa situazione, per il medico può risultare più difficile decidere di astenersi da ul-

teriori interventi per consentire al paziente una morte serena, talvolta richiesta dal paziente stesso.

problema della sospensione o del rifiuto dei mezzi di sostegno vitale. Per altro, si tratta di una questione che si pone soprattutto in altri contesti.

Uguualmente, ho evitato un'impostazione ormai di moda quando si parla di responsabilità nel campo della salute e che consiste nell'avviare un processo unidirezionale alla ricerca di uno o più colpevoli o meglio ancora se si può far di essi un soddisfacente capro espiatorio. La responsabilità di struttura, di istituzioni e anche solo di organizzazione della sanità è un

l'anziano non va ricondotta solo a fattori strutturali – che comunque sono importanti –, ma alla responsabilità del singolo operatore nel senso e con la rilevanza che pensiamo di avere illustrato.

2. La sfida più grande per l'operatore sanitario, oggi, più che l'individuazione del giusto livello di cura per il paziente anziano malato, è quella di riconfermare l'importanza della persona anziana come soggetto della comunità umana avente pieno diritto anche se apparentemente riceve soltanto senza nulla offrire.

3. Il riconoscimento della persona anziana come soggetto a pieno titolo e la qualità della relazione sono gli aspetti chiave dell'assistenza sanitaria all'anziano malato che la medicina geriatrica contemporanea ha riscoperto e assunto.

4. La responsabilità morale dell'operatore sanitario, a differenza di quella giuridica, non è misurata tanto dalle capacità tecnico-professionali, quanto dalla condizione di dipendenza del malato anziano, dai bisogni di un essere umano colpito forse irreversibilmente dalla vecchiaia e dalla malattia.

5. La formazione medico-assistenziale non è oggi sufficientemente preparata, sotto diversi profili, ad affrontare la cura della persona anziana malata, con ovvie ripercussioni sul grado di qualità dell'assistenza sanitaria. Inoltre, la superspecializzazione della formazione medica allontana sempre di più i futuri operatori sanitari dalla capacità di affrontare e gestire le complessità dei quadri clinici con patologia multipla, tipici dell'anziano. Una maggiore attenzione nell'ambito della formazione professionale ai problemi e alla caratteristiche delle persone anziane non può che avere un effetto positivo sull'atteggiamento degli operatori sanitari e sanare quella situazione di emarginazione che la persona anziana oggi facilmente subisce a livello sociale, familiare e anche medico.



teriori interventi per consentire al paziente una morte serena, talvolta richiesta dal paziente stesso.

Forse è più frequente il rischio di trascurare o di lasciar andare troppo precocemente un paziente in quanto anziano, tuttavia è anche possibile che si cada nell'eccesso opposto di un trattamento non più ragionevole, che condanna il povero paziente a passare dalle mani di un medico a quelle di un altro, senza poter ottenere un reale beneficio. L'individuazione della decisione giusta tra un prolungamento eccessivo dei trattamenti e un'interruzione troppo precoce rimarrà comunque l'eterno conflitto della medicina, soprattutto della medicina dell'anziano.

È ovvio che tra gli obiettivi assegnati alla mai relazione non c'è il

problema che va ben al di là delle categorie morali, poiché esse rimandano a fattori di tipo economico, sociale, culturale, politico e persino religioso. Tuttavia, qui si parla di una responsabilità in parte convenzionale, in certo senso arbitraria, che bisognerebbe trattare non tanto come un'esigenza della natura umana, quanto come una condizione richiesta dal bene comune in un determinato luogo e momento della storia.

Mi fermo qui e concludo quindi con alcune brevi *considerazioni aggiuntive*:

1. Un problema che l'operatore sanitario è oggi chiamato ad affrontare con urgenza è quello di risolvere lo standard della cura prestata alla persona anziana. La qualità dell'assistenza sanitaria al-

Mons. IGNACIO CARRASCO
DE PAULA
Cancelliere della Pontificia
Accademia per la Vita,
Direttore dell'Istituto di Bioetica,
Università Cattolica del Sacro Cuore,
Roma

3. Dialogo interreligioso sui malati anziani

ABRAMO ALBERTO PIATTELLI

3.1 Ebraismo

Affrontare le varie problematiche legate alla condizione dell'anziano, soprattutto nell'epoca in cui ci troviamo, significa anche per un Rabbino trovarsi di fronte a una complessità di problemi, ognuno dei quali meriterebbe una trattazione a parte.

Abbiamo infatti problemi che concernono la psicologia dell'invecchiamento come pure la tendenza prevalente a emarginare l'anziano dal tessuto sociale, disprezzando l'esperienza, la saggezza e le possibilità lavorative delle persone in età avanzata. Appena raggiunta l'età della pensione si offre al pensionato qualche regalo per i servizi prestati e agli offerenti del dono non interessa più altro.

La solitudine, la possibilità di riempire la giornata con incontri con altre persone o trovare qualche cosa da fare diventa un'angoscia per l'anziano che in questo modo invecchia ogni giorno di più.

Anche la comunità ebraica, nell'attività assistenziale verso i suoi membri, si trova a confrontarsi con questi problemi. Piena di attualità risulta l'invocazione del salmista: *"Non abbandonarmi ora che sono vecchio, non lasciarmi ora che le mie forze vengono meno"*.

Ci resta comunque da seguire le linee fondamentali della tradizione affinché da quelle si rilevino comportamenti e soprattutto motivazione.

Nella tradizione ebraica, il rapporto con le persone anziane si sviluppa su due direttrici: da una parte viene rivolta l'attenzione al rispetto che si deve alle persone anziane, dall'altra le forme di assistenza che si è chiamati a dispensare a questi individui.

La fonte biblica fondamentale da cui si rileva come ogni persona è tenuta a rispettare la persona anziana è costituita dal testo che si ritrova nel famoso capitolo della santità del Levitico. *"Alzati di fronte alla canizie – si afferma – e tributa onore alla persona anziana"* (19.32). E aggiunge a mo' di sigillo: *"Avrai timore del tuo Dio, Io sono l'Eterno"* (ibid).

È interessante notare come il personaggio di cui si parla nel testo biblico venga pure identificato con il saggio, il sapiente. Mediante un'esegesi anagrammatica, il *zaken* – l'anziano – diventa *ze shekanà chochmà*, ovvero colui che ha acquisito la saggezza. Insomma, l'anziano viene identificato con la persona saggia e viceversa. La *sevà* – la canizie – un'onorevole età avanzata, secondo i Proverbi (16.31) *"si rinviene nella via della giustizia"*, si tratta cioè di quella maturità della saggezza che viene acquisita attraverso lo studio e l'esperienza di vita. A queste persone noi siamo tenuti a tributare onore e rispetto.

Il difetto più comune che si riscontra nella persona anziana è l'amnesia. Nell'etica ebraica si insiste con un forte richiamo a non ridicolizzare il maestro che per caso non ricordasse qualcosa del suo studio e ricerca. Si ricorda, infatti, come dentro la famosa Arca Santa, di biblica memoria, si trovassero tanto le Tavole della Legge quanto i frammenti delle prime Tavole ricevute da Mosè dalle mani di Dio sul monte Sinai. La stima e l'onore riservato all'anziano-sapiente debbono essere accompagnate dallo sforzo di non emarginare il vecchio il quale, anzi, deve continuare a essere considerato come parte in-

tegrante sia della famiglia sia del tessuto sociale.

In un brano dell'Ecclesiaste in cui viene in qualche modo esaltata la vecchiaia si dice: *"Tutte queste cose osservai prestando attenzione a ogni atto che si compie sotto il sole"* (8.9). Queste parole stanno a dire come la saggezza acquisita attraverso l'esperienza della vita viene beneficamente riversata sulle gene-



razioni successive. Ma la vecchiaia purtroppo non sempre è una condizione allettante. Il più delle volte è sintomo di debolezza, di malattia e di decadimento fisico e psichico. Ricordiamoci la descrizione che della vecchiaia fa l'Ecclesiaste: *"Ricordati del tuo Creatore nei giorni della tua giovinezza, prima che vengano i giorni cattivi e giungano gli anni dei quali dirai: non mi piacciono affatto; prima che si oscurino il sole, la luce, la luna e le stelle e ritornino le nuvole dopo la*

pioggia; nel giorno in cui tremerranno i custodi della casa e si incurveranno i forti, e saranno inutili le macine, perché sono diventate poche, e si oscureranno le luci delle finestre, e si chiuderanno le porte sulla strada, mentre diminuirà l'eco del mulino e l'uomo si alzerà al canto del gallo e taceranno tutte le coriste, ed egli temerà le alture e gli inciampi nella strada, e il mandorlo fiorirà e il grillo sarà di peso ed il cappero non farà più alcun effetto" (12,1-5).

Ma grande e tenace è la fiducia rivolta verso la persona anziana se R. Simeone f. di Eleazar ripeteva che se un vecchio ti dice "distruggi", mentre un giovane ti dice "costruisci", distruggi pure, in quanto la distruzione dell'anziano è sempre una costruzione e viceversa per l'inesperto giovane.

Secondo la Scrittura, il servizio dei leviti nel Tabernacolo era limitato dall'età: fino a cinquanta anni quelli svolgevano la loro attività, dopo di che venivano riassorbiti dalle incombenze familiari (vedi Numeri 8,25).

Nella società ebraica, sin dai tempi più antichi, l'anziano era circondato da particolare cura e preoccupazione. Un posto di rilievo

gli veniva assegnato sia all'interno della famiglia sia nella società. Quel "consiglio di anziani" che numerose volte ricorre sia nel testo biblico quanto nelle tradizioni successive non doveva certamente costituire solo un consenso coreografico e onorifico. Come pure la collocazione all'interno della famiglia era assimilabile in tutto e per tutto al rapporto tenuto con i genitori.

L'organizzazione comunitaria ebraica si è sempre fatta carico delle necessità dell'anziano; a questa figura sono state estese quelle forme di solidarietà previste sin dai tempi biblici per la vedova, per l'orfano e per il bisognoso in generale.

È interessante rilevare come a partire dall'alto medioevo si ritrovano delle decisioni prese dagli organi comunitari tendenti ad aiutare le persone anziane. Le particolari condizioni diasporiche degli ebrei facevano sì che le frequenti persecuzioni portavano al dissolvimento del nucleo familiare, sicché i primi a soffrirne erano proprio le persone anziane, le più disposte alla sofferenza e al disagio. Si trattava di assicurare all'anziano bisognoso di aiuto l'assistenza e so-

prattutto la sicurezza di poter continuare l'osservanza religiosa, di rispettare ogni forma di vita ebraica e soprattutto di non correre il rischio di essere subdolamente sottratto alla fedeltà alla fede dei padri. È così che, soprattutto a partire dal XVIII secolo, noi vediamo sorgere strutture ben definite atte a dare ospitalità e assistenza agli anziani in varie comunità d'Europa.

In un'epoca come la nostra in cui l'invecchiamento generazionale è diventato un importante problema di attualità, in un'epoca in cui l'emarginazione di ogni individuo debole e dell'anziano in particolare costituisce una realtà visibile da tutti, l'attenzione per l'anziano è un problema che riguarda ciascun membro della società, e non solo perché ciascuno, grazie alla volontà di Dio, è destinato a passare per questa età. Allora le parole bibliche secondo cui "*Alzati di fronte alla canizie*" impongono il dovere non solo morale di avere cura per l'anziano e di organizzare ogni intervento in suo favore.

Prof. ABRAMO ALBERTO
PIATTELLI
*Rabbino Capo della Comunità
israelitica di Roma*



MIGUEL ÁNGEL AYUSO GUIXOT

3.2 Punto di vista islamico

1. Introduzione

Anche per i musulmani, il mondo non è il frutto del caso né della necessità, ma di un progetto meraviglioso di cui Dio ha il segreto, poiché ne è l'origine e il fine. I veri credenti musulmani hanno quindi il dovere di fare in modo che il mondo riesca e corrisponda infine perfettamente a tutto ciò per cui Dio l'ha creato: si tratta, infatti, di un progetto dinamico in cui Dio ha deciso, liberamente e con amore, di ricorrere alla collaborazione dell'uomo.

Ne deriva che il credente musulmano, come "vicario" di Dio sulla terra, chiamato alla vera sottomissione a Lui, è invitato a difendere e custodire la dignità umana e quindi, prima di tutto, vi è la "dignità della vita" da custodire e da preservare dalla nascita alla morte.

Così, nella sua avventura umana, il musulmano si sente particolarmente responsabile dei suoi fratelli in umanità per difendere la loro dignità. Questo, evidentemente, lo porta ad avere massima cura dei malati nell'assoluto rispetto delle funzioni biologiche del loro corpo¹, consapevoli che la malattia è parte dell'esistenza umana e, come tale, fa parte dell'economia generale dell'universo, che nell'Islam è visto estremamente equilibrato.

Secondo i musulmani, Dio ha previsto cure per ogni malattia, come emerge da un'affermazione stessa del Profeta Maometto: "Dio non ha mai mandato una malattia senza mandare il suo rimedio"². Di qui la cura attenta delle persone anziane.

2. I fondamenti: onorare i genitori – cura dei malati

In tutte le tradizioni culturali e religiose, l'invito a onorare gli anziani viene considerato come un

obbligo universale. Questo straordinario valore etico va riversato sia sull'anziano/a, sia su chi l'accompagna, assiste e visita.

Così, di fronte alla malattia e al tramonto della vita, anche l'Islam propone messaggi di Dio e del Profeta molto belli e concisi sul come il credente musulmano deve agire. Riporto qualche citazione illustrativa e simbolica, dalle due fonti principali dell'Islam, e cioè dal Corano e dalla Tradizione Islamica (*Sunna*).

Nel Corano, il Libro Sacro dei musulmani, Dio dice:

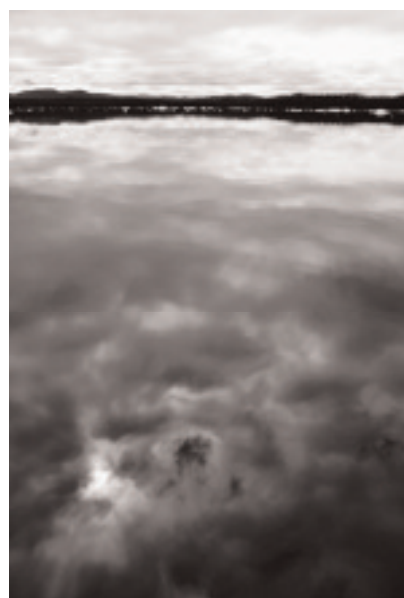
«Il tuo Signore ha decretato che non adoriate altri che Lui, e che trattiate bene i vostri genitori. Se uno di essi, o ambedue, raggiungono presso di te la vecchiaia, non dir loro: "Uff!", non li rimproverare, ma di loro parole di dolcezza. Inclina davanti a loro mansueto l'ala della sottomissione e di: "Signore, abbi pietà di loro, come essi hanno fatto con me, allevandomi quando ero piccino!"»³.

Nella Tradizione Islamica, che riporta i detti e i fatti del Profeta Maometto, possiamo trovare numerose tradizioni o *hadiths* in cui si fa pure un riferimento esplicito ai malati. Un solo esempio: secondo Abu Hurairah (che Dio sia soddisfatto di Lui), il Messaggero di Dio (Pace e Benedizioni siano su di Lui) disse:

"I diritti del musulmano sul musulmano sono sei". Un tale disse: "E quali sono, O Messaggero di Dio?" Lui rispose: "Quando lo incontri, salutalo; quando ti invita, accetta il suo invito; quando ha bisogno di consiglio, consiglialo; quando starnuta e loda Iddio, digli: Iddio abbia misericordia di te; quando è ammalato, visitalo; e quando muore, partecipa al suo funerale"⁴.

Appare quindi chiaro che, per il vero credente musulmano, la cura dei genitori, particolarmente se an-

ziani, come anche la visita e la cura dei malati sono dei veri obblighi morali, raccomandazioni di Dio e del Profeta dell'Islam.



3. Alcuni atteggiamenti: rispetto, pazienza e accettazione della sofferenza

Il vero credente musulmano è costantemente richiamato da Dio e dalla Tradizione a interessarsi di chi si trova in necessità. Pertanto, la visita ai malati appare come altamente raccomandata da Dio, il quale riverserà innumerevoli benedizioni, sia verso il malato, sia verso colui che lo visita. L'atteggiamento del credente di fronte al mistero della sofferenza umana deve essere basato sul rispetto, sulla pazienza e sull'accettazione serena della sua situazione.

Il rispetto alla vita e il rispetto verso i malati

In primo luogo, il rispetto alla vita. Di fatto, il Profeta Maometto ha manifestato l'alto valore che il

musulmano deve dare alla vita che è secondo all'adempimento della volontà divina. Disse il Profeta:

*“Assolutamente nessuno di voi desideri la morte in seguito a un danno che l'ha colpito. E, se non può farne a meno, allora dica: Signore, tienimi in vita finché la vita è un bene per me, e fammi morire se per me sarebbe meglio la morte”*⁵.

Poi il rispetto verso il malato, attraverso l'intercessione e la cura. Infatti, il vero credente musulmano, quando visita un fratello o una sorella ammalati, viene invitato a intercedere presso Dio per lui/lei. Secondo un altro *hadith*, durante una visita a un membro malato della Sua famiglia, il Profeta (Pace e Benedizioni siano su di Lui) toccò con la mano destra l'infermo e supplicò:

*“O Dio! Signore dell'umanità! Fai scomparire da lui questo disagio e guariscilo! Tu sei il Grande Guaritore. Non c'è guarigione se non attraverso di Te...”*⁶.



Non c'è dubbio che l'Islam invita apertamente a trattare con dignità e amore i genitori e gli anziani ammalati. Questa dignità e onore all'età avanzata vengono richiesti da Dio, che ricorda nel Corano la nostra debole natura:

*“È Dio che v'ha creati da debolissima cosa e poi alla debolezza ha fatto seguire forza, e poi ancora alla forza farà seguire debolezza e canizie. Egli crea quel che vuole, Egli è il Sapiente Possente”*⁷.

La pazienza

In secondo luogo, la pazienza. Un'altro aspetto che distingue il

credente musulmano è quello della pazienza (*al-sabr*), che va unito allo stesso termine di “sottomissione” (*islâm*): ci si abbandona a Dio per la sottomissione e la rassegnazione alla Sua Volontà. Così, la pazienza-rassegnazione⁸ porta il vero credente a uno stato di pace e di serenità, quindi alla virtù (*al-birr*), imparando ad accettare egualmente ogni situazione, sia essa buona o cattiva, a rassegnarsi alla malattia come alla necessità, perché pazientare è un guadagno e lamentarsi non serve a nulla.

L'accettazione serena della sofferenza

Infine, l'accettazione della propria situazione di sofferenza. La sofferenza sta nel cuore di ogni vita umana e le reazioni tradizionali nella prova si concentrano appunto nella pazienza-rassegnazione del credente che facilmente dirà: “Sia lodato Dio! Lui fa quello che vuo-

le; accetto con pazienza quello che egli ordina; la rassegnazione è la chiave del Paradiso. Dio è con i pazienti (*Allâh ma' al-sâbirîn*); bisogna lodarlo nel bene come nel male”. La perfezione per il musulmano sensato sta, rassegnandosi alla sofferenza, nel lodare Iddio che lo fa soffrire, nel riconoscere la Sua Onnipotenza divina e, al più alto grado di sofferenza, nel ripetere: *al-hamdu lillah!* (Dio sia lodato!)⁹.

In tal modo, nella sua rassegnazione al momento della prova, il credente musulmano troverà consolazione, perché il sopportare con pazienza la prova espia le mancanze e quindi rimette i debiti. Il Pro-

feta, infatti, viveva le prove come parte della sua esperienza religiosa e dava così una visione positiva alla malattia stessa, affermando: “Sì, per ogni sofferenza patita dal musulmano, Dio gli cancella i suoi errori; cadono come le foglie dall'albero”¹⁰.

4. Una testimonianza

A questo punto è opportuno ricordare l'esperienza dello sceicco Mahmoud Hammâd Shuayda, *imâm* della Grande Moschea di Roma, che morì lo scorso maggio 2006 al Fatebenefratelli dove era stato ricoverato per una grave malattia. Le testimonianze sulla sua serenità e pazienza di fronte alla sofferenza e alla morte sono state notevoli, come anche sull'accompagnamento dei credenti musulmani al suo capezzale. Inoltre, la solidarietà e il sincero cordoglio di musulmani, ebrei e cristiani di fronte alla sua morte sono stati una testimonianza evidente dell'importanza che i credenti delle varie tradizioni religiose danno alla vita e all'assunzione della sofferenza e della malattia con serenità e pazienza¹¹.

5. Alcune virtù verso i malati

Un teologo musulmano classico, al-Ghazâlî, nel suo grande Compendio sulle scienze religiose¹², dedica tutto un capitolo sui diritti e doveri nei confronti della propria famiglia. Rifacendosi a una serie di *hadiths* del Profeta, sostiene, tra l'altro, che la virtù più eccellente è quella di visitare i propri familiari anche se loro ti hanno trascurato, dimenticato o abbandonato: “La migliore virtù è visitare chi ti ha abbandonato, dare a chi ti ha privato, e perdonare a chi ha commesso una ingiustizia nei tuoi confronti”¹³.

In un altro *hadith* viene messa in risalto l'eccellenza civile e morale di colui che rispetta e onora i genitori, la virtù del quale supera di gran lunga anche i doveri di culto. Dice infatti il *hadith*: “Onorare i propri genitori è migliore della preghiera, dell'elemosina, del digiuno, del pellegrinaggio e del *jihâd* sulla via di Dio”. Vi è anche

un *hadith* che va oltre e consiglia di onorare la memoria del padre continuando ad amare e a visitare gli amici che aveva quando era vivo: “Il più eccellente rispetto per il padre è che uno continui a visitare la famiglia degli amici di suo padre dopo la sua morte”¹⁴.

6. Il dialogo interreligioso di fronte alla malattia: valore comune, valore condiviso

Per vivere in un clima di stima e amicizia, Cristiani e Musulmani devono sempre cercare i valori comuni e condivisi attraverso il dialogo interreligioso.

Di fronte alla malattia e alla sofferenza, Cristiani e Musulmani sono tenuti a servire tutti gli esseri umani senza distinzione, e ciascuno nella sua singolarità più concreta perché “l’uomo in terra è la sola creatura che Iddio abbia voluto per se stesso”¹⁵. E il modo migliore di servire questa dignità è attraverso la difesa della vita. Di conseguenza, Cristiani e Musulmani si interesserebbero particolarmente di coloro che sono afflitti, mostrando loro misericordia, amore, affetto e dedizione.

Con questo comune rispetto del corpo e l’importanza attribuita alla vita umana, Cristiani e Musulmani testimoniano anche la loro visione spirituale dell’uomo, la riconoscenza per i doni ricevuti da Dio e la speranza della “risurrezione nell’ultimo giorno”¹⁶.

Da rilevare in modo particolare la collaborazione tra credenti nella partecipazione attiva alle opere specifiche d’assistenza che Cristiani e Musulmani hanno sviluppato nel mondo. Attraverso queste opere si rende una testimonianza viva al servizio dell’umanità sofferente. Da sottolineare la cooperazione ospedaliera e di assistenza sanitaria sviluppatasi in tutto il mondo, particolarmente nei luoghi meno favorevoli al dialogo e alla cooperazione nel servizio alla vita e contro la malattia. Ne conosciamo tantissime di persone, Cristiani e Musulmani, che testimoniano questa particolare dedizione assistenziale verso malati e anziani, dedizione che ci fa sentire chiamati da un solo Dio al servizio di un’unica umanità.

7. Conclusione

Grazie ai progressi nel campo delle cure mediche e della nutrizione, sviluppati particolarmente nel XX secolo per migliorare la qualità della vita, il numero delle persone anziane è notevolmente aumentato. Questo ha portato le Nazioni Unite a interessarsi di questa realtà che, se da una parte è frutto delle conquiste dell’essere umano, dall’altra ha pure richiesto interventi particolari a partire del 1982, con il Piano Internazionale di Azione sugli Anziani¹⁷ e, in seguito, con i principi delle Nazioni Unite per le Persone Anziane¹⁸. Ricordiamo che l’anno 1999 è stato l’Anno Internazionale delle Persone Anziane.

I credenti musulmani, da parte loro, si sono molto interessati di tutte queste iniziative della comunità internazionale, per venire incontro a quello che dalla loro tradizione religiosa emerge come un obbligo morale. Quest’obbligo, e vorrei rappresentarlo attraverso una storia popolare, dice così:

“Un anziano di 80 anni era seduto sul divano con il figlio di 45 anni, un universitario qualificato, quando un corvo si posò sulla finestra. Il padre chiese al figlio: ‘Che cos’è quello?’ ‘Un corvo’ – rispose il figlio. Per una seconda volta il padre chiese: ‘Che cos’è quello?’ ‘Un corvo’ – rispose ancora il figlio. Un po’ più tardi, il padre chiese di nuovo: ‘Che cos’è quello?’ Il figlio, arrabbiato, rispose: ‘Uffa! un corvo! Non l’hai ancora capito?’ Dopo qualche minuto il padre andò in camera sua e ritornò nel salone con in mano un vecchio diario che aveva conservato sin dalla nascita del figlio. Si sedette, aprì il diario e chiese al figlio di leggere la pagina da lui selezionata. Il figlio si mise a leggerla e trovò scritto quanto segue: ‘Oggi il mio figliolo di tre anni era seduto con me sul divano, quando un corvo si posò sulla finestra. Mio figlio mi chiese per ben 23 volte che cosa fosse, e io per ben 23 volte, senza irritazione né noia ma con grande tenerezza e pazienza, gli risposi che si trattava di un corvo’. Morale della favola: se i tuoi genitori invecchiano, non rifiutarli né pensare che essi siano diventati per te un peso, ma sii affettuoso e gentile,

mite e obbediente, umile e generoso con loro; e fa’ di tutto per mantenerli allegri, amati, considerati, rispettati...”¹⁹.

Concludo con una citazione coranica che ogni credente sottoposto alla prova dovrebbe, mi sembra, fare propria:

“Dà una buona novella ai pazienti! I quali, quando li colga disgrazia, esclamano: ‘In verità noi siamo di Dio ed a Lui ritorniamo!’ – Avranno benedizioni dal loro Signore e misericordia: sono essi i ben diretti nella Via”²⁰.

P. MIGUEL ÁNGEL

AYUSO GUIXOT, MCCJ

Preside del Pontificio Istituto di Studi Arabi e d’Islamistica, Roma

Note

¹ Vedi BORRMANS M., *Orientamenti per un dialogo tra cristiani e musulmani*, Urbaniana University Press, Roma 1991, p. 127.

² Vedi VACCA V., NOJA S., VALLARO M., *Deti e fatti del Profeta dell’Islam, raccolti da al-Bukhârî*, UTET, Torino 1982, p. 559, citato da Zannini F., *Ahmed, il mio vicino di casa, guida alla conoscenza dei musulmani*, ISCOS Marche Onlus, Ancona 2002, p. 274.

³ Corano 17, 23-24. Traduzione da Il Corano a cura di Alessandro Bausani, BUR, Milano 2004¹⁵.

⁴ Muslim, 39, 5. Vedi *Sahîh Muslim*, Ed. ‘Abd al-Bâqî, al-Qâhira 1955-56, Vol. 4, p. 1705.

⁵ Vedi VACCA V., NOJA S., VALLARO M., *op. cit.*, p. 557.

⁶ AL-BUKHÂRÎ, 75, 1. Vedi *Sahîh al-Bukhârî*, Ed. Ibn Ismâ’îl, Leiden, Brill 1862, Vol. 4, p. 49.

⁷ Corano, 30, 54.

⁸ Vedi, ad esempio, “La patience-résignation du musulman”, in *Comprendre saumon* 33 (1960), p. 11.

⁹ Vedi, JEAN DÉJEUX, “Le musulmans et le mystère de la souffrance” in *Comprendre bleu* 40 (1965), p. 4.

¹⁰ Vedi VACCA V., NOJA S., VALLARO M., *op. cit.*, p. 557.

¹¹ Vedi l’articolo di Paolo Brogi, *Corriere della Sera*, 22 maggio 2006.

¹² Cfr. GHAZÂLÎ AL-, ABÛ HÂMÎD, *Ihyâ’ ‘ulûm al-dîn*, Dâr al-Fikr, Lubnân 1999, Volume 2, pp. 186-187.

¹³ AHMAD B. HANBAL, *al-Musnad*, V, 309.

¹⁴ Muslim, 45, 11-13.

¹⁵ *Gaudium et Spes*, 24.

¹⁶ Vedi, BORRMANS M., *op. cit.*, p. 127.

¹⁷ Vedi Risoluzione delle Nazioni Unite 37/51 del 3 Dicembre 1982.

¹⁸ Annessa alla risoluzione 46/91 del 16 Dicembre 1991.

¹⁹ Sul pensiero popolare di fronte alla sofferenza, vedi, André Ferré, “Il problema del male e della sofferenza nell’Islam”, in AA.VV., *Liberaci dal male. Male e vie di liberazione nelle religioni*, EMI, Bologna 1983, pp. 62-65.

²⁰ Corano 2, 155-157.

SUKLA DEB KANANGO

3.3 Assistenza dell'anziano malato: Ethos indù

Introduzione

L'Induismo è una delle più antiche religioni del mondo. È una religione e un modo di vita¹. Come modo di vita "ogni evento importante della vita indù deve essere santificato attraverso l'osservanza religiosa". Ci si attende che un Indù esegua alcuni compiti e adempia alcune responsabilità e doveri verso se stesso come anche verso gli altri, aspiri ad alcuni scopi nella vita che assicureranno il benessere olistico, persegua questi fini, secondo le norme enunciate dalla religione Indù. Gli Indù credono nella rinascita o reincarnazione dell'anima e perciò ci si aspetta che siano consapevoli delle azioni nella vita presente che dovrebbe consentire loro di godere dei buoni risultati nella prossima vita nel caso dovessero rinascere in un'altra. Poiché l'Induismo è considerato un modo di vita, il servizio ai bisognosi non fu mai visto come uno sforzo speciale da fare, ma come un dovere normale e naturale di un individuo. La storia di questa religione dovrebbe perciò rivelare che non esisteva alcun servizio sociale organizzato nelle pratiche religiose Indù. Poiché il servizio ai bisognosi è considerato come un dovere di ogni Indù, la religione imponeva ai re la responsabilità di proteggere e di prendersi cura dei bisogni di coloro che erano senza sostegno in tempi di necessità. Fu considerato come un dovere morale del re. Se il re falliva nel fare questo, egli veniva considerato un immorale e un irreligioso.

Principi significativi dell'Induismo

Il fenomeno del servizio alla società come uno sforzo comunitario dettato dal sentimento religioso si

può osservare tra gli Indù soprattutto verso l'ultima parte del XIX secolo e agli inizi del XX secolo. Vero è che del lavoro filantropico compiuto da singole persone se ne ha testimonianza anche in precedenza.

Per rispondere all'argomento di discussione di questa conferenza – assistenza agli anziani malati – dovrebbe essere essenziale qui riferirci a due significativi principi dell'Induismo. Questi sono le dottrine del "Dharma" e del "Chaturashram", che meritano qualche discussione.

Dottrina del Dharma

Nel linguaggio comune "Dharma" significa religione, osservanza delle pratiche e dei doveri religiosi come il culto e le questioni connesse. "Dharma" è anche usato in un altro senso – denomina anche i principi etici o semplicemente l'etica. Le Scritture Indù hanno esaurientemente stabilito il codice dell'etica da seguire per un Indù nelle diverse sfere della vita. Vi è un detto nell'etica Indù che dice "qualsiasi cosa tu faccia, falla in una maniera veritiera e giusta". Dice il "Dharma charh" (n.d.t. seguace del Dharma) – il tuo comportamento dovrebbe riflettere il fatto che tu stai veramente seguendo il Dharma. In una misura significativa il Dharma mantiene la disciplina nella società². Si dice che una società che non osserva il codice etico non potrebbe sussistere, anzi perirebbe presto. L'immoralità diventa la base di questa società che non può sperare in un vero progresso. Come ha citato Axel Michaels "Dharma è ciò che tiene insieme il mondo e lo sostiene, l'eterno (sanatan) sguardo l'ordine nella consumazione". Il Dharma si applica agli uomini e agli animali,

ma anche agli elementi; include l'ordine naturale e strutturale, la legge e la moralità nel più ampio senso"³. Potrebbe essere menzionato qui che Manu (il saggio), il Legislatore degli Indù, ha specificato come un individuo dovrebbe condursi in ogni sfera della vita umana. La Scrittura che contiene queste leggi è conosciuta come "Manusamhita". I due principi sono annotati chiaramente in questa scrittura.

Dottrina del Chaturashram

Un importante principio dell'Induismo è che la vita si svolge attraverso quattro stadi e in ogni stadio il luogo di residenza dell'individuo è diverso. Il termine Indù di residenza è "Ashram". Le responsabilità e i doveri che l'individuo deve adempiere differiscono anche a seconda dello stadio che egli sta vivendo.

Nei quattro diversi stadi della vita gli Ashram sono chiamati:

a) *Brahmacharya* – il primo stadio, quando a un individuo è richiesto di risiedere nella residenza di un insegnante e perseguire la conoscenza sotto la sua guida. Questo è il periodo dello studente.

b) *Garhasthya* – è lo stadio del capofamiglia quando ci si aspetta da un individuo che si sposi, accresca la sua famiglia e adempia i doveri del capofamiglia, come sostenere e allevare bambini, mantenere e assistere i genitori, gli altri anziani e parenti qualora abitino insieme. In un certo senso nutrire e avere cura di coloro che sono naturalmente dipendenti dal capofamiglia. Perciò, secondo l'Induismo i membri anziani sono parte della famiglia, è il loro posto giusto ed è il dovere dei giovani adulti aver cura di loro sia se sono autosufficienti sia se soffrono di qualche invalidità fisica o altro.

c) *Vanaprastha* – è il terzo stadio della vita, significa la residenza della persona nella foresta. Questo implica che il capofamiglia abbandoni la casa da solo lasciando sua moglie affidata ai suoi figli. Egli dimorerà nella foresta e condurrà una vita ascetica – ritirato dalle responsabilità del capofamiglia.

d) *Sannyasa* – questo è l'ultimo stadio (quarto stadio), dove l'individuo diventa un vagabondo e diventa un asceta per raggiungere la realizzazione del sé e la salvezza dell'anima.

È importante osservare che la Religione Indù suggerisce esaurientemente come le persone anziane dovrebbero condurre la loro vita in tarda età. Ed è andando fuori, guardando avanti e sforzandosi di realizzare il loro sé e di raggiungere l'ultimo stadio di libertà dalla schiavitù di ogni tipo e la salvezza. Non badando a che cosa o a chi hanno lasciato dietro nel loro precedente stadio di vita, cioè *garhasthya*. Questo è essere completamente distaccato da tutto ciò che è la vita di famiglia.

Posto degli anziani e assistenza degli anziani nell'Induismo

Per capire il luogo e lo spazio che un anziano occupa nella società Indù si deve capire la vita della famiglia Indù, che rappresenta il secondo stadio *Garhasthya*, invece di *Vanaprastha*, che è lo stadio in cui un individuo è considerato anziano e dovrebbe ritirarsi dalla vita attiva.

Estesamente e precisamente *Manusamhita* ha impostato le responsabilità di un capofamiglia (*Garhasthya*). In un certo senso questa scrittura Indù è quasi prescrittiva quando menziona ciò che dovrebbe o non dovrebbe essere fatto in una situazione specifica. Qui il capofamiglia deve eseguire il *Dharma* del capofamiglia. “*Dharma*” è un termine relativo che si riferisce sempre a circostanze speciali. “Questo è giusto e quello è ingiusto” (spiega un antico testo giuridico)⁴. Perciò il capofamiglia deve fare attenzione alle sue azioni e al suo comportamento, altrimenti cadrà preda dell'a-

zione ingiusta le cui conseguenze non saranno né desiderabili né benefiche.

Il culto e lo studio regolare dei Veda, guadagnare il sostentamento con mezzi onesti, generare e far crescere bambini, onorare gli ospiti con un'ospitalità appropriata, rispettare gli anziani e prendersi cura dei genitori e di altri parenti che vivono con lui, sono tra i molti doveri che un capofamiglia deve adempiere. Infatti, in nessuna parte della legge di *Manu* (*Manusamhita*) vi si trova alcuna menzione specifica riguardo l'assistenza dei genitori, eccetto un riferimento a fare doni (“*dana*”) ai genitori. La scrittura dà dei dettagli su chi è una persona idonea a ricevere regali e chi no.

I genitori sono posti come i primi tra di loro, i doni ai genitori

studioso Sanscrito, *Sri Sukhomoy Bhattacharya Sastri Saptatirtha* di *Visva Barati*⁶ accennò che tra tutti gli insegnanti (*Gurus*) i genitori sono considerati superiori e ci si riferisce a loro come “*mahaguru*”. Così come i genitori si rallegrano dei conseguimenti dei figli nella loro vita, così anche il benessere dei figli (“*mangal*”) è assicurato in questa vita e nel mondo di là se servono i genitori con ogni rispetto e umiltà.

Si accenna anche ad altri anziani che vengono considerati come il proprio insegnante, e cioè il fratello(i) più anziano o la sorella(e) più anziana che dovrebbero essere seguiti e custoditi, se sorge la necessità. Il loro benessere è la ricompensa del capofamiglia. I figli che non provvedono ai bisogni quotidiani dei genitori sono dei peccato-



portano a delle ricompense⁵. Questa ricompensa implica anche l'ultima, il passaggio al cielo.

Osservando questo silenzio sull'assistenza ai genitori non si può non concludere che i genitori sono parte integrale della famiglia e perciò dovrebbero essere custoditi e assistiti dal capofamiglia (*Garhasthya*). Pure, se ci riferiamo al poema epico *Mahabharata* troviamo menzione di come nei tempi antichi i genitori e i membri anziani delle estese famiglie dovevano essere custoditi e assistiti dal capofamiglia (volendo dire il figlio/nipote ecc. degli anziani). Con esaurienti dettagli dei doveri di un capofamiglia verso i suoi genitori e gli altri anziani come è scritto nel poema epico *Mahabharata*, il rinomato

ri. È un povero essere umano chi abbandona i suoi genitori senza alcuna ragione. I figli non devono mai ferire la sensibilità dei genitori. Si accenna qui non solo al fratello(i) più anziano, ma anche a sua moglie che dovrebbe essere assistita come la propria madre così come il fratello più anziano dovrebbe essere considerato come il proprio padre.

C'è un altro riferimento riguardo alle sorelle vedove nel *Mahabharata* dallo studioso sopramenzionato. Si deve provvedere alla sorella vedova senza alcun sostegno e si deve anche sorvegliare che sia ben custodita, ovunque viva, dal fratello(i). *Pandava Yudhistira*, la più anziana di cinque fratelli (come è descritto nel *Mahabharata*), si prese

cura non solo di sua madre Kunti nella sua vecchiaia, ma anche di suo zio e di sua zia paterni, Dhritarashtra e Gandhari, come anche di suo prozio Bhishma fino a che tutti scelsero Vanaprastha (dimorare nella foresta).

Finora la discussione con l'accento all'assistenza degli anziani si è focalizzata principalmente sui genitori. Questo a causa del fatto che si dovrebbero assistere i genitori quando diventano anziani. Ovviamente l'assistenza delle persone anziane è diventata oggi un problema perché moltissimi genitori anziani sono senza assistenza e sostegno della famiglia, poiché la famiglia formata dai figli ha abbandonato la famiglia nucleare e ciò influisce su molte sfere vitali, perché diminuisce l'organico numerico della famiglia e i mezzi che mantengono e sostengono la famiglia. Le risorse del potenziale umano, materiale e finanziario essenziali per donare amore e assistenza sono in esaurimento. Molti anziani sono abbandonati dalla loro prole e perfino quando rimangono nell'ambito familiare le risorse della famiglia non sono sufficienti per assistere i genitori anziani adeguatamente. La società si preoccupa pertanto di come provvedere e assistere questi anziani.

Posto dell'anziano nella sfera pubblica

Ora la discussione si dovrebbe riferire al posto dell'anziano nella società, nella pubblica sfera secondo il Dharmasastra Indù. Qui ancora si dovrebbe fare un riferimento al decreto di Manu e Arthasastra Kautilya (Il Ministro Kautilya nel Regno dell'Imperatore Ashoka).

Manusanhita spiega perché il re dovrebbe associarsi con l'anziano che è molto versato nei Veda e nelle Norme Religiose. I versetti Slokas 36, 37 e 38 spiegano: il dovere di un re è servire un tale anziano e seguire il suo consiglio. Un re che si impegna nel servizio di un tale anziano sapiente non può essere danneggiato da alcun nemico ostile. Tuttavia, anche se molto versato nei Sastra e per quanto benevolo per natura possa essere un re, egli si dovrebbe associare con l'anziano sapiente per imparare

l'umiltà e comportarsi con tutta umiltà, perché un umile re non è mai distrutto mentre uno arrogante sì (e ciò significa perdere il proprio impero)⁷. È ovvio che gli anziani, a causa della loro conoscenza e sapienza, sono un grande sostegno per il re, che in cambio dovrebbe servirli con sincerità.

Un re deve guidare i suoi sudditi, il suo comportamento dovrebbe essere un esempio per loro. Avendo cura degli anziani, egli si pone come esempio per gli altri. Perciò, nella tradizione indù agli anziani viene dato un posto rispettabile.

Idee simili si trovano nell'Arthasastra di Kautilya. Il Dr. S.G. Moghe⁸ accenna, "...l'argomento dell'associazione di una persona, particolarmente un re, con il Vrddhas è diventato un soggetto del Kautiliya Arthasastra 1.5.11 e 1.5.16. Kautilya asserisce specificamente che un principe dovrebbe avere un'associazione costante con gli anziani per apprendere la sua istruzione, poiché la sua istruzione ha le sue radici nell'associazione con gli anziani.

È ovvio che le sopramenzionate scritture mettono in evidenza il posto dell'anziano colto, ma tacciono su quegli anziani che non sono dotati di conoscenza e saggezza. Nonostante ciò si può concludere che, erudito o meno, un anziano dovrebbe essere assistito dalla sua famiglia, particolarmente dalla sua prole.

Lo scenario attuale

Sia nei paesi industrializzati sia nei paesi in via di sviluppo, la sensibilità riguardante la popolazione anziana è in crescita. La seguente tavola proietta la popolazione anziana in India secondo il Censimento indiano del 1997.

Tavola. Totale della popolazione anziana in India (in milioni) 1950-2021

Gruppo di età	1951	1991	2001	2021 (proiettato)
60+	20.10	60.50	81.40	177.50
Percentuale del totale della popolazione	5.62	7.31	8.44	14.45

Fonte. Sharma S.P. e Xenos, P. Ageing in India: Informazione e analisi demografica (Basata sui materiali del Censimento, Occasional papers, Census of India, 1997⁹).

L'influenza della religione nel comportamento della società si è indebolita con gli anni e apparentemente le norme religiose che regolano l'interazione quotidiana tra giovani e anziani nell'ambito familiare sono rare, eccetto l'osservanza di alcuni rituali. Tuttavia, malgrado ciò, il ruolo della famiglia per quanto concerne le misure di sicurezza e assistenza agli anziani è stato enfatizzato dalla Politica Nazionale Indiana per l'Invecchiamento. La famiglia è ancora considerata un'istituzione molto importante e tenuta in gran conto in India ed è considerata il posto giusto dell'anziano. Malgrado tutto questo, sarebbe un tradimento della verità se non riconosciamo l'altra realtà e cioè che anche la privazione e l'abuso degli anziani sia nell'ambito familiare sia fuori sono in crescita. Insieme a questo vi è la situazione di un'elevata percentuale di anziani che vivono in aree rurali e che pertanto non hanno uguale accesso ai servizi disponibili nelle piccole e grandi città. La famiglia, d'altra parte, è anche costretta dalle situazioni ad assistere i membri anziani. Le sofferenze economiche della maggioranza delle famiglie sono enormi. In aggiunta a ciò vi è la mancanza di manodopera nell'ambito familiare per assistere gli anziani, poiché sono diminuiti i membri delle famiglie. Nondimeno, la società e lo stato valutano la famiglia come il più favorevole accomodamento di vita per gli anziani.

Le case per gli anziani stanno gradualmente guadagnando terreno nell'assistenza per gli anziani, ma ancora non rappresentano la scelta favorita dalla maggioranza delle famiglie. C'è anche un altro fenomeno che agisce: le famiglie patiscono una disapprovazione sociale o sono giudicate negativa-

mente se falliscono nel tenere gli anziani nell'ambito familiare. Così, quando gli anziani sono ripudiati la famiglia pretende di coprire la verità. Perciò, sia con rispetto e dignità sia senza di esse, la maggioranza degli anziani fa ancora parte delle famiglie nella società indù. Il sostegno che dà lo stato per integrare le risorse della famiglia sta gradualmente crescendo, benché non proporzionalmente o adeguatamente.

Conclusione

La questione dell'assistenza agli anziani, la maggioranza dei quali sviluppa qualche tipo di invalidità o altro quando l'età avanza, turba la società. Tuttavia, le organizzazioni religiose indù non possono non considerare ancora come responsabilità della famiglia l'assistenza degli anziani, la cura dei malati e delle necessarie misure per loro. Sostegni esterni

in termine di provvedimenti per l'assistenza sanitaria (inclusa la cura) e l'assistenza finanziaria alle famiglie in tempi di necessità sono tuttavia benvenuti. Ospedali, cliniche, dispensari caritatevoli ecc. sono aspetti tipici di molte organizzazioni religiose Indù oggi. I malati anziani sono un crescente interesse della società indù e si fa un grande sforzo per soddisfare il loro bisogno nello scenario economico attuale dove da una parte vi è abbondanza di denaro e dall'altra parte vi è mancanza di denaro. In aggiunta a ciò vi è l'indebolimento del tessuto sociale, poiché le famiglie sono limitate in molti modi e quindi non possono assistere gli anziani, particolarmente quelli malati, adeguatamente e come esse lo desidererebbero.

Prof. SUKLA DEB KANANGO
*Dicastero del Lavoro Sociale
Visva Barati, Santiniketan
West Bengal, India*

Note

¹ Bhaskarananda, Swami: *The Essentials of Hinduism*, The Vedantic Society of Western Washington, Washington, 1994, p. 39.

² Bhaduri, Nrisinghprasad: *Ramayana Dharma O Niti* (Codice di Etica in Ramayana) in Bharatiyo Dharmaniti, ed. Da Amita Chatterjee, Allied Publishers, Calcutta, 1998, p. 96.

³ Michaels Axel: *Hinduism: Past and Present*, Orient Longman, 2004, p. 15-16.

⁴ Apastamba dharmasutra 1.20.6 citato in Axel Michael's *Hinduism: Past and Present*, Orient Longman, New Delhi, 2004, p. 16.

⁵ Kane, Pandurang Vaman: *History of Dharmasastra* (Ancient and Mediaeval Religions and Civil Law, Charter XXV (Dane-Subjects of gift), Pubblicato da Bhandarkar Oriental Research Institute, Poona, 1941, p. 845.

⁶ Bhattacharya Sastri Saptatirtha, Sukhomoy: *Paribarik Vyabhar* (comportamento nella casa e nella famiglia) in *Mahabharater Samaj* (La Società nel tempo di Mahabharat) pubblicato da Visva Bharati, Santiniketan, 1946, p. 186-89.

⁷ Tarkaratna Srijukta Panchanan (ed.): *Manusamhita*, Sanskrit Pustak Bhandar, Calcutta 1993, Capitolo VII, p. 171.

⁸ Moghe, Dr. SG: *Importance of Vrddha-Samyoga in Some Aspects of the Studies of Dharmasastra*, Bharatiya Kala Prakashan, Delhi, 2003, p. 55.

⁹ Koplan, Mathew, Chadba NK: *Intergenerational programmes and practices: A Conceptual Framework and an India Context in Studies in Gerontology: International Perspectives*, ed. Da K.L. Sharma Ravat Publications, Jaipur, India, 2007, p. 1.



CHENG CHEN-HUANG

3.4 Il Nirvana come massima forma di cura: la prospettiva buddista per l’assistenza e la cura degli anziani

1. La malattia come una delle otto sofferenze fondamentali della vita

Il Buddha Sakyamuni, fondatore del Buddismo, è considerato il Grande Re della Medicina. Egli Buddha disse ai suoi discepoli che prendersi cura delle persone malate equivale a prendersi cura del Buddha stesso. Nel Buddismo ci sono tre grandi gioielli: il *Buddha* come medico, il *Dharma* come medicina e la *sangha* come infermiere. Esiste persino un testo al riguardo, che si chiama “*Sutra of Buddha’s Medical Science*” (La scienza medica del Buddha). Da ciò, si potrebbe arguire che il Buddismo è la religione della scienza medica, sebbene la sua preoccupazione principale sia la terapia per i disturbi psicologici che sono le cause principali delle malattie fisiche.

Nel suo primo discorso di insegnamento, dopo aver raggiunto l’illuminazione, il Buddha dichiarò le Quattro Nobili Verità. In effetti, i suoi insegnamenti non sono altro che la diagnosi e la cura delle sofferenze o delle malattie nella vita dell’uomo.

Nella prima nobile verità sulle sofferenze della vita, il Buddha asseriva che le sofferenze sono inevitabilmente insite nella vita di ogni essere umano. Esse sono comunemente otto: nascita, vecchiaia, malattia, morte, separazione da chi o da ciò che si ama, contatto con chi o con ciò che non si ama, incapacità di ottenere ciò che si cerca, e squilibrio psico-fisico.

Per la seconda nobile verità sulle sofferenze, il Buddha osservò che le principali cause della sofferenze sono l’ignoranza e il karma, cioè l’azione, la parola e il pensiero.

Nel caso della terza nobile ve-

rità, il Buddha segnalò come obiettivo finale il Nirvana.

Nella quarta nobile verità, il Buddha specificò il percorso da intraprendere per emanciparsi dalla sofferenza esistenziale (il Nobile Ottuplice Sentiero): il retto intendimento, la retta risoluzione, la retta parola, la retta azione, la retta condotta di vita, il retto sforzo, la retta consapevolezza, la retta pratica della meditazione.

Se applichiamo la formula delle quattro nobili verità alla medicina, possiamo elaborare la seguente tabella:

Quattro Nobili Verità	Medicina
Nobile Verità della sofferenza	Diagnosi dei sintomi
Nobile Verità della cause della sofferenza	Ricerca della causa della malattia
Nobile Verità della cessazione della sofferenza	Stato di salute ideale
Nobile Verità della via che porta alla cessazione della sofferenza	Terapia

Il Buddha, sebbene fosse un essere illuminato, aveva molti meno fastidi e malattie nel suo corpo rispetto agli altri, ma non poteva assolutamente liberarsene. Se i componenti del corpo sono privi di equilibrio, la malattia certamente si presenterà.

2. Caratteristiche dell’assistenza medica buddista

Un bodhisattva è un essere che cerca di raggiungere la completa illuminazione attraverso i benefici che riceve aiutando gli altri. L’obiettivo della scienza medica buddista è trasformare la vita dei pazienti in quella del bodhisattva.

Per aiutare gli altri, un bodhi-

sattva dovrebbe emettere quattro grandi voti: 1. Gli esseri sono innumerevoli, voto di aiutare tutti. 2. Le brame sono inesauribili, voto di estirparle tutte. 3. Il Dharma è infinito, voto di apprenderlo. 4. La via del Buddha è suprema, voto di realizzarla.

Nella scienza medica buddista, per curare una malattia un professionista sanitario, indipendentemente dal fatto che possa essere medico, infermiere o farmacista, non dovrebbe soltanto fare ogni sforzo, ma dovrebbe altresì incoraggiare il paziente ad adoperarsi

in modo positivo. Un medico dovrebbe agire come un bodhisattva e chiedere al proprio paziente di sviluppare l’ambizione di un bodhisattva.

Attraverso l’interazione con il paziente, il professionista sanitario non soltanto fornisce trattamento medico e supporto psicologico ai pazienti, ma riceve da loro conoscenza e saggezza. Questo è esattamente il processo di crescita di un bodhisattva, quello cioè di dare ciò che ha agli esseri viventi e ricevere da essi, nella reciprocità, ciò che possa servirgli per accrescere la saggezza e la compassione.

Viceversa, un paziente non è soltanto colui che riceve un trattamento medico e un sostegno psicologico, ma chi permette il verifi-

carsi dei fenomeni della vita e dei test medici.

L'operatore sanitario professionale e il paziente sono partner insostituibili, che tendono a trasformare la vita in modo intenzionale o meno. Ciò corrisponde al rapporto tra un bodhisattva e gli esseri umani.

La tabella seguente ci dà l'esempio di un professionista sanitario come bodhisattva e il proprio paziente come rappresentante di tutti gli esseri umani:

	Un professionista sanitario come bodhisattva con i suoi pazienti come esseri umani
1° voto	Dare il miglior trattamento medico ai pazienti indipendentemente dal loro background.
2° voto	Trattare tutte le malattie del paziente, indipendentemente dal fatto che possano essere gravi o meno.
3° voto	Conoscere bene la scienza medica, il dharma del Buddha, e avere altre conoscenze.
4° voto	Essere perfetto in saggezza e compassione.

Dall'altro canto, anche il paziente può sostenere il ruolo del bodhisattva e trattare tutti gli operatori sanitari e quanti lo circondano come esseri umani.

	Un paziente come bodhisattva con gli operatori sanitari come esseri umani
1° voto	Mostrare compassione, rispetto, gratitudine, tolleranza e diligenza.
2° voto	Far cessare i pensieri fastidiosi, incompetenti e insani relativi alla malattia.
3° voto	Apprendere la scienza medica, l'igiene, informarsi sulla salute ecc.
4° voto	Essere una persona sana e un bodhisattva.

3. La terapia buddista

La terapia buddista tende a derivare dalla fondazione dell'universo attraverso la moderazione del ritmo di vita individuale, che va dall'assunzione di medicinali al computo dei respiri, alla regolazione della respirazione e dall'essere attento a integrarsi con la vita dell'universo.

Il Maestro Chih Yi (538-597) ha spiegato il rapporto tra la causa delle malattie e la terapia nel suo libro *"Great Concentration and Insight Meditations"*, in cui afferma: "Se la malattia è causata da un'azione fisica, dal lavoro, dal cibo o dalle bevande, può essere curata assumendo dei medicinali. Se la malattia è causata da una seduta di meditazione non appropriata,

può essere curata non assumendo medicinali, ma riprendendo la meditazione e regolando la respirazione. Se la malattia è causata da spiriti o demoni, può essere curata soltanto con una contemplazione profonda e un grande mantra. Se la malattia è causata dal karma, può essere curata solo con la contemplazione interiore e il pentimento esteriore. Ci sono tipi diversi di terapia, che bisognerebbe conoscere bene. Non si dovrebbe tenere in mano un coltello e ferirsi".

Nel Buddismo, tutti i cibi sono considerati dei medicinali. Le medicine che si ottengono in erboristeria sono usate solo quando i cibi e le bevande sono assunti in modo

improprio. Le medicine sono importanti. Tuttavia, oltre a esse, sono evidenziate anche altre pratiche, come la meditazione e la concentrazione, la meditazione interiore, la regolazione della respirazione, la contemplazione ecc. Ovviamente, nella scienza medica buddista, una mente non equilibrata è considerata la principale causa della malattia. La mente sana è la chiave per la salute fisica. La pratica del dharma del Buddha porta a ottenere una mente sana e alla fine il Nirvana o Busshahood.

4. I venticinque passi

Il Maestro Chih Yi, nei suoi libri *"Great Concentration and Insight*

Meditations" e *"Small Concentration and Insight Meditations"*, ha elencato 25 passi di meditazione, che possono essere considerati come la terapia buddista, e che dovrebbero essere praticati dagli stessi pazienti, mentre gli operatori sanitari hanno solo un ruolo consultivo.

Adempiere a cinque condizioni per proteggere le persone: 1) Osservare i precetti in modo puro per vivere una vita normale; 2) Preparare gli abiti e il cibo necessari con gratitudine; 3) Vivere in ambienti calmi; 4) Tenersi lontani dalle cose secolari; 5) Apprendere da insegnanti virtuosi e sapienti.

Liberarsi da cinque desideri, per poter creare condivisioni pacifiche di vita: 6) Liberarsi dal desiderio di oggetti visibili; 7) Liberarsi dal desiderio di suoni; 8) Liberarsi dal desiderio di odori; 9) Liberarsi dal desiderio di sapori; 10) Liberarsi dal desiderio di sensazioni tattili.

Superare i cinque impedimenti, per poter sconfiggere i tormenti che scaturiscono dalle profondità della mente: 11) eliminare il desiderio sensoriale; 12) eliminare la malevolenza; 13) eliminare la pigrizia e il torpore; 14) eliminare l'inquietudine; 15) eliminare il dubbio nei confronti degli altri, degli insegnanti e della verità, cioè della scienza medica.

Moderare cinque cose, per poter moderare il ritmo totale della vita: 16) Moderare i cibi e le bevande; 17) Moderare il sonno; 18) Moderare il corpo; 19) Moderare la respirazione; 20) Moderare la mente.

Sviluppare cinque virtù: 21) Avere un forte desiderio di fare le cose; 22) Sforzarsi, 23) Curare; 24) Esercitare l'intelligenza; 25) Concentrazione.

5. La compassione e la saggezza: antidoti alla malattia karmica

Secondo il Buddismo, ci sono tre strade per liberare la vita degli esseri umani dalle sofferenze: precetti, meditazione e saggezza. I precetti possono liberare le persone dal fare il male e di conseguenza dalle sofferenze. La meditazione può liberarle dai tormenti psicologici e perciò permettere loro di raggiungere la felicità. La saggezza può liberare le persone dalle vacil-

lazioni della mente, e così raggiungere la pace spirituale eterna. Il Nirvana significa la pace eterna e la perfetta libertà dalle sofferenze.

Dopo aver raggiunto il nirvana, la persona può fare un ulteriore passo per aiutare gli altri a liberarsi dalle sofferenze. Questo è il sentimento virtuoso chiamato compassione, l'empatia di sentirsi in accordo con gli altri. Tutti nutrono la stessa speranza di raggiungere pace e di non patire sofferenze. È qui che un bodhisattva interviene. Dalla saggezza di conoscere l'inscindibilità di tutti e avere la mente illuminata per aiutare gli altri, il bodhisattva sviluppa un amore incondizionato e compassionevole,

adoperandosi per gli esseri umani. Tutti gli esseri sono soggetti alle esperienze del passato, immerse nella mente, la malattia karmica, per usare il termine buddista. La compassione e la saggezza sono gli antidoti alla malattia karmica, e perciò costituiscono i prerequisiti per raggiungere il Nirvana.

6. Il nirvana: la cura suprema

La malattia fisica e la morte sono inevitabili per tutti. Ma la malattia psicologica può essere curata alla fine attraverso la pratica, e certamente non ci sarà nessuna morte laddove non vi è nessuna nascita.

Il Nirvana è l'unica risposta nel Buddhismo.

Il Nirvana non è nichilismo, ma la completa cessazione delle sofferenze, che dipendono dall'eterna pace della mente. Quando una persona si ammala, si dovrebbero analizzare le cause della malattia e trattarle adeguatamente con la migliore cura medica. Tuttavia, la cura suprema è il nirvana. Quando una persona ha la mente vuota, allora accetterà tutte le condizioni, incurante della malattia e persino della morte.

Prof. CHENG, CHEN-HUANG
*Presidente dell'Associazione Amala,
Taiwan*



JÁN ĎAČOK

3.5 Punto di vista della postmodernità

Introduzione

Nelle Conferenze Internazionali, dedicate alle cure palliative (2004), alla genetica (2005) e alle malattie infettive (2006), organizzate dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, abbiamo già avuto la possibilità di presentare brevemente il fenomeno complesso della postmodernità. In questa relazione ci limiteremo solo a un'estrema sintesi della postmodernità. La visione postmoderna della vita umana viene intesa come quella utilitarista, pragmatica, contrattualista, nichilista e cinica. Il valore della vita umana viene offuscato e relativizzato. Come sappiamo, il dolore, la sofferanza, la fase terminale, il morire e la morte fanno parte della vita umana normale. La postmodernità, però, non riconosce alcun senso al dolore, alla sofferanza, alla fase terminale, al morire e alla morte, che accompagnano anche le malattie degli anziani. La postmodernità, invece, davanti a queste realtà, rifugge nel suicidio assistito, nel suicidio e nell'eutanasia.

Questa relazione mira alla descrizione delle posizioni concrete al riguardo dei malati anziani. Cercheremo di presentare la visione postmoderna tramite le posizioni di due rappresentanti principali della bioetica postmoderna: Hugo Tristram Engelhardt, Jr. (1941) filosofo americano di origine tedesca, e Peter Singer (1946), filosofo australiano.

H.T. Engelhardt

Egli offre una prospettiva chiara dell'importanza della bioetica¹ per il futuro. Molto interessante è la sua visione che riguarda la missione dei bioeticisti come "preti secolari"² della nostra cultura. Invece, alcuni operatori sanitari, precisa-

mente quelli postmoderni, ricevono da lui una designazione specifica: li chiama "cosmopoliti" e li definisce come "gli uomini e le donne che possono vivere in pace e procurare cure sanitarie in questo mondo senza conflitti morali fondamentali. Loro sono la realizzazione contemporanea del 'Superuomo' di Nietzsche. Loro possono guardare la distruzione delle tradizioni vecchie e prosperare nell'area sottile dei tempi postmoderni"³. Che cosa si prevede per il futuro, secondo l'ottica di questo Autore? Engelhardt, considerando l'invecchiamento della popolazione delle società occidentali, propone una risposta sintetica e "profetica":

"In futuro [...] aumenterà sempre di più il rischio non solo di dover sopportare le debolezze tipiche della vecchiaia, ma anche di passare mesi, se non anni interi, in istituti che assicurino un'assistenza infermieristica completa. Questo rischio può essere evitato solo consentendo agli individui di disporre di essere uccisi in modo indolore, nel caso in cui si trovino in certe situazioni. Questa possibilità consentirà loro di esorcizzare il timore di diventare così vecchi da vedersi costretti a vivere in un modo indecoroso per se stessi ed estremamente oneroso per gli altri. Una politica simile rimuoverebbe queste paure e libererebbe risorse da devolvere alla tutela della salute e all'aumento dei piaceri della vita, quando ancora si può viverla in modo pienamente gratificante"⁴.

Questa posizione conferma che l'uomo postmoderno prova paura davanti alla vecchiaia, alla sofferanza e alla morte. Di fronte a pressioni così forti, egli cerca, e cercherà sicuramente anche in futuro, di sfuggire e tenderà verso "soluzioni migliori": il suicidio, il suicidio assistito e l'eutanasia. Secondo Engelhardt, le soluzioni ac-

cennate sono le opzioni che moralmente possono essere accettate nella stessa misura della diagnosi prenatale e dell'aborto volontario. Non c'è da meravigliarsi, perché fuori del contesto di una morale sostanziale non è possibile valutare queste scelte come moralmente sbagliate⁵.



Nella sua argomentazione egli arriva però a una posizione estremamente utilitarista e disumana quando afferma:

"Se il suicidio e l'uccisione di un'altra persona su sua richiesta violino il principio di beneficenza dipende dalla gerarchia di mali e di beni a cui si fa appello. Quando l'individuo da uccidere è in preda a dolori insopportabili, un'argomentazione laica che faccia leva sulla beneficenza potrebbe presentare l'atto inteso ad affrettare la sua morte come una scelta moralmente lodevole, se non obbligatoria. [...] Un cittadino molto patriottico affetto da una malattia terminale debilitante potrebbe suicidarsi allo scopo di non pesare ulteriormente

sul sistema sanitario pubblico. Astenersi dal lasciare istruzioni agli altri circa il livello di trattamento che si desidera, qualora si fosse colpiti da demenza grave e irreversibile, potrebbe rappresentare una forma di negligenza morale e sociale, giacché tale omissione espone famiglia e società a forme di trattamento che non si sarebbero volute. Coloro che non giudicano immorale l'uccisione in sé potrebbero addirittura considerare loro dovere disporre in anticipo che, in presenza di certe circostanze, si provveda a ucciderli⁷⁶.



Engelhardt, infine, arriva con proposte veramente originali che riguardano la religione, i cristiani e anche la teologia morale. L'ethos liberale cosmopolitico, in nome dell'autodeterminazione, invita sia alla rottura con il passato cristiano tradizionale sia all'accettazione del suicidio e dell'eutanasia. Questa cultura secolare, che è neo-pagana e anche post-cristiana, invita la religione al riorientamento degli obblighi imposti ai propri membri. "La religione dovrebbe aiutare gli operatori sanitari e i familiari ad accettare le scelte dei pazienti decise per il suicidio assistito e l'eutanasia attiva volontaria". I cristiani, poiché amano i loro vicini, sempre secondo Engelhardt "dovrebbero incoraggiare le scelte riguardanti la morte che protegge valori, libertà e dignità dei loro vicini". Egli fa una proposta anche per la

teologia morale contemporanea, la quale dovrebbe riconoscere che "il suicidio assistito e l'eutanasia volontaria attiva possono essere accettati per i motivi della dignità e dell'amore". E infine, lo stesso compito si aspetterebbe anche da parte del cristianesimo post-tradizionale⁷⁷.

P. Singer

Egli, nelle sue visioni, sicuramente non è molto lontano. In una di loro profetizza:

"Negli Stati Uniti, dove l'accento cade sempre sui diritti individuali, [...] un cambiamento verrà probabilmente, com'è accaduto nell'Oregon, più come riconoscimento del diritto al suicidio assistito, piuttosto che come legalizzazione dell'eutanasia volontaria attiva. Ma la cosa più certa è che, entro il prossimo decennio, e forse anche prima, i cittadini di diversi paesi, sull'esempio degli olandesi, riusciranno a conquistare il diritto di controllare la propria morte"⁷⁸.

Un'altra visione singeriana, nella sua logica fredda, conscia dell'adesione di non pochi e provocatoria, suona così:

"Quando il diritto dei pazienti di decidere come morire sarà riconosciuto in altri paesi, alla stregua di quanto già avviene in Olanda e nell'Oregon, la tradizione ippocratica subirà un'ulteriore trasformazione analoga a quella già verificatasi nel caso dell'aborto. Gradualmente impareremo a pensare che, nel caso di malati terminali o incurabili, un corretto esercizio della professione medica comprende anche la pratica dell'eutanasia, qualora il paziente avanzi una richiesta libera e bene informata in questo senso. Ma siamo proprio certi che il cambiamento si limiterà a questo?"⁷⁹.

Come si potrebbe arrivare alla legalizzazione di tali pratiche per poter "soddisfare il proprio desiderio di controllare la morte"? Singer ha già preparato una risposta: "Se il diritto al suicidio assistito non verrà dai tribunali e dai parlamenti, nei paesi che consentono agli elettori di esprimersi direttamente sulle questioni potrà venire grazie ai referendum"⁸⁰. In altre parole, per soddisfare tale deside-

rio è necessaria un'"etica nuova" con i "comandamenti nuovi", perché l'etica tradizionale non lo otterrà mai. Nel suo nuovo approccio morale alla vita umana e alla morte egli ripropone i "cinque comandamenti nuovi", che chiaramente si oppongono ai quelli "antichi"⁸¹. Questo approccio dovrebbe esprimere il suo "ripensamento" dell'etica tradizionale e il suo "riscrivere" la nuova prospettiva etica.

Singer, come ateo e non-cognitivista, sviluppa la sua bioetica come casistica drammatizzante o rivoluzionaria. Dai casi singoli, quest'ultima trae indebitamente conclusioni generali che vanno contro la dignità umana e contro la morale cattolica che viene intitolata come già "vecchia" o che "non serve più". Egli invita a "riscrivere i comandamenti" ed è convinto che per questo secolo la sua etica nuova ci servirà come guida per le decisioni che riguardano la vita e la morte.

Conclusione

In breve, tali visioni non lasciano dubbi sul fatto che l'etica di Engelhardt e Singer mostri profonda sfiducia nella dignità dell'uomo secondo la tradizione classica e cristiana. Nel loro contesto non rimane alcuno spazio per l'uomo vecchio, malato, handicappato o quello che potrebbe nascere meno maturo. Non si lasciano loro altre scelte: come essere accettati e integrati realmente, pur riducendo le risorse dei sani e giovani. Li si convince della loro inferiorità. La visione dell'uomo come creato a "immagine e somiglianza di Dio" (*Gen* 1,26) si è perduta e con essa si è perso anche il senso della dignità assoluta di ogni uomo, in modo particolare di quello anziano e malato.

Per le posizioni di Engelhardt e Singer "Dio è morto" nel senso che è silenzioso, inaccessibile, inattivo o, anche se è percepito, viene rifiutato. Questo approccio alla bioetica non è ontologicamente fondato, non riconosce alcuna gerarchia ontologica di valori, alcuna teoria del bene intersoggettivo e alcuna visione comunitaria dell'agire morale. Di conseguenza,

la loro bioetica è di fatto senza contenuti morali e come tale assume il disorientamento morale della società contemporanea, anzi lo approfondisce.

Per la bioetica di Singer ed Engelhardt la vita come tale non ha alcun senso. Il valore della vita umana è relativo, offuscato, senza riconoscimento della gradualità e delle differenze ontologiche e assiologiche. Lo statuto della persona umana viene riconosciuto solo agli individui autocoscienti e che possono esprimere la loro volontà.

Quale potrebbe essere la nostra risposta al riguardo delle tendenze postmoderne?¹² In sintesi, accettare la vita vuol dire accettare anche l'anzianità con le sue malattie e anche la morte. Avere paura di vivere, nel senso evangelico, vuol dire avere anche paura di morire. Chi scopre la bellezza e la grandezza già di

questa vita con Cristo abbraccerà di più anche la vita promessa che, però, passa tramite le malattie, il dolore, la sofferenza, l'anzianità e la propria morte (Cfr. Gv 11,25). Queste ultime sono connesse con il mistero dell'uomo. Solo in Cristo, che è "la luce vera" (Gv 1,9), si può trovare la sorgente della luce che illumina il mistero dell'uomo in ogni periodo della sua vita.

P. JÁN ĎAČOK SJ

*Docente di Teologia Morale ed Etica,
Facoltà Teologica dell'Università
di Trnava, Bratislava, Slovacchia,
Provinciale della
Compagnia di Gesù nella Slovacchia*

Note

¹ ENGELHARDT H.T., *Bioethics and Secular Humanism. The Search for a Common Morality*, Philadelphia, London 1991, p. XV.

² ENGELHARDT H.T., "Bioethics in the Third Millennium: Some Critical Anticipations", in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, N. 3, 1999, pp. 235-236.

³ ENGELHARDT H.T., *Bioethics and Secular Humanism*, p. 39.

⁴ ENGELHARDT H.T., *Manuale di bioetica*, Milano 1999², p. 384.

⁵ Cfr. ENGELHARDT H.T., *Manuale di bioetica*, pp. 382-383.

⁶ ENGELHARDT H.T., *Manuale di bioetica*, pp. 381-382.

⁷ Cfr. ENGELHARDT H.T., *The Foundations of Christian Bioethics*, Lisse – Abingdon – Exton (PA) – Tokyo 2000, p. 312.

⁸ SINGER P., *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, Milano 1996, pp. 163-164. Per lo sviluppo della legislazione dell'eutanasia in Australia cfr. Id., "The Legalisation of Voluntary Euthanasia in the Northern Territory", in *Bioethics*, No. 5, 1995, pp. 419-424.

⁹ SINGER P., *Ripensare la vita*, p. 156.

¹⁰ SINGER P., *Ripensare la vita*, pp. 154-156.

¹¹ Per la presentazione sintetica dei comandamenti sia "antichi" sia "nuovi" si veda: SINGER P., *Ripensare la vita*, pp. 193-208.

¹² Per una visione più ampia si veda: ĎAČOK J., *La postmodernità nel dibattito bioetico. Il caso delle questioni di fine vita*, Trnava (Slovacchia), 2007.



Terza Sessione

Cosa fare?

1. Pastorale nella cura dei malati anziani dal punto di vista religioso

SERGIO PINTOR

1.1 Anziani malati: formazione e maturità nella fede

Il tema, nel contesto delle diverse riflessioni del Congresso, vuole interrogarci sul compito proprio di una catechesi e di un'educazione alla fede per una più adeguata cura delle persone anziane in condizione di malattia e per un accompagnamento in una fede più matura.

È subito evidente che non si può parlare in modo generico di anziani malati.

Esistono e si incontrano, infatti, anziani:

a) in condizioni di malattia quanto mai diversificate (malattie croniche dovute all'età o a sopraggiunte patologie, malattie invalidanti fisiche o mentali che rendono gli anziani non più autosufficienti, malattie temporanee ecc.);

b) e in condizioni religiose, culturali, familiari e sociali assai diverse.

Così come va tenuta presente la diversità dei "luoghi" in cui viene a trovarsi l'anziano malato: in casa con familiari o in casa da solo, in una struttura di ricovero o accoglienza, in un ospedale o in una lunga degenza.

Senza dimenticare che ciascun anziano malato vive la sua condizione in modo sempre singolare e

può avere un'esperienza di fede più o meno sviluppata, e perfino inesistente (e, quindi, bisognosa di un primo annuncio).

Di conseguenza, la catechesi e l'educazione nella fede degli anziani malati dovrà essere pensata e attuata tenendo presenti queste diverse situazioni concrete.

Sembra tuttavia opportuno pensare e attuare una catechesi e un'educazione nella fede per una cura migliore degli anziani malati secondo due direttrici complementari:

a) un'educazione avente come destinatari diretti e immediati gli stessi anziani, attraverso forme di catechesi prevalentemente occasionali o in situazione, garantendo sempre un'essenziale organicità del messaggio, che aiuti la persona anziana a illuminare con la fede e aprire alla speranza cristiana la propria realtà di vita;

b) un'educazione alla fede, in qualche modo più sistematica, riferita alle persone che sono chiamate a prendersi cura degli anziani malati e alle stesse comunità cristiane perché siano preparate a farsi carico di un accompagnamento di fede degli anziani malati.

1. La persona anziana, specie se in condizione di malattia, ha bisogno di un'educazione e di un sostegno necessario nella fede

È necessario partire dalla convinzione che ogni persona in qualsiasi età e situazione ha bisogno di un'educazione nella fede; anzi ne ha diritto.

Infatti *"ogni età dell'uomo ha il suo proprio significato in se stessa e la sua propria funzione per il raggiungimento della maturità"*¹.

Anzi, la necessità di un'educazione nella fede appare particolarmente motivata nelle situazioni di vita spesso decisive per le sorti della propria fede, quale può essere la situazione in cui si è chiamati a comprendere e a vivere con senso cristiano condizioni di sofferenza, di malattia e di vecchiaia².

2. Alcune attenzioni e caratteristiche di una catechesi ed educazione nella fede degli anziani malati

Una prima e fondamentale attenzione è quella di tenere presen-

te l'esperienza di fede vissuta di fatto dall'anziano malato.

Infatti, *“l'anziano può essere giunto alla sua età con una fede solida e ricca: allora la catechesi porta in un certo modo a pienezza il cammino compiuto in atteggiamento di ringraziamento e di attesa fiduciosa; altri vivono una fede più o meno oscurata e una debole pratica cristiana: allora la catechesi diventa momento di nuova luce ed esperienza religiosa; talora l'anziano giunge ai suoi giorni con ferite profonde nell'anima e nel corpo: la catechesi lo aiuta a vivere la sua situazione, nell'atteggiamento dell'invocazione, del perdono, della pace interiore»*³.

In ogni caso si possono richiamare alcune attenzioni e caratteristiche di un'educazione alla fede o catechesi rivolta a persone anziane in condizione di malattia:

a. Una catechesi o educazione nella fede incarnata nella situazione e condizione della persona anziana malata

È necessario mettersi anzitutto in ascolto delle sue domande e interpretare i suoi stati d'animo per individuare i contenuti di fede che si vogliono comunicare e i linguaggi più rispondenti per comunicarli.

b. Una catechesi o educazione nella fede per una visione cristiana della vita

La preparazione e l'attesa per l'incontro definitivo con il Signore non devono passare per la paura della morte, ma per un amore intenso alla vita⁴.

La persona anziana malata è interpellata e messa alla prova due volte sul senso stesso della vita: dall'età anziana con il suo progressivo decadimento biologico e dalla malattia.

In questa situazione è facile “voltarsi indietro” solamente, sentirsi inutili e di peso, non cogliere il dono e il senso della vita nella realtà che sta sperimentando.

Eppure, Giovanni Paolo II nell'Enciclica “*Evangelium vitae*” sottolineava la necessità di annunciare e di celebrare il Vangelo della vita in ogni situazione, con lo sguardo di chi sa vedere nella vita

un dono sempre nuovo e in ogni persona l'immagine vivente del Dio della vita.

*“Questo sguardo – si legge nell'enciclica – non si arrende sfiduciato di fronte a chi è nella malattia, nella sofferenza, nella marginalità e alle soglie della morte; ma da tutte queste situazioni si lascia interpellare per andare alla ricerca di un senso e, proprio in queste circostanze, si apre a ritrovare nel volto di ogni persona un appello al confronto, al dialogo, alla solidarietà”*⁵.

Gli anziani malati devono essere aiutati a riconoscere e ad accoglie-

aprono alla speranza che non delude (Cfr. *Rm* 5, 5) e può consentire di vivere l'età anziana, anche se segnata dalla malattia, come un dono e come una missione⁶.

d. Una catechesi o educazione nella fede sul sacramento del Battesimo

È importante risvegliare nell'anziano malato il dono del sacramento del Battesimo, come immersione nel mistero della Pasqua di Gesù Cristo e partecipazione della sua vita nuova, e come fondamento della propria dignità di figli



re la vita come dono sempre nuovo e come mistero di amore nella situazione che essi vivono.

c. Una catechesi o educazione nella fede sul significato dell'età anziana, anche quando è segnata dalla malattia

Si può affermare che l'età anziana cresce con noi nelle diverse condizioni di vita: può essere quindi preparata, aiutata, accompagnata per comprenderne il senso e il valore sia sul piano umano sia sul piano della fede.

È necessario, per questo, aiutare la persona anziana malata a collocarsi in un disegno di Dio che è amore, vivendo la propria condizione come una tappa di un cammino attraverso il quale il Signore ci conduce all'incontro definitivo con lui.

Solo la luce e la forza della fede

amati in ogni situazione e per sempre da Dio.

È a partire dalla consapevolezza della rinascita battesimale che l'anziano malato può essere meglio aiutato a trovare il senso del proprio presente e del proprio futuro.

La speranza affonda infatti le sue radici nella fede in questa presenza dello Spirito di Dio, “colui che ha risuscitato Gesù Cristo dai morti” e darà la vita anche ai nostri corpi mortali (Cfr. *Gv* 3,6).

e. Una catechesi o educazione nella fede sulla malattia e sulla sofferenza

È fondamentale aiutare l'anziano/a a vivere la prova della propria malattia e della sofferenza nella certezza che Dio è in comunione con lui.

Come Gesù nel momento della prova si è abbandonato con fiducia

totalmente al Padre, così anche l'anziano deve essere guidato a vivere e a testimoniare la sua fede in un totale affidamento all'amore del Padre.

Ma questo richiede una catechesi, accompagnata dai segni di vicinanza e di cura amorevole che una comunità cristiana è chiamata a dare.

Nell'attenzione ai più deboli, ai sofferenti e ai non autosufficienti la comunità cristiana mostra in modo autentico la propria maternità.

Anche il dolore e la sofferenza hanno un senso e un valore quando sono vissuti in stretta unione con l'amore ricevuto e donato, in piena comunione con Cristo⁷.

Di particolare importanza appare, quindi, una catechesi che sappia comunicare come anche gli eventi negativi e l'esperienza dei limiti umani della vita sono realtà "redenta" dal Cristo e da lui stesso assunta come strumento di redenzione e di salvezza, sostenuto da un amore sconfinato.



f. *Una catechesi o educazione nella fede nel segno della consolazione*

La persona anziana malata deve essere aiutata a riconoscere, incontrare e accogliere nella fede la rivelazione del Dio consolatore attraverso l'annuncio della Parola accompagnata dai segni sacramenta-

li e dalla testimonianza della vicinanza amorevole.

La categoria del Dio consolatore, infatti, attraversa tutta la Rivelazione dal Primo al Nuovo Testamento e caratterizza in realtà tutta la missione salvifica del Messia (Cfr. Is 61,1-3; Lc 4,16ss.).

Si tratta di un annuncio di fede particolarmente importante per favorire nell'anziano malato una più adeguata riscoperta del volto e del mistero di Dio nelle situazioni che egli vive.

Una catechesi sulla consolazione non può quindi consistere in una semplice esortazione o in un annuncio freddo, ma deve condurre a scoprire e a sperimentare che colui che consola è Dio stesso, attraverso il suo Figlio Gesù Cristo e lo Spirito consolatore.

La "consolazione" è un dono reale di Dio, è dono dello Spirito Paraclito che abita in noi.

Per questo sarà importante educare l'anziano malato alla preghiera e all'invocazione, nella consapevolezza che la consolazione deve sempre condurre all'incontro e al dialogo con Dio.

g. *Una catechesi o educazione nella fede come apertura alla speranza*

Un'educazione nella fede della persona malata deve illuminare il camminare verso l'incontro definitivo e beatificante con Dio, nel segno della consolazione e della speranza.

A partire dalla certezza battesimale di essere già figli amati, è necessario educare all'affidamento totale, per quello che siamo chiamati a divenire (Cfr. 1Gv 3,1-2), al Dio dell'amore e della vita, fedele alle sue promesse.

*"Del resto perfino la morte è tutt'altro che un'avventura senza speranza: è la porta dell'esistenza che si spalanca sull'eternità e, per quanti la vivono in Cristo, è esperienza di partecipazione al suo mistero di morte e di risurrezione"*⁸.

Educare alla speranza cristiana significa aiutare l'anziano malato a crescere "nell'attesa fiduciosa della benedizione divina e della visione beata di Dio" (CCC, 2090; Cfr. anche 1042-1050), quando Dio stesso *"tergerà ogni lacrima dai loro occhi; non ci sarà più la mor-*

te, né lutto, né lamento, né affanno perché di cose di prima sono passate" (Ap 21,4).

3. **La comunità cristiana: soggetto dell'educazione nella fede della persona anziana malata**

Soggetto responsabile di un'educazione e di un accompagnamento nella fede dell'anziano malato è la comunità cristiana, con tutta la sua azione pastorale e, in particolare, con la sua azione nell'ambito del servizio della Parola e della cura integrale della salute.

Questo richiede il costante impegno di edificarsi come comunità cristiane "risanate" per "risanare", comunità raggiunte dalla "parola di consolazione" per comunicarla a tutti nella loro condizione di vita.

Ne deriva la necessità che nella trasmissione della fede – nelle sue diverse forme e linguaggi (insegnamento, catechesi, incontri di riflessione e di spiritualità, predicazione...) – sia sviluppata, da una parte, l'attenzione e la responsabilità nei confronti degli anziani malati per una loro cura integrale che comprenda un accompagnamento nella fede; dall'altra parte è importante che nei diversi percorsi di catechesi siano integrate, all'interno di un'educazione alla vita di fede, le diverse tematiche evocate per un sostegno nella fede degli anziani malati.

E questo, sia per sensibilizzare e preparare le persone a sapersi prendere cura dell'anziano malato, sia perché esse stesse, nelle diverse età, siano aiutate a maturare una fede aperta alle situazioni future.

In particolare, sembra necessario da parte di una riflessione teologico-pastorale e da parte delle nostre comunità cristiane studiare e individuare:

- le condizioni previe per un più efficace accompagnamento nella fede dell'anziano malato, nei differenti ambienti, luoghi e contesti, in cui egli venga a trovarsi;

- le modalità più appropriate e i linguaggi di comunicazione dell'annuncio della fede all'anziano malato e a coloro che di esso si prendono cura nelle diverse comunità nel territorio (famiglie, parrocchie), nelle diverse strutture socio-sanitarie o ospedaliere...;

– le modalità più opportune per inserire e integrare nella catechesi ordinaria: l'educazione al senso della vita, a un amore incondizionato a essa in ogni situazione dell'esistenza e in ogni persona; l'educazione a servire la cura della vita e della salute nelle persone malate più fragili e bisognose; le tematiche che emergono dal mondo della salute, della malattia e della sofferenza, soprattutto in ri-

Non si tratta certamente di "programmare" a tavolino rigidi percorsi di catechesi per gli anziani malati.

Si tratta, invece, di metterci singolarmente e come comunità cristiane alla "scuola" degli anziani malati, per riconoscerli non solo come "oggetti" di cura, ma soggetti di una comunicazione che interpella la nostra fede, invitandoci a condividerla.



ferimento alla condizione degli anziani malati, con le dinamiche che fanno appello alla responsabilità e alla testimonianza della comunità cristiana per un'illuminazione e una risposta nella fede: domande sul nascere e sul morire, sul limite umano e sulla sofferenza, sul decadimento nell'età anziana, sul servizio e sull'amore, sulla solidarietà e sulla giustizia, sull'amore e la misericordia di Dio, sul disegno e la realizzazione della salvezza da parte di Dio... Domande che nessun percorso catechistico dovrebbe ignorare, dal momento che esse trovano risposta e luce nel mistero del Verbo incarnato e nel dono della vita nuova da lui partecipata attraverso la fede e il Battesimo;

– l'individuazione di alcuni criteri pedagogici e di alcune accentuazioni del messaggio cristiano in riferimento a una catechesi occasionale con un anziano malato in ambiente familiare o in un ambiente istituzionale;

– la indicazione di percorsi catechistici formativi per i diversi operatori e operatrici di pastorale della salute compresi i ministri straordinari per la comunione⁹.

Si tratta di avere – e di chiedere – il dono di un cuore ricco di Dio e di umanità, e di vivere la dinamica del "dare e ricevere" propria della fede.

E per concludere, alcune domande, come salutare provocazione: quale impegno effettivo esiste da parte di molte nostre strutture per anziani, gestite in nome della Chiesa, per un'accoglienza degli anziani malati, soprattutto quando non sono autosufficienti? Quale attenzione e reale preoccupazione per un loro adeguato accompagnamento nella fede?

In un certo tipo di cultura che spesso considera gli anziani malati come "oggetto" di un mercato nel socio-sanitario, dobbiamo sentirci tutti impegnati a qualificare il servizio delle nostre strutture e il servizio nel territorio da parte delle nostre comunità cristiane, come cura integrale della persona, ispirato e sostenuto da una fede vissuta e condivisa, e, quindi, "profezia" di un'accoglienza dell'anziano malato e di un prendersi cura di esso, che trova nella fede il cuore di una rinnovata relazione terapeutica più autenticamente e più profondamente umana.

Con una grande certezza: la fede e un'educazione nella fede non tolgono certamente i disagi e le sofferenze di un invecchiamento accompagnamento della malattia, ma sono luce, forza e grazia per aiutare a vivere e a prendersi cura di questa nostra realtà umana, in un certo senso sempre misteriosa, con più serenità e una forte speranza, nella convinzione che ogni nostro limite è trasformato, liberato e redento nella partecipazione al mistero pasquale di Gesù Cristo e sostenuto dalla cura costante del Dio di ogni tenerezza e di ogni consolazione.

S.E. Mons. SERGIO PINTOR
Vescovo di Ozieri, Italia,
Consulente del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari

Note

¹ CEI, *Il rinnovamento della catechesi*, n. 134.

² Ivi, n. 130.

³ Congregazione per il Clero, *Direttorio generale per la catechesi*, LEV, 1997, n. 187.

⁴ Cfr. Comisión Episcopal de Enseñanza y Catequesis, *La Catequesis de la comunidad*, EDICE, Madrid 1983, n. 251.

⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 1995, EV/14, 2443.

⁶ Cfr. Pontificio Consiglio per i Laici, *La dignità dell'anziano e la sua missione nella Chiesa e nel mondo*, 1 ottobre 1998, EV/17, 1481.

⁷ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, EV/14, 2488 – 2491.

⁸ Ivi, EV/14, 2491.

⁹ Cfr. ANGELO BRUSCO, SERGIO PINTOR, *Sulle orme di Cristo medico*, EDB, Bologna 1999, pp. 86-87.

Bibliografia

GIOVANNI PAOLO II, lettera enciclica "Evangelium vitae", 25 marzo 1995, EV/14, 2167 – 2517.

Congregazione per il Clero, *Direttorio generale per la catechesi*, LEV, 1997.

Pontificio Consiglio per i Laici, *La dignità dell'anziano e la sua missione nella Chiesa e nel mondo*, 1° ottobre 1998, EV/17, 1470 – 1558.

Commissione Episcopale per il Servizio della Sanità e la Salute, *Predicare il Vangelo e curare i malati*, EDB, 2006.

GAUARDINI R., *Le età della vita. Loro significato educativo e morale*, Vita e Pensiero, Milano, 1992.

LAZARO R., BRINCAS A., *Una relación sana con Dios en medio de la enfermedad. Perspectiva catequética*, in "Actualidad Catequética" 35 (1995) 1, 73-78.

BRUSCO A., PINTOR S., *Sulle orme di Cristo Medico*, EDB, Bologna 1999.

VICTORINO GIRARDI STELLIN

1.2 Sacramento per gli anziani malati. Impegno pastorale per gli anziani malati

1. Ciò che si apprende soffrendo si apprende meglio

Ho sentito questo detto durante gli anni di servizio missionario in Africa. Si tratta di una delle tante maniere per esprimere quanto ci giunge dalla parola di Dio: “Bene per me se sono stato umiliato, perché impari a obbedirti; prima di essere umiliato andavo errando, ma ora osservo la tua parola” (*Sal* 119,67-71).

Il fenomeno dell’anzianità e della malattia riveste la stessa complessità della vita dell’uomo. Le due cose sono “connaturali” all’essere umano, a tal punto che possiamo affermare che ogni uomo è “un malato” che va aggravandosi con l’età. L’una e l’altra, malattia e anzianità, si inseriscono e si sovrappongono nella vita di un uomo come un fatto che è, al contempo, naturale e forzato, non estraneo all’esperienza umana, però *imposto* contemporaneamente come un *far-dello* indesiderato.

È un fenomeno al di sopra della volontà o delle decisioni umane, proprie o estranee, e in questo senso suscita nell’uomo un interrogativo sull’influenza di forze o poteri superiori, cause sconosciute che possono intervenire nella sua vita¹.

La tendenza a spiegare la malattia e la disgrazia appellandosi a una colpa morale del malato stesso o dei suoi familiari è costante nella cultura religiosa. Cristo reagì con forza contro questa concezione che racchiude una falsa concezione di Dio come colui che castiga, per di più in maniera “ingiusta” perché, ipoteticamente, faceva ricadere il suo castigo su familiari innocenti. Alla domanda dei discepoli alla vista del cieco di nascita: “Rabbì, chi ha peccato, lui o i suoi genitori, perché egli nascesse cie-

co?”. Rispose Gesù: “Né lui ha peccato né i suoi genitori, ma è così perché si manifestassero in lui le opere di Dio” (*Gv* 9,2-3). Da allora, Cristo ci invita a scoprire nelle sofferenze umane i segni del Regno, cioè la sua azione salvifica.

A ogni modo, la malattia mette sempre, e duramente, l’uomo di fronte ai propri limiti obbligandolo ad assumere un atteggiamento, che può essere di comprensione e accettazione o di rifiuto, di sottomissione o ribellione oppure può essere, semplicemente, ambiguo. Il noto antropologo Laín Entralgo ha scritto: “Per l’uomo la malattia, in maniera positiva alcune volte e negativa altre, in forma di accettazione o rifiuto, è sempre oggetto di appropriazione personale”².

La malattia è un’esperienza che obbliga l’essere umano a entrare nella radicalità della propria esistenza, a rendersi conto del fatto che non dispone delle cose principali e fondamentali, che dipende per l’essenziale da qualcuno o da qualcosa che non può controllare o domare. Non c’è dubbio che la sofferenza sia la migliore scuola di vita. E lo è in maniera più efficace quando si tratta della sofferenza e delle malattie che accompagnano la vecchiaia. Esse ci fanno comprendere e sperimentare – alla fine – che siamo “mortali”. L’esperienza radicale della vita umana avviene con la vicinanza e l’esperienza della morte.

In questo contesto di vecchiaia e malattia, in cui la persona si sente spinta a porsi domande fondamentali *sul senso* e su quello che potremmo chiamare il *fondo della realtà*, interviene l’azione salvifica di Dio. Egli si fa presente là dove si trova l’essere umano e lo raggiunge con la sua grazia nelle circostanze concrete in cui vive. Lo

fa perché vuole salvarlo. “Ma Gesù rispose loro: ‘Il Padre mio opera sempre e anch’io opero’” (*Gv* 5,17). Non si tratta solo del “lavoro” divino nel governo costante di tutto il creato, bensì della sua azione redentrice, espressione della sua volontà salvifica universale, come rivelata in *1Tim* 2,4: “Dio vuole che tutti gli uomini siano salvati”.

Quando la Chiesa, mediante gli operatori pastorali, si avvicina, con lo spirito proprio del ministero della Visitazione, ai nostri anziani ammalati, si avvicina a uno “spazio umano sacro” – per così dire – in cui Dio, con la sua azione gratuita, interviene per “rispondere” alle inquietudini e agli interrogativi del malato, per illuminare di senso le sofferenze, per infondere la forza necessaria per superare le paure e far brillare la speranza in quel che resta del cammino terreno, che si sta avvicinando rapidamente alla Vita eterna... I nostri operatori pastorali sono solo umili cooperatori dell’azione misericordiosa di Dio a favore dei suoi figli.

2. Il posto degli anziani ammalati nella parrocchia

Ogni “vocazione” cristiana è una “con-vocazione”. Il sì personalissimo della risposta alla chiamata di Dio ci inserisce in una comunità, e ciò che costituisce fundamentalmente la comunità cristiana è vivere, in comunione di fede, la carità e la missione di Cristo. Tanto più perfetta è una comunità cristiana, quanto più vive e realizza “in comune” questo duplice compito, senza escludere nessuno, giacché ciascuno fa parte della comunità non per ciò che ha o fa, bensì per ciò che è in Cristo.

Della comunità parrocchiale fanno parte integrante gli anziani ammalati che vivono all'interno dei confini della parrocchia. Essi le appartengono di pieno diritto, anzi per un diritto particolare. Sono i membri sofferenti della comunità che prolunga, nel tempo e nella loro persona, misteriosamente, la passione di Cristo. "Operando la redenzione mediante la sofferenza – ha scritto Giovanni Paolo II – Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo"³ e completa – dice San Paolo – nel suo corpo la sofferenza con cui Cristo ha redento il mondo, per il bene della Chiesa (Cfr. Col 1,24).

Nella sofferenza e attraverso di essa i nostri anziani ammalati acquistano una "dignità propria" e una "missione propria", che li qualificano come membri privilegiati e degni di venerazione. "La sofferenza è un bene, dinanzi al quale la Chiesa si inchina con venerazione, in tutta la profondità della sua fede nella redenzione. Si inchina, insieme, in tutta la profondità di quella fede, con la quale essa abbraccia in se stessa l'inesprimibile mistero del corpo di Cristo"⁴.

Ancora una constatazione: la Chiesa, che nasce per il mistero della redenzione realizzato sulla Croce da Cristo, si sente necessariamente spinta a cercare l'incontro con l'uomo, in modo particolare attraverso il cammino della sofferenza, quello cioè percorso da Cristo per raggiungere l'umanità nel più profondo di se stessa, là dove l'hanno condotta il peccato e la morte. La Chiesa è chiamata a seguire lo stesso cammino e, in questo modo, l'"uomo sofferente" si fa "cammino della Chiesa", senza dubbio uno dei più importanti. Il servo di Dio Giovanni Paolo II lo ha affermato con enfasi: "La Chiesa... è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sua sofferenza. In un tale incontro l'uomo 'diventa la via della Chiesa'⁵.

Nelle nostre comunità ecclesiali, gli anziani ammalati, oltre a essere "cammino imprescindibile" dell'impegno pastorale, sono *sacramento* di Cristo, segno specifico della sua presenza: "Ero malato e

mi avete visitato" (Mt 25,40). Essi mostrano e rappresentano il volto più sorprendente di Cristo, quello di Dio che soffre condividendo fino alle ultime conseguenze il dolore umano, per realizzare, per mezzo di lui, la salvezza.

È dovere di ogni cristiano onorare e prestare culto a Cristo che si dona a noi nel mistero eucaristico e continua a essere presente nei tabernacoli delle nostre Chiese, però senza sottovalutare la sua *presenza* nei malati della comunità, in tutti loro, vere "icone" di Dio.

3. "Oggi la salvezza è entrata in questa casa" (Lc 19,9)

Le considerazioni fin qui esposte, ci stimolano a un impegno pastorale, prioritario e costante, nei confronti dei nostri anziani malati. Non ci è permesso di "passare al largo", con indifferenza, ma dobbiamo "fermarci" accanto a loro. E questo fermarci nulla ha a che vedere con la curiosità, ma esprime ed è disponibile. "Il mondo dell'umana sofferenza invoca... senza sosta un altro mondo: quello dell'a-

Cristo, la sofferenza e la croce ci interpellano – hanno dichiarato i Vescovi riuniti ad Aparecida, Brasile – a vivere come Chiesa *Samaritana*" (Cfr. Lc 10,25-37)⁷.

La predilezione di Gesù per i malati, ai quali riservò i gesti più umani della sua bontà, i miracoli più sorprendenti del suo potere divino e la speranza di un luogo speciale nel Suo Regno: "Beati gli afflitti, perché saranno consolati" (Mt 5,4), costituisce, per ogni comunità cristiana, il modello da seguire per prendersi cura degli anziani malati.

Se i malati e gli afflitti sono stati i prediletti da Cristo, i privilegiati della sua missione salvifica (Cfr. 4,16-19), lo devono essere anche per una comunità parrocchiale che pretende di essere fedele a Cristo stesso. Oltre all'attenzione affettuosa della Chiesa per quanti soffrono, e che ha mostrato lungo la sua storia, costituisce senza dubbio una regola di condotta per qualsiasi comunità cristiana, e nel contempo un campo privilegiato della sua pastorale. La *pastorale della salute* deve quindi essere posta al centro delle attività parrocchiali;



more umano; e quell'amore disinteressato, che si destina nel suo cuore e nelle sue opere, l'uomo lo deve in un certo senso alla sofferenza"⁶.

L'attenzione pastorale della Chiesa per gli anziani ammalati è proprio l'azione del Buon Samaritano che, "mosso a compassione", fa tutto ciò che può in favore del prossimo che soffre. "Illuminati da

essa non può essere considerata un'attività facoltativa, bensì come un compito ineludibile dell'essere e del fare della comunità. Se da anni si parla nel linguaggio ecclesiastico "dell'opzione preferenziale per i poveri", o dei "poveri al centro", sappiamo che spesso, nella parrocchia, gli anziani malati sono i più poveri dei poveri.

È ovvio che l'opzione per questi poveri si realizza con una pastorale dei malati, adattata nel tempo, incarnata nella storia e resa efficace in un determinato luogo, nel suo contesto geografico e sociale. Essa deve inserirsi in una pianificazione parrocchiale, diocesana e anche nazionale, secondo gli orientamenti dei Pastori, benché ogni pastorale si fa reale e concreta solo nella misura con cui è accolta, ripensata e realizzata nell'ambito della comunità parrocchiale. La territorialità della parrocchia crea *vicinato*, conoscenza reciproca, convivenza che facilita l'incontro.

In particolare, il mondo degli anziani malati terminali, che risiedono nelle loro case o in quelle dei loro familiari, richiede un impegno pastorale preferenziale della comunità parrocchiale giacché, a causa della loro malattia e della sofferenza, non solo si trovano in uno stato di profonda difficoltà per ciò che riguarda la fiducia nella vita, ma entrano in crisi anche per quanto riguarda la fede stessa in Dio e l'amore per il Padre. Inoltre, la loro situazione è, in generale, molto dolorosa per varie cause:

- abbandono sociale in cui vivono per il poco interesse nei loro confronti da parte dello Stato e della società;
- difficoltà economiche, abitative, di assistenza, ecc.;
- emarginazione fisica e morale che li colpisce in quanto considerati – e loro stesso si ritengono tali – inutili e di peso per i familiari.

La Chiesa non dimentica l'esempio di Gesù, né il suo insegnamento quando inviava i suoi discepoli a evangelizzare: "Curate i malati che vi si trovano, e dite loro: Si è avvicinato a voi il regno di Dio" (Lc 10,9).

Come Gesù entrò nella casa di Pietro, in quella di Simone il Lebbroso, di Jairo, di Marta e Maria, del capo dei farisei, di Zaccheo... e sempre per offrire misericordia, speranza, amicizia, salvezza, così la Chiesa, per mezzo degli operatori pastorali, permette che Gesù torni a "visitare" i suoi prediletti, gli anziani malati, per consolarli, illuminare di senso le loro sofferenze e animare la loro speranza nella vita che non ha fine.

4. Capaci di trasmettere ragioni di vita e di speranza

Nella Costituzione Pastorale *Gaudium et Spes* del Concilio Vaticano II, leggiamo un'ispirata affermazione profetica: "Si può pensare legittimamente che il futuro dell'umanità sia riposto nelle mani di coloro che sono capaci di trasmettere alle generazioni di domani ragioni di vita e di speranza"⁸. Si tratta di una missione in cui cooperano, ciascuno a suo modo, tanto gli anziani malati quanto gli operatori pastorali che li assistono. Essi



si impegnano a rendere presente l'azione salvifica di Cristo, in modo integrale, abbracciando l'anziano malato in tutto il suo essere e in tutte le dimensioni, con l'intenzione di liberarli da ciò che li opprime. Concretamente, la pastorale dei malati non può essere limitata all'annuncio della Parola di Dio e all'amministrazione dei Sacramenti, benché queste due finalità restino gli obiettivi primari e il "sostegno" di ogni pastorale della salute. Questa deve essere costituita, anzitutto, dalla preoccupazione di portare *amore* all'anziano malato, manifestandolo in maniera concreta nella misura in cui il destinatario lo può percepire. Dio ci chiede anzitutto di amare il malato nel rispetto profondo di ciò che è, pensa e soffre. Occorre evitare con particolare attenzione che il malato "percepisca" che il nostro obiettivo non è tanto quello di visitarlo e accompagnarlo, nella gratuità dell'amore, bensì la realizzazione di un progetto pastorale e sacramentale, per quanto nobile esso sia.

Accompagnare il malato non deve mai essere un mezzo, ma il fine: egli è il destinatario del nostro servizio amorevole.

In questo contesto di visita, gratuita, amichevole, costante e rispettosa dello stato spirituale dell'anziano malato, e della sua situazione religiosa, cercheremo di evidenziare le *funzioni* specifiche della pastorale della salute, e concretamente:

a. *Offrire agli anziani malati un aiuto per vivere la propria situazione.* Il loro "stato" costituisce

– come ho già evidenziato – un terreno propizio per l'azione pastorale. Si cerca quindi di "guidarli" alla comprensione della realtà e del senso del dolore alla luce di Cristo crocifisso e del Vangelo.

– Far "scoprire" loro che Dio è compagno della loro vita di sofferenza e di apparente inutilità e che, con la sua presenza amorosa, dà valore salvifico al loro dolore e alla loro solitudine.

– Aiutarli ad accettare la dolorosa situazione in cui si trovano.

– Accompagnarli affinché possano riconoscere il senso umano e religioso della malattia.

– Dare rilievo al loro contributo ai valori spirituali, morali e religiosi a favore della comunità e del mondo.

– Accompagnarli con la forza della preghiera e la grazia dei Sacramenti.

b. *Sviluppare un'opera di educazione sanitaria e morale* nella prospettiva del valore assoluto e sacro della vita per suscitare nei

propri ambienti un'autentica "cultura della vita", dal concepimento fino alla morte naturale.

c. *Attuare una chiara testimonianza di solidarietà e servizio* ai malati con gesti concreti di assistenza spirituale, economica, di presenza, per evitare loro ogni pericolo di profonda depressione.

d. *Favorire il "riscatto"* di quanti possono recuperare uno stato di salute, anche se precario, affinché si dedichino, nella misura del possibile, a qualcosa di utile.

e. *Contribuire con tutti i mezzi all'umanità* delle strutture, delle istituzioni e dei servizi socio-sanitari del territorio per orientarli al bene integrale concreto degli anziani malati.

Urge dare "anima" alle nostre strutture sanitarie.

A questo riguardo occorre superare la facile tentazione di separare e quasi opporre le due dimensioni della pastorale per i nostri anziani malati. In effetti, l'attività socio-caritativa, in quanto azione umana o "naturale", non si oppone all'attività specificamente "pastorale" per il fatto che questa è di ordine morale (la Beata Teresa di Calcutta, faceva "pastorale dei malati", benché nelle sue case accogliesse gli anziani ai quali non poteva parlare di Gesù Cristo). Non possiamo opporre "naturale" a "soprannaturale", così come non c'è separazione tra Dio-Creatore e Cristo-Salvatore. Tutto ciò che l'attività umana realizza per la liberazione e la salvezza dell'uomo – dall'azione propria della tecnica più avanzata al gesto più semplice di aiuto – è una partecipazione all'opera creatrice e salvifica di Dio che vuole per i nostri anziani malati un'atmosfera in cui si sperimentino amore, luce e speranza.

5. "Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore" (Gc 5,14)

Questo famoso testo della lettera di Giacomo ci fa comprendere che si tratta di una pratica già conosciuta dalla primitiva comunità

cristiana. In questa unzione fatta nel nome del Signore, accompagnata da orazioni recitate dai "presbiteri", per alleviare il malato e per la remissione dei peccati, la Chiesa ha visto una forma iniziale dell'"Unzione dei malati".

Sappiamo che, poco a poco, dall'"Unzione dei malati" si è passati all'"Unzione degli agonizzanti" o "estrema unzione". Grazie alla riforma del Concilio Vaticano II, essa è tornata alla sua primitiva natura⁹ e ha collaborato a far intendere la pastorale dei malati come un'attività che non si limita agli ultimi *ausili*, bensì tiene conto della complessa e permanente realtà dei malati, particolarmente degli anziani, bisognosi di una costante attenzione umana e spirituale che riempia la loro vita e alimenti la loro speranza.

Inoltre, bisogna tenere conto del fatto che l'organizzazione ospedaliera, specialmente nei paesi industrializzati, raggiunge progressivamente un maggior numero di persone che, durante un periodo più o meno lungo di tempo, vivono l'esperienza della malattia. Ciò richiede all'assistenza religiosa uno sforzo maggiore al fine di offrire una risposta adeguata alle esigenze umane, morali e spirituali del malato che ha dei diritti riconosciuti dalla società. In questo contesto, la malattia, in particolare quella degli anziani, non può essere vista come una situazione generica limite, ma deve essere considerata tenendo in conto le diversificazioni e le complessità dell'essere umano; né può essere vista come una semplice situazione di transito verso l'aldilà, bensì costituisce una realtà umana che può sussistere in maniera ben più prolungata.

Benché la pastorale della salute non si limiti, come ho sottolineato, a offrire i Sacramenti ai nostri anziani ammalati, siamo consapevoli del fatto che assicurare loro una vita sacramentale adeguata è il migliore servizio che possiamo prestare loro. A questo scopo si suggerisce di utilizzare alcuni mezzi e creare occasioni per favorire la pratica sacramentale. Qui di seguito alcuni esempi:

– Giornata periodica degli anziani malati, nella parrocchia e nei centri ospedalieri o nelle case per anziani.

– Celebrazione mensile dell'Eucaristia per anziani ammalati.

– Approfittare per questo dei tempi forti dell'Avvento e della Quaresima.

Sapendo, inoltre, che l'Unzione degli Infermi è normalmente preceduta dal Sacramento della Riconciliazione e seguita dall'amministrazione dell'Eucaristia, la sua celebrazione costituisce un momento di straordinaria importanza nella vita dell'anziano ammalato. Come attesta il Nuovo Catechismo della Chiesa, questa dispone di un sacramento "destinato in modo speciale a *confortare* coloro che sono provati dalla malattia"¹⁰. "In esso, per mezzo di un'unzione accompagnata dalla preghiera dei sacerdoti, la Chiesa raccomanda i malati al Signore sofferente e glorificato, perché dia loro sollievo e salvezza"¹¹. Queste affermazioni ricordano la preghiera che la Chiesa usa per la Benedizione dell'Olio: "Effondi la tua santa benedizione, perché quanti riceveranno l'unzione di quest'olio ottengano conforto, nel corpo, nell'anima e nello spirito, e siano liberi da ogni dolore, da ogni debolezza, da ogni sofferenza"¹².

La Chiesa domanda la salute per i suoi infermi in fedeltà al mandato del Signore quando invia i suoi: "Guarite gli infermi" (Mt 10,8). Essa crede nella presenza vivificante di Cristo, medico delle anime e dei corpi, e crede che questa presenza sia particolarmente operante nei sacramenti¹³.

La Chiesa, tuttavia, ammette che né i Sacramenti né le preghiere più ferventi e piene di fede ottengono la cura di tutte le malattie e quindi ritiene dirette a se stessa le parole che il Signore rivolse a San Paolo: "Ti basta la mia grazia; la mia potenza infatti si manifesta pienamente nella debolezza" (2Cor 12,9). A ogni modo, la grazia principale del Sacramento dell'unzione è una grazia di consolazione, pace e coraggio per vincere le difficoltà proprie dello stato di malattia grave o della fragilità della vecchiaia. "Questa grazia è un dono dello Spirito Santo che rinnova la fiducia e la fede in Dio e fortifica contro le tentazioni del maligno, cioè contro la tentazione di scoraggiamento e di angoscia di fronte alla morte (Cfr. Eb 2,15)"¹⁴.

“Per la grazia di questo sacramento il malato riceve la forza e il dono di unirsi più intimamente alla passione di Cristo: egli viene in certo qual modo *consacrato* per portare frutto mediante la configurazione alla Passione redentrice del Salvatore”¹⁵. In questo modo, c’è un “interscambio” di aiuto reciproco: “I malati che ricevono questo sacramento, unendosi “spontaneamente alla passione e alla morte di Cristo”, contribuiscono “al bene del popolo di Dio” [Conc. Ecum. Vat. II, *Lumen gentium*, 11]. Celebrando questo sacramento, la Chiesa, nella comunione dei santi, intercede per il bene del malato. E l’infermo, a sua volta, per la grazia di questo sacramento, contribuisce alla santificazione della Chiesa e al bene di tutti gli uomini per i quali la Chiesa soffre e si offre, per mezzo di Cristo, a Dio Padre”¹⁶.

Al Sacramento dell’Unzione dei malati segue – sempre che sia possibile – l’amministrazione della Santissima Eucaristia. Sebbene non sempre sia possibile stabilire il momento più adatto, conviene che in alcune occasioni essa sia somministrata sotto forma di Viatico. Ricevuta in questo momento di passaggio al Padre, la Comunione al Corpo e al Sangue di Cristo ha un significato e un’importanza particolari. È seme di vita eterna e potenza di risurrezione, secondo le parole del Signore: “Chi mangia la mia carne e beve il mio sangue ha la vita eterna e io lo risusciterò nell’ultimo giorno” (Gv 6,54). Sacramento di Cristo

morto e risorto, l’Eucaristia è, qui, sacramento del passaggio dalla morte alla vita, da questo mondo al Padre (Cfr. Gv 13,1)”¹⁷.

Conclusione

Questa breve esposizione ha voluto mostrare che i nostri anziani ammalati, oltre a essere i destinatari privilegiati della Pastorale della Chiesa, sono un dono straordinario per lei, in quanto “sacramento di Cristo”, sua Icona, e partecipi della sua sofferenza redentrice.

I problemi dell’anziano malato restano con tutti i loro complessi interrogativi, però la nostra pastorale e la vita sacramentale li aiuta a vivere esperienze di comprensione, momenti di serenità, sentimenti di autentica autostima e di vera utilità per la propria famiglia e per tutta la comunità cristiana. Assistere un anziano malato vuol dire, in sintesi, *dare speranza*, cioè infondere quella forza, dinamica e vitale, che è caratterizzata dalla fiducia di poter raggiungere un futuro migliore, realmente possibile e personalmente significativo. E questo non solo dopo l’ultimo passaggio da questo mondo all’eternità, bensì per ciò che si riferisce al *senso* della vecchiaia e della malattia.

Assistere un anziano malato vuol dire essere strumento della presenza e dell’azione della Chiesa per offrire la luce e la grazia del Signore, “agnello sgozzato e vivo”, morto e risorto, a coloro che soffrono e a coloro che li assistono.

Assistere un anziano malato è, lo diciamo ancora una volta, “vedere” *mediante la fede* e comunicare con Cristo, presente in lui; è prolungare misteriosamente l’esperienza eucaristica, fino a quando potremo vederlo “faccia a faccia”, quando ci dirà: “Venite benedetti del Padre mio, perché ero malato e mi avete visitato” (Mt 25,34-36).

S.E. Mons. VICTORINO
GIRARDI STELLIN MCCJ
*Vescovo di Tilarán,
Costa Rica*

Note bibliografiche

¹ FLORES GONZALO, *Penitencia y unción de los enfermos*. BAC, Madrid, 1997, 355-358.

² ENTRALGO L., *El estado de la enfermedad* (Madrid 1968) 43; Cfr. También ID *Mysterium Doloris*, *Hacia una teología cristiana de la enfermedad* (Madrid 1955).

³ GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici Doloris* 19.

⁴ SD. 24.

⁵ SD. 3.

⁶ SD. 29.

⁷ V Conferenza Generale del CELAM (Bogotá 2007) n. 26.

⁸ *Gaudium et Spes* (GS) 31.

⁹ *Sacrosanctum Concilium* (SC) 73.

¹⁰ Nuovo Catechismo della Chiesa Cattolica (CIC) 1511.

¹¹ *Rituale Romanum*, *Ordo Unctionis Infirmorum*, n. 5.

¹² Congregazione per la Dottrina della Fede, Istruzione circa le preghiere per ottenere da Dio la guarigione.

¹³ CIC 1509.

¹⁴ CIC 1520.

¹⁵ CIC 1520-1521.

¹⁶ CIC 1522.

¹⁷ CIC 1524.



BONIFACIO HONINGS

1.3 Aspetti pastorali in connessione con la psicologia. Recupero del senso religioso di salute e di salvezza

Per l'importanza tematica e problematica, accenno al cambiamento che riguarda la situazione demografica degli anziani. Poi articolo la mia relazione in tre momenti: 1. l'aspetto olistico della pastorale sanitaria alla luce del Vangelo; 2. la psicologia del malato anziano; 3. il recupero dello spazio religioso nella cultura contemporaneo.

La situazione demografica complessiva dell'anziano

Dall'8 al 12 aprile 2002 si tenne a Madrid, la seconda assemblea mondiale sull'invecchiamento per adottare un Piano Internazionale d'azione al riguardo. Date le occasioni favorevoli, l'assemblea ha risposto alle provocazioni della popolazione anziana e, soprattutto, ha offerto una promozione dello sviluppo di una società per tutte le età. Nella seconda metà del XXI secolo, ed è quanto interessa rilevare, il numero delle persone oltre i 60 anni crescerà da 600 milioni d'unità nel 2000 a 2 miliardi nel 2050. Gli anziani cresceranno dunque dall'8% al 19%, mentre le nascite decresceranno dal 33% a 22%. Una simile situazione demografica complessiva comporta evidentemente profonde conseguenze su ogni aspetto della vita individuale, comunitaria, nazionale e internazionale. Ogni faccetta sociale, economica, politica, culturale, psicologica, spirituale e, ovviamente, pastorale deve poter svilupparsi in conformità. Il processo evolutivo dell'invecchiamento complessivo deve integrarsi in un andamento di evoluzione umanizzante e socializzante sempre più ampio. Ci vuole

anzitutto una promozione e una protezione di tutti i suoi diritti fondamentali umani e una garanzia delle libertà richieste dalla sua dignità di persona umana¹. È essenziale riconoscere l'abilità e la capacità di tutti gli anziani di poter ancora contribuire alla vita sociale, nel suo insieme. Per gli anziani cristiani, in genere, e per gli anziani cristiani malati, in particolare, vorrei rilevare la loro abilità e capacità di contribuire, in una maniera propria, alla vita e alla missione della Chiesa.

1. La teologia pastorale sanitaria olistica alla luce del Vangelo

La pastorale sanitaria, in quanto missione della Chiesa, non è altro che la continuazione di quella di Cristo. Inviando i suoi discepoli, le sue parole furono inequivocabili: "durante il viaggio predicate, dicendo: il regno di Dio è vicino, guarite i malati, resuscitate i morti, mondate i lebbrosi, scacciate i demoni; gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date" (Mt, 10,7-8). In modo generale possiamo dire che la pastorale sanitaria di Gesù manifesta la presenza benevola di Dio tra le sue creature, la tenerezza di Dio verso l'umanità sofferente, la sua iniziativa per la restaurazione totale dell'uomo. Le guarigioni significano, per Gesù, l'inizio del suo tempo messianico. Egli disse, infatti, ai discepoli di Giovanni Battista: "Andate a riferire a Giovanni quello che udite e vedete. I ciechi vedono, gli zoppi camminano, i lebbrosi sono mondati, i sordi odono, i morti risorgono, ai poveri è annunciata la buona

novella" (Mt 11,2-3). Tuttavia, ed è molto importante rilevare, le guarigioni operate da Gesù non erano fine a se stesse, ma via, inizio di una guarigione che doveva realizzarsi nell'intimo della persona malata. Al paralitico di Cafar-



nao Gesù disse: "Ti sono rimessi i tuoi peccati" e all'unico lebbroso ritornato per ringraziarlo per la guarigione del corpo Gesù allargava la prospettiva della guarigione dicendogli: "la tua fede ti ha salvato". L'attività terapeutica di Gesù rivela, in modo molto significativo, l'azione di salvezza che Dio stava realizzando per la potenza dell'amore dello stesso Gesù. La pastorale sanitaria, quindi, non deve essere solo espressione della tenerezza di Dio verso l'umanità sofferente, ma anche accompagnamento dell'umanità sofferente ver-

so la salvezza, ossia verso la sua piena realizzazione naturale e soprannaturale. E ciò proprio trovandosi in tale stato, soprattutto, di malato già in età avanzata².

A questo punto è importante precisare che, al tempo di Giovanni di Dio, Camillo di Lellis e Vincenzo de Paoli, la pastorale sanitaria consisteva nell'assistenza religiosa, nella "cura delle anime". I manuali di teologia pastorale cercavano di preparare in modo pratico³ e più tardi in modo maggiormente teologico i sacerdoti alla "cura d'anime"⁴. Il manuale di Ignaz Schuch, più nello stile di Rautenstrauch, divenne il testo classico di teologia pastorale sanitaria⁵. Il Vaticano II insegna che l'attività pastorale deve essere realista, cioè deve tenere conto della sua dimensione divina e umana ossia restare, interamente e contemporaneamente, nella rivelazione e nella realtà storica⁶. La CEI concepì la pastorale sanitaria "come la presenza e l'azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura". In altre parole, la pastorale sanitaria ha il compito d'integrare tutte le forze intorno alla persona malata per sollevarla moralmente e aiutarla ad accettare e valorizzare la sua situazione di sofferenza – accompagnandola anche con la preghiera e la grazia dei sacramenti, per rispondere alla sua vocazione di uomo e di battezzato⁷. Quanto detto evidenzia che gli aspetti della pastorale sanitaria riguardano l'approccio olistico del malato: soma, psyche, pneuma.

2. La psicologia del malato anziano

Non possiamo e non dobbiamo nasconderci che la malattia rappresenta, anche per il mondo religioso, una sfida psicologica e spirituale. Infatti, nella malattia, soprattutto se grave, la paura della morte e le preoccupazioni per la situazione personale e dei congiunti possono mettere a dura prova la religiosità del malato, anche se credente. In una prima fase, Dio potrebbe apparirgli come il responsabile diretto della sua sofferenza o come qualcuno che è indifferente di

fronte alla sofferenza di una sua creatura. "La malattia e la sofferenza, annota Il Catechismo della Chiesa Cattolica, sono sempre state tra i problemi più gravi che mettono alla prova la vita umana. Nella malattia l'uomo fa l'esperienza della propria impotenza, dei propri limiti e della propria finitezza. Ogni malattia può farci intravedere la morte"⁸. "La malattia può condurre all'angoscia, al ripiegamento su di sé, talvolta persino alla disperazione e alla ribellione contro Dio. Ma essa può anche rendere la persona più matura, aiutarla a discernere nella propria vita ciò che non è essenziale per volgersi verso ciò che lo è. Molto spesso la malattia provoca una ricerca di Dio, un ritorno a Lui"⁹. Per il pastore sanitario è dunque importante saper discernere quale malato egli si trova di fronte, soprattutto quando il malato è anziano. Poiché questi si avvicina, appunto, sempre più all'ultimo destino della sua vita. Giovanni Paolo II, di venerata memoria, denota che il mondo della salute e della malattia in cui si vivono gli eventi umani fondamentali dell'esistenza sembra un "luogo" emblematico per intuire o afferrare alcune manifestazioni e indizi della condizione psicologica e spirituale di un malato, soprattutto, come nel nostro caso, se anziano¹⁰.

La scienza e la tecnica, sempre più vicine agli ultimi segreti della vita, hanno relativizzato o almeno sbiadito il valore religioso della vita umana. Invece di salvezza l'uomo di oggi desidera una salute con sempre più qualità. Al posto del perdono e della riconciliazione sacramentale si cercano i sedativi di un immenso mercato oppure le risorse offerte dalle scienze del comportamento. L'esperienza pastorale nel mondo della salute ci dice che la religione ha perso molto spazio nell'anima umana e che il vissuto spirituale, sempre più soggettivo, più intimo o nascosto, passa spesso inosservato. La psicologia del malato anziano non è aliena di questa perdita religiosa. Egli sperimenta un profondo senso di solitudine e vive in uno stato d'animo di essere un pesante ingombro per il suo ambiente familiare e sociale. Ormai si sente un rudere da scaricare *quam primum*.

3. Il recupero dello spazio religioso nella cultura contemporanea

È proprio allora che la pratica e le esperienze religiose e spirituali possono avere degli effetti di salute e, soprattutto, di salvezza. Si tratta di dimensioni somatiche, psichiche e pneumatiche, proprie della persona umana, che soprattutto nella psicologia del malato anziano, sono profondamente interattive. Qui si apre un campo di ricerca degli aspetti pastorali per aiutare a leggere e a proporre una visione del Vangelo della vita, della sofferenza e della morte. La pastorale sanitaria può riscontrare nel malato anziano, anche se non sempre in modo esplicito, una visione integrale del suo essere umano e cristiano. Non solo, ma può anche e soprattutto riscontrare l'interazione attiva di tutte le dimensioni nel processo psicofisico e religioso-spirituale della sua malattia. Qui interessa, però, rilevare due rischi: il primo è la riduzione della pastorale alla condizione psicologica con l'esclusione della dimensione religiosa; il secondo è che eventuali bisogni e desideri di carattere religioso risultino irrilevanti nel processo di superamento del profondo senso di solitudine e dello stato d'animo di un pesante ingombro familiare ed economico-sociale¹¹. Il primo rischio riguarda una pastorale troppo disincarnata, verticalista, poco sensibile alla realizzazione umana, sia individuale sia sociale dell'uomo nel tempo e nello spazio. Il secondo rischio riguarda una pastorale troppo incarnata, orizzontalista, con un'ambigua apertura alla trascendenza, esposta al soggettivismo religioso e al relativismo etico, e quindi senza contenuti.

Conclusione

Per gli aspetti pastorali è importante che le esperienze della malattia, della sofferenza e della morte mettano allo scoperto la struttura fondamentale della persona. Esse rinviano alla vera identità del suo essere umano e cristiano, ossia rinviano non a ciò che succede, ma a ciò che, in fondo, ognuno di noi è. Per cui queste esperienze

mettono l'uomo dinanzi a scelte guidate da valori, vale a dire costringono a pronunciarsi su ciò che è essenziale nella sua vita e, soprattutto se è anziano e malato, su ciò che significa, per lui, la sua malattia e la sua morte. La certezza dell'apostolo non ammette dubbi. "Ritengo, infatti, che le sofferenze del tempo presente non reggono il confronto con la gloria che dovrà manifestarsi in noi" (Rm 8,18). Quanto alla psicologia di ogni uomo, ma direi anzitutto e soprattutto del malato anziano, Sant'Agostino dimostra che la persona umana realizza la sua esistenza a partire da una tensione radicale. "Tu, Signore, ci hai fatti

per te e il nostro cuore sarà inquieto finché non riposerà in te". Con la morte l'uomo supera definitivamente l'uomo. È questa l'originalità di ogni essere umano, creato e conservato per amore da Dio, redento dal sangue del Figlio, santificato dalla grazia dello Spirito Santo, per riposare eternamente nell'amore del Padre, del Figlio e dello Spirito Santo¹².

P. BONIFACIO HONINGS,
O.C.D.

*Professore Emerito di Teologia morale
delle Pontificie Università
Lateranense e Urbaniana,
Consulatore del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede*

Note

¹ Vedi International *Plan of Action on Ageing 2002*, Introduction, n. 2 e n. 5.

² Cfr. DI MENNA RENATO, Pastorale sanitaria. Storia, concetti, ambiti, in *Dizionario di teologia pastorale*, p. 830-832.

³ Cfr. Stefano Ratensstrauch OSB.

⁴ Cfr. Michael Sailer e Anton Graf.

⁵ Fu duplicata la prima volta nel 1865 ed ebbe venti edizioni, di cui l'ultima nel 1924.

⁶ Cfr. SEVESO B. Teologia pastorale in *Dizionario Teologico interdisciplinare*, 1977, 94.

⁷ Cfr. DI MENNA RENATO, a.c. p. 835.

⁸ CCC, 1500.

⁹ CCC, 1501.

¹⁰ Cfr. *Dolentium hominum*, 3.

¹¹ Cfr. FRANCISCO ÀLVAREZ, La dimensione spirituale della persona. Per un accompagnamento salutare nella malattia. *Camillianum* 19, 2007, p. 72-73 (vedi soprattutto nota 7), ma cfr. anche Zucchi-Honings, vari studi in *Dolentium Hominum*.

¹² Cfr. CCC, 27.



2. Pastorale nella cura dei malati anziani dal punto di vista Biomedico

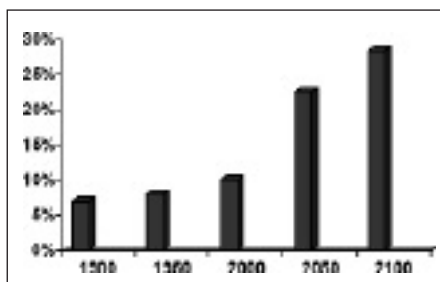
GIUSEPPE RECCHIA, PAOLO RIZZINI

2.1 Ricerca biomedica e farmacologia per l'anziano malato

Introduzione

Le modificazione della struttura sociale in corso, con l'aumento significativo del numero di persone anziane sia sopra i 60 anni (vedi fig. 1), che sopra gli 80 grazie all'aumento dell'aspettativa di vita, rappresenta un'importante e profonda rivoluzione demografica il cui impatto può anche superare, secondo le previsioni delle Nazioni Unite, quello causato dalla Rivoluzione Industriale (1,2).

Figura 1. Percentuale della popolazione mondiale con età uguale o maggiore di 60 anni durante l'ultimo secolo e proiezioni per il secolo in corso (2)



Il quadro diviene ancora più drammatico se ci si limita ai paesi cosiddetti sviluppati: negli ultimi 100 anni, l'aspettativa media di vita nell'uomo è praticamente raddoppiata e attualmente, in Europa e Nord America, circa il 20% della popolazione è formato da individui ultrasessantenni e si stima che entro il 2100 tale percentuale arriverà al 45-50%.

L'invecchiamento è sicuramente un processo universale di facile riconoscimento in tutte le specie animali, perché le sue manifestazioni sono familiari, evidenti e ben definite. Nonostante ciò, non esiste una sua definizione completamente accettata e i meccanismi che sottendono a esso non sono chiariti e sono spesso elusivi e di difficile ricerca. L'invecchiamento è stato definito come una progressiva diminuzione di capacità funzionale, accompagnata da perdita di capacità riproduttiva e aumento di mortalità e disabilità (3). A ciò vanno aggiunti gli effetti dell'età sulla risposta alle terapie, siano esse farmacologiche, chirurgiche o riabilitative. Infine, in età avanzata aumenta in modo esponenziale la prevalenza di marker di malattia, di malattia conclamata e di deficit funzionale conseguente alle diverse patologie. L'età anziana viene quindi considerata nei paesi sviluppati il principale fattore di rischio per la maggior parte delle patologie, e negli Stati Uniti i soggetti con più di 70 anni rappresentano il 58% delle persone con patologie osteo-articolari, il 45% degli ipertesi, il 21% dei pazienti con malattie cardiache, il 19% dei soggetti con neoplasie, il 12% dei diabetici e il 9% dei pazienti con ictus (4).

Sebbene il processo di invecchiamento della popolazione sia stato considerato un importante potenziale fattore di crisi per l'economia e per i servizi sanitari (5, 6), va riconosciuta la potenziale capacità di raggiungere un eccellente

stato di salute nell'età avanzata, permettendo agli anziani di dare un positivo contributo alla società (1). La diminuzione della morbidità e della mortalità, ad esempio quella cardiovascolare, insieme con il miglioramento dello stato funzionale della popolazione geriatrica, significano che è perlomeno confondente estrapolare gli attuali livelli di prevalenza di malattia e di disabilità alle future generazioni di anziani.

La ricerca biomedica di base, in particolare quella genetica, la sperimentazione clinica delle terapie per l'anziano e la ricerca sanitaria saranno nei prossimi anni fondamentali per meglio definire un nuovo paradigma dell'invecchiamento e della sua gestione medica e sanitaria. In questo capitolo discuteremo opportunità e problemi legati agli studi nella popolazione anziana relativi a questi tre settori di ricerca.

Ricerca Biomedica e Genetica dell'Invecchiamento

Gli "anziani" rappresentano la parte della nostra popolazione che sta crescendo più in fretta. Questo potrà portare a un significativo, se non drammatico, potenziale aumento nella prevalenza di patologie correlate all'invecchiamento, come malattie cardio e cerebrovascolari, aterosclerosi, diabete di tipo 2, tumori, cataratta, Alzheimer, osteoporosi, artrite, tanto per citarne alcune (7). I miglioramenti della capacità e dell'efficacia terapeutica

tica per queste e altre importanti patologie potrebbe spostare l'aspettativa di vita media a 85 anni e oltre, con una sostanziale "compressione" della morbilità geriatrica verso il periodo estremo della vita. L'ulteriore aumento delle aspettative di vita potrebbe verosimilmente essere raggiunto in futuro solamente mediante interventi a livello dei meccanismi biologici di base (molecolari e cellulari) dell'invecchiamento. La capacità di raggiungere una notevole o straordinaria longevità in buona salute è probabilmente una combinazione di molti fattori: stile di vita, alimentazione e la "fortuna" di possedere una costituzione genetica (genotipo) "favorevole", cioè la mancanza di geni di predisposizione a malattie, disabilità e mortalità prematura, e la presenza di varianti genetiche favorevoli la longevità.

Ma che cos'è l'invecchiamento? Ancora, l'invecchiamento è una malattia o no? Alcuni "esperti" (e cioè i gerontologi) distinguono nettamente tra i termini *invecchiamento* (aging o ageing della terminologia anglosassone) e *senescenza*, intendendo per senescenza tutte quelle modificazioni strutturali e funzionali che si manifestano verso il termine della vita (possiamo riferirci alla vita di una cellula, di un tessuto, di un organo, o di un intero organismo) e che sono associate alla morte più o meno prossima del tessuto o dell'organismo. In termini evolutivisti è plausibile assumere che i meccanismi della senescenza cellulare siano evoluti come meccanismi antitumorali per impedire i danni al DNA, la crescita neoplastica incontrollata e altri fenomeni tipici della trasformazione neoplastica (8). In contrasto, il termine invecchiamento si usa per definire qualsiasi cambiamento strutturale e/o funzionale che avvenga durante la vita, in altre parole, l'invecchiamento attivo comincia già durante la vita prenatale, dato che certe cellule muoiono per apoptosi come parte del processo di sviluppo embrionico, stabilito dal programma genetico. Pertanto, l'invecchiamento può essere definito come l'insieme di tutti i cambiamenti che rendono l'essere umano progressivamente più "vicino" in senso probabilistico alla morte.

Gli studi di biologia evolutiva ci hanno fornito una robusta teoria (anche se di non immediata e facile comprensione) sul *perché* noi invecchiamo. In termini molto sintetici, noi invecchiamo perché i fenotipi "senescenti" sfuggono alla forza della selezione naturale, e l'invecchiamento è un processo non adattativo. Tuttavia, molto meno è noto sul *come* noi invecchiamo, cioè in buona sostanza sui meccanismi molecolari dell'invecchiamento, che rappresentano un campo di studio estremamente complesso. Ad esempio, non è chiaro se questo processo sia dovuto a un numero relativamente modesto di processi molecolari universali, oppure se l'invecchia-



mento di ciascun organismo, organo o tessuto avvenga con meccanismi unici e specifici. Alcuni dei problemi esistenti nello studio delle cause molecolari dell'invecchiamento sono rappresentati, ad esempio, dall'eterogeneità individuale, tissutale, dalle differenze tra specie animali, dal ruolo di fattori cellulari intrinseci rispetto a modificazioni generali dell'omeostasi. In altre parole, i cambiamenti molecolari cellulari e tissutali associati all'invecchiamento sono il risultato netto di molti altri eventi concorrenti, che possono così oscurare le cause primitive dell'invecchiamento stesso (9).

L'aumento delle nostre conoscenze in questi ambiti, dal punto

di vista della ricerca genetica, si può avvalere principalmente di due strategie, e cioè: 1) l'identificazione (previa mappatura e successivo clonaggio) di geni responsabili di importanti patologie cronico-degenerative tipiche dell'anziano (ad esempio demenza di Alzheimer, tumori, aterosclerosi ecc.); 2) lo studio delle basi genetiche della longevità umana. Un presupposto teorico semplice ma importante per assegnare un ruolo non secondario ai nostri geni nei complessi processi correlati all'invecchiamento è rappresentato dal fatto che l'entità e la velocità dell'invecchiamento e la durata massima della vita sono variabili nelle diverse specie animali. Pertanto, questi processi devono almeno in parte essere sottoposti a controlli di tipo genetico. Ad esempio, in alcuni importanti modelli animali sperimentali utilizzati per lo studio dell'invecchiamento (il nematode *C. elegans*, il moscerino *D. melanogaster* e il topo), mutazioni specifiche in specifici geni inducono un aumento della durata della vita anche di sei volte, apparentemente rallentando i processi dell'invecchiamento. E gli stessi tipi di geni che agiscono in una specie hanno lo stesso effetto anche in specie diverse. Questo è un dato molto importante perché, dato che la maggior parte delle vie bio-metaboliche risulta conservata dall'evoluzione nelle più svariate specie animali e quasi tutti questi geni sono presenti in forma omologa anche nel nostro genoma, la loro analisi potrà sicuramente aiutarci a capire di più i meccanismi dell'invecchiamento umano. Inoltre, l'identificazione di determinanti genetici che regolano la longevità umana suggerisce la possibilità di identificare potenziali target terapeutici, come descritto in seguito.

I "gerontogeni"

Una via percorribile è quindi quella di scoprire i geni responsabili dei processi di invecchiamento (ad esempio nei moscerini i geni che impediscono l'accumulo di energia) e disattivarli. Sono oltre 50 i geni che *sembrano* coinvolti nel processo d'invecchiamento (gerontogeni). Il primo è stato il gene *daf-2* (10) che causa l'invec-

chiamamento della filaria: disattivando i vermi raddoppiavano la loro vita. Nel 1998 è stato individuato il gene Matusalemme, che consentiva di aumentare la vita della specie del 35% (11). È interessante notare come le funzioni di questi geni siano correlate a processi energetico-metabolici cellulari, rinforzando l'idea di una stretta connessione tra metabolismo e invecchiamento. Un altro gene interessante, battezzato p66shc, se viene soppresso e inattivato nel topo raddoppia la durata della vita dell'animale (12). Questo gene, che codifica per un trasduttore di segnale citoplasmatico coinvolto nella trasmissione di stimoli mitogenici da recettori specifici attivati all'oncogene Ras, è probabilmente implicato nella regolazione delle risposte apoptotiche da "stress" e nella regolazione della durata della vita nei mammiferi. Nel dicembre 2000 è stata annunciata la scoperta di Indy (acronimo di *I'm not dead yet*, non sono ancora morto), la cui mutazione raddoppia la vita dei moscerini, creando una situazione cellulare metabolica che simula uno stato di restrizione calorica (13). Nel 2001, un'équipe italo-americana ha annunciato la generazione di topi transgenici i cui muscoli non invecchiano e quindi non perdono forza con l'età. Ciò è stato possibile trasferendo negli embrioni il gene per una proteina (Igf1, insulin-like growth factor) in grado di bloccare la degenerazione dei muscoli, tipica dell'invecchiamento (14). L'assunzione di Igf1 come terapia ormonale antinvecchiamento è nota da tempo, ma gli effetti collaterali (sviluppo di tumori) ne ha sempre bloccato l'uso. Il vantaggio di inserirla negli embrioni è che la sua azione viene limitata ai soli muscoli involontari. Ovviamente questa è una ricerca che, se applicata all'uomo, può migliorare la qualità della vita in età avanzata, ma non migliorare la longevità, visto che opera solo su una porzione dell'organismo. Tornando al moscerino della frutta, ricerche recentissime hanno probabilmente consentito di identificare un gene, coinvolto nella regolazione dell'assunzione calorica, associato alla longevità nei metazoi (15). Si tratta di *Sir2*, che codifica per una deacetilasi istonica (ma anche altre

proteine possono essere modificate, ad esempio la p53). È stato osservato un significativo aumento dell'espressione di questo gene in mutanti a lunga vita, nonché in drosofile wild-type a lunga vita sottoposte a restrizione calorica. L'idea è che *Sir2* sia direttamente coinvolto in pathway molecolari e biochimici deputati alla regolazione della restrizione calorica associata alla durata della vita.

Cromosoma 4, invecchiamento e metabolismo lipidico

Il cromosoma 4 sembra offrire alcune speranze per quanto riguarda la genetica dell'invecchiamento. Nel 2001, un gruppo di ricercatori di Boston ha individuato, mediante analisi familiari di linkage



genetico, una regione del cromosoma 4 che contiene uno o più geni associabili alla longevità, studiando 137 famiglie di origine prevalentemente europea con familiari longevi ultracentenari: in totale 308 soggetti. Si è scoperto che i soggetti hanno in comune una regione del cromosoma 4, contenente almeno 50 geni (16). Nel 2003 gli stessi autori (capeggiati dall'italiano Annibale Puca) hanno identificato in questa regione un probabile gene "candidato", coinvolto e/o associato all'entità della durata della vita nell'uomo (17). Il gene codifica per una proteina di trasporto microsomiale (MTP), coinvolta nella biosintesi lipoproteica (impacchettamento dell'ApoB e dei trigliceridi). Questi studi aprono inoltre altri interessantissimi scenari, medici e terapeutici. Infatti, la MTP rappresenta un affasci-

nante target terapeutico per farmaci antilipidici di prossime generazioni nel trattamento di iperlipemie e obesità. Inoltre, l'azione della MTP nel metabolismo lipidico fornisce evidenze razionali per sospettarne un ruolo nella longevità umana. È noto a tutti che alterazioni del profilo lipidico (assieme ad altri fattori genetici e ambientali) rappresentano un importante fattore di rischio per malattie vascolari (cardiache, cerebrali, periferiche), tra le prime cause di mortalità. Varianti genetiche associate alla funzione lipidica dovrebbero anche avere un qualche effetto sulla durata di vita. Ad esempio, i figli di centenari hanno profili lipidici più "favorevoli" (un aumento dell'HDL-colesterolo e una riduzione dell'LDL-colesterolo) rispetto ai

controlli, e di conseguenza dimostrano una significativa riduzione del rischio cardio e cerebrovascolare. Questi studi inoltre, dimostrano la fattibilità e l'utilità di utilizzare individui e famiglie di centenari, o quasi-centenari, come modello di studio della longevità umana e della resistenza a malattie croniche-degenerative. Anche in Italia è stata recentemente avviata una ricerca sull'aspetto genetico dell'invecchiamento: è stato presentato a Bologna (maggio 2004) il Progetto Europeo "GEHA – Genetics of Healthy Aging". Si tratta di un progetto integrato di ricerca scientifica finanziato dall'Unione Europea, con a capo l'Università di Bologna, di durata quinquennale, che ha per scopo l'identificazione di 2800 coppie di fratelli ultranovantenni in 17 aree geografiche distribuite in 11 paesi europei, oltre che in Israele.

le e Cina. Il progetto si propone l'obiettivo di identificare i geni che hanno un ruolo nell'invecchiamento in salute e consentono di raggiungere età avanzate in buone condizioni di attività fisica e cognitiva. Figli, nipoti, ma anche mogli e mariti, che serviranno a individuare quanto l'ambiente in cui il soggetto ha vissuto e il suo stile di vita possano aver contribuito alla sua buona salute. Sarà il Cig, Centro Interdipartimentale 'Galvani' per gli studi integrati di bioinformatica, biofisica e biocomplexità dell'università bolognese, a coordinare la ricerca dei 26 partner del progetto, scelti fra i più avanzati centri per gli studi di geriatria, genetica, bioinformatica e demografia. Del progetto Geha sarà responsabile il professor Claudio Franceschi, direttore dell'Istituto nazionale di ricovero e cura per Anziani di Ancona (Inrca). L'obiettivo è arrivare ad una mappatura genetica mediante una scansione dell'intero genoma; da questa scansione preliminare si cercherà di ridurre l'analisi alle zone che ci indicano lo stato di salute dell'anziano. Poi su queste regioni si concentrerà la ricerca dei geni che possono aver determinato il buono stato di salute.

Telomeri e telomerasi

I telomeri sono porzioni di brevi sequenze di DNA ripetute situate alle estremità dei cromosomi. Il loro compito è proteggere i cromosomi durante la divisione cellulare; questo loro compito li usura e, ogni volta che la cellula si divide, si accorciano. A un certo punto la loro lunghezza non è più in grado di proteggere la cellula che si riproduce in modo scorretto, generando l'invecchiamento. I telomeri rappresentano quindi una specie di orologio biologico cellulare, che indica alla cellula quando è arrivato il momento di andare in "apoptosi", termine difficile che indica la morte cellulare programmata. L'accorciamento telomerico deriva probabilmente dalla mancanza di attività dell'enzima telomerasi (una ribonucleoproteina piuttosto complessa ad attività enzimatica che ricostituisce i telomeri) nella maggior parte delle cellule somatiche. La cosiddetta

teoria dei telomeri, quindi, postula che l'invecchiamento cellulare sia dovuto all'incapacità della cellula di dividersi. Nel 1996, la clonazione della pecora Dolly mise in allarme gli studiosi che ricercano l'elisir dell'eterna giovinezza: la pecora era nata "vecchia", simile alla madre da cui era stata clonata ("vecchia" in senso biologico, nel senso cioè che la lunghezza dei telomeri nell'agnellino neonato corrispondeva comunque alla lunghezza dei telomeri dell'animale adulto). Qual è il limite della teoria dei telomeri? Il fatto che i telomeri potrebbero non essere il vero collo di bottiglia del processo d'invecchiamento. In altri termini, anche con telomeri di lunghezza infinita potrebbero intervenire altri fattori che ridurrebbero drasticamente la longevità. I telomeri sono stati portati all'attenzione del grande pubblico da quando si è incominciato ad associarli al processo d'invecchiamento. Da notare a questo proposito come, spesso, i mass media tendono a trasformare interessanti ipotesi scientifiche in spettacolari e sensazionali novità: molti titoli di giornali, riferendosi a questi studi sui telomeri e sulla telomerasi, avevano trionfalmente titolato "scoperto il gene dell'immortalità"! Ogni ulteriore commento è superfluo.

Progeria (malattia di Hutchinson-Gilford)

Una nuova teoria ipotizza, invece, che le cellule continuino a dividersi anche in tarda età, ma per un difetto genetico lo facciano male. Ad esempio, bambini affetti da una forma di progeria (malattia di Hutchinson-Gilford), una rara e grave malattia genetica che causa invecchiamento precocissimo e fatale, presentano fibroblasti che, *in vitro*, anziché dividersi normalmente circa 50 volte prima di morire, si dividono solo 10-30 volte, mostrando quindi segni precocissimi di senescenza cellulare. La mutazione si verifica nel gene LMNA, contenente informazioni basilari per la costruzione e il mantenimento di due proteine fortemente implicate nei processi di crescita e di maturazione delle cellule (lamina A e C) (18). Si tratta di una scoperta molto importante per la dia-

gnosi precoce della malattia e apre una nuova via alla comprensione dei fenomeni che regolano, in generale, la vita dei tessuti.

I mitocondri

È noto che il DNA mitocondriale, sprovvisto di sistemi efficaci di riparazione come il DNA nucleare, accumula mutazioni nel tempo, danneggiandosi progressivamente e in modo continuativo, verosimilmente a opera dei radicali reattivi dell'ossigeno prodotti dalla catena respiratoria (19). Le mutazioni nei mitocondri possono essere coinvolte nello sviluppo di alcune patologie dell'invecchiamento come osteoporosi, malattie cardiache e anemia legata all'età. Ad esempio, topi sperimentali con i geni modificati per aumentare il numero di mutazioni nei mitocondri invecchiano tre volte più velocemente della norma. Tra l'altro, i topi geneticamente modificati soffrivano di perdita del pelo, di osteoporosi, di perdita del peso e di problemi al cuore molto prima rispetto ai topi normali e vivevano un terzo dell'età dei loro simili non geneticamente modificati (20). Oltre che fungere da convertitori di energia nelle cellule, i mitocondri producono gli agenti ossidanti che possono danneggiare le cellule e il loro DNA. A causa della loro prossimità a questi ossidanti, o radicali liberi, i mitocondri sono particolarmente vulnerabili. Gli scienziati stanno studiando il collegamento fra le mutazioni dei mitocondri e le malattie connesse all'invecchiamento dagli anni Cinquanta. Le mutazioni non sono semplicemente un sottoprodotto dell'invecchiamento, ma ne sono una delle cause principali, anche se con ciò non si è ancora risolto completamente il mistero.

Restrizione calorica

Per tentare di rispondere alla domanda posta all'inizio, "l'invecchiamento è una malattia?", una strategia è quella di confrontare animali che invecchiano normalmente con animali longevi (o a lunga vita). È noto che topi sottoposti a diete ipocaloriche rappresentano dei buoni modelli di "salute". Se l'invecchiamento è malat-

tia, allora questi animali longevi ne sono privi. L'unica cosa certa e conosciuta che ritarda l'invecchiamento (almeno nei roditori) è la restrizione calorica. Tuttavia, questi dati che legano l'apporto calorico alla durata della vita in modelli animali roditori non sono stati ancora replicati in primati non umani. Pertanto, anche questo rappresenta un filone di ricerca da approfondire, ad esempio con studi di fisiologia e genetica comparata.

Prospettive future di ricerca

Lo studio dell'invecchiamento umano costituisce una sfida straordinaria. Il fenomeno è reso ancora più complesso dal fatto che è praticamente impossibile studiarlo direttamente *in vivo* nell'uomo. Pertanto, la ricerca deve e dovrà appoggiarsi a strategie indirette, come modelli ed estrapolazioni. Nuovissime e promettenti opportunità di ricerca sugli aspetti genetici della fisiologia e fisiopatologia dell'invecchiamento umano verranno dalle nuove tecnologie offerte dalla genomica, dalla postgenomica e dalla proteomica, ad esempio mediante la creazione di ampi database genetici e proteici contenenti informazioni derivate da studi su modelli animali (geni, vie metaboliche, mutazioni note per modificare l'invecchiamento), integrati in "networks" funzionali. Un database, chiamato appropriatamente GenAge, è stato recentemente implementato, in grado di fornire una specie di mappa genomica e proteomica dell'invecchiamento umano (21). Accanto a questi strabilianti sviluppi troveranno certamente spazio e giocheranno ruoli fondamentali anche la bioinformatica, la genomica comparativa e l'analisi genica multipla mediante DNA chips (DNA microarrays) per la ricostruzione delle reti genetiche coinvolte nei processi causativi e regolativi dell'invecchiamento (22).

Possiamo a questo punto porci alcune domande: vivremo fino a 120 anni? O magari ancora di più? Su questo argomento molte sono ancora le teorie che si contendono la piazza. Ne citiamo tre tra quelle attualmente più accreditate. *La teoria genetica*: esisterebbero dei geni che comandano, soppressio-

no, regolano in qualche modo il processo d'invecchiamento; questa teoria lascerebbe poco spazio alle difese che l'individuo può attuare contro il suo orologio biologico, quindi all'"ambiente". Solo l'ingegneria genetica potrebbe quindi in futuro modificare le cose. *La teoria dei radicali liberi*: nel 1954 il Nobel D. Harman ipotizzò che la causa della senescenza fossero i radicali liberi prodotti durante i processi metabolici. I radicali liberi sono molto attivi e possono reagire con il DNA, le proteine, gli acidi grassi presenti nella membrana cellulare. *La teoria ormonale*: è una delle teorie più interessanti sull'invecchiamento. Alcuni ormoni diminuiscono con l'età, provocando molti dei problemi associati normalmente alla vecchiaia. In realtà, è probabile che le tre cause possano coesistere (insieme ad altre) e che rimuovendone alcune si possa effettivamente raggiungere quel limite di 120 anni che è attualmente lo scopo dei ricercatori. La recente scoperta del gene p66shc che controlla una proteina che governa la risposta cellulare allo stress ossidativo sembra confermare la possibile coesistenza delle varie teorie. L'invecchiamento è un complesso fenomeno di degenerazione delle capacità vitali dell'organismo che, anche in assenza di malattie, porta alla morte. Si deve quindi notare che, nonostante alcuni luoghi comuni e pregiudizi, l'invecchiamento non è necessariamente associato alla malattia o a patologie più o meno invalidanti, in quanto i suoi effetti, in termini di diminuite prestazioni psicofisiche, sono osservabili anche in individui perfettamente sani. Gli enormi passi che la genetica sta compiendo hanno fatto nascere entusiasmi forse ingiustificati nello studio delle strategie anti-età. Infatti, i risultati della ricerca non sono ancora consolidati; ciò significa che delle centinaia di ricerche condotte in tutto il mondo e i cui risultati compaiono sulle riviste specializzate solo alcune diventeranno fondamentali, cioè saranno tradotte in un risultato pratico. Molte altre saranno ridimensionate oppure smentite da una migliore comprensione dei processi dell'invecchiamento. Occorre distinguere

re fra esperimenti su animali ed esperimenti sull'uomo. La generalizzazione dei risultati alla specie umana non è per nulla scontata. Occorre distinguere fra risultati parziali (su una parte dell'organismo) e risultati totali. Prolungare l'efficienza di un organo non significa necessariamente aumentare la longevità dell'organismo, così come l'immortalità cellulare non significa l'immortalità dell'uomo. Gran parte delle ricerche su animali sperimentali riguarda appunto animali dalla vita relativamente breve, dove la scoperta dei geni responsabili dell'invecchiamento è quindi facilitata dal succedersi rapido delle generazioni e dallo scorrere veloce della vita del singolo individuo. Le prospettive di questa strada sono molto buone, perché un'eventuale scoperta sull'uomo potrebbe effettivamente essere tradotta in prodotti antinvecchiamento (ad esempio farmaci che disattivano le sostanze la cui sintesi è avviata dai geni cattivi). Sarà un giorno possibile controllare l'espressione dei geni responsabili dell'invecchiamento? Anche se la risposta è molto probabilmente positiva, questi geni dovranno innanzitutto essere individuati, e solo successivamente la loro espressione potrà essere studiata e modificata. In un futuro leggermente meno lontano è possibile che, una volta compresi i meccanismi molecolari dell'invecchiamento, sia possibile offrire terapie antinvecchiamento mirate. Ma quanto ci vorrà per rispondere a tutti i nostri quesiti? Allo stato attuale delle conoscenze non è possibile fare facili previsioni e chiunque dei facili divulgatori scientifici risponda a questa domanda non lo fa sulla base di dati previsionali corretti.

I geni e le patologie dell'età avanzata

Il ruolo di fattori genetici nello sviluppo della malattie è ormai in discussione. Francis Collins, coordinatore del Progetto Genoma Umano, illustra il rapporto tra geni e malattie con la frase "possiamo dire che tutte le malattie, a parte forse i traumi, hanno una componente genetica".

Ogni malattia è il risultato di

un'interazione tra fattori genetici e fattori ambientali. Nelle malattie genetiche rare (dette anche mendeliane o monogeniche), il peso della componente genetica è ampiamente prevalente. Nelle malattie multifattoriali (dette anche malattie complesse, o malattie comuni), fattori sia genetici sia ambientali svolgono un ruolo importante, per cui lo svilupparsi della patologia è il risultato di una complessa interazione di più geni tra loro e con fattori ambientali.

Questa categoria comprende molte patologie legate all'età avanzata, come ad esempio le patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, il diabete, alcuni tumori e l'Alzheimer.

Si ritiene che ogni persona abbia almeno quattro o cinque geni che la predispongono fortemente a certe malattie e un'altra decina di geni che le conferiscono un rischio moderato: si parla quindi di "geni di suscettibilità" (23).

Mediamente l'uomo ha un corredo genetico che gli consente una aspettativa di vita di circa 85 anni con una morbidità compressa verso gli ultimi anni. Questo corredo, assieme a uno stile di vita "salutare", dovrebbe permettere di trascorrere in buona salute 25 anni dopo i 60, relegando l'insorgenza di patologie gravi agli ultimi anni di vita. Il fatto che spesso non sia così sarebbe ascrivibile a uno stile di vita non corretto, ipotesi questa assolutamente credibile se si considera la percentuale di persone che sono sovrappeso, fumano, non fanno alcun esercizio fisico, sono sottoposte a forte inquinamento ambientale, stress ecc. Questi fattori ambientali fanno sì che l'aspettativa di vita si abbassi di circa 10 anni, con molti più anni di disabilità rispetto a quanto i nostri geni ci concederebbero (24).

Cosa permette ai centenari di essere sani

In molte specie, incluso l'uomo, il tasso di mortalità, che aumenta esponenzialmente con l'età, inizia a decelerare per età molto avanzate, suggerendo l'entrata in gioco di un diverso fattore (25). Alcune evidenze, e in particolare gli studi sui centenari, dimostrano che questo fattore è genetico e non am-

bientale. I genitori dei centenari sono mediamente sopravvissuti più a lungo del resto della popolazione e anche i figli hanno una probabilità aumentata di sopravvivere a lungo, mentre le mogli non mostrano questo vantaggio (26, 27). Inoltre, questo vantaggio non sembra diminuire con l'età, come dovrebbe essere se fosse ascrivibile a fattori ambientali.

L'ipotesi è quindi che i geni di suscettibilità a patologie letali operano una selezione demografica per cui i soggetti più suscettibili muoiono lasciando dietro di loro una coorte di long-surviver con un corredo genetico diverso, fenomeno che modifica l'andamento del tasso di mortalità (24).



La conseguenza della teoria sopra esposta sarebbe la "compressione della morbidità", per cui all'aumentare della durata della vita media l'insorgenza e la durata di patologie letali correlate all'età verrebbero compresse verso il termine della vita (28).

Gli studi sui centenari indicano che la maggior parte di questi vive in buone o relativamente buone condizioni di salute ed è stato privo di importanti patologie per tutta la sua vita. Ad esempio, in uno studio il 90% dei centenari era autosufficiente all'età di 90 anni (29).

Per arrivare a questa età un individuo deve necessariamente essere sano per la grande maggioranza della sua vita e sfuggire o ritardare

l'insorgenza delle patologie normalmente associate all'avanzamento dell'età.

Per arrivare oltre gli 85 anni è necessario possedere un "vantaggio genetico", cioè l'assenza di geni di suscettibilità a patologie importanti assieme alla presenza di geni che favoriscono la longevità. Gli individui che raggiungono un'età molto avanzata verosimilmente non hanno quelle varianti genetiche che aumentano il rischio di morte prematura per patologie letali sia relate sia non relate all'età (24).

A sostegno di questa teoria vi sono alcune osservazioni, come ad esempio la marcata diminuzione della frequenza dell'allele APOE e4, che aumenta il rischio di sviluppo di Alzheimer, a età avanzate. I nonagenari con funzioni cognitive intatte probabilmente devono questo vantaggio a un'aumentata resistenza genetica alla patologia di Alzheimer (30, 31).

Gli individui che raggiungono età avanzate hanno un invecchiamento più lento, come dimostra ad esempio l'elevata percentuale di figli avuti oltre i 40 anni da donne che hanno raggiunto età avanzate (32).

Per raggiungere queste età è necessario avere geni che rallentano l'invecchiamento e non avere geni che predispongono a patologie importanti.

Per raggiungere un'età molto avanzata in buona salute è insomma importante avere gli alleli "giusti" ed essenziale non avere quelli "sbagliati".

Quanto all'effetto dei fattori ambientali (dieta, stile di vita, livello economico, scolarità ecc.), questi influiscono fortemente sull'aspettativa di vita e sulla morbidità nei soggetti che non superano gli 85 anni di vita. Nei centenari, invece, non è stata finora trovata una correlazione significativa tra la possibilità di sopravvivere così a lungo e nessuno dei fattori ambientali, dato che ulteriormente supporta l'influenza di fattori genetici (33).

Lo studio dei centenari appare un utilissimo strumento sia per svelare quali varianti genetiche sono associate a una maggiore sopravvivenza, sia per identificare i geni di suscettibilità alle più importanti patologie. Inoltre, poiché

i centenari presentano una morbidità compressa verso la fine della vita rappresentano un ottimo modello per studiare l'invecchiamento "senza malattia".

Questi studi hanno una reale capacità di fare luce su questi aspetti perché, se sono migliaia i polimorfismi genetici che possono avere un'influenza positiva o negativa sulla sopravvivenza, sono relativamente pochi i polimorfismi che esercitano un effetto importante sulla velocità di invecchiamento e sulla predisposizione a malattie correlate all'età, come dimostrano studi sugli organismi inferiori e sui centenari.

La medicina predittiva e la prevenzione delle patologie dell'età avanzata

L'assunto su cui si basa un nuovo approccio alla medicina, la medicina predittiva, è che si possa prevenire la malattia a livello individuale attraverso l'individuazione dei geni di suscettibilità (34). Questo approccio prevede che dall'analisi del DNA di un individuo si svelino i geni di suscettibilità che possiede e si possano quindi attuare precocemente gli stili di vita o le terapie più adatte a ridurre il rischio per questa persona di sviluppare la malattia. Ad esempio, un individuo che si sottoponga a un check up per i suoi geni di suscettibilità potrebbe scoprire che il suo rischio di avere un cancro della prostata e la malattia di Alzheimer è inferiore rispetto alla media della popolazione, mentre potrebbe scoprire che il suo rischio di sviluppare malattia coronarica, carcinoma del colon e carcinoma del polmone è più elevato (35). Potrebbe quindi essere stilato per lui un programma di prevenzione mirato a ridurre il rischio che le patologie a cui è suscettibile effettivamente si sviluppino. Questo modello non è ancora attuabile in maniera estesa perché non sono ancora state stabilite correlazioni robuste e clinicamente significative tra varianti del DNA e insorgenza di patologia, ma è prevedibile che in un futuro non lontano sia attuabile almeno per le malattie più rilevanti. L'applicazione di questo approccio precocemente durante la vita dovrebbe portare a ridurre la pre-

senza di patologia soprattutto nell'età avanzata e al di sotto degli 85 anni, la fascia di età in cui è sensibile il peso dei fattori ambientali sullo sviluppo delle patologie a cui l'individuo è predisposto. Alcuni ritengono che sapere di essere predisposti geneticamente a una certa malattia darebbe un incentivo maggiore ad adottare stili di vita idonei rispetto alla conoscenza di un rischio generale.

La genetica e la terapia nell'anziano

Come è stato in precedenza illustrato, la terapia dell'anziano presenta vari fattori di complessità. La somministrazione di terapie combinate e per diverse patologie concomitanti aumenta il rischio di interazioni farmacologiche non previste e spesso neppure conosciute e di alterata biodisponibilità per patologie concomitanti.

Un aiuto per migliorare la terapia dell'anziano potrà derivare dalla farmacogenetica. Non soltanto vi è una componente genetica, più o meno importante, in tutte le malattie, ma anche la risposta individuale ai farmaci è influenzata da fattori genetici.

Il modello è simile a quello delle malattie multifattoriali: vi sono più geni che determinano una predisposizione a non rispondere o ad avere un effetto collaterale a un certo farmaco. L'effetto osservato dipende dall'interazione di questi fattori genetici con fattori ambientali quali la dose somministrata, la funzionalità renale ecc. La farmacogenetica è la branca della genetica che studia i geni che influiscono sulla risposta ai farmaci (36).

I geni che influiscono sulla risposta ai farmaci sono quelli implicati nell'assorbimento, nel metabolismo, nella distribuzione, nell'eliminazione del farmaco oppure quelli correlati col bersaglio biologico che il farmaco colpisce per esercitare il suo effetto (ad esempio un recettore). Geni di altre categorie possono essere coinvolti, ad esempio i geni HLA sono coinvolti negli effetti collaterali di alcuni farmaci. Una persona geneticamente predisposta ha più probabilità di sviluppare, ad esempio, un effetto collaterale, in particolare se agiscono anche fattori di tipo am-

bientale, come ad esempio una ridotta funzionalità epatica.

La farmacogenetica si pone l'obiettivo finale di sviluppare i test farmacogenetici, cioè test che, attraverso l'analisi del DNA, forniscono una *stima* del rischio che un singolo paziente corre di non rispondere a un certo farmaco e/o di sviluppare un certo effetto collaterale.

I geni del metabolismo dei farmaci sono stati estesamente studiati, in particolare quelli che, come CYP2D6 e CYP2C9, metabolizzano i farmaci più comunemente prescritti o che sono molto polimorfici. Ad esempio, il gene CYP2C9 è associato alla dose di mantenimento quotidiano per la terapia anticoagulante con warfarin. I soggetti che possiedono le varianti *2 e *3 del gene necessitano di una dose più ridotta e sono più esposti a rischio di complicanze emorragiche gravi (37).

Sono stati descritti effetti farmacogenetici per molte classi di farmaci e, seppure vi siano evidenze scientifiche spesso discordanti, molti esperti concordano nel ritenere che non passerà molto tempo prima che la farmacogenetica entri nella pratica clinica (38).

La conoscenza approfondita di questi fattori di rischio genetico sulla risposta ai farmaci riveste una particolare importanza nell'anziano e potrà fornire strumenti utili per migliorare la terapia. Ad esempio, conoscere i polimorfismi dei geni del metabolismo dei farmaci può essere particolarmente utile nella politerapia per individuare e prevenire possibili interazioni tra farmaci.

Nell'anziano i fattori ambientali possono esaltare l'effetto dei polimorfismi genetici dando origine, ad esempio, a effetti collaterali. Ad esempio, un polimorfismo in un gene del metabolismo può non generare alcun effetto evidente se la funzionalità epatica è normale. Il deteriorarsi della funzionalità epatica nell'anziano può rendere evidente l'effetto del polimorfismo da sempre presenti, dando origine a effetti collaterali. L'applicazione della farmacogenetica nell'anziano offre quindi importanti potenzialità di ridurre la difficoltà della terapia e la scarsa prevedibilità degli effetti.

Per contro, la complessità della terapia, l'elevato peso e variabilità dei fattori ambientali rispetto a quelli genetici potrebbero ridurre il potere predittivo e quindi l'utilità clinica dei test farmacogenetici nell'anziano.



La genomica e la scoperta di nuove terapie

Nonostante l'elevato numero di farmaci in commercio e gli innegabili enormi miglioramenti delle terapie negli ultimi decenni, vi sono ancora patologie senza un'adeguata terapia e molte di queste sono patologie tipiche dell'età avanzata, come ad esempio le malattie psichiatriche. Un contributo per aumentare le possibilità terapeutiche nell'anziano potrà essere dato dalla genomica. La farmacogenomica è lo studio della variabilità dell'espressione dei geni (RNA e proteine) di un individuo correlati sia alla suscettibilità alle malattie sia alla risposta ai farmaci. La farmacogenomica può permettere di scoprire nuovi farmaci e soprattutto farmaci innovativi (39).

Si parte dall'identificazione di un gene di suscettibilità a una certa malattia attraverso studi di genetica umana, studi su animali transgenici, studi di espressione genetica differenziale o proteomica.

Scoperto così il gene si cerca di risalire alle proteine codificate e alla loro funzione per capire quale ruolo giocano nella malattia in studio. La comprensione di questo meccanismo permetterà di individuare i bersagli, cioè quelle molecole che, se colpite dal farmaco giusto, possono fermare o rallentare la progressione della malattia. Individuare il giusto bersaglio costituisce la maggiore difficoltà nella scoperta di nuovi farmaci. La farmacogenomica può quindi contribuire alla scoperta di farmaci nuovi per patologie ancora senza adeguata risposta.

Le cellule staminali

La ricerca sulle cellule staminali sta procedendo molto velocemente e già vi sono esempi di un efficace uso di questa tecnica anche in ambito clinico (40). Questi avanzamenti sono di estrema rilevanza per le patologie dell'anziano, perché le cellule staminali sono considerate la più promettente terapia per tutte le patologie neurodegenerative avanzate, quali il morbo di Parkinson e l'ischemia cerebrale, l'Alzheimer. La speranza di sconfiggere queste patologie è in gran parte affidata alla medicina rigenerativa che l'uso delle cellule staminali renderà possibile.

La Ricerca Clinica Farmacologica nell'anziano

Nel periodo 2000-2030 si prevede che la popolazione di età superiore a 65 anni aumenterà dal 6,9 al 12% a livello mondiale, dal 12,6 al 20,3% nel Nord America, e dal 15,5 al 24,3 % in Europa (41). In alcune regioni dell'Italia, della Francia e della Germania, la popolazione di età superiore agli 80 anni rappresenterà il 7-9% della popolazione, rispetto al 3,9% del 1995. Proprio in questo gruppo di età la crescita sarà più rapida, con un aumento numerico del 62% nei prossimi 25 anni, e in Italia nel 2025 un italiano ogni 14 (7,1%) sarà ultraottantenne; simili trend di crescita si avranno in Germania, Danimarca, Svezia e Irlanda (42).

Dopo i sessant'anni si stima che circa i tre quarti della popolazione abbia una patologia cronica e che

la metà sia affetta da due o più malattie. Questo stato di cose comporta un frequente uso di terapie, spesso combinate e per diverse patologie concomitanti: uno studio statunitense ha evidenziato che più del 40% dei soggetti ultrasessantacinquenni non istituzionalizzati utilizzava 5 o più diversi farmaci a settimana e il 12% ne usava più di dieci (43). L'utilizzo di terapie è ancora maggiore in anziani istituzionalizzati o in condizioni di assistenza domiciliare (44, 45).

Sebbene ci sia preoccupazione legata all'eccessivo uso di farmaci in soggetti anziani, spesso prescritti in modo indipendente e non integrato da specialisti diversi per differenti patologie (46), viene anche rilevato come ci sia un sostanziale livello di sottotrattamento in pazienti anziani con categorie di farmaci il cui valore terapeutico nel diminuire la morbidità è stato stabilito con adeguati studi clinici (47). In questo studio ci si riferiva in particolare allo scarso utilizzo di ACE-inibitori nello scompenso cardiaco, di antiipertensivi e beta-bloccanti in pazienti con infarto miocardico, di antiipertensivi e anticoagulanti in pazienti con ictus cerebrale e di terapie per l'osteoporosi nei soggetti a rischio di fratture.

È pertanto evidente come la popolazione anziana sia maggiormente esposta al rischio di utilizzo eccessivo di farmaci in concomitanza, con potenziali interazioni farmacologiche non previste e spesso neppure conosciute, e alterata biodisponibilità per patologie concomitanti, ma anche al rischio di sottoutilizzo di terapie appropriate che potrebbero ridurre la morbidità e le conseguenze acute delle patologie croniche presenti.

Uno dei problemi principali alla base dell'empiricità e della scarsa conoscenza della terapia nell'anziano è costituito dalla scarsità delle evidenze scientifiche in grado di dare risposte affidabili e definitive riguardo a benefici e rischi di molte terapie farmacologiche; questo problema è legato al disegno degli studi che esclude la possibilità di valutare le terapie in condizioni di politerapia e/o di polipatologia, e anche alla storica assenza di un numero significativo di pazienti anziani nelle sperimentazioni cliniche (48-

50). Un'analisi descrittiva ha infatti evidenziato che circa un terzo degli studi pubblicati nelle principali riviste scientifiche escludeva senza un'adeguata giustificazione gli anziani dalla casistica trattata nelle sperimentazioni cliniche (51). Nel 2000, solo il 3,45% di 8945 studi clinici randomizzati e l'1,2% di 706 studi metanalitici erano stati specificamente disegnati nella popolazione di età superiore ai 65 anni (52). Spesso anche ampi studi disegnati per lo studio di patologie specifiche della popolazione anziana reclutano casistiche selezionate che non rappresentano la reale popolazione trattata: nello studio sull'ipertensione sistolica dell'anziano "Systolic Hypertension in the Elderly Program study", meglio noto come SHEP, solo il 2% dei pazienti randomizzati proveniva dalla popolazione generale (53). Come conseguenza, la pratica terapeutica in geriatria si riduce spesso a essere aneddotica, o al meglio a fare riferimento alla generalizzazione di dati provenienti da studi in pazienti più giovani o in anziani "sani".

Tutto questo ha scarsa giustificazione se si considera che, comunque, nel 2000 circa 700 nuovi farmaci nella pipeline di sviluppo dell'industria farmaceutica erano destinati a malattie della terza età, quali cardiopatie, ictus, cancro, diabete, depressione, malattia di Alzheimer, artrite, osteoporosi, morbo di Parkinson (54).

Tuttavia, pochi farmaci, tra quelli oggi di prevalente utilizzo geriatrico, hanno avuto uno sviluppo clinico che tenesse conto delle problematiche legate all'invecchiamento e pochi sono in grado di soddisfare pertanto in modo specifico e completo i bisogni terapeutici dell'anziano.

Le cause di questa situazione si possono comprendere in due principali aree di motivazione: da un lato, molti fattori legati all'invecchiamento determinano la difficoltà di inclusione di questi pazienti negli studi clinici; dall'altro, la gran parte dei farmaci utilizzati in geriatria appartiene a classi terapeutiche nelle quali lo sviluppo, soprattutto clinico, di nuove molecole ha aspetti di particolare criticità.

Se analizziamo la prima delle

due aree di difficoltà, emergono alcuni elementi che rendono maggiormente difficile l'inclusione dei pazienti in età geriatrica nelle sperimentazioni cliniche, la conseguente rappresentatività del campione selezionato e la valutazione ed estrapolazione dei dati alla popolazione generale anziana:

– Gli anziani sono un gruppo particolarmente eterogeneo, nel quale soggetti con età inferiore a 70 anni hanno caratteristiche fisiologiche e psicosociali che possono essere profondamente diverse da pazienti con più di 80 anni, con evidenti ripercussioni sugli esiti dei trattamenti; inoltre, nei più anziani esistono differenze anche all'interno dello stesso gruppo di età.



Gli studi clinici dovrebbero pertanto fornire una precisa caratterizzazione per sottogruppo dei pazienti da trattare e raggruppare per singoli determinanti di esito della patologia oggetto dello studio. I risultati dovrebbero essere esposti non solo come medie, ma anche con riferimento a eventi dei singoli individui, approccio che meglio permetterebbe l'individualizzazione delle decisioni terapeutiche nella pratica clinica (55 - 57)

– La già descritta comorbidità nella persona anziana, con la conseguente politerapia, predispone a eventi avversi e porta a scarsa compliance con le metodologie richieste dallo studio e a un potenziale confondimento nei risultati

dello stesso. Un esempio paradigmatico è l'associazione tra mortalità e bassi livelli pressori riscontrata nei soggetti sopra gli 80 anni, che scompariva quando i tassi di mortalità venivano aggiustati per le variabili legate alla diversa condizione patologica, come funzione fisica, capacità cognitiva, albuminemia e presenza di gradi diversi di cardiopatia (58). Per ridurre le variabili di confondimento legate alle diverse situazioni patologiche presenti e concomitanti e assicurare quindi una validità interna dei dati, i ricercatori tendono a disegnare studi con criteri di inclusione molto stringenti, limitando però la generalizzabilità dei risultati, che come detto è una delle principali cause dell'insufficiente disponibilità di adeguata letteratura clinica in geriatria.

– Il problema della scarsa aderenza alla terapia è di estrema rilevanza negli studi clinici in soggetti anziani, specie se effettuati in un contesto ambulatoriale non istituzionalizzato, dove la mancanza di autosufficienza, i problemi di vista, di memoria e di movimento possono rendere difficile la gestione da parte dell'anziano di schemi posologici, soprattutto se complessi come spesso avviene per i trattamenti di patologie tipiche dell'età avanzata.

– Molte delle malattie tipiche dell'anziano sono di difficile inquadramento diagnostico: una polmonite è facilmente definibile con criteri radiologici, ma patologie dell'apparato locomotore o neurologiche, come ad esempio la malattia di Alzheimer o il recupero funzionale post-ictus, hanno una definizione e/o stadiazione molto più difficile e complessa; questo comporta che si debba porre particolare attenzione al rischio di errata classificazione dei casi inclusi nello studio e si verifichi che la misurazione degli esiti sia stata fatta attraverso il corretto utilizzo di scale e strumenti validati, situazione che richiede necessariamente la predisposizione di un attento controllo di qualità su base almeno campionaria.

– Gli studi clinici comparativi nell'anziano pongono particolari problemi quando il confronto sia costituito dal placebo, come spesso richiesto dalle autorità regolato-

rie almeno nelle prime fasi di sviluppo clinico dei farmaci, ad esempio negli studi di ricerca delle dosi efficaci e tollerate; per questo spesso si identificano gli appropriati dosaggi in pazienti giovani, e ci si limita quindi a verifiche di bioequivalenza in pochi soggetti anziani selezionati, salvo poi talora aggiungere verifiche cliniche di efficacia e tollerabilità delle dosi così identificate in studi di uguaglianza con confronti farmacologicamente attivi. Talvolta si confrontano, invece, interventi attivi rispetto alla pratica di gestione corrente, che spesso nell'anziano è carente, creando pertanto delle situazioni nelle quali più facilmente si hanno risultati positivi, ma che non necessariamente rappresentano pertanto il miglior approccio di cura.

— L'età è un fattore che influenza il rischio di evento, ed è necessario porre attenzione a questo fatto quando quell'evento sia l'endpoint che viene valutato nello studio; il rischio relativo diminuisce con l'aumentare dell'età (per diminuzione del numero di anziani predisposti a quell'evento in quanto i più sensibili l'hanno già avuto o sono morti, per modifiche dell'importanza biologica di quel rischio di malattia o di evento a età diverse, per la competizione di altri fattori di rischio concomitanti), mentre quello assoluto può aumentare. Si può pertanto sovrastimare un effetto nella popolazione geriatrica sulla base del rischio relativo ed è pertanto estremamente importante considerare non solo la significatività statistica, ma anche quella clinica. Diventa inoltre fondamentale stimare quando possibile il rischio assoluto, e ancora di più il Number Needed to Treat (NNT). Se consideriamo, infatti, il trattamento dell'ipertensione nell'anziano, risulta evidente che si ottiene la riduzione della mortalità in tutte le classi di età: la riduzione del rischio relativo è simile in tutti i gruppi, ma il beneficio assoluto è maggiore negli anziani, dato che l'NNT per prevenire mortalità e morbidità cardiovascolare è almeno due volte superiore nei soggetti giovani e adulti rispetto agli anziani (59).

È pertanto indubbio, e da molto tempo denunciato, che l'inclusio-

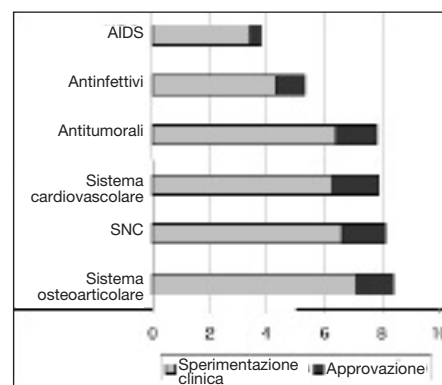
ne di pazienti anziani negli studi clinici è particolarmente difficile per tutti i motivi sopra esposti, a cui si aggiunge la scarsa accettazione degli anziani a partecipare agli studi. La partecipazione è infatti del 97% tra i bambini, del 75% per persone tra 21 e 65 anni e inferiore al 60% per i più anziani (60). Sono stati dati vari suggerimenti su come favorire la partecipazione della popolazione geriatrica agli studi sperimentali, ad esempio la creazione di collegamenti tra strutture di ricerca clinica e accademica e istituti di cura e assistenza per anziani, la realizzazione di grandi trial che possano includere una popolazione più eterogenea con comorbidità multiple e differenze nella progressione delle patologie e che permetta poi la valutazione di sottogruppi particolari. Sono importanti anche aspetti pratici come il coinvolgimento delle famiglie o di volontari nella spiegazione del consenso informato, la facilitazione nei trasporti, le visite cliniche effettuate quando possibile a domicilio e la stampa di moduli di consenso informato a caratteri grandi (53, 60, 61).

Un'ulteriore importante elemento da tenere in considerazione nel disegnare futuri studi negli anziani è che andrebbero attentamente considerati, e probabilmente modificati, gli endpoint clinici principali che vengono valutati, perché in questa popolazione outcome come livello funzionale e indipendenza sono sicuramente importanti come, se non di più, della mortalità (53).

Considerando invece la seconda area di complessità per lo sviluppo di molecole per l'anziano, quella cioè della difficoltà di ricerca, va evidenziato come la maggior parte dei farmaci utilizzati in geriatria sia indicata per patologie nelle quali la sperimentazione clinica è particolarmente complessa e richiede tempi di studio anche molto lunghi, con un impatto estremamente significativo su costi e tempi di sviluppo. La figura 2 si riferisce ai tempi medi di sviluppo clinico e di autorizzazione all'immissione in commercio da parte della Food and Drug Administration (FDA), l'agenzia regolatoria statunitense, tra il

1995 e il 1999, di farmaci appartenenti a diverse classi terapeutiche: si vede come per molecole con endpoint relativamente semplici, quali farmaci per la terapia dell'AIDS o altri antinfettivi, il processo di sviluppo clinico e di approvazione regolatoria sia relativamente breve, mentre i prodotti medicinali di solito maggiormente utilizzati negli anziani, come quelli per le malattie del sistema nervoso centrale, dell'apparato cardiovascolare, per le patologie osteoarticolari o gli antitumorali, richiedano tempi significativamente più lunghi (60, 61).

Figura 2. Durata media dei periodi di sperimentazione clinica e di approvazione di nuove molecole da parte della FDA, per classe terapeutica (1995-1999) (60, 61)



A questo va aggiunto che lo sviluppo di nuove molecole in questi settori terapeutici ha un elevato tasso di insuccesso, fattore che associato ai lunghi tempi di sviluppo aumenta il costo di ricerca dei farmaci che arrivano alla commercializzazione.

La tabella 1 mostra, infatti, come gli antinfettivi raggiungano l'approvazione all'immissione in commercio nel 30% di quelli studiati in fase I, nel 39% di quelli in fase II e ben nel 77% di quelli che arrivano alla ricerca clinica di fase III. Questa percentuale si riduce significativamente in un settore con indicazioni caratteristiche dell'età geriatrica, come quello neurologico: solo il 20% dei farmaci in fase I, il 23% di quelli in fase II e il 51% di quelli in fase III arrivano in commercio. I costi di sviluppo clinico in questi settori sono molto elevati, variando da 77 milioni di dollari

per il settore antinfettivo fino a 108 e 113 milioni di dollari rispettivamente nell'area cardiovascolare e in quella neurologica (62).

In aggiunta a queste linee guida, esiste un altro gruppo di linee guida "terapeutiche", che forniscono indicazioni e raccomandazioni sugli

Tabella 1. Probabilità di successo (introduzione in commercio) nelle diverse fasi di sviluppo clinico per molecole di diverse categorie terapeutiche (62)

Fasi di sviluppo clinico	Antinfettivi	Cardiovascolari	Neurologici
Fase I	30%	26%	20%
Fase II	39%	41%	23%
Fase III	77%	72%	51%

Da quanto detto fin qui emerge come lo sviluppo clinico di farmaci utilizzati negli anziani, per le diverse ragioni esposte, non fornisca in realtà dati sufficienti per poi estenderne l'uso nella pratica clinica alla popolazione geriatrica generale, ma anche come tale sviluppo sia proprio per questi farmaci molto più oneroso in termini di tempo impiegato e di costi sostenuti.

La discussione sopra esposta sull'utilizzo dei farmaci in età geriatrica, e sulle modificazioni correlate all'età della farmacocinetica e della farmacodinamica, e conseguentemente dell'efficacia e tollerabilità delle diverse dosi di farmaci e della loro interazione, ci fornisce la base conoscitiva per considerare l'adeguatezza o meno delle diverse linee guida regolatorie per lo sviluppo di nuove molecole di potenziale uso geriatrico, elencate in tabella 2.

studi clinici da condurre in specifiche aree patologiche di particolare rilevanza per gli anziani. Esse riguardano, ad esempio, l'osteoartrite, la schizofrenia, la depressione, le neoplasie, le malattie di Parkinson e di Alzheimer, lo scompenso cardiaco, l'incontinenza urinaria.

In tutte è evidente una prevalente focalizzazione e preoccupazione sull'effetto che le variazioni farmacocinetiche possono comportare sul dosaggio, sia dovuto a influenze genetiche sia non. Varie linee guida della Commissione Europea per la valutazione dei medicinali, il Committe for Proprietary Medicinal Products (CPMP), raccomandano di studiare l'impatto dei fattori genetici sulla relazione dose-risposta dei nuovi farmaci.

Sempre il CPMP ha adottato una linea guida sull'interazione tra farmaci che raccomanda l'esecuzione di studi di interazione di nuove molecole sulla base delle loro pro-

prietà fisico-chimiche, farmacocinetiche e farmacodinamiche, come anche in base alla probabilità che due farmaci siano cosomministrati. Un'interazione viene definita come clinicamente rilevante quando l'attività terapeutica o la tossicità di un farmaco può modificarsi, o quando l'uso concomitante di due farmaci può essere facilmente consigliato come raccomandazione terapeutica.

Due linee guida sono però di particolare interesse. La linea guida ICH relativa alle informazioni sulla correlazione dose-risposta per supportare la registrazione (n. 2 in Tabella 2) richiede che "nell'utilizzare le informazioni di dose-risposta è importante identificare i fattori che portano a differenze farmacocinetiche tra gli individui, inclusi fattori demografici (età, sesso, etnia), altre malattie (insufficienza epatica o renale), dieta, terapie concomitanti o caratteristiche individuali (peso, morfologia corporea, altri farmaci, differenze metaboliche)".

L'ICH Note for Guidance sugli studi in supporto a popolazioni speciali, in particolare a quelle geriatriche (n. 4 in Tabella 2), prevede che "il database completo del dossier deve essere esaminato per valutare eventuali differenze legate all'età, ad esempio nell'incidenza di eventi avversi, efficacia e dose-risposta. Se questa complessiva analisi relativamente preliminare mostra importanti differenze, sono necessarie ulteriori più approfondite valutazioni". Sempre la linea guida ICH relativa agli studi clinici nella popolazione geriatrica specifica alcuni punti che riteniamo importante sottolineare:

- "I farmaci dovrebbero essere studiati in tutti i gruppi di età geriatrica per i quali siano presumibili effettivo uso e utilità".

- "La linea guida riguarda principalmente:

- nuove molecole che hanno un utilizzo potenziale nell'anziano perché l'indicazione prevista è una patologia caratteristica della terza età (ad esempio malattia di Alzheimer), o è presente in un elevato numero di anziani (ad esempio ipertensione arteriosa);

- nuove formulazioni o associazioni precostituite di farmaci

Tabella 2. Linee Guida regolatorie generali del Committe for Proprietary Medicinal Products (CPMP) e dell'International Conference on Harmonization (ICH) rilevanti per lo sviluppo di farmaci nella popolazione anziana (Rif. Bibliografici n. 63 per il n. 1; n. 64 per i n. 2-8)

1. Linee guida del CPMP per gli studi farmacocinetici sull'uomo
 2. Nota informativa dell'ICH sulla correlazione dose-risposta a supporto della registrazione del farmaco.
 3. Linee guida del CPMP per la ricerca sulle interazioni farmacologiche
 4. Nota dell'ICH sugli studi a sostegno della popolazione anziana
 5. Linee guida ICH sugli studi di farmacocinetica in soggetti con disfunzione epatica o renale
 6. Nota del CPMP sulla valutazione di prodotti medicinali in farmacocinetica in pazienti con disfunzione renale
 7. Linee guida del CPMP sulla valutazione di prodotti medicinali in farmacocinetica in pazienti con disfunzione epatica
 8. Principi statistici riguardanti trias clinici, CPMP/ICH/363/96

già usati nell'anziano, quando si pensi possano portare a un'alterata risposta del paziente anziano".

– "È importante includere negli studi pazienti nella fascia di età più avanzata (> 75 anni) e pazienti con patologie concomitanti, per poter individuare interazioni farmacopatologia".

– "Si deve includere un numero significativo di pazienti geriatriche nelle fasi III (e talora anche II) di sviluppo dei farmaci. La popolazione geriatrica deve essere rappresentata in numero sufficiente da permettere un confronto della risposta farmacologica con la popolazione più giovane. Per i farmaci in studio per malattie presenti anche nell'anziano, un minimo di 100 pazienti valutabili dovrebbe essere sufficiente per permettere di studiare differenze clinicamente rilevanti. Per farmaci sviluppati per patologie tipiche dell'età geriatrica è auspicabile che gli anziani costituiscano la maggior parte dei pazienti studiati".

– "Le differenze tra soggetti giovani e anziani riscontrate negli studi clinici sono in maggior parte dovute a differenze farmacocinetiche legate a gradi diversi di funzione epatica e renale e a interazioni farmacologiche. È importante stabilire eventuali differenze farmacocinetiche tra soggetti giovani e anziani, come anche caratterizzare che cosa comporta l'alterazione della funzione escrettrice (epatica o renale), frequente nel paziente anziano".

– "Studi dose-risposta o farmacodinamici specifici nell'anziano sono raccomandati nelle seguenti situazioni:

- molecole sedative e ipnotiche e altri farmaci psicoattivi o con effetti rilevanti a livello del sistema nervoso centrale (ad esempio antistaminici);

- qualora nelle fasi II e III di sviluppo clinico siano emerse differenze clinicamente rilevanti correlate all'età nell'efficacia o nella tollerabilità della molecola in studio, non imputabili a differenze farmacocinetiche tra giovani e anziani".

– "Le interazioni tra diversi farmaci, particolarmente rilevanti nei soggetti anziani, si devono studiare quando l'intervallo terapeutico

(cioè l'intervallo tra dose efficace e dose tossica) della molecola studiata o di farmaci assunti in concomitanza, sia ristretto e la probabilità di una terapia concomitante sia elevata. In particolare, le interazioni farmacologiche e alcuni aspetti di metabolismo enzimatico vanno studiati in alcuni casi:

- interazioni tra anticoagulanti orali e digossina, perché molti farmaci modificano le concentrazioni plasmatiche di questi principi attivi, molto utilizzati nell'anziano e con un ristretto intervallo terapeutico,

- nuove molecole con importante metabolizzazione epatica, che vanno studiate con induttori (ad esempio fenobarbital) e inibitori (ad esempio cimetidina) del metabolismo epatico,

- nuove molecole metabolizzate dal citocromo P450, studiate per effetti inibitori con chinidina (per il citocromo P450 2D6) e ketoconazolo o macrolidi (per il citocromo P450 3A4),

- interazioni con altri farmaci che potrebbero essere assunti insieme alla molecola in studio".

Va anche ricordato che esiste un terzo gruppo di linee guida di tipo biostatistico, che danno indicazioni sulla scelta del disegno dello studio, sulla potenza statistica, sulla scelta dei confronti e sull'analisi dei risultati. Una di queste è di interesse per gli studi in geriatrica, "Statistical Principles for Clinical Trials, CPMP/ICH/363/96" in quanto raccomanda che la pianificazione dell'analisi tenga conto dell'influenza di covariate e dell'effetto di sottogruppi, in particolare dell'età del campione.

Dall'analisi delle raccomandazioni delle autorità regolatorie emerge comunque un concetto importante da tenere presente: l'età di per sé non è associata a modificazioni significative della farmacocinetica, ma si accompagna a fattori che la possono alterare significativamente, come una ridotta funzione epatica e renale, sia metabolica sia escrettrice, la cosomministrazione di altri farmaci, le differenze dietetiche quali-quantitative che possono alterare l'assorbimento dei farmaci; l'altro importante fattore da tenere presente è la farmacogenetica, che non è però età-cor-

relata ma che nell'anziano, associata agli altri elementi indicati, può essere maggiormente rilevante per effetto additivo. Tutti questi fattori possono però essere previsti e valutati con specifici studi, permettendo quindi l'eventuale aggiustamento della dose.



Dal punto di vista farmacodinamico, a parte specifici target farmacologici correlati agli effetti di farmaci anticoagulanti, psicotropi o cardiovascolari, comunque conosciuti e quindi da valutare con studi specifici, non ci sono chiare evidenze che la maggior parte dei bersagli farmacologici presenti nell'anziano una sensibilità alterata ai farmaci (65). È comunque auspicabile che venga effettuato nei pazienti molto anziani almeno uno studio randomizzato e controllato che correli la concentrazione plasmatica con gli effetti farmacodinamici; questo fornirebbe dati sufficienti per verificare se esistono variazioni della sensibilità farmacodinamica correlate alle modificazioni fisiologiche tipiche dell'invecchiamento avanzato e aiuterebbe a disegnare i successivi studi specifici nella popolazione anziana e a migliorare quindi l'uso terapeutico del farmaco una volta immesso in commercio.

La farmacocinetica viene normalmente studiata in popolazioni anziane "sane" e le linee guida re-

golatorie non danno indicazioni diverse. Va però sottolineato che esiste un solido razionale scientifico per studiarla anche in soggetti anziani "fragili" e per determinare in questa sottopopolazione l'interazione tra farmaci, alimentazione e stato nutrizionale. Questo a tutt'oggi non avviene affatto. Uno studio recente ha dimostrato che nel 50,9% di pazienti anziani fragili ospedalizzati è stata prescritta una terapia a dosaggi non corretti, nel 47,1% la durata della terapia era inappropriata, nel 20,4% non è stata considerata un'interazione farmaco-patologia e nel 6,3% non si è data attenzione a interazioni tra farmaci (66). Va inoltre considerato che gli anziani fragili sono particolarmente a rischio di interazioni tra farmaco e cibo perché hanno diversi fattori predisponenti, come la malnutrizione, l'alcolismo, l'anoressia, malattie croniche che comportano alterato assorbimento alimentare, oltre che necessità di assumere molti farmaci. Nonostante ciò, la ricerca clinica e farmacologica non ha mai posto alcuna attenzione a quest'area particolarmente critica e in espansione epidemiologica della gerontologia.

I pazienti molto anziani dovranno essere maggiormente rappresentati in futuro nei programmi di sviluppo clinico dei farmaci e la valutazione degli effetti della fragilità sul rapporto rischio-beneficio dei farmaci deve prevedere studi specifici in popolazioni di pazienti anziani fragili, considerando che questa condizione è indipendente dal grado di anzianità e costituisce, pertanto, un'ulteriore categoria a sé stante da considerare negli studi di sperimentazione clinica di nuove molecole che trovino applicazione terapeutica in questa sottopopolazione geriatrica.

Come abbiamo visto, a partire dagli anni Novanta va riconosciuto alle diverse autorità regolatorie uno sforzo per ovviare, attraverso l'emissione di linee guida più indicative e la revisione delle esistenti, al bias della scarsa rappresentatività della popolazione anziana nella sua eterogeneità negli studi di sperimentazione clinica dei farmaci, ma i risultati di questo sforzo non sono chiaramente visibili. Una metanalisi degli studi

clinici nelle sindromi coronariche acute effettuati tra il 1996 e il 2000 ha evidenziato che, su 593 sperimentazioni selezionate, il numero di studi con evidenti esclusioni di età è diminuito comparando il periodo precedente al 1990 (58%) rispetto a quello 1990-2000 (40%) e il numero di anziani con almeno 75 anni è aumentato dal 2% al 9% (50). Questa percentuale è comunque di gran lunga inferiore a quella della percentuale dei pari età affetti da infarto miocardico (37%). Questo studio dimostra come, sebbene si siano fatti passi avanti per rendere maggiormente rappresentati gli anziani negli studi, rimane ancora molta strada da percorrere. Anche la decisione dell'FDA di includere una sezione "Uso geriatrico" nelle specialità medicinali, obbligando



a inserire informazioni riguardanti l'uso specifico nell'anziano (Federal Register 27/8/97 – 62FR45313), integrata nel 2001 dalla "Guidance for Industry on the content and format of geriatric labeling", non ha portato grandi benefici in questo senso, perché si limita a indicare come fornire informazioni sui farmaci a uso geriatrico, ma non obbliga a svolgere necessariamente studi supplementari nell'anziano. Questo obiettivo si potrebbe invece raggiungere se si applicasse anche in geriatria l'equivalente della "Pediatric Rule"

applicata negli Stati Uniti per i farmaci di uso pediatrico dal 1997, ipotizzando pertanto analogamente un'estensione dell'esclusiva di mercato (sei mesi per la pediatria) per i farmaci a utilizzo geriatrico che abbiano fatto uno specifico sviluppo in questa popolazione.

Va infine maggiormente considerato il valore della cosiddetta innovazione incrementale, o marginale, per i farmaci a utilizzo geriatrico, essendo la disponibilità di terapie più individualizzate particolarmente utile in una popolazione eterogenea come quella anziana (69). Piccole modifiche di molecole con caratteristiche di innovazione radicale possono portare a molecole più tollerate, a nuove indicazioni utili in età geriatrica, o a nuove formulazioni (ad esempio a rilascio controllato) di molecole già in uso, che permettano un migliore schema posologico o una più facile assunzione e somministrazione da parte dell'anziano, che può avere problemi di deglutizione, vista, memoria e movimento, garantendo una migliore compliance e indipendenza del paziente. Questi farmaci o nuove formulazioni dovrebbero essere particolarmente studiati nella popolazione anziana, dove più facilmente è determinabile il loro valore incrementale, che dovrebbe poi essere riconosciuto dall'autorità regolatoria.

Considerate le difficoltà pratiche esistenti in letteratura e nello studio di persone anziane in studi clinici randomizzati, vanno anche considerati altri tipi di approcci per determinare il rapporto rischio-beneficio dei farmaci in geriatria. Ad esempio, è possibile utilizzare il modello di Markov di decisione analitica per bilanciare i benefici della terapia farmacologica determinati in sperimentazioni controllate con gli eventi avversi valutati in corso di studi osservazionali e caso-controllo. Questo modello è stato utilizzato recentemente per valutare il beneficio del warfarin nel prevenire l'ictus in pazienti anziani con fibrillazione atriale: l'evidenza di efficacia clinica era chiara da ben sei studi (riduzione di ictus del 62%), ma una revisione sistematica dimostrava un aumento di sanguinamento gastrointesti-

nale nei soggetti più anziani, con un'incidenza che aumentava con l'età; un'analisi come quella sopra suggerita ha infine dimostrato che la terapia con warfarin è associata a 12,1 QALY (quality adjusted life years) per soggetto, rispetto a 10,1 senza terapia (70).

Un altro approccio che va attentamente considerato, visto il bias di selezione descritto per le sperimentazioni cliniche, è quello dell'utilizzo di studi caso-controllo nella popolazione geriatrica: uno studio di questo tipo in pazienti ipertesi di età superiore agli ottant'anni ricoverati in residenze per anziani ha permesso di dimostrare come la terapia antipertensiva non sia associata a eventi di ipotensione posturale e cadute (71).

Infine, va anche aumentata la ricerca osservazionale e farmacoepidemiologica effettuata dopo l'immissione in commercio dei farmaci, particolarmente nella popolazione geriatrica, argomento del successivo paragrafo.

Ricerca sanitaria, misura dei bisogni di salute e valutazione della qualità delle cure applicate alla promozione della salute e all'assistenza sanitaria del paziente anziano

Razionale e definizione della ricerca sanitaria

Il concetto di salute, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quale *stato di benessere fisico, sociale e psicologico e non solamente come assenza di malattia*, si applica senza distinzione di età alla persona anziana come al giovane e all'adulto (72).

La salute rappresenta un bene individuale e un bene collettivo e pertanto i sistemi di promozione della salute e di assistenza sanitaria devono essere orientati a garantire la soddisfazione del bisogno di salute della persona e della comunità, indipendentemente dall'età, secondo indicazioni di priorità stabilite sulla base dei valori e delle aspettative delle persone e delle risorse economiche disponibili.

La misurazione del livello di salute di una popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria

erogata presenta una serie di difficoltà sia per quanto riguarda i metodi utilizzati sia per le fonti di informazione disponibili.

Tradizionalmente, la qualità dell'assistenza sanitaria viene analizzata sulla base di indicatori di *struttura*, *processo* ed *esito*. La maggior parte delle valutazioni condotte oggi in Italia è tuttavia limitata a struttura e processi, in quanto risulta difficoltoso, spesso impossibile, acquisire dati e informazioni di esito sanitario, rendendo di fatto limitata e parziale la valutazione di molti interventi.

La *ricerca sanitaria* rappresenta l'insieme delle tecniche di ricerca, sia sperimentali sia osservazionali, che consentono la valutazione dei bisogni sanitari e dello stato di salute dei pazienti attraverso la misurazione delle caratteristiche delle malattie e degli esiti del loro trattamento. Può pertanto consentire la valutazione della qualità dell'assistenza e l'attribuzione di un valore ai diversi interventi sanitari, farmacologici o di altro tipo, utilizzati (figura 1) (73).

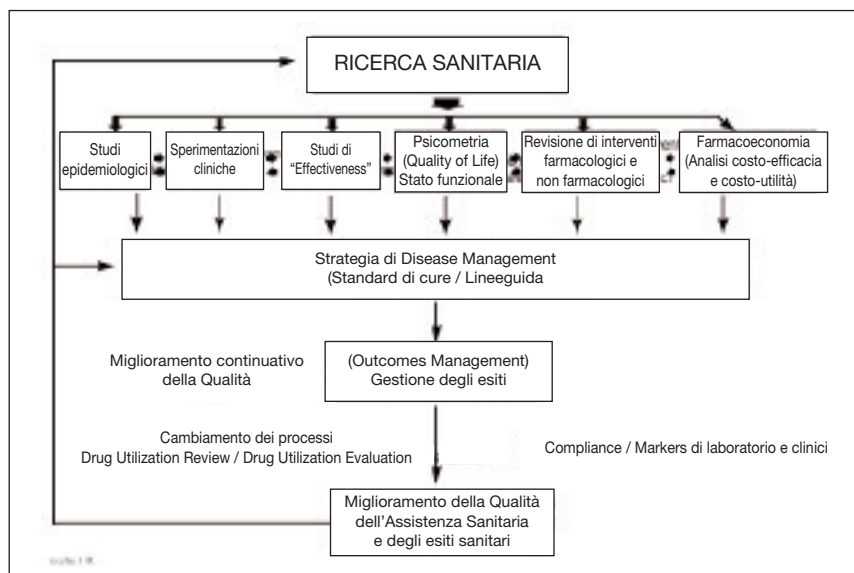
Tabella 3. Esiti dell'assistenza sanitaria

- **Oggettivi o clinici**
 - decesso
 - ospedalizzazione
 - accesso al pronto soccorso
 - assenza da scuola/lavoro
 - complicanze
 - altri
- **Soggettivi o umanistici**
 - qualità della vita
 - soddisfazione del paziente
 - preferenze del paziente
- **Economici**

Gli esiti clinici rappresentano sostanzialmente eventi osservabili e obiettivi, di natura sia clinica (ad esempio il decesso) sia sanitaria (ad esempio il numero e la durata delle ospedalizzazioni o delle osservazioni al pronto soccorso, il numero di interventi chirurgici) oppure sociali, quali l'assenza da scuola o dal lavoro.

Gli esiti umanistici sono rappresentati dalla percezione del paziente del proprio stato di salute, valu-

Figura 3. Gli strumenti della ricerca sanitaria



Definizione di esito

L'esito (*outcome*) può essere definito come ogni evento di rilevanza per il paziente e per il sistema sanitario che lo assiste, conseguente a un intervento sanitario. Gli esiti sanitari rappresentano l'effetto sul paziente di una malattia e della sua terapia e possono essere suddivisi in *clinici*, *umanistici* ed *economici* (tabella 3).

tato mediante la misurazione della qualità della vita oppure dal giudizio del paziente nei confronti del servizio ricevuto (soddisfazione) o dalle sue preferenze nei confronti di interventi alternativi.

Gli esiti clinici e umanistici possono essere successivamente valorizzati, attraverso tecniche di valutazione economica, per ottenere gli esiti economici.

Le informazioni necessarie per valutare il valore e la qualità degli interventi sanitari nell'anziano possono essere ottenute da studi condotti sulla popolazione generale allo scopo di:

1. misurare i bisogni assistenziali di natura sanitaria propri dell'anziano (misurazione delle dimensioni epidemiologiche di prevalenza e incidenza delle malattie e del loro impatto sullo stato di salute della popolazione);

2. valutare la qualità dell'assistenza sanitaria attraverso la misurazione degli esiti clinici e umanistici indotti da terapie farmacologiche e da altri interventi sanitari.

Alcuni esempi di tali studi sono di seguito riportati.

Misura dei bisogni assistenziali nella popolazione anziana: lo studio ILSA

Una corretta politica di programmazione sanitaria richiede la valutazione dei dati epidemiologici relativi alla prevalenza e all'in-

cidenza delle patologie più frequenti nei soggetti anziani, la conoscenza della percentuale dei soggetti disabili nelle varie fasce di età e di quelli che invecchiano in buone condizioni di salute. Tali informazioni appaiono essenziali per una valutazione del carico assistenziale e per una migliore distribuzione delle risorse disponibili.

In Italia, i dati relativi alle patologie dell'anziano sono piuttosto carenti e si basano spesso su indagini che fanno uso di interviste, in cui non esiste una diagnosi medica delle patologie in esame, ma soltanto un'autovalutazione da parte del soggetto. L'uso di tali questionari presenta notevoli limitazioni, dovute soprattutto alla scarsa affidabilità dei dati ottenuti.

L'ILSA (*Italian Longitudinal Study on Ageing*) è il primo studio epidemiologico italiano, condotto su un campione randomizzato della popolazione anziana, che accerta la presenza delle maggiori patologie croniche invalidanti attraverso una valutazione clinica specialistica (74,75).

Le patologie croniche investigate sono rilevanti non solo per i loro elevati tassi di morbilità e mortalità, ma anche perché sono tra le maggiori cause di invalidità e i loro fattori di rischio nella popolazione anziana sono a tutt'oggi controversi. Una delle caratteristiche principali dell'ILSA è rappresentata dal fatto che permette una valutazione dell'impatto delle patologie sullo stato funzionale delle persone anziane. Lo studio della storia naturale di queste patologie permette, inoltre, di approfondire la relazione tra malattia e disabilità e di comprendere aspetti specifici della fisiopatologia della disabilità. Questi risultati possono avere una notevole importanza nel settore della sanità pubblica ed essere fondamentali nella pianificazione dei servizi assistenziali, di prevenzione e di riabilitazione.

A titolo di esemplificazione di alcuni dei risultati ottenuti dallo studio ILSA viene riportata la prevalenza percentuale delle patologie internistiche indagate, per sesso e classe d'età (tabella 4).

Tabella 4. Prevalenza percentuale delle patologie internistiche indagate, per sesso e classe d'età

PATOLOGIA	Maschi					Femmine					Totale				
	Età (anni)					Età (anni)					Età (anni)				
	65-69	70-74	75-79	80-84	Totale	65-69	70-74	75-79	80-84	Totale	65-69	70-74	75-79	80-84	Totale
Patologie Internistiche															
Angina pectoris	8,6	7,4	7,7	6,1	7,8	4,0	9,1	8,1	8,5	6,9	6,1	8,3	8,0	7,6	7,3
Infarto del miocardio	8,4	12,6	12,1	11,3	10,7	3,9	5,6	5,4	5,2	4,8	5,9	8,7	8,2	7,4	7,3
Aritmia	20,6	23,8	31,7	30,8	25,1	16,7	20,7	22,9	24,3	20,3	18,4	22,1	26,5	26,7	22,4
Ipertensione arteriosa	57,0	62,9	62,1	55,8	59,4	62,4	70,9	69,6	69,7	67,3	60,0	67,4	66,6	64,7	64,0
Scompenso cardiaco congestizio	3,8	5,0	6,5	9,4	5,4	3,7	7,8	8,5	13,2	7,3	3,7	6,5	7,7	11,8	6,5
Diabete	13,2	13,7	13,4	9,7	12,9	10,6	17,0	14,6	13,2	13,4	11,7	15,5	14,1	11,9	13,2
- Tipo I	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
- Tipo II	12,0	13,0	12,9	9,5	12,1	10,0	16,8	13,8	12,5	12,9	10,9	15,1	13,4	11,4	12,6
- Secondario	0,3	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Ridotta tolleranza ai carboidrati	6,9	7,2	4,2	2,9	5,9	5,1	6,7	4,1	6,3	5,4	5,9	6,9	4,1	5,1	5,6
Osteoartrosi	51,1	48,2	53,5	49,3	50,7	70,8	69,1	66,5	66,7	68,7	61,7	59,8	61,1	60,2	60,9
Broncopneumopatia cronica	26,6	27,2	32,4	32,1	28,7	13,1	13,9	18,1	16,8	15,1	19,1	19,9	24,0	22,5	20,9
Arteriopatia periferica	4,1	8,7	5,8	8,6	8,1	2,5	2,1	6,1	6,6	5,2	4,8	7,0	7,9	8,7	6,5

(*) I dati sono standardizzati sulla popolazione italiana, Censimento 1991.

Tra i risultati ottenuti va segnalata l'alta prevalenza dell'ipertensione arteriosa, che è presente in circa il 60% degli anziani italiani. Questi tassi di prevalenza sono comparabili a quelli ottenuti in studi analoghi (NHANES III) negli Stati Uniti. L'ipertensione arteriosa è uno dei più importanti fattori di rischio per le patologie vascolari, che sono la principale causa di morte e tra le prime cause di disabilità nei paesi occidentali. Un suo attento controllo e l'istituzione di idonei programmi di prevenzione potrebbero portare a una riduzione della morbidità e dei rilevanti costi legati a tali patologie. Pure elevata è la prevalenza di osteoartrosi, che va dal 50,7% nei maschi al 68,7% nelle femmine. La prevalenza di cardiopatia ischemica è, invece, inferiore a quella riportata in studi analoghi in altri paesi anglosassoni e conferma il dato che questa patologia è meno frequente nei paesi mediterranei.

I dati relativi all'ictus cerebrale mostrano un'elevata prevalenza di questa patologia, che risulta maggiore di quanto riportato in analoghi studi di popolazione. Infatti, i dati disponibili indicano prevalenze oscillanti tra il 3% e il 5% per gli uomini e tra l'1,5% e il 3,5% per le donne, mentre nel nostro campione la prevalenza totale è risultata del 7,4% negli uomini e del 5,9% nelle donne, con punte intorno al 10% in alcuni gruppi di età. Anche se alcune differenze metodologiche potrebbero spiegare in parte questa maggiore frequenza, i nostri dati sembrano suggerire una prevalenza realmente più alta di tale patologia in Italia e sono comparabili ai valori riportati in alcuni studi condotti in Giappone, paese a elevata prevalenza di malattie cerebrovascolari.

La prevalenza della demenza è del 5,3% negli uomini e del 7,2% nelle donne, con punte intorno al 20% nei soggetti più anziani. Tali dati sono concordanti con quanto riportato in analoghe ricerche condotte in Europa e indicano un'elevata frequenza, anche in Italia, di tale patologia, che ha costi molto elevati sul piano sia sociale sia sanitario.

Un dato epidemiologico su cui anche a livello internazionale sono disponibili poche informazioni ri-

guarda la prevalenza delle neuropatie distali degli arti inferiori che, secondo i dati ILSA, interessano circa il 6,5% dei soggetti anziani, con una maggiore frequenza nei gruppi di età più avanzata. Questa patologia, oltre a una serie di disturbi soggettivi, si accompagna spesso a importanti problemi nella deambulazione, legati a riduzione della forza o ad alterazioni della sensibilità profonda. Le neuropatie, infatti, sono ai primi posti quali cause di disturbi della marcia nell'anziano e possono provocare cadute e fratture del femore, una delle maggiori cause di disabilità nell'anziano.



I dati ILSA dimostrano che circa il 16% delle donne e il 77% degli uomini sono o sono stati fumatori. Di questi, circa il 16% delle donne e il 41% degli uomini fumano/fumavano più di 20 sigarette al giorno. Oltre l'85% dei fumatori lo è stato per un periodo superiore ai 10 anni.

Circa il 66% delle donne e l'89% degli uomini bevono vino ogni giorno. Tra i bevitori, però, solo circa il 3% delle donne e il 24% degli uomini dichiara di bere più di 50 g di alcol al giorno (mezzo litro di vino). Per quanto riguarda la dieta, abbiamo valutato per ora solo il consumo di frutta e verdura e una percentuale molto bassa, ossia circa il 15% delle donne e il 14% degli uomini, consuma almeno due porzioni di frutta e/o verdura al giorno.

L'indice di eccesso ponderale utilizzato in questa analisi è l'indice di massa corporea (IMC o BMI), ossia il rapporto tra peso (in kg) e quadrato dell'altezza (in m). I nostri dati dimostrano che la media del BMI, sia nei maschi sia nelle femmine, è tendenzialmente alta e superiore ai valori considerati normali (20-25 kg/m²). Circa il 33,6% dei maschi e il 26,9% delle femmine sono in sovrappeso e il 15% e il 28%, rispettivamente, sono obesi, secondo la classificazione dell'OMS (BMI da 25 a 29,9 nei maschi e da 23,9 a 28,6 nelle femmine indica il sovrappeso, mentre un BMI superiore a 30 e a

28,6 rispettivamente indica l'obesità manifesta).

I dati di prevalenza dello studio ILSA descrivono le caratteristiche di una popolazione anziana misurata in uno specifico periodo di tempo. L'interpretazione di questi dati deve essere fatta con cautela, perché l'effetto coorte non può essere eliminato in uno studio di prevalenza e dal momento che la presenza della malattia viene identificata contemporaneamente alla presenza del fattore di rischio, non si può ovviamente stabilire un nesso temporale di causalità. Lo studio ILSA, che prevede comunque il follow-up dei partecipanti, sarà in grado di fornire stime sull'effetto causale di tutti questi fattori di rischio nella determinazione della morbidità, della disabilità e della mortalità nella popolazione anziana.

Per concludere, possiamo ricordare che l'invecchiamento rappresenta causa diretta o indiretta di molta disabilità, morbidità e morte nel mondo civilizzato. La forte speranza è che la gerontologia, assieme a molte altre discipline (fisiologia, genetica, biologia molecolare, genomica, proteomica, bioinformatica, farmacologia clinica), riuscirà a prevenire le patologie croniche geriatriche, preservando il miglior stato di salute dell'anziano e prolungandone efficacemente la vita. Si tratta naturalmente di una grande sfida non solo scientifica e tecnologica, ma anche umana e sociale.

Dott. GIUSEPPE RECCHIA
Centro Studi Fondazione Smith Kline
Verona, Italia

Dott. PAOLO RIZZINI
Vice Presidente e Segretario Generale
Fondazione Smith Kline,
Roma, Italia



Bibliografia

- United Nations. Implications for an Ageing Society, 2000. www.un.org/esa/socdev/ageing/htm
- United Nations. A Demographic Revolution, 2000. www.un.org/esa/socdev/ageing/agewpopl.htm
- KIRKWOOD TB, AUSTAD N. Why do we age? *Nature* 2000; 408: 233-238.
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. Older Americans 2000: Key Indicators of Well-being. U.S. Government Printers Office, 2000, Washington, DC
- JACOBZONE S. Coping with ageing: international challenges. *Health Aff* 2000; 19: 213-225.
- WATTS J. Report urges swift action on global ageing "crisis". *Lancet* 2001; 358: 731.
- PERLS T, KUNKEL L, PUCA A. The genetics of aging. *Curr Op Genet Devel* 2002; 12: 362-369.
- DE MAGALHÃES JP. From cells to ageing: a review of models and mechanisms of cellular senescence and their impact on human ageing. *Exp Cell Res* 2004; 300: 1-10.
- HORNSBY PJ. Aging, molecular aspects. *Encyclopedia of Human Biology*. 2nd Ed, Academic Press, 1997.
- KENYON C, CHANG J, GENSCH E, RUDNER A, TABTIANG R. A *C. elegans* mutant that lives twice as long as wild type. *Nature* 1993; 366: 461-4.
- HEKIMI S, LAKOWSKI B, BARNES TM, EWBANK JJ. Molecular genetics of life span in *C. elegans*: how much does it teach us? *Trends Genet* 1998; 14: 14-20.
- MIGLIACCIO E, GIORGIO M, MELE S, PELICCI G, REBOLDI P, PANDOLFI PP, LANFRANCONE L, PELICCI PG. The p66shc adaptor protein controls oxidative stress response and life span in mammals. *Nature* 1999; 402: 309-13.
- ROGINA B, REENAN RA, NILSEN SP, HELFAND SL. Extended life-span conferred by cotransporter gene mutations in *Drosophila*. *Science* 2000; 290: 2137-40.
- MUSARO A, MCCULLAGH K, PAUL A, HOUGHTON L, DOBROWOLNY G, MOLINARO M, BARTON ER, SWEENEY HL, ROSENTHAL N. Localized Igf-1 transgene expression sustains hypertrophy and regeneration in senescent skeletal muscle. *Nat Genet* 2001; 27: 195-200.
- ROGINA B, HELFAND SL. Sir2 mediates longevity in the fly through a pathway related to calorie restriction. *PNAS* 2004; 101: 15998-16003.
- PUCA AA, DALY MJ, BREWSTER SJ, MATISE TC, BARRETT J, SHEA-DRINKWATER M, KANG S, JOYCE E, NICOLI J, BENSON E, KUNKEL LM, PERLS T. A genome-wide scan for linkage to human exceptional longevity identifies a locus on chromosome 4. *PNAS* 2001; 98: 10505-8.
- GEESAMAN BJ, BENSON E, BREWSTER SJ, KUNKEL LM, BLANCHE H, THOMAS G, PERLS TT, DALY MJ, PUCA AA. Haplotype-based identification of a microsomal transfer protein marker associated with the human lifespan. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100: 14115-20.
- DE SANDRE-GIOVANNOLI A, BERNARD R, CAU P, NAVARRO C, AMIEL J, BOCCACCIO I, LYONNET S, STEWART CL, MUNNICH A, LE MERRER M, LEVY N. Lamin A truncation in Hutchinson-Gilford progeria. *Science* 2003; 300: 2055.
- BROWNER WS, KAHN AJ, ZIV E, REINER AP, OSHIMA J, CAWTHON RM, HSUEH WC, CUMMINGS SR. The genetics of human longevity. *Am J Med* 2004; 117: 851-860.
- PIKO L. Accumulation of mtDNA defects and changes in mtDNA content in mouse and rat tissues with ageing. *Ann NY Acad Sci* 1992; 663: 450-2.
- DE MAGALHAES JP, TOUSSAINT O. GenAge: a genomic and proteomic network map of human ageing. *FEBS Lett*. 2004; 571: 243-7.
- DE MAGALHAES JP, TOUSSAINT O. How bioinformatics can help reverse engineer human aging. *Ageing Res Rev* 2004; 3: 125-41.
- GOTTESMAN M. M., COLLINS F. S. The role of Human Genome Project in Disease Prevention. *Prev Med* 1994; 23(5): 591-4.
- PEARLS T, PUCA A. The genetics of aging-implications for pharmacogenomics. *Pharmacogenomics* 2002; 3 (4) 469-484.
- THATCHER AR, KANNISTO V, VAUPEL JW et al. The force of mortality from age 80 to 120. University press, Odense, Denmark. 1996.
- PEARLS T, WAGER C, BUBRICK E et al. Siblings of centenarians live longer. *Lancet* 1998; 351: 1560.
- PEARLS T, SHEA-DRINKWATER M, BOWEN-FLYNN J et al. Exceptional familial clustering for extreme longevity in humans. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 1483-1485.
- VITA AJ, TERRY RB, HUBERT HB et al. Aging, health risks and cumulative disability. *N Engl J Med* 1998; 338: 1035-1041.
- HITT R, YOUNG-XU Y, PERAKS T. Centenarians: the older you get, the healthier you have been. *Lancet* 1999; 354: 652.
- SCHACHTER F, FAURE-DELANEF F, GUENOT F et al. Genetic associations with human longevity at the APOE and ACE loci. *Nat Genet* 1994; 6: 29-32.
- SILVERMAN JM, SMITH CJ, MARTIN DB. Identifying families with likely genetics protective factor against Alzheimer disease. *Am J Hum Genet* 1998; 64: 832-838.
- PEARLS T, ALPERT L, FRETTS R. Middle aged mothers live longer. *Nature* 1997; 389: 133.
- CAPURSO A, D'AMELIO A, RESTA F et al. Epidemiological and socioeconomic aspects of Italian centenarians. *Arch Gerontol* 1997; 25: 149-157.
- SCHMITZ VD, CAMPBELL DA et al. Pharmacogenetics and disease genetics of complex diseases. *Cell Mol Life Sci* 2003; 60: 1636-1646.
- COLLINS FS. Shattuck Lecture. Medical and Societal consequences of Human Genome Project. *NEJM* 1999; 341: 28-37.
- ROSES AD. Pharmacogenetics and the practice of medicine. *Nature* 2000; 405: 857.
- TAKAHASHI H, ECHIZEN H. Pharmacogenetics of CYP2C9 and interindividual variability in anticoagulant response to warfarin. *The Pharmacogenomics Journal* 2003; 3: 202-214.
- OZDEMIR V, SHEAR NH, KALOW W. "What will be the role of pharmacogenetics in evaluating drug safety and minimising adverse effects?" *Drug Safety* 2001; 24(2): 75-85.
- BUMOL TF, WATABE AM. Genetic information, Genomic technologies and the future of drug discovery. *JAMA* 2001; 285 (5): 551-553.
- SADIQ T, GERBER D. Stem cells in modern medicine: Reality or myth? *Journal of Surgical Research* 122 (2): 280-291.
- Public Health and Aging. Trends in Aging-United States and Worldwide. *Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52: 101-106.
- WALKER A. Long Term Care for Older People: Reconciling Budgetary Constraints and Quality Improvement. In OECD: Biotechnology and Healthy Ageing. Policy Implications of New Research. Paris, 2002.
- KAUFMAN DW, KELLY JP, ROSENBERG L, ANDERSON TE, MITCHELL AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: The Sloane Survey. *JAMA* 2002; 287: 337-344.
- FIELD TS, GURWITZ JH, AVORN J, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med*. 2001; 161: 1629-1634.
- SLOANE PD, ZIMMERMANN S, BROWN LC, IVES TJ, alsh JF. Inappropriate medication prescribing in residential care/assisted living facilities. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1001-1011.
- GURWITZ JH. Polypharmacy. A new paradigm for quality drug therapy in the elderly? *Arch Intern Med* 2004; 164: 1957-1959.
- SLOANE PD, GRUBER-BALDINI AS, ZIMMERMANN S, et al. Medication undertreatment in assisted living settings. *Arch Intern Med* 2004; 164: 2031-2037.
- GURWITZ JH, COL NF, AVORN J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. *JAMA* 1992; 268: 1417-1422.
- HUTCHINS LF, UNGER JM, CROWLEY JJ, COLTMAN A, ALBAIN KS. Underrepresenta-

tion of patients 65 years of age or older in cancer treatment trials. *N Engl J Med* 1999; 341: 2061-2067.

50. LEE PY, ALEXANDER KP, HAMMILL BG, PASQUALI SK, PETERSON ED. Representation of elderly persons and women in published randomized trials of acute coronary syndrome. *JAMA* 2001; 286: 708-713.

51. BUGEJA G, KUMAR A, BANARJEE AK. Exclusion of elderly people from clinical research: a descriptive study of published reports. *BMJ* 1997; 315: 1059.

52. NAIR BR. Evidence based medicine for older people: available, accessible, acceptable, adaptable? *Aust J Ageing* 2002; 21: 58-60.

53. APPEGATE WB, CURB JD. Designing and executing randomized clinical trials involving elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 943-950.

54. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. *New Medicine in Development for Older Americans*, 2000, Washington, DC.

55. GLASZIOU PP, IRWIG LM. An evidence-based approach to individualizing treatment. *Br Med J* 1995; 311: 1356-9.

56. DANS AL, DANS LF, GUYATT GH, RICHARD S. Users' guides to the medical literature: XIV. How to decide on the applicability of clinical trial results to your patient. *JAMA* 1988; 279: 545-9.

57. GLASZIOU P, GUYATT GH, DANS AL. Applying the results of trials and systematic reviews to individual patients. *ACP J Club* 1998; 129: A15-16.

58. BOSHUIZEN HC, IZAKS GJ, VAN BAUREN S, LIGHTHART GJ. Blood pressure and mortality in elderly people aged 85 and older: community based study. *Br Med J* 1998; 316: 1780-4.

59. MURLOW CD, CORNELL JA, HERRERA CR. Hypertension in the elderly. Implications and generalizability of randomized trials. *JAMA* 1994; 272: 1932-8.

60. ZIMMER AW, CALKINS E, HADLEY E, OSTFELD AM, KAYE JM, KAYE D. *Ann Intern Med* 1985; 103: 276-283.

61. ABERNETHY DR. Research challenges, new drug development, preclinical and clinical trials in the ageing populations. *Drug Safety* 1990; 5: 71-74.

62. KAITIN KI. Speeding Access to Important New Drugs: the challenge of developing new pharmaceutical products for the Elderly. In: *Biotechnology and Healthy Ageing*. Policy implications of new research. OECD 2002, Paris.

63. REICHT JM. New Biopharmaceuticals in the US: trends in the development and marketing approvals 1995-1999. *Trends in Biotechnology* 2000; 18: 364-369.

64. DI MASI JA, HANSEN RW, GRABOWSKI HG, LASAGNA L. Research and Development costs for new drugs by therapeutic category: a study of the US Pharmaceutical Industry. *Pharmacoeconomics* 1995; 7 (2): 152-169.

65. <http://pharmacos.eudra.org/F2/eudralex/vol-3/pdfs-en/3cc3aen.pdf>

66. <http://www.emea.eu.int/sitemap.htm>

67. MANGONI AA, JACKSON SHD. Age related changes in pharmacokinetics and pharma-

codynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol* 2004; 57: 6-14.

68. HANLON JT, ARTZ MB, PIEPER CF. Inappropriate medication use among frail elderly inpatients. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 9-14.

69. CIPOLLINA L, CAPRI S, PANELLA G. R&S e innovazione farmaceutica: la prospettiva della società. In: *L'innovazione farmaceutica nel contesto internazionale*. Il Sole 24 Ore, Milano, 2004: 97-153.

70. MAN-SON-HING M, LAUPACIS A. Balancing the risks of stroke and upper gastrointestinal tract bleeding in older patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med* 2002; 162: 541-550.

71. FISHER AA, MCLEAN AJ, DAVIES MW, LE COUTEUR DG. A case control study of the effects of antihypertensive therapy on orthostatic hypotension, postprandial hypotension and falls in octo- and nonagenarians in residential care facilities. *Curr Ther Res* 2003; 64: 206-214.

72. WHO Geneva 1948.

73. EPSTEIN RS, SHERWOOD LM. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Annals of Internal Medicine* 1996; 124(9): 832-7.

74. MAGGI S, ZUCCHETTO M, BALDERESCHI M et al. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): Design and methods. *Aging Clin Exp Res* 1994; 6 (6): 464-473.

75. ILSA Group. Prevalence of chronic diseases in older italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *Am J Epidemiol* 2000.



OTTAVIO BOSELLO

2.2 L'invecchiamento tra stile di vita e nutrizione

La vita media si è molto allungata, in modo molto significativo dagli anni Cinquanta del secolo scorso. I demografi sostengono che uno degli indicatori più sensibili della durata della vita è l'aspettativa di vita all'età di 65 anni: nella figura 1 è riportato l'andamento dell'aspettativa suddetta dal 1900 sino al 1980. È evidente il progressivo allungamento, sempre ben oltre le proiezioni dei demografi preparate sulla base dell'andamento precedente. La figura 2 riserva, invece, importanti sorprese, perché dal 1980 l'aspettativa di vita a 65 anni ha rivelato un appiattimento e, dopo il 2000, addirittura tendenza alla flessione (1).

Se questi dati saranno confermati, potrà accadere che coloro i quali nascono negli anni correnti rappresenteranno la prima generazione della specie umana che ha un'aspettativa di vita minore delle precedenti: è questo un evento inaspettato e drammatico dal punto di vista sociale e sanitario.

Nella figura 3 sono riportate le cause di mortalità che il Center for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta considera modificabili (2): in particolare, vengono valutate le modificazioni che si so-

no configurate dal 1990 al 2000. Il fumo è tuttora il primo fattore di rischio di mortalità ed è anche aumentato rispetto al 1990; il secondo fattore di rischio, che ha però rilevato un cospicuo aumento, è l'obesità, in modo tale che sta avvicinando i valori del fumo stesso. Successivamente viene l'alcool, che se associato alla mortalità da incidenti stradali, che come noto sono spesso legati all'abuso di alcool, diventa anch'esso un fattore importante di mortalità.

Quindi, riassumendo, le principali cause modificabili di mortalità dei nostri anni sono fumo, sovrappeso e obesità (cioè dieta ipercalorica e vita sedentaria) e alcool.

Solo un accenno al fumo per ricordare che esso rappresenta una battaglia ancora da affrontare perché, tuttora, è estremamente diffuso nel mondo. Sappiamo che il fumo è bandito in pochissime regioni, gran parte del Canada e dell'Australia, qualche stato degli USA, la Gran Bretagna e l'Iran. Tutto il mondo rimane fuma liberamente, tranne alcune nazioni, tra cui l'Italia, in cui è proibito il fumo all'interno dei locali pubblici.

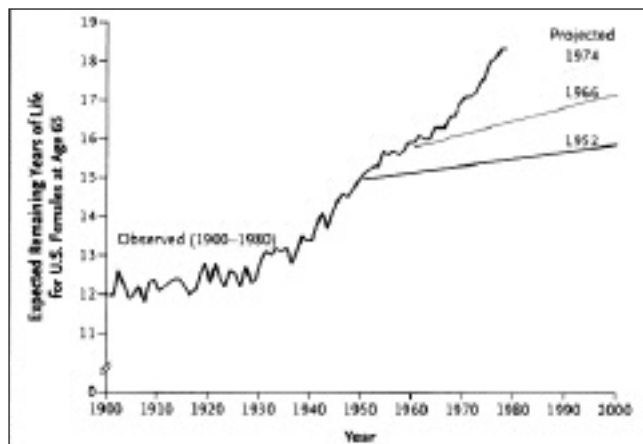
Di peculiare interesse è il problema dell'eccesso di peso, che sta

rappresentando uno degli aspetti di maggiore importanza socio-sanitaria: in Italia, colpisce soprattutto le età medio elevate, con picco dai 55 ai 75 anni (tabella 1), sia per i maschi sia per le femmine e sia per il sovrappeso sia per la stessa obesità (3,4).

L'obesità è uno dei più importanti fattori di rischio di mortalità per l'associarsi di fattori di rischio cardiovascolari molteplici, che vanno dall'ipertensione alle dislipidemie, dal diabete ai tumori, con aspetti fisiopatologici di tipo infiammatorio che colpiscono il sistema cardiovascolare. È, forse, meno considerato che l'obesità è un importante fattore di disabilità, soprattutto nelle età più avanzate: si è osservato che lo stato di obesità comporta un rischio di disabilità che si configura dieci anni prima rispetto a quanto può accadere nei soggetti normopeso (5).

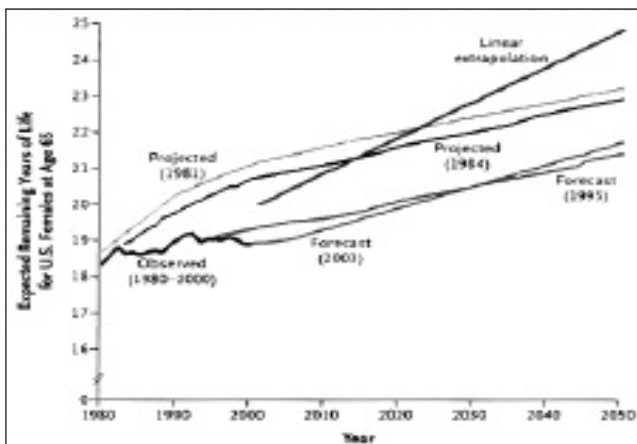
La nazione maggiormente colpita dall'eccesso di peso è rappresentata dagli Stati Uniti d'America dove, attualmente, oltre due terzi della popolazione presentano valori ponderali maggiori di quelli adeguati per un buono stato di salute. Esiste, negli USA, un sistema di controllo del peso e delle abitudini

Figura 1. Aspettativa di vita nella donna a 65 anni: osservazione e proiezione dal 1900 al 2000



Da Olshansky et al, 2005, mod.

Figura 2. Aspettativa di vita nella donna a 65 anni: osservazione e proiezione dal 1980 al 2050



Da Olshansky et al, 2005, mod.

alimentari: i cosiddetti “National Health and Nutrition Examination Surveys”, che, dal 1970, sorvegliano con attenzione tali fenomeni e hanno mostrato il drammatico e progressivo incremento dell’obesità (6). Non inaspettatamente, l’andamento dell’eccesso di peso è associato al progressivo aumento dell’introito calorico medio. Particolarmente suggestivo è il rilievo che l’aumento di peso si associa anche a progressivo aumento della densità energetica del cibo: questo significa che gli alimenti consumati dagli americani sono sempre più ricchi in calorie, quindi molto ricchi in grassi. Si è inoltre osservato che l’abitudine al “fast-food”, al consumo di carni rosse e ai cosiddetti “soft drink”, cioè bevande zuccherate, comporta un rischio molto elevato di aumento del peso corporeo (7).

Considerando tutti questi fattori, è evidente che per poter affrontare con possibilità di successo il problema dell’eccesso di peso è necessario il ricorso a modificazioni dello stile di vita e nutrizionale.

È, innanzitutto necessario affrontare il problema delle abitudini nutrizionali: sorgono, allora, spontanee alcune domande: “L’osservazione della riduzione o dell’appiattimento dell’aspettativa di vita che si sta configurando in questi anni è veramente legata al progressivo aumento dell’eccesso di peso? Se si interviene sulle abitudini alimentari e si corregge il peso, si ha realmente un beneficio in termini di aspettativa di vita?”. Le risposte non sono facili né semplici: già da molti decenni sono noti,

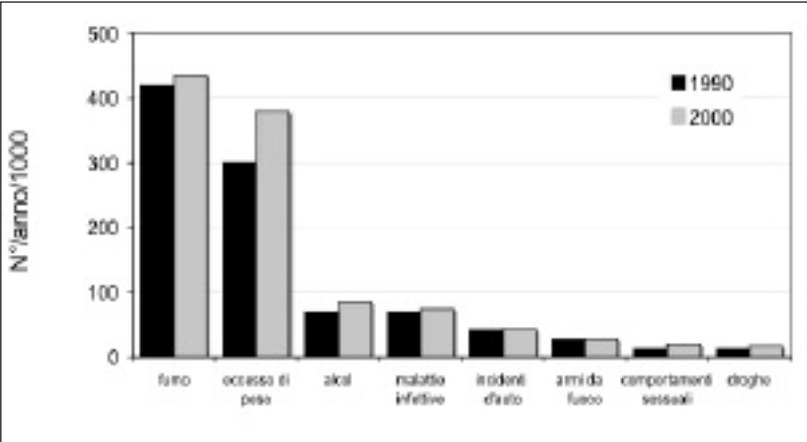
però, i risultati di alcuni studi sperimentali utili in questo senso. È passato quasi un secolo dalle prime osservazioni che piccoli roditori usati nei laboratori di ricerca dimostrano progressivo allungamento della durata della vita a seguito di riduzione dell’introito calorico (8). Gli animali da laboratorio, quando alimentati “ad libitum”, tendono progressivamente ad aumentare di peso con il passare del tempo: in questi, il controllo della dieta si è rivelato, ovviamente, utile al controllo del peso e sorprendentemente efficace nell’allungare la durata della vita. Negli anni successivi, questi esperimenti sono stati più volte ripetuti, in molti laboratori, su differenti tipi di piccoli animali e tutti hanno dato lo stesso riscontro: la restrizione calorica allunga la durata della vita (9,10).

Poiché questi risultati sono stati ottenuti su piccoli animali (per lo più roditori), è stato obiettato che l’uomo non è un topolino e che la differenza genetica è troppo grande per poter tradurre quelle osservazioni in ipotesi per la specie umana.

Alcuni anni or sono, presso i laboratori del National Institute of Aging di Bethesda, è iniziato uno studio su una specie di primati antropomorfi, una scimmia del genere rhesus monkeys: questo tipo di scimmie ha una sovrapposizione genetica con la specie umana di circa il 98%. Quando lasciate ad alimentazione libera in laboratorio, questi primati non umani tendono progressivamente ad aumentare di peso, con modalità simili a quelle osservate nella specie umana. Nel-

lo studio, un certo numero di queste scimmie è stato suddiviso in due sottogruppi, uno che ha continuato l’alimentazione tipica dei laboratori e un altro che, in tempi successivi allo sviluppo sessuale, è stato sottoposto a controllo dell’alimentazione tale da consentire il mantenimento costante del peso negli anni. Dopo 12 anni di studio (si ricordi che per avere dati provanti sull’aspettativa di vita un’indagine deve durare almeno 25 anni) si è assistito, come da programma, a significativa differenza ponderale tra i due gruppi di animali: uno pesava circa una volta e mezza l’altro. Ma il risultato che ha soprattutto colpito gli studiosi è la percentuale di mortalità che negli animali in controllo dell’alimentazione tale da mantenere il peso costante si è rivelata dimezzata rispetto agli animali in alimentazione libera. Oltre a questo fenomeno, già molto significativo, altri dati paiono suggestivi: tra questi, quelli relativi ad alcuni indicatori bioumorali. In particolare, la temperatura corporea si è rivelata più bassa negli animali in controllo ponderale, la concentrazione ematica dell’insulina si è rivelata minore negli animali in dieta e la concentrazione del deidroepiandrosterone solfato (DHEAS) è risultata più elevata negli animali in controllo calorico (11). Si ricordi che l’invecchiamento si associa a progressiva riduzione del DHEAS, fenomeno che ha generato molte speculazioni anche di tipo terapeutico. Questi rilievi sono stati confrontati con quelli di uno studio longitudinale osservazionale su soggetti umani,

Figura 3 - Cause di morte modificabili (CDC - Atlanta)



Da Mokdad et al. 2004, mod.

Tabella 1. Distribuzione del BMI in Italia, per sesso e classi di età

CLASSI DI ETÀ (anni)	BMI			
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi
Uomini				
18-24	3,3	76,4	18,5	1,7
25-34	1,0	61,8	32,8	4,4
35-44	0,3	45,6	45,1	9,0
45-54	0,3	35,4	51,2	13,0
55-64	0,4	33,5	51,4	14,8
65-74	0,6	34,4	51,8	13,2
75 e più	2,3	44,0	45,5	8,1
Totale	1,0	47,4	42,4	9,2
Donne				
18-24	18,2	72,6	7,7	1,6
25-34	10,3	74,8	12,0	2,9
35-44	4,4	69,9	20,2	5,4
45-54	2,4	55,4	30,4	11,7
55-64	2,2	45,6	38,0	14,1
65-74	2,1	43,1	39,8	15,0
75 e più	5,7	46,6	36,0	11,7
Totale	6,0	59,2	26,0	8,8

il Baltimora Longitudinal Study of Aging: è emerso che il gruppo di soggetti umani con maggiore durata della vita è caratterizzato da più bassa temperatura corporea, minore concentrazione di insulina e più elevati livelli di DHEAS (12). La stretta associazione tra i risultati sperimentali sulle scimmie e quelli sugli umani con maggiore longevità è un elemento che porta grande valenza all'intervento di controllo dell'alimentazione.

Poiché, nella specie umana, è realisticamente difficile riuscire a far rispettare per anni un regime alimentare finalizzato al controllo del peso, l'industria farmaceutica sta cercando di individuare sostanze in grado di produrre gli stessi effetti endocrino-metabolici della restrizione calorica senza dover intervenire direttamente sulla dieta. Queste sostanze vengono chiamate Caloric Restriction Mimetics (CRM) e rappresentano uno dei target del futuro farmaceutico (13).

Se la nutrizione svolge un ruolo cruciale nello stile di vita, suo partner indissolubile è l'attività fisica. Vi sono oramai convincenti evidenze che la sedentarietà è un fattore di rischio maggiore per molti stati morbosi, quali obesità, diabete, dislipidemie e, di conseguenza, patologia cardiovascolare, oltre a molti tumori. Vi sono anche significative osservazioni che la sedentarietà costituisce un rischio di mortalità di "per sé" (14).

Molti studi sperimentali e clinici hanno dimostrato che chi svolge una significativa attività fisica e raggiunge un grado di fitness soddisfacente ha molte meno probabilità di morire precocemente rispetto ai soggetti sedentari (15,16). Queste osservazioni costituiscono un importante stimolo a cambiare le proprie abitudini di vita e a svolgere una, pur moderata ma costante, attività fisica. Non possiamo nasconderci che, nell'odierna società occidentale, sono molti gli ostacoli allo svolgimento dell'attività fisica; le odierne condizioni ambientali rendono molto difficile il raggiungimento di uno stato di fitness adeguato, soprattutto dal punto di vista cardiovascolare. Molte indagini hanno, però, dimostrato che non è necessario essere degli atleti per ridurre il rischio di morte legata alla sedentarietà, ma che è suffi-

ciente anche una modesta attività fisica per migliorare le probabilità di sopravvivenza nel tempo (17). Avere l'apparecchio telefonico sulla propria scrivania oppure averlo nella stanza adiacente e dover muoversi da una stanza all'altra per rispondere al telefono comporta in un anno un percorso stimato di 100 chilometri. Questo percorso ha un costo energetico di circa 10.000 calorie, che sono equivalenti a 1,5 kg di tessuto adiposo, quindi a 2,5 kg di peso corporeo. Un'apparente, insignificante attività fisica nel lungo periodo può comportare il guadagno o la perdita di un peso significativo. Le osservazioni sulla storia naturale dell'obesità dimostrano che valori di 1 o 2 kg l'anno di progressivo aumento di peso sono sufficienti per configurare, nel tempo, un fardello adiposo maggiore di 20-30 kg rispetto alle età giovanili (18).

L'attività fisica è fondamentale per il peso corporeo, per le ricadute sull'apparato cardiovascolare e, anche, per la prevenzione dei tumori. Meno noti sono altri effetti su altri organi e apparati: vi sono studi molto suggestivi che evidenziano che una buona attività fisica è in grado anche di agire su uno degli aspetti più inquietanti dell'invecchiamento e cioè sulla perdita delle funzioni cognitive. È stato dimostrato con studi di "imaging" che sei mesi di regolare esercizio fisico sono in grado di prevenire la perdita del volume dell'encefalo che si osserva con l'invecchiamento e in molti casi di determinare anche un aumento del volume celebrale nei soggetti anziani (19).

Questi risultati suggeriscono, quindi, forti basi ideologiche per un ruolo dell'attività fisica e aerobica nel mantenere e nel migliorare la salute del sistema nervoso centrale e delle funzioni cognitive nei soggetti anziani.

In conclusione, dobbiamo ascoltare le parole di Wolfgang Goethe, il quale affermò che *"Sapere non è sufficiente: bisogna anche agire. Volere non è sufficiente: dobbiamo anche fare"*.

Prof. OTTAVIO BOSELLO
Dipartimento di Scienze Biomediche
e Chirurgiche,
Cattedra di Geriatria e Gerontologia,
Università di Verona,
Italia

Bibliografia

1. OLSHANSKY SJ, PASSARO DJ, HERSHOW RC, LAYDEN J, CARNES BA, BRODY J, HAYFLICK L, BUTLER RN, ALLISON DB, LUDWIG DS. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med* 2005; 352: 1138-1145.
2. MOKDAD AH, MARKS JS, STROUP DF, GERBERDING JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA* 2004 291: 1238-1245.
3. ISTAT, Stili di vita e condizioni di salute. *Indagine multiscope sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"*: 2003. Roma, 2005.
4. D'AMICIS A, PANETTA V, BOSELLO O. Prevalenza del sovrappeso e dell'obesità nell'Italia e nel mondo. In Bosello O (ed.), *"L'Obesità"*. Un trattato multidimensionale, Kurtis Editore, Milano, 2008.
5. VITA AJ, TERRY RB, HUBERT HB, FRIES JF. Aging, health risks, and cumulative disability. *N Engl J Med* 1998; 338: 1035-1041.
6. KANT AK, GRAUBARD BI. Secular trends in patterns of self-reported food consumption of adult Americans: NHANES 1971-1975 to NHANES 1999-2002. *Am J Clin Nutr* 2006; 84: 1215-1223.
7. BES-RASTROLLO M, SÁNCHEZ-VILLEGAS A, GÓMEZ-GRACIA E, MARTÍNEZ JA, PAJARES RM, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MA. Predictors of weight gain in a Mediterranean cohort: the Seguimiento Universidad de Navarra Study 1. *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 362-370.
8. MCCAY C, CROWELL M, MAYNARD L. The effect of retarded growth upon the length of life and upon the ultimate size. *J Nutr* 1935; 10: 63-79.
9. HOLEHAN AM, MERRY BJ. The experimental manipulation of ageing by diet. *Biol Rev Camb Philos Soc* 1986, 61: 329-68.
10. MASORO EJ, SHIMOKAWA I, YU BP. Retardation of aging process in rats by food restriction. *Ann NY Acad Sci* 1991, 621: 337-352.
11. ROTH GS, INGRAM DK, LANE MA. Caloric restriction in primates: will it work and how will we know? *JAGS* 1999; 47: 896-903.
12. ROTH GS, LANE MA, INGRAM DK, MATTISON LA, ELAHI D, TOBIN ID, MULLER D, METTER EJ. Biomarkers of caloric restriction may predict longevity in humans. *Science* 2002; 297, 811.
13. LANE MA, ROTH GS, INGRAM DK. Caloric restriction mimetics: a novel approach for biogerontology. *Methods Mol Biol* 2007; 371: 143-149.
14. GUPTA R, JOSHI P, MOHAN V, REDDY KS, YUSUF S. Epidemiology and causation of coronary heart disease and stroke in India. *Heart* 2008 94: 16-26.
15. BLAIR SN, KOHL HW 3RD, BARLOW CE, PAFFENBARGER RS JR, GIBBONS LW, MACERA CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995; 273: 1093-8.
16. SUI X, LAMONTE MJ, LADITKA JN, HARDIN JW, CHASE N, HOOKER SP, BLAIR SN. Cardiorespiratory fitness and adiposity as mortality predictors in older adults. *JAMA* 2007; 298: 2507-2516.
17. BLAIR SN, KOHL HW 3RD, PAFFENBARGER RS JR, CLARK DG, COOPER KH, GIBBONS LW. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA* 1989; 262: 2395-2401.
18. LISSNER L, SÖSTRÖM L, BENGTSSON C, BOUCHARD C, LARSSON B. The natural history of obesity in an obese population and associations with metabolic aberrations. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994; 18: 441-447.
19. COLCOMBE SJ, ERICKSON KI, SCALF PE, KIM JS, PRAKASH R, MCAULEY E, ELAVSKY S, MARQUEZ DX, HU L, KRAMER AF. Aerobic Exercise Training Increases Brain Volume in Aging Humans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61: 1166-1170.

MASSIMO PETRINI

2.3 Cure, Accompagnamento, Istituzioni

Una persona di 65 anni, nel tempo cioè dell'anzianità "amministrativa" – il momento del pensionamento e di accentuazione di quel processo di invecchiamento che è iniziato al momento del concepimento –, deve affrontare alcune problematiche esistenziali, quali:

- l'accettazione della realtà dell'invecchiamento, cosa non facile considerata la cultura giovanilistica attuale e la sensazione personale di essere sempre uguale nel tempo;

- la ricerca di nuove modalità di esplicazione di se stessi, considerata l'uscita dal mondo del lavoro;

- l'accettazione dei limiti che l'invecchiamento biologico può comportare, e che nel tempo si accenteranno;

- l'elaborazione della convinzione interiore di immortalità a confronto con la consapevolezza della morte;

- l'imparare ad affrontare la solitudine che deriverà anche dalle perdite che potranno connaturare tale periodo della vita;

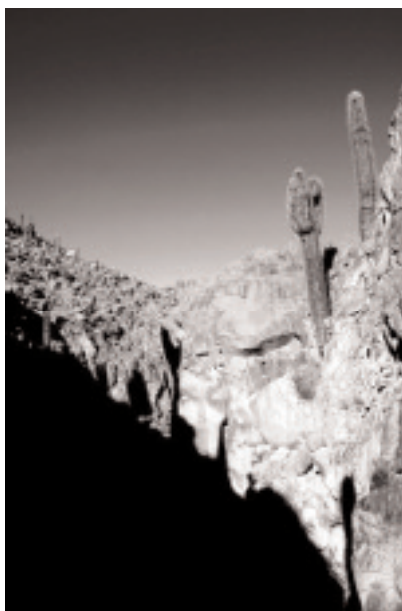
- l'accettazione dell'eventuale dipendenza, conseguente a una più o meno grave non autosufficienza che contrasta con quel desiderio di autonomia e di indipendenza che dall'infanzia motiva lo sviluppo della persona;

- l'accettazione di quel dover essere aiutato anche nell'igiene fisica da familiari o da "estranei" che contrasta con il senso del pudore personale;

- l'adattamento a nuove modalità di vita, nel caso si sia costretti per problemi di patologie a essere ricoverato in una struttura geriatrica.

Naturalmente non tutte queste problematiche segnano il superamento del 65° anno di vita; sono piuttosto possibilità che possono presentarsi nel corso del tempo, ma che fanno sì che molti miti legati alla considerazione della vecchiaia siano smentiti. Gli anni della vecchiaia non sono anni tranquilli, non si raggiunge alcuna pace, non si è neanche saggi se nella vita non si è cercata la saggezza e non si è fatto frutto delle esperienze. La vita è una sfida all'adattamento anche nell'anzianità.

Una prima puntualizzazione è che la fascia di popolazione anziana non è un gruppo omogeneo; lo



stato di vita chiamato età della vecchiaia racchiude almeno tre generazioni distinte di persone, così che si può parlare di "giovani anziani" da 65 a 74 anni, di "vecchi anziani" oltre i 75 anni, di "anzianissimi" oltre gli 85 anni. Tre generazioni che naturalmente hanno bisogni, anche pastorali, diversi e forse bisogni di particolari metodologie pastorali, considerate le caratteristiche comportamentali diverse (tempi di attenzione ecc.). Ancora, in una prospettiva assistenziale, in età più elevate, si deve pensare a una popolazione prevalentemente femminile, considerata

la maggiore longevità rispetto alla componente maschile.

Se ora si vuole considerare le necessità assistenziali, tenuto conto che l'argomento è dedicato alla persona anziana malata, si può primariamente affermare che le preoccupazioni terapeutiche non devono essere rivolte esclusivamente agli aspetti fisici e alla patologia, ma anche agli aspetti psicologici, cioè alla realtà interiore della persona, ai suoi pensieri, ai suoi sentimenti; ma anche al sé sociale, il sé in relazione con gli altri; ma anche agli aspetti spirituali e religiosi, cioè alla relazione della persona con qualcosa di più grande, di Trascendente. In un'altra prospettiva, cioè, la salute va intesa in un senso più globale, certo condizionata dal dolore fisico e psicologico, dalla disabilità, ma anche dalla spiritualità e dalla religiosità che fanno sì che la vita abbia un senso, un significato, uno scopo, una speranza.

Naturalmente, in una prospettiva assistenziale, è anche importante determinarne le dimensioni. In Italia le persone over 65 sono dodici milioni, circa il 20% della popolazione totale. La disabilità fisica che comporta difficoltà nelle comuni attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, mangiare ecc.) è dovuta principalmente alla comorbilità e colpisce circa il 25% dei maschi e il 34% delle femmine over 65. Ormai è noto che la disabilità aumenta con l'età e, nel gruppo di ultraottantenni, circa il 6% dei maschi e l'8% delle donne sono totalmente non autosufficienti.

Parlando di assistenza, non si può non ricordare la patologia della demenza, costituita almeno per il 50% dalla malattia di Alzheimer, che pone particolari richieste assistenziali che coinvolgono il settore sanitario, il settore sociale e la famiglia, e la cui diffusione è correlata all'aumento dell'età. In Italia, i

casi attualmente presenti sono all'incirca 800.000 con una stima di circa 97.000 nuovi casi ogni anno. La prevalenza di demenza, come si è detto, aumenta con l'età, in particolare triplicandosi all'incirca ogni 5 anni, e le percentuali passano dall'1,2% nel gruppo 65-69 anni al 21,1% nelle persone di 80-84 anni¹.

È indubbio che la famiglia rimane il centro di un equilibrato sistema di cura e quindi la famiglia deve essere messa in condizione di poter realmente scegliere come assistere il congiunto anziano. È anche l'affermazione della Geriatria – la specializzazione medica che cura i pazienti anziani – quando afferma che è salutare per la persona anziana rimanere il più possibile nel proprio ambito di vita, ma è

gura del “badante” o, in un'espressione migliore, dell'assistente familiare, generalmente un cittadino o una cittadina proveniente da un Paese extracomunitario, che si dedica a collaborare con i familiari all'assistenza di un congiunto anziano. In altri casi è di ausilio anche il Centro Diurno, al quale viene affidata l'assistenza del congiunto almeno nell'orario di lavoro. Così, ancora l'Assistenza Domiciliare Integrata. Naturalmente la modalità assistenziale più idonea scaturisce dalle necessità assistenziali.

È proprio in base a queste necessità che molti anziani disabili e le loro famiglie si trovano a dover considerare soluzioni alternative, quando la patologia e la situazione

degli anziani, che spesso la considerano “il luogo dove andare a morire”, sia da parte delle famiglie, che si possono trovare di fronte al dolore e al marchio dell'“istituzionalizzazione” di un loro congiunto. Occorre considerare che è la prima volta nella storia che le persone anziane con famiglia possono vivere la loro patologia e rischiare di concludere la loro vita terrena in un ambito assistenziale storicamente riservato a persone sole povere e senza famiglia. Le persone anziane oggi ne subiscono il trauma riandando con il pensiero ai loro genitori che hanno vissuto la loro malattia e la loro morte in ambito familiare.

Ancora, è comune la consapevolezza che la residenza geriatrica eserciti un “semplice servizio di custodia” della persona anziana, in attesa della morte.

Naturalmente è questa un'affermazione da considerare in ambito generale, tuttavia è indubbio che queste istituzioni in molti casi dovrebbero considerare l'anziano non tanto “un paziente” quanto un “ospite”, il che non è un semplice gioco di parole, ma la necessità di un cambiamento della filosofia assistenziale. Una buona qualità di vita è presente se l'ospite è oggettivamente soddisfatto della struttura e dell'assistenza che riceve, così come indicatori della qualità dell'istituzione sono la somministrazione di cure adeguate, gli atteggiamenti dello staff, la pulizia, l'atmosfera familiare, il rispetto della privacy e dei diritti dell'ospite, la possibilità di un'assistenza religiosa.

In sintesi, un'“etica della cura” che scaturisce dalla necessità primaria di fornire un supporto terapeutico, ma anche un'attenzione alla qualità della vita psicologica e spirituale. Un esempio di queste necessità può essere letto nel seguente caso clinico, che vuole essere emblematico della complessità dell'assistenza geriatrica:

“Una signora anziana, sola, senza parenti, è affetta da una grave forma di artrite. È stata insegnante di piano per generazioni di bambini in una piccola comunità rurale, nonché direttrice del coro di varie scuole e, da tempo immemorabile, pianista e organista della chiesa della comunità. Ora le sue condizioni sono peggiorate e



un'affermazione che deve essere realisticamente relativizzata. Oggi infatti, almeno per motivi di lavoro, le famiglie possono delocalizzarsi più facilmente che nel passato, pur mantenendo frequenti rapporti di affetto per via telefonica; ancora, anche i figli possono essere in età geriatrica; ancora, lo scarso numero di componenti della famiglia nucleare ne condiziona le possibilità assistenziali, tenuto conto che due coniugi, spesso figli unici, e che oggi molto spesso lavorano ambedue, possono avere più o meno a carico quattro genitori e due nonne.

È proprio nella prospettiva di aiuto alla famiglia che in Italia si è diffusa in questi ultimi anni la fi-

familiare non permettono più una corretta assistenza o quando l'assistenza domiciliare non si ritiene più adeguata. Queste istituzioni geriatriche (Residenza Sanitaria Assistenziale, parificabile alla nursing home anglosassone; Centri e Istituti di riabilitazione funzionale; Ospedali, naturalmente per i pazienti acuti; Hospice, per i pazienti nella fase terminale della malattia) possono, allo stesso tempo, costituire luoghi di rifugio e di sollievo per una famiglia stressata dall'onere assistenziale e rappresentare per l'anziano la possibilità di un'assistenza adeguata.

Un dato però è certo: non vi è generalmente una visione positiva di queste istituzioni, sia da parte

le mani deformate non le permettono più di suonare. Durante una visita di routine, il medico, constatando la progressione della malattia, afferma di essere consapevole del dolore associato alla patologia e le dice che farà di tutto per renderlo sopportabile. La risposta della signora ha però un profondo impatto emotivo sul medico: 'Dottore, lei non comprende, non è il dolore il problema, il problema è che io non so più chi sono'".

Un'assistenza adeguata allora significa trovare delle possibilità attraverso le quali questa persona anziana possa ancora esplicitare le sue conoscenze musicali, poiché il nemico ultimo non è il dolore, la malattia o la disabilità: quello che non si può sopportare è l'assenza di significato. Quello che è terribile per gli uomini e le donne è la convinzione di non essere più necessari, di non dare più un contributo, di vivere una vita senza significato. E questa può essere la situazione di una persona anziana in un'istituzione geriatrica.

Pertanto, l'istituzione geriatrica dovrà tendere a diventare una comunità di vita dove l'interazione degli operatori professionali e degli ospiti anziani permetta di trasformare le strutture da ambienti di custodia in ambienti terapeutici nel senso più ampio, terapeutici per gli stessi operatori professionali. Una medicina attenta alla persona da assistere è anche una medicina attenta alla persona dell'operatore. È indubbio infatti che gli operatori professionali possono costituire la prima e più importante terapia, ma è altrettanto indubbia l'onerosità dell'assistenza in un'istituzione geriatrica, per coloro (infermieri, terapisti occupazionali, fisioterapisti ecc.) ai quali è affidata e questo per vari motivi:

- l'esperienza quotidiana con l'anzianità disabile, la sofferenza, la morte;
- l'intimo contatto fisico con i pazienti;
- la fatica fisica dell'assistenza;
- le retribuzioni non sempre coerenti;
- la responsabilità;
- una scarsa formazione professionale, per alcune figure di operatori;
- una formazione professionale nell'ottica della guarigione fisica,

certamente inadatta a una assistenza a pazienti con patologie croniche, con disabilità, con patologie nella fase terminale.

Si può leggere allora in una differente prospettiva l'incontro del paziente anziano con il mondo assistenziale? Un uomo o una donna sani – l'operatore professionale – incontra un uomo o una donna anziana – il paziente, che si dichiara malato. Un uomo o una donna sani – l'operatore professionale –, se pur interrogato dal volto del malato che rispecchia una comune umanità, spesso riafferma questo suo stato di "apparente" piena salute rapportandosi al paziente senza alcuna implicazione personale, considerata un ostacolo per un agire scientifico e professionale.

Questo atteggiamento è il frutto di una formazione professionale tecnico-scientifica che sembra aver costruito il proprio potere sull'estromissione della soggettività umana – trascurando il vissuto dei pazienti, ma anche quello degli stessi operatori.

Ma è tutto vero come appare? Ignorare problematiche psicologiche e spirituali non significa che queste non esistano. La convivenza quotidiana con le situazioni di dolore, di sofferenza, può suscitare nell'operatore professionale numerosi e ambivalenti sentimenti, anche inconsciamente, non sempre facili da riconoscere o da accettare. Accanto a sentimenti di compassione e pietà generati dalla sofferenza dell'altro possiamo trovare anche sentimenti di repulsione, paura, rabbia, ansia, evocati ad esempio dalle grida strazianti o dai lamenti incessanti.

Nella realtà, ogni domanda di cura racchiude non soltanto una semplice richiesta di aiuto tecnico in vista del recupero della salute, ma anche un'esigenza di relazione. È una relazione interumana che sorge per un bisogno, quello della cura, come tale, che ha ai due poli due soggetti, l'operatore e il l'anziano, che, in quanto persone, hanno un bisogno essenziale di comprendersi e di comprendere. L'operatore deve comprendersi nella propria responsabilità professionale e comprendere il paziente nei suoi vissuti e nelle sue richieste; il malato deve comprendersi nella

propria situazione di fragilità e comprendere l'operatore nella sua volontà di aiuto².

Questo rapporto operatore-paziente può essere considerato in molteplici prospettive, accanto a quella culturali, sociologiche, psicologiche, cliniche, etiche: qui si vuol considerare la prospettiva della comune cittadinanza umana.

In questa prospettiva, allora, questo rapporto si può considerare esclusivamente nell'ottica di un anziano malato? L'operatore è veramente "sano", tenuto conto che una stessa umanità lo contraddistingue?

I limiti derivanti dalla stessa natura umana fanno sì che anche per l'operatore professionale esista la possibilità di invecchiare e di ammalarsi, anche l'operatore ha la certezza della morte.

Ma ancora, la salute non è solo l'assenza di malattia. Essere in salute significa essere in armonia con se stessi, con gli altri e con l'ambiente: sia l'ambiente naturale sia quello socio-culturale, e non certamente per ultimo, per molti sono anche un buon rapporto con il Trascendente. Uno stato di salute che è momentaneo, che si perde e si riacquista nel corso della vita quotidiana. Ma ancora, quali esperienze di malattia, di disabilità, di vecchiaia, di morte hanno segnato l'esperienza personale dell'operatore? Ma ancora, che significato dà l'operatore alla sofferenza che incontra quotidianamente?

Risposte così importanti che esiste il rischio che l'incontro con la vulnerabilità e la fragilità dell'altro possa diventare un peso eccessivo, addirittura intollerabile quando si è soli a sopportarlo, e possa indurre atteggiamenti di fuga o al contrario tentativi di risposte onnipotenti, fino a degenerare in sentimenti di indifferenza o addirittura di ostilità, cinismo e rabbia verso la sofferenza di chi ha bisogno di cure.

Una sofferenza che imprigiona e condiziona il paziente, che molte volte però ha la prospettiva di uscirne, mentre per l'operatore costituisce lo sfondo quotidiano della sua vita professionale.

Una sofferenza che è un elemento di crescita nella storia di un uomo o di una donna. Questa affermazione non vuol essere un'esaltazione della sofferenza – atteggia-

mento scorretto anche in una prospettiva religiosa –, ma ne è piuttosto una lettura razionale: il momento del dolore è un momento di straordinaria verità che costringe chiunque a porsi quesiti ineludibili nei confronti del senso della propria vita. Se si vuole incontrare il dolore degli altri, si deve anzitutto riconciliarsi con il dolore che è dentro di noi. Per poter curare, nel senso più ampio del termine, si deve prendere atto del proprio bisogno di essere curati.

Allora, il processo assistenziale può essere visto più realisticamente come un cammino insieme, per

va oltre l'interpretazione puramente esegetica.

Significativa è, in questo ambito, la figura di Chirone, che apprese da Apollo l'arte di guarire e la trasmise ad Asclepio, ma fu portatore egli stesso di una ferita inguaribile, così da essere "archetipo di colui che cura e nel contempo presenta una ferita che non si rimargina mai. La figura di Chirone tiene insieme questa duplicità: la cura rivolta verso altri nel contempo richiede cura per sé. Curando le ferite altrui, Chirone in parte allevia la propria ferita"³. Emblema della strutturale fragilità della medicina,

Infine, l'obiettivo della guarigione fisica del paziente non può essere l'unica finalità dell'attività professionale, poiché questa spesso non è raggiungibile, come nel caso delle persone disabili, delle persone anziane con patologie croniche, delle persone nella fase terminale della malattia.

È necessario richiamare un più realistico concetto di guarigione che dia sempre la possibilità di avere un obiettivo terapeutico. Obiettivo sempre possibile, se intendiamo la guarigione come la capacità di una persona di non farsi schiacciare dalla situazione di vita, così che abbia il coraggio, la fede, la forza di rimanere "padrone" della situazione, per quanto umanamente possibile.

Allora, assistenza, nel senso più ampio, vuol dire cercare di aiutare la persona anziana ad avere la forza di affrontare e gestire la sua situazione di vita minacciata dalla sofferenza, dalla disabilità, dalla morte.

In conclusione, parlare dell'assistenza della persona anziana comporta chiedersi: quale valore la società civile e la società ecclesiale danno alla persona anziana disabile? Quale valore le dà l'operatore professionale? Quale valore le dà l'istituzione geriatrica?

Una migliore e più adeguata assistenza dipende certamente dalle risposte a queste domande.



un tratto della vita, di due persone – l'operatore e il paziente – ferite nella loro umanità e se l'operatore può apportare conoscenze tecniche, il paziente può apportare il valore di un vissuto umano, nella possibilità e, forse, nella necessità di un reciproco aiuto.

Occorre superare l'idea che ci sia un universo di "sani" che si occupa di un universo "di malati": lo spiega Jean Vanier, fondatore di una rete di comunità per l'accoglienza dell'handicap, "L'Arche", quando afferma che la comunità terapeutica è un luogo dove persone non del tutto sane si occupano di persone non del tutto malate.

Ecco allora che il proverbio citato da Gesù nel Vangelo di Luca, che peraltro la tradizione accredita come medico, "Medico cura te stesso" assume un significato che

dove la possibilità di curare è condizionata alla capacità di percepire la propria ferita, vale a dire alla conoscenza del limite e alla disposizione a imparare da esso.

Tutto quanto detto sulla relazione con il paziente, però, non ha esclusivamente un valore umano, psicologico ed etico, ma deve essere considerato anche nella prospettiva di una migliore pratica professionale. Già nella concezione platonica della salute dell'uomo considerato in senso globale si affermava che, come non si può curare un organo o una parte del corpo umano se non tenendo sotto controllo il corpo nel suo insieme, così non si può curare l'uomo nella sua interezza senza curare anche l'anima. "Curare anche l'anima" significa considerare gli interrogativi del paziente.

Prof. MASSIMO PETRINI
Direttore del Centro di Promozione
e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
"A. Gemelli",
Università Cattolica del Sacro Cuore;
Istituto Internazionale di Teologia
Pastorale Sanitaria "Camillianum"
Roma, Italia

Note

¹ MAGGI S et al, *Epidemiologia dell'invecchiamento*, in Gensini G.F., Rizzini P., Trabucchi M., Vanara F. (a cura), *Rapporto Sanità 2005 Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Il Mulino, Bologna 2005, pp. 27-42.

² RUSSO MT, *La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina*, Vita e Pensiero, Milano 2006, p. 8.

³ AA.VV., *La ferita del centauro*, Moretti e Vitale, Bergamo 2005, p. 87.

3. Pastorale nella cura dei malati anziani dal punto di vista socio-politico

JOHN PATRICK FOLEY

3.1 I mezzi di comunicazione

Vorrei sottolineare tre punti principali riguardanti la pastorale dei malati e il ruolo dei media.

Il primo si riferisce alla politica governativa relativamente ai sistemi di comunicazione elettronici, ai malati e agli anziani. Come sapete, i media elettronici in paesi in cui esistono quelli commerciali sono determinati dal mercato che servono. Essi, pertanto, cercano di raggiungere i consumatori e, ovviamente, i malati o gli anziani solitamente non sono grandi consumatori di questi strumenti o di quanto vendono. Essi, infatti, non sono in grado di uscire per fare acquisti perché sono confinati nei loro letti, nelle loro stanze o nelle loro comunità. Per questo motivo non sono ben serviti dai media elettronici in quelle nazioni che hanno un sistema mediatico non regolato. Penso, perciò, che sia di particolare importanza far sì che, al momento di assegnare le frequenze di trasmissione, si adempia al requisito di servire tutti i membri della comunità, compresi i malati e gli anziani, e che non siano esclusi solo a causa del fatto che non hanno una grande capacità d'acquisto dei prodotti. Ci sono servizi che possono essere trasmessi per radio o televisione e che sarebbero di grande interesse per loro, ma spesso ciò viene negato proprio per la loro limitata possibilità d'acquisto. Penso, quindi, che la politica fondamentale dei nostri media debba focalizzarsi in un ambito in cui occorre un intervento continuo, anche da parte della Chiesa, per garantire che i media mettano a disposizione dei malati determinati programmi, come quelli religiosi.

Un secondo punto è quali sono i servizi esistenti per informare il pubblico in generale sui malati e sugli anziani. È molto importante essere informati su coloro che necessitano di ricevere visite regolari, lettere e un'attenzione specifica. Una volta che queste storie sono note a un'ampia comunità, sarà molto più probabile che si crei un vasto numero di volontari per visitare, aiutare, prendersi cura dei malati e degli anziani e fornire loro quel servizio amorevole che può essere, invece, facilmente negato se essi sono dimenticati.

Infine, i malati e gli anziani stessi; che cosa dovrebbero e potrebbero fare i media? Anzitutto guardiamo alla televisione come mezzo di uso comune per ciascuno di noi, ma naturalmente, e in special modo, per i malati e gli anziani che non possono uscire per altre forme di intrattenimento. È importante che sia fornita una programmazione completa, che comprenda servizi quali la Santa Messa, la recita del rosario, l'informazione in campo religioso e servizi di orientamento. È importante altresì che gli anziani e i malati possano accedere non solo a notizie sensazionali, ma anche a quelle essenziali che possono essere loro d'aiuto. È essenziale, inoltre, poter esercitare una supervisione sulla pubblicità che si rivolge a questa categoria di persone. Spesso, infatti, vengono pubblicizzate polizze assicurative che, in alcuni casi, possono essere superflue, mentre in altri si pubblicizzano medicinali da poter prendere senza ricetta. A seconda della società, se non c'è una buona regolamentazione al riguardo, allora gli

individui possono essere sfruttati e perfino danneggiati da ciò che ritengono di dover comprare perché lusingati dalla pubblicità. Ci sono casi in cui, purtroppo, delle false polizze assicurative hanno rovinato molti anziani, troppo facilmente sfruttabili.

Vorrei sperare, però, relativamente a quanto ho detto prima circa la necessità che il governo richieda trasmissioni destinate ai malati e agli anziani, che possano essere messi a loro disposizione determinati servizi, quali la trasmissione della Santa Messa, la recita del rosario e cose che portino loro consolazione spirituale. Naturalmente lo stesso vale per la radio. Una cosa che questo mezzo può offrire piuttosto facilmente, come avviene in vari paesi, è un ritiro spirituale radiofonico. Negli Stati Uniti, ad esempio, ho chiesto al comitato informativo di considerare la possibilità di un ritiro spirituale attraverso la radio, rivolto in particolare agli anziani e ai malati. Esso ha avuto grande successo in tutta la nazione, con un ritiro offerto da un certo numero di Vescovi sui mezzi di comunicazione elettronici.

Naturalmente anche le pubblicazioni sono importanti. Penso che possano essere molto utili per i malati e gli anziani, specialmente i libri delle preghiere diventate di uso comune, e che sono a loro care. Alcuni probabilmente hanno già tali libri, altri potrebbero averne bisogno. Anche riviste famose possono essere utili in molti modi: primo, possono riportare articoli su come reagire alla malattia e all'età che avanza e su come approfondire la propria vita spiritua-

le. Possono esserci riflessioni sulle vite dei santi, specialmente quelli che sono stati malati e quelli che sono stati anziani.

Infine abbiamo Internet. Ci sono molti anziani che hanno imparato a usarlo. Naturalmente dobbiamo stare attenti a che essi non siano esposti a materiale che possa danneggiare le loro vite spirituali; questo però è un problema che va oltre. Dovrebbero esistere siti Web destinati particolarmente ai malati e agli anziani, che possano fornire loro non soltanto un'informazione accurata, ma anche consolazione e ispirazione. È altamente importante stimolare l'interesse degli anziani per tenere deste le loro menti e Internet può fare molto anche attraverso la corrispondenza via e-mail con altre persone. Ma, allo stesso tempo, è importante che i singoli non siano sottoposti ancora una volta a molestie o sfruttamento da parte di persone senza scrupoli che possono defraudarli o ingannarli. Le nostre parole devono essere libere ma responsabili e, in molti casi, anche regolamentate, per non arrecare danno a coloro che sono più facilmente sfruttabili.

Vorrei dire che, in generale, c'è un approccio che tende a nascondere i malati nelle notizie. Quando le persone sono malate, quando sono anziane, spesso sono dimenticate. Io penso che i nostri media abbiano la responsabilità di far conoscere al vasto pubblico quanti sono i malati e gli anziani presenti nella nostra società e come essi possano essere meglio serviti. Tutti noi cresciamo, come sappiamo, con l'aiuto che offriamo agli altri, attraverso l'amore che mostriamo per gli altri e possiamo farlo soltanto se conosciamo i loro bisogni. Per questo motivo, dovrebbero esserci reportage più adeguati su coloro che sono ammalati e anziani, certamente senza sfruttarli, senza violarne la dignità o la privacy. Ma dovrebbero essere previsti anche reportage e notizie adeguate sulle malattie che affliggono molte persone, affinché possiamo unirli per sconfiggerle, nella solidarietà con quanti si sono adoperati per tanto tempo, per amore, nei confronti nostri e degli altri.

Come serviamo pertanto i malati e gli anziani? Garantendo che ci sia una sufficiente politica gover-

nativa in materia di mezzi di comunicazione, per far sì che queste persone, spesso dimenticate, vengano servite adeguatamente. Secondo, che ci siano servizi nei mezzi di comunicazione elettronici che rafforzino la loro vita spirituale e portino loro consolazione e ispirazione. Terzo, che ci siano reportage di notizie adeguati a loro per informare tutti i segmenti della società e motivarli a fare qualcosa per i problemi esistenti o per quanti si trovano nel bisogno, senza in alcun modo violarne la privacy o la dignità. Infine, penso che tutti i media dovrebbero adottare il seguente motto: "Amatevi l'un l'altro come io ho amato voi". Se essi possono diventare strumenti d'amore, se possono riunire le persone nell'amore, nel servizio e nella cura, allora avremo una società migliore non solo per i malati e gli anziani, ma anche per coloro che li servono nel nome di Gesù.

S. Em.za Card.

JOHN PATRICK FOLEY

*Gran Maestro dell'Ordine Equestre
del Santo Sepolcro di Gerusalemme,
Santa Sede*



PEDRO ANTONIO REYES LÓPEZ, LUIS ALBERTO LASSES

3.2 Politiche nazionali e internazionali di attenzione alla salute, legislazione, migrazioni, risorse economiche, scientifiche e tecnologiche, politiche alimentari e igiene sociale

La salute, dono divino, è un’aspirazione umana universale, una necessità fondamentale e un valore sociale.

Lo sviluppo di una società, ricca o povera che sia, può essere valutato in base alla qualità della salute della sua popolazione, oltre all’equità nella distribuzione delle risorse destinate alla salute e il livello di impegno e di assistenza offerti al malato e al disabile. L’equità è la premessa basilare di ogni *sistema sanitario*. Tutto ciò che rafforza questa equità (globale e in ogni Paese) riguarda anche la salute, preventiva o assistenziale, e le condizioni socialmente stabilite che permettono alla gente di vivere, crescere, lavorare e invecchiare.

Il Dizionario della Lingua Spagnola (ventesima edizione) afferma che anziano è l’uomo o la donna che ha molti anni e usa l’aggettivo qualificativo per tutto ciò che è proprio di tali persone.

Nella nostra società lo stereotipo dell’anziano è quello di un soggetto che si trova in un inevitabile svantaggio, enfatizzandone problemi e debolezze, e con scarsa considerazione per il suo contributo alla società. Di fatto l’anziano, la persona che secondo un limite convenzionale ha più di 65 anni, oggi può essere indipendente e utile per molti anni (Tabella 1) e i limiti che indicano nei 75 o negli 80 anni i punti di decadenza delle capacità umane non sono assoluti, ma ci sono differenze individuali. Sebbene arrivi un momento in cui la vecchiaia fissa dei limiti insuperabili, in generale ci sono circostanze che distinguono anziani uguali cronologicamente, come ad esempio un’educazione superiore,

il reddito e la capacità di adattamento alle situazioni, e che ci mostrano come lo stereotipo, che alla fine è solo una generalizzazione, sia irreali. Ciò suggerisce delle azioni che possono risolvere problemi considerati senza rimedio.

È utile ricordare che nella forza lavorativa degli Stati Uniti i soggetti che hanno più di 65 anni rappresentano il 12% e quelli che ne hanno oltre 70 il 7%, mentre i soggetti con più di 65 anni formano il 16% della forza lavorativa in Europa Occidentale.

In ogni modo, lo svilimento degli anziani come gruppo sussiste nella misura in cui la maggioranza di loro, e non le eccezioni, non ha un ruolo socialmente valido nelle comunità orientate alla competenza e alla solidità economica. In quelle rurali, preindustriali, o nei Paesi con un’altra tradizione, dove la struttura familiare è stata conservata, di solito c’è la necessità di mano d’opera, che invece il progresso tecnologico riduce, e la famiglia ‘allargata’ è quella in cui l’anziano ha un valore sociale più protratto nel tempo, in quanto molti anziani sono economicamente attivi nei lavori dei campi, per un periodo più lungo di quello dei

pensionati che vivono in città. La famiglia apprezza il contributo dell’anziano nella cura della casa, dei bambini e della fattoria in cui ci sono animali domestici e lo considera una guida e un consigliere, lo assiste e gli fornisce cibo, alloggio e protezione e anche se l’uomo anziano si sposa con una donna giovane conserva il suo potere sui propri discendenti; di fatto, ciò accade in molte città del mio Paese, dove la migrazione ha alterato la demografia.

Anche nelle società industrializzate, in cui è presente una percentuale considerevole di anziani, la famiglia conserva un ruolo centrale e, in alcuni casi, i figli hanno responsabilità anche di tipo legale nei confronti dei genitori con bisogni che non possono affrontare da soli. Esiste però la tendenza, peraltro in crescita, che la coppia anziana viva separata dai figli, in modo indipendente, e solo in occasioni particolari – generalmente malattie – questi anziani ricorrono ai figli o ai nipoti.

La questione dell’anziano che si trova in uno stato di povertà o di disabilità viene demandata alle istituzioni o a vari gruppi, attraverso organizzazioni che agiscono in

Tabella 1

Gruppi di età negli anziani
Da 65 a 74 anni: funzionali, economicamente attivi 55% uomini, 7% donne, pensionamenti in aumento
Da 75 a 84 anni: declino nelle funzioni e nella produttività, aumentano le donne
85 anni e oltre: declino fisico e intellettuale, disabilità, dipendenza crescente e progressiva
Nota: l’84% delle persone con oltre 65 anni non gode di previdenza sociale

modo diverso nei singoli Paesi: assistenza da parte dello Stato, istituzioni private o corporative di tipo filantropico che fanno parte della Chiesa, corporazioni o sindacati, oppure imprese che si offrono di costruire residenze per anziani, organizzare gruppi per l'assistenza medica o la compagnia a queste persone.

Nell'Europa Occidentale la transizione demografica diede inizio, prima che in altre regioni, ai *sistemi sanitari* e di assistenza, che perciò annoverano una storia più lunga di altri. Si pensa che risalga all'Inghilterra della Regina Elisabetta un antecedente, la cosiddetta Legge dei Poveri che, nel 1635, dava alla parrocchia il mandato di assistere gli anziani. Gli ordinamenti legali con i quali si voleva dare allo Stato una presenza in cui dominava la carità individuale o religiosa si rafforzarono lungo il XIX secolo nei Paesi scandinavi, nella Germania di Bismarck, in Francia e in Italia, dove furono emesse leggi che garantivano una responsabilità pubblica nei confronti degli anziani, dei malati e di altre persone meno fortunate nella società europea occidentale. Negli Stati Uniti, società più individualista, solo dopo la Grande Depressione del 1935 venne stabilito un sistema di sostegno sociale con l'Atto sulla Previdenza Sociale, sotto la gestione Roosevelt, oltre a piani supplementari a livello federale, statale e municipale, come l'esenzione da imposte e sussidi, oltre all'assistenza medica; sono più moderni i servizi di assistenza *Blue Cross* e *Blue Shield*, mentre risalgono alla metà del XX secolo quelli chiamati *Medicare* e *Medicaid*, destinati a pagare le spese sanitarie e venire incontro alle difficoltà degli anziani, migliorandone il reddito e la capacità d'acquisto, e che hanno dei corrispettivi in altre società, sebbene in proporzioni diverse.

Purtroppo, però, vaste aree del pianeta non dispongono di questi servizi di assistenza e di previdenza sociale; in altre sono presenti, ma in modo molto eterogeneo, oppure, sebbene esista una normativa al riguardo, non sempre sono operativi.

Indubbiamente, le caratteristiche demografiche ed economiche

costringono a cambiamenti drastici inevitabili e tra gli altri mezzi a disposizione si sta prendendo in considerazione la revisione dell'età pensionabile, con un'estensione variabile che tende a incrementare il numero dei lavoratori, per apportare così ulteriori contributi ai sistemi sanitari. Ad esempio, in Germania l'età pensionabile è stata estesa a 68 anni, con 45 anni di contributi lavorativi. In molti Paesi si sta cercando di aumentare la natalità a 2 figli per famiglia e migliorare l'offerta di educazione per assicurare il potenziale lavorativo, sfruttare le opportunità per uno sviluppo economico e attenuare lo sbilancio demografico; nella maggioranza dei paesi dell'emisfero sud non ci sono però le condizioni adatte per usare i modelli adottati dai paesi ricchi.

Gli anziani presentano necessità comuni, indipendentemente dalla fascia di età a cui appartengono, come: stile di vita, salute, alimentazione, svago, consumo e costo di beni e servizi, e indubbiamente il reddito dell'anziano diminuisce o addirittura si annulla mano a mano che aumentano gli anni. Inoltre, le necessità cambiano in base alla fascia di età e la salute può diventare una preoccupazione relativamente minore a 65 anni che non a 82.

È perciò necessario elaborare politiche generali e specifiche, applicabili a questo gruppo di popolazione, e dal momento che una politica sociale sull'invecchiamento non può essere soltanto un insieme di programmi, è necessario riflettere almeno su quattro posizioni politiche: a) sociale, di accesso universale, come stile di vita, cultura e svago, promozione e prevenzione della salute, adattata a ogni fascia di reddito; b) assistenziale, nei confronti degli anziani

con disabilità transitoria o permanente, malattie evolutive e necessità di riabilitazione; c) altri casi che richiedono un'assistenza speciale in circostanze difficili: abbandono, maltrattamenti, denutrizione; e per finire d) una politica di garanzia sociale nei casi di indigenza, disgregazione familiare ed esclusione sociale.

Queste politiche devono andare di pari passo con i 5 principi che l'ONU ha definito essenziali per l'assistenza all'anziano (Tabella 2):

- indipendenza;
- partecipazione;
- cura (fornitura e accettazione);
- auto-realizzazione;
- dignità.

In tutti i paesi, in generale, si riserva una certa attenzione alla Gerontologia e all'assistenza agli anziani; sono state create organizzazioni governative per realizzare la valutazione e la supervisione dei programmi assistenziali, di ricerca e formulazione degli standard, algoritmi e attenzione alla salute degli anziani, con servizi primari di riabilitazione, associazioni di anziani e organizzazione di servizi geriatrici che prevedano medici specialisti, infermieri, fisioterapisti e operatori sociali, per una popolazione di circa 30.000 persone con oltre 65 anni.

Dal momento che gli anziani consumano 1/3 degli stanziamenti riservati alla sanità e occupano il 60% dei posti letto ospedalieri nelle società benestanti, sono state elaborate delle strategie per porre rimedio a questa situazione insostenibile di fronte all'invecchiamento della popolazione mondiale. La cura per la salute degli anziani negli Stati Uniti è passata dagli ospedali alle case di riposo, agli ambulatori e alle strutture accredi-

Tabella 2

Principi fondamentali dell'ONU	Rischi dell'invecchiamento
Indipendenza	Perdita delle capacità fisiche e mentali
Partecipazione	Diminuzione dell'autonomia e dell'adattamento
Cura (fornitura e accettazione)	Diminuzione del ruolo familiare e sociale
Auto-realizzazione	Pensionamento lavorativo e diminuzione di reddito
Dignità	Perdita di attività, deterioramento della salute

tate, con quasi 2 milioni di posti letto. In Canada è stato articolato un sistema istituzionale che offre maggiori possibilità all'anziano di accedere alle cure mediche e tende a ridurre la sua presenza in ospedale con risparmio economico e anche nel carico lavorativo, e – cosa importante – con gli stessi risultati per la salute dell'anziano. In altri paesi questo meccanismo è affidato alle mani dei privati o di associazioni filantropiche, in cui la presenza della Chiesa riveste un ruolo importante.

I dati generali che ho citato sono insufficienti per conoscere un tema tanto complesso come quello dei sistemi sanitari applicati agli anziani, che hanno problemi di salute accumulati lungo l'arco della loro vita. Una ricerca su benessere, salute e invecchiamento, realizzata tra il 1999 e il 2000 nei paesi latino-americani, ha segnalato con dati rappresentativi che il 20% degli anziani reputa che la loro salute sia cattiva, mentre il 50% la giudica regolare; le malattie di cui soffrono maggiormente sono: i problemi reumatici (63%), l'ipertensione arteriosa (43%), il diabete (22%) e i problemi di natura nervosa (11%). Bisogna dire, però, che il 30% si considerava sano, mentre il 6% ha definito 'eccellente' la propria salute. Ciò rivela chiaramente che le malattie cronico-degenerative sono il problema di salute più comune nella popolazione anziana e che progrediscono mano a mano che l'età avanza e che, benché cresca la domanda di servizi assistenziali negli ospedali, si fa grave la mancanza di servizi di sostegno a domicilio, come servizi infermieristici e assistenziali. Ovviamente non c'è un sistema sanitario che risolva totalmente questi problemi.

In tutto il mondo c'è una presa di coscienza generale già da molti anni (Tabella 3). Nel 1982, si è tenuta la prima Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento, che ha proposto alternative concrete per rispondere al cambiamento imminente e inarrestabile riguardante la popolazione mondiale; nel 2002 la seconda Assemblea ha stabilito una solidarietà inter-generazionale, un'attenzione maggiore nelle zone rurali e alle minoranze, una maggiore partecipazione dell'anziano nella società e nella rappre-

sentanza politica, la promozione della salute e del benessere, oltre alla difesa degli anziani di fronte a maltrattamenti e violenza. L'Assemblea si è conclusa con una *Dichiarazione Politica* e un *Piano d'Azione Internazionale sull'Invecchiamento*, con un Programma sull'invecchiamento delle Nazioni Unite e il sostegno dell'Organizzazione Mondiale del Lavoro, la Banca Interamericana di Sviluppo, la Banca Mondiale e altre organizzazioni sopranazionali. Tutto ciò ha portato a realizzare a Santiago del Cile, nel novembre del 2003, la Conferenza Regionale Inter-governativa Latino-Americana e dei Caraibi sull'Invecchiamento, in cui si è deciso di stabilire una Strategia Regionale di realizzazione del *Piano d'Azione Internazionale di Madrid per la Regione dell'America Latina e dei Caraibi*.

Nel mio Paese, nel 1978 è stato fondato l'Istituto Nazionale della Terza Età, che nel 2002 ha subito alcune modifiche. Nello stesso periodo è stata pubblicata la prima Legge dei Diritti delle Persone Anziane e il nome dell'Istituto è stato modificato, passando così a essere Istituto Nazionale delle Persone Anziane (*Instituto Nacional de las Personas Mayores*, INAPAM), incaricato delle politiche pubbliche per questo settore, annoverando rappresentanze presso gli enti federali del paese e nei Municipi locali e con Centri di Attenzione Integrale, che offrono servizi di consultazione medica fornita a costi minimi e con riferimento agli ospedali; associazioni per la terza età, centri

Tabella 3. Azioni e proposte internazionali per l'invecchiamento

Riunioni e Assemblee	Principi per un'assistenza equa
1982 Vienna. Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento	Autonomia
1991. ONU risoluzione 46/91 in favore degli anziani	Invecchiamento attivo
1994. Il Cairo. Vertice sulla Popolazione. Risoluzioni 46/94 7 e 45/106 Piano d'azione internazionale sull'invecchiamento	Prevenire è meglio che curare
1995. Copenhagen. Vertice Mondiale sullo Sviluppo Sociale	Programmi flessibili
1999. Kobe. Anno Internazionale degli Anziani. OMS	De-centralizzazione
2003. Santiago del Cile. Conferenza Regionale Inter-governativa sull'invecchiamento	Sussidi sufficienti

culturali, unità gerontologiche e unità mobili per l'informazione e l'educazione alla salute. Esiste un programma di crediti che prevede benefici per le persone con oltre 60 anni, come sconti per gli acquisti di beni e servizi; ci sono poi programmi di rivalutazione degli anziani che tendono ad avvicinarli alla comunità impiegandoli, ad esempio, nelle scuole elementari e negli asili per raccontare storie ai bambini, oppure nei negozi che vendono articoli di artigianato destinati agli anziani, o nei giochi sportivi nazionali e nelle attività culturali.

Le leggi proteggono l'anziano praticamente ovunque, ma ci sono delle lacune.

Se guardiamo al contesto *legale*, notiamo un aspetto rilevante, triste e allo stesso tempo vergognoso: la violenza contro l'anziano. È un problema in aumento e suscettibile di azioni preventive. La violenza all'interno della famiglia è qualcosa di rilevante ma meno evidente, a cui bisogna dare visibilità e in cui è necessario identificare l'anziano a rischio. L'uomo è l'unico animale in natura che si prende cura dei suoi progenitori, e talvolta ciò induce a una violenza che comprende anche il maltrattamento dei figli e della donna. In ambito accademico, nel 1975 è stato pubblicato sul *British Medical Journal* un articolo che mostrava l'indifferenza degli operatori sanitari di fronte alla violenza familiare, non identificandola come tale, forse per il fatto di non disporre di criteri per definire gli strumenti di screening,

ma oggi si sa che la violenza può assumere vari aspetti: *abuso fisico*, con colpi, fratture, ematomi o ecchimosi, scottature, segregazione, uso inappropriato di medicinali con intenzione dolosa; *abuso psicologico*, con grida, insulti, danno emotivo, rumori e privazione del sonno, isolamento, umiliazione e infantilizzazione; lasciare gli anziani da soli in mezzo al traffico o chiusi in un'automobile; *abuso sessuale*, come nel caso del contatto sessuale di qualsiasi tipo senza consenso; *sfruttamento materiale*: uso illegale o furto delle proprietà dell'anziano, dei suoi risparmi o dei suoi beni patrimoniali, costringendolo a mendicare; *negligenza*: rifiuto o mancanza di cure, compreso il fatto di dimenticare di fornire cibo o medicinali e di fronte ad altre necessità talvolta auto-negligenza nel caso di incapacità dell'anziano di procurarsi beni e servizi e abbandono dell'adulto responsabile e così violazione dei diritti fondamentali della persona.

Le persone anziane più suscettibili alla violenza sono quelle che dipendono dagli altri, disabili che hanno perduto la propria autonomia e che sono discriminati e vulnerabili. Spesso l'aggressore ha disturbi della personalità o una psico-patologia, è disoccupato e con scarsa scolarità, mentre la vittima ha almeno dei difetti cognitivi e fisici, e possono anche esserci dei fattori relazionali che persistono da una vita. Il deterioramento progressivo dell'anziano e la scarsa informazione del medico o del personale di assistenza che accetta con facilità spiegazioni poco valide e non tiene in considerazione le lamentele dell'anziano contribuiscono ad accrescere il problema multi-fattoriale. Non si può dimenticare, poi, che l'aggressore è colui che dovrebbe assistere l'infermo, e che a sua volta ha anche lui dei problemi. Bisogna affrontare questi casi con grande prudenza e imparzialità, offrire aiuto e comprensione, ma rifiutare fermamente la violenza, di qualsiasi tipo essa sia. Le campagne di sensibilizzazione e di educazione pubblica hanno avuto un certo impatto ed esiste una rete internazionale per la prevenzione degli abusi e dei maltrattamenti sugli anziani, con comitati e società nazionali. Tuttavia, in

molti paesi non esiste una legislazione in merito, e anche in quelli in cui è presente è poco probabile che si arrivi a un processo legale, ma l'espressione di un precetto legale che segnali come delitto la violenza contro gli anziani e le persone più deboli e meno protette è indispensabile per porre un limite al problema, prima che si verifichino danni irreparabili. Nel Messico non conosco studi che abbiano provveduto a redigere stime specifiche su questo problema sociale. Non possiedo dati precisi su altri paesi, ma temo che sia un problema che viene evitato, e che pertanto richiede attenzione da parte dei legislatori e la collaborazione di persone capaci e motivate.

La *migrazione* sembrerebbe un fenomeno estraneo alla popolazio-

registra un decremento demografico dovuto alla migrazione e ciò comporta una riduzione del bilancio federale e dell'influenza della municipalità nell'economia regionale nei circuiti di mercato e decremento della produzione agricola, degrado ambientale, diminuzione delle risorse naturali, e indebolimento della struttura delle opportunità, con un effetto di circolo vizioso. Talvolta la rimessa dei salari dall'estero è un palliativo, e per di più avviene a scapito di un cambiamento culturale e con la perdita dei valori tradizionali. In queste zone rurali, la copertura del sistema sanitario attraverso programmi statali non è mai stata buona, ed è persino peggiore per le persone con oltre 60 anni. In queste stesse aree c'è stato un lieve aumento



ne anziana, ma in molti paesi poveri è quanto mai attuale e nelle zone rurali è persino in aumento: migrazione dalle zone rurali verso le aree povere attorno alle grandi città e migrazione internazionale, nella sua variante illegale, che riguarda soprattutto piccole località a economia agraria, con retaggi in materia di sostegno sociale e di salute, che lasciano intere zone prive delle giovani generazioni. Così si riduce il tasso di fecondità e gli anziani, assieme alle donne di mezza età e ai bambini, soffrono per i cambiamenti sopravvenuti nella struttura familiare, che solo tempo prima provvedeva a dare alloggio, assistenza e benessere all'anziano. In Messico, il 31% dei municipi

della speranza di vita, ma i programmi sociali non riescono a proteggere la popolazione anziana e nel migliore dei casi hanno un impatto effimero che, sommato alla perdita delle reti familiari, si trasforma in un elevato debito sociale che si somma a quello accumulato nel passato. Non bisogna dimenticare però che, oltre alle conseguenze economiche, esiste anche un conflitto generazionale: il vecchio affronta la migrazione dei giovani o di se stesso nel contesto del proprio senso della vita e della sua affermazione, che vede ferita. Il giovane migrante perciò parte frustrato, represso e in cerca di una compensazione, oltre che arrabbiato, e tutto ciò genera un conflitto

to psicologico che di rado viene preso in considerazione e ancor più raramente affrontato.

È indispensabile e urgente che si riveda la politica migratoria in tutti i paesi dell'Europa Occidentale che accolgono migranti, africani e sudamericani, così come negli Stati Uniti e in Canada, che registrano immigrati provenienti dall'America Latina, oltre a rivedere la politica riguardante la migrazione professionale verso l'Australia. In questa revisione deve essere contemplato anche il ricongiungimento familiare, che comprende inoltre il fenomeno dell'invecchiamento, ed è necessario creare un modello di intervento pubblico che rafforzi il tessuto sociale e lo scambio generazionale e potenzi la presenza comunitaria degli anziani. Affrontare questo aspetto non è semplice, anche se è urgente e richiede l'impegno e l'attenzione professionale di molti membri della comunità accademica.

Nei sistemi sanitari della maggior parte del mondo le *risorse economiche* sono destinate ad azioni curative, alle cure riservate ai malati gravi in ospedale, ma c'è scarsità di strutture destinate ai malati cronici, anziani e non. Anche se i primi sopravvivono a infermità di eziologia multi-fattoriale che derivano dalla vecchiaia, e che talvolta sono presenti sin dall'età giovane associate a fattori genetici e ambientali, compreso lo stile di vita, il sistema sanitario non è preparato ad affrontare l'aumento dei malati cronici e delle disabilità generati dalla transizione demografica, ma purtroppo, non disponendo di altre risorse, l'anziano continua a portarsi avanti per anni le sue infermità, e quelle sopraggiunte con gli anni. C'è una pressione crescente in questo senso ed è necessario raggiungere maggiore equità nella distribuzione dei benefici, attraverso un equilibrio tra costi, qualità delle cure e accesso ai servizi. A tutto ciò si somma il costo enorme della tecnologia medica attuale in materia di immagini diagnostiche, di interventi complessi e dell'aspettativa poco realista di medici e pazienti che ignorano o dimenticano il principio della proporzionalità della cura ed esigono servizi assistenziali che possono dare come risul-

tato situazioni di accanimento terapeutico.

Negli ultimi anni, si parla di spese catastrofiche in campo sanitario, sottolineando che spesso le cure assistenziali avvengono a spese dei malati o delle loro famiglie e che i costi di un ospedale moderno sono solitamente molto elevati.

Si definisce come spesa catastrofica quella che supera il 30% delle entrate effettive dell'individuo (non destinate al necessario per la sopravvivenza) ed è molto facile che ciò accada nel caso di un anziano, o di una famiglia che provvede a 1 o 2 anziani.

A livello di società, la spesa catastrofica è quella che eccede il 20% delle risorse assegnate nel preventivo di un'istituzione alle spese operative per l'assistenza medica. Questi problemi hanno portato gli studiosi di tutto il mondo a rivedere le "spese da pagare" per l'assistenza sanitaria e il tema dell'equità. Ci sono due aspetti centrali in questo tema: l'accesso universale ai servizi e la qualità dell'assistenza.

Nel primo caso si tratta del fatto che un anziano riesca ad arrivare ai servizi di cui ha bisogno indipendentemente dalla sua capacità di pagare, dall'ubicazione geografica e dal contesto sociale in cui vive.

La qualità dell'assistenza si riferisce alla capacità di un sistema sanitario di garantire risultati simili nelle istituzioni sanitarie, con efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Oggi sembra non ci sia una soluzione a nessuna di queste condizioni e si propone di cambiare l'orientamento del sistema sanitario verso la promozione e la prevenzione della salute, ma ciò non risolve il problema già in atto, nel quale si evidenzia il fatto che praticamente in tutto il mondo la capacità dei sistemi è superata.

È stato proposto di istituire a breve termine assicurazioni nazionali sanitarie, parallelamente a programmi nazionali di promozione e di prevenzione, con uno sforzo orientato allo sviluppo sociale, identificando i punti critici ed elaborando guide cliniche fattibili e sensate.

In un secondo tempo si integreranno gli ospedali di media complessità, che forniscono servizi equivalenti per tutta la popolazione,

e per finire, in un lasso di tempo a lunga scadenza, mantenendo quanto ottenuto, si dovrà puntare al rafforzamento degli ospedali di alta specializzazione, ma in questo caso si selezioneranno le patologie da trattare da parte dell'organo sanitario superiore. Le risorse per rendere operativo il sistema saranno prodotte attraverso un'Assicurazione Universale. Tutto ciò presuppone una profonda riforma di un sistema sanitario che ancora non è stato avviato e ciò è motivo di preoccupazione per l'Organizzazione Mondiale della Salute e ha incoraggiato il Regno Unito a creare l'Istituto Nazionale di Eccellenza Clinica, con oltre 29 agenzie nazionali in diversi paesi. Finora ignoro se ci sia stata una risposta. Oltre ovviamente alle considerazioni di tipo economico, bisognerà prevedere una dimensione bioetica e di salvaguardia dei diritti. È indispensabile considerare la base biologica dell'anzianità, e in questo senso approfondire alcuni aspetti di attenzione alla salute con gli splendidi contributi che il *progresso della scienza e della tecnologia* hanno apportato nel secolo scorso e che oggi permettono una speranza di vita più intensa, anche se non sempre più lunga di quella dettata dai telomeri dei nostri cromosomi.

Abbiamo già detto che almeno il 30% degli anziani si considera sano e che agisce come tale.

La maggioranza soffre, però, per una morbidità accumulata, per malattie cronico-degenerative e a causa di altre patologie legate all'età. Per questo la disabilità e la malattia sono un problema comune, doloroso e condizionante.

Rivediamo sommariamente la morbidità geriatrica. La pelle mostra i segni del tempo, perde elasticità e si formano le rughe, i capelli sono bianchi e radi, mentre talvolta nella donna fa la sua comparsa un irsutismo fastidioso; spesso poi ci sono cambiamenti dermatologici: xerosi, cheratosi seborroica, acantoma e tumori di diversa gravità. Le palpebre possono modificare il loro orientamento e le ciglia provocare lesioni alla cornea, abradendola internamente (trichiasi); il dotto lacrimale si ostruisce e la qualità della lacrima si altera, ci sono cambia-

menti nella rifrazione e gli occhi possono presentare glaucoma, cataratta, emorragie vitree, distacco della retina e degenerazioni maculari, e se è presente il diabete o l'ipertensione arteriosa la retinopatia può essere uno problema molto serio. Si perde l'udito, si accumula cerume e c'è otosclerosi e talvolta cambiamento nel sistema vestibolare. C'è deterioramento cognitivo, depressione e permangono le neurosi, ma le psicosi sono rare e se si verificano hanno spesso una base organica. Prima di pensare alla demenza in un anziano, bisogna assicurarsi che non ci sia un ematoma subdurale cronico o un'ipertensione endocranica. Il tremore senile e la malattia di Parkinson sono frequenti e l'ischemia cerebrale transitoria può presagire una malattia cerebrovascolare parenchimatosa, con serie conseguenze.

Non è raro che si verifichino sclerosi della valvola aortica e stenosi franca, aritmia per fibrillazione auricolare, altri disturbi talvolta asintomatici, a volte seri e persino fatali senza preavviso alcuno l'ischemia miocardica è comune e c'è riduzione nella meccanica polmonare.

Si riduce la secrezione degli acidi gastrici. È presente facilmente anemia, ernia esofagea, gastroparesi e svuotamento lento, talvolta insufficienza pancreatico-duodenale, mentre è molto frequente la costipazione cronica che aumenta la mobilità dei diverticoli nel colon. In altri, l'incontinenza fecale o urinaria sono problemi molto seri.

Le malattie muscolo-scheletriche sono molto comuni: l'osteoporosi con il rischio di fratture, la cifosi dorsale progressiva, la stenosi del canale rachideo e l'osteoartrosi sono quasi universali attorno agli 80 anni, mentre la sarcopenia e la debolezza sono problemi molto complessi. Con la dismetria e la perdita di coordinazione si favorisce l'instabilità e la fragilità dell'anziano è un concetto emergente in Geriatria e di grande importanza per la Sanità Pubblica. Questa fragilità si riconosce per una debolezza generale, iporessia, perdita di peso, scarsa – o addirittura nulla – tolleranza allo sforzo, scarsa attività fisica o inattività fisica e andamento instabile. Si defi-

nisce “sindrome biologica” la situazione in cui vi è riduzione dell'omeostasi e l'omeostenosi spesso è la tappa finale.

Tutto ciò è il risultato della *ricerca clinica* che inizia a essere metodica nel campo della Geriatria, campo nuovo e con un futuro, ma ancora poco conosciuto tra gli studenti di medicina nei paesi che, in un lasso di tempo che comprende una o due generazioni, avranno 1/5 della popolazione formato da anziani.

Quando si sviluppa tutto ciò?

Talvolta sin dalla vita nell'utero materno. Il primo ambiente che sperimentiamo ha un fattore determinante nella durata e nella qualità della vita che ciascuno avrà. Prima di nascere raggiungiamo più mete biologiche che in qualsiasi altra tappa della vita; in questi momenti l'embrione e il feto sono molto sensibili agli ambienti pre-natali avversi ci sono dei cambiamenti permanenti nelle cellule, nei tessuti e negli organi durante la vita nell'utero materno, nella quale esiste una “programmazione per lo sviluppo” in cui i nostri geni e l'ambiente stabiliscono modelli di risposta di fronte a sfide specifiche imposte a un organismo durante un tempo critico. Una ragione in più per proteggere sempre la vita sin dal suo inizio con il concepimento.

Ricerche recenti segnalano che ci sono periodi di vulnerabilità a condizioni subottimali tanto nel periodo prenatale quanto in quello subito dopo la nascita.

Solo a mo' di esempio menziono che si è riscontrata una mutazione nel gene che codifica l'enzima gluco-chinasi associato a un basso peso alla nascita, che potrebbe avere conseguenze sulla resistenza all'insulina; inoltre, si pensa a un “genotipo risparmiatore”, meccanismo adattatore di fronte alle carestie ricorrenti che, almeno dalla Rivoluzione Industriale, non esiste più in molti paesi. Questo meccanismo di adattamento, non essendo necessario, si potrebbe associare a sindrome metabolica e malattie cardio-vascolari dalla gioventù. Gli effetti sono permanenti, comportano cambiamenti strutturali e possono passare alla generazione successiva. Ci sono aree cliniche dove la programmazione per lo sviluppo (PS) sembra critica:

Obesità – c'è una forte relazione tra il basso peso alla nascita e un indice di massa corporea superiore a 30 negli adulti, con i rischi di malattia che ciò comporta.

Diabete – allo stesso modo, si trova relazione tra un basso peso alla nascita e il diabete di tipo 2 insulino-resistente e alterazioni nel metabolismo dei lipidi.

Iperensione arteriosa – anche in questo caso, un basso peso alla nascita preannuncia la malattia. E fino a qui si potrebbe pensare che la sindrome metabolica, causa di tanto male negli adulti, si sviluppa prima, addirittura nell'utero. E c'è di più.

È stata identificata una PS in casi di depressione, funzione ossea e frattura dell'anca, ed è stato proposto di migliorare la nutrizione, fare esercizio fisico e fornire maggiori cure alle donne in gravidanza e ai bambini, attraverso politiche destinate a venire incontro ai loro bisogni, con somministrazione di ferro, folato e vitamine per rinforzare l'allattamento materno e creare legami affettivi.

Andando oltre, al periodo post-natale, il nutrimento è basilare per un buon invecchiamento, e questo è un effetto ambientale che agisce sul bagaglio genetico e sulla PS, che è accessibile con relativa facilità. Negli ultimi 20 anni la nostra dieta è cambiata (Fig. 1) e ora riusciamo a ritardare l'epidemia di obesità (la prevalenza di obesità nei bambini aumenta fino al 30%), si aggiungono ferro e folati nella dieta, si promuove l'esercizio fisico e si evitano carboidrati, e tra questi il fruttosio, che è la componente principale delle bevande gassate, molto popolari, e che induce l'iperuricemia, limitando i grassi dietetici a non più del 30%, mentre si consumano più proteine vegetali, come la soia. È probabile allora che attraverso una *politica alimentare e l'igiene sociale* una buona percentuale di popolazione possa invecchiare bene.

È complicato affrontare tematiche tanto complesse, che interagiscono e che sono relativamente poco conosciute, in modo da presentare a chi ascolta una visione d'insieme, con l'intenzione di sensibilizzare la comunità e i diversi livelli di governo, affinché si ricerchi con una decisione politica ferma e

con il sostegno di tutti, anche della Chiesa, delle organizzazioni non governative e anche in famiglia, il modo migliore per diffondere ciò che si conosce, ma che rimane offuscato di fronte a una pubblicità orientata da interessi commerciali irresponsabili.

Dobbiamo essere capaci di realizzare politiche sociali impegnate, per usare al meglio le risorse già disponibili, incoraggiare la ricerca orientata alla vita e al bene comune, all'uomo e ottenere il consenso sociale, in tutti i paesi, affinché la nostra presenza nel mondo sia favorevole al Regno promessoci da nostro Signore Gesù Cristo.

Non dimentichiamo, però, che il cammino che dobbiamo compiere ci porta alla vecchiaia e non dimentichiamo, inoltre, che bisogna dare per ricevere e che abbiamo molte opportunità per servire i nostri anziani. L'Organizzazione delle Nazioni Unite ha dichiarato il 1° ottobre Giornata Mondiale degli Anziani. Anche se è solo un simbolo, penso valga la pena di segnalarlo nel calendario delle attività dell'Ospedale in cui lavoro, a Città del Messico, che ogni settimana si

prende cura di 20-30 anziani e che annovera, nella sua Clinica di Geriatria Cardiologia di recente creazione, già 500 casi, mentre diminuisce la domanda in altre aree.

Prof. PEDRO ANTONIO REYES LÓPEZ

Direttore della Ricerca presso l'Istituto Nazionale di Cardiologia "Ignacio Chavez", Messico

Dott. LUIS ALBERTO LASSES

Istituto Nazionale di Cardiologia "Ignacio Chavez", Messico

Bibliografia

Libri:

Ageing and health. A global challenge for the 21st century. Proceedings of a WHO Symposium. Kobe, 10-13 November, 1998. Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, Svizzera, 1999.

REPESAS J. Las siete bio-rutas para la salud, el bienestar y la longevidad. Reimpresión especial. 2003. Secretaría de Salud. México. Conmemoración del sexagésimo aniversario, México, 2003.

Envejecimiento de la Población. Foro Interacadémico en Problemas de Salud Global. México D.F. México, 2-3 de octubre, 2006. Academia Nacional de Medicina. México.

WILLAERT D, VERHASSELT Y. World atlas of aging. WHO. Centre for Health Development. Kobe, Japan, 1998.

Articoli e pubblicazioni:

ALVAREZ-NEGMEYER J, ESPERÓN-HERNÁNDEZ RI, HERRERA-CORREA GM, NUÑO-GUTIÉRREZ BL. Prevalencia e impacto funcional de las artropatías en adultos mayores. Rev Inst Mex Seguro Soc 2006; 44: 403-7.

Anonimo. Los ancianos pobres. UNFPA. <http://www.unfpa.org/about/report/2001/esp/2ch3pg.htm>

ARAUZ GÓNGORA AA. Deterioro cognoscitivo y mortalidad en ancianos sanos en México. Estudio poblacional de seguimiento a 10 años. Tesis doctoral. Doctorado en Ciencias Médicas. Fac. De Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 2007.

CIGOLLE CT, LANGA KM, KABETO MU, TIAN Z, BLAUM CS. Geriatric conditions and disability: the health and retirement study. Ann Int Med 2007; 147: 156-64.

KADO DM, PRENOVOST K, CRANDALL C. Narrative review: hyperkyphosis in older persons. Ann Int Med 2007; 147: 330-8.

REUBEN DB. Update in Geriatric Medicine. Ann Int Med 2007; 147: 470-7.

MUNUERA MARTÍNEZ L. La década de los huesos y articulaciones: osteoporosis y fracturas. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. 2006. Tomo CXXIII Cuaderno Cuarto. p. 813.

RODRÍGUEZ GARCÍA R, TORRES PIZANO P, ZÚNIGA SANTAMARÍA T. Los viejos del mañana somos los jóvenes de hoy. Ganar salud. Sociedad Mexicana de Geriatria. Consejo Mexicano de Geriatria.



4. Pastorale nella cura dei malati anziani dal punto di vista familiare

GOFFREDO GRASSANI

4.1 Il malato anziano, la sua famiglia, il personale sanitario

1. Gli anziani: una difficile definizione

Il tema impone una riflessione sull'anzianità, su quella categoria di persone che sono l'oggetto di questo intervento.

Per una determinazione dell'ambito di questa anzianità possiamo riferirci a diversi parametri: un parametro legislativo, che indica come anziani tutti coloro che hanno raggiunto – per limiti di età ben definiti – il diritto a ottenere una pensione, non esercitando più alcun lavoro; un parametro statistico, che determina la vita media dell'uomo contemporaneo e, in quel contesto, specifici gli anni dell'anzianità; un parametro relazionale al soggetto, così che se ne determini l'anzianità in considerazione dello stato di salute, delle capacità personali, della sua attività e della sua personalità.

Qualora si preferisse quest'ultimo parametro, che è il più rispondente alla condizione "irripetibile" della persona, la categoria degli anziani rimarrebbe oggettivamente connotata da un comune denominatore, che è dato dallo svolgersi del progetto dell'esistenza terrena verso la sua fine.

Sono, dunque, anziani coloro che tessono la loro esistenza, anche se ancora sani e laboriosi, verso il termine della vita terrena.

Definizione questa che tiene conto del prolungamento della vita umana a causa delle migliori condizioni di vita e delle nuove condizioni di salute consentite dagli imponenti sviluppi delle scienze e, in particolare, di quella medica.

2. La persona anziana e le sue esigenze di conservazione e sviluppo

L'anziano, come ogni soggetto, che si struttura e si sviluppa nella relazione con altri soggetti ripropone al centro della nostra riflessione la persona; soggetto che si costituisce in relazione e si sviluppa fin dal suo concepimento, generando una struttura intersoggettiva che ne caratterizza la personalità e la cultura.

La persona anziana, come ogni persona, non è solo "razionalità", è anche "relazionalità"¹.

La costituita relazionalità dell'essere persona è resa palese dalla Rivelazione che rende manifesta la sofferenza della non relazionalità, "non è bene che l'uomo sia solo" (*Gen 2,18*).

La relazione non appare solo come mezzo appropriato alla realizzazione della persona umana, ma è costituita a uno "specifico fine, affinché tutti siano uno come anche noi siamo uno" (*Gv 17,21-22*).

Questa finalità metafisica posta e impressa dal Creatore nella persona umana diviene cammino di unità e fondamento del pieno sviluppo di ogni persona umana.

La condizione umana, realtà che passa, rende tutti gli uomini uguali, ma nel contempo irripetibili e distinti per l'infinita varietà delle loro relazioni, modalità, sensibilità e mezzi culturali, con i quali la percepiscono, la vivono e la trasmettono.

L'anziano ammalato è uno status della persona che riverbera prospettive, speranze ed esigenze sue

proprie, che devono essere conservate e potenziate nella loro identità, sulla base di una specifica cultura, che nasce, si costituisce e si sviluppa nell'ambito di ben definite relazioni familiari e affettive.

Il dono dell'anzianità

L'anziano, come ogni persona umana, è portatore di doni, che trasmette alla cultura delle nuove generazioni.

È il dono della testimonianza che porta a sintesi l'esperienza della vita, che racconta le luci e le ombre del cammino, il superamento delle difficoltà e delle sconfitte, una storia umana e spirituale, una finestra aperta sull'amore di Dio per l'uomo.

Possiamo riprendere la lettera di Giovanni Paolo II che, rivolgendosi agli anziani, da anziano, dichiarava una forza "La nostra vita, cari fratelli e sorelle, è stata iscritta dalla Provvidenza in questo XX secolo"².

È, dunque, la Provvidenza che colloca gli anziani nei piani di Dio e caratterizza la loro personalità.

Accanto alla testimonianza antropologica, l'anziano è portatore di un dono più alto, quello della fede, esplicita o implicita, senza la quale l'arduo cammino dell'uomo non giunge alla pienezza dell'anzianità.

Se, infatti, la persona è, quanto al suo essere, una partecipazione all'essere di Dio, è nell'anzianità che detta condizione ontologica viene meglio avvertita e percepita da chi si avvia sulla strada del tramonto.

Raccogliamo qui l'insegnamen-

to del Pontificio Consiglio per i Laici che identifica nella vecchiaia autentici carismi quali: la gratuità, la memoria (intesa come testimonianza), l'esperienza, l'interdipendenza, una visione più completa della vita³.

Si ritiene, infatti, che questi anziani vivano con maggiore profondità i valori della responsabilità, dell'amicizia, della pazienza, della saggezza, del rispetto per la Creazione, delle relazioni di pace, del distacco dal potere.

Da queste virtù e dal loro esercizio, facilitato dalla stessa condizione di fragilità e di dipendenza dell'anziano, questi riescono a vivere una dimensione contemplativa.

È dunque l'anzianità il frutto e il risultato di un lungo processo che trasforma ogni soggetto umano nell'ambito della sua stessa identità di persona.

I sentimenti, nuova categoria giuridica: l'amore dei nonni è già un diritto per i piccoli

Il tema è finalmente entrato nella riflessione giuridica e merita di essere richiamato nella recente rivisitazione che ne ha fatto la dottrina⁴.

Ipotizzare l'esistenza nel nostro ordinamento giuridico di un diritto all'amore impone una premessa di carattere generale sulla rilevanza giuridica dei sentimenti. Al riguardo deve segnalarsi la scarsa attenzione che i fatti di sentimento, a differenza dei fatti di conoscenza e di volontà, hanno ricevuto da parte della dottrina civilistica⁵. La quasi totale irrilevanza giuridica dei sentimenti deve attribuirsi in primo luogo alla considerazione degli stessi quali elementi interni della psiche umana e come tali inafferrabili.

Altre riflessioni si fondano poi sulla legittima esigenza di non sovrapporre valutazioni di ordine etico con valutazioni di ordine tecnico⁶. In questo quadro sistematico che sembra non attribuire alcun rilievo al sentimento in sé considerato, va dato atto di un'autorevole voce dottrinale, la quale, analizzando i sentimenti nell'ambito della teoria generale del diritto, limita l'ambito di rilevanza ai soli fatti di sentimento che si siano oggettivizzati e tradotti in valori dell'ordinamento e che si accompagnano a

fatti esteriori (di solito a fatti di comportamento)⁷.

Un riferimento normativo esplicito al diritto del minore alle relazioni affettive con i nonni si trova nel disegno di legge n. 2435-A. "Diritto di visita dei nonni". L'art. 1 di detto disegno prevede l'inserimento nel corpo del codice civile, dell'art. 317-ter: *"I minori hanno diritto alle relazioni affettive con gli ascendenti dei genitori ove ciò non sia in contrasto con i loro interessi. Chiunque eserciti la potestà sul minore ha il dovere di consentire e di non ostacolare tale rapporto"*⁸.



Nel contesto europeo e nelle recenti leggi speciali che hanno introdotto il diritto di visita dei nonni, emerge chiaramente l'orientamento verso il riconoscimento di uguale diritto in capo al minore. La legge spagnola 42/2003 prevede espressamente un *diritto del nipote di comunicazione e di visita*⁹.

Queste riflessioni che fondano il rapporto nonni-nipoti sull'esistenza del diritto soggettivo del minore alle relazioni affettive sono applicabili anche a tutte le altre relazioni familiari e in particolare alla relazione genitori-figli. Il riconoscimento di un diritto soggettivo del minore all'affetto, all'amore, consente così di allargare e di selezionare quantitativamente la sfera degli obblighi dei genitori nei confronti dei figli. La violazione del diritto all'amore è inoltre essa stessa fonte di risarcimento del danno, a prescindere dall'adempimento di obblighi di altra natura, anche patrimoniale¹⁰.

La famiglia è, dunque, la sede in cui si generano le relazioni affettive che il diritto prende in considerazione per accrescere, nell'ordinamento, le garanzie giuridiche a tutela dello sviluppo della persona.

Il ruolo della famiglia

Le considerazioni che precedono pongono in luce l'esigenza che la società familiare assuma la sua funzione di promuovere la "comunità" tra tutti i suoi partecipanti: nonni, genitori, figli.

La famiglia, quale soggetto, possiede un particolare e specifico "patrimonio relazionale" con l'anziano, nonno o genitore, che appare caratterizzato dai legami affettivi ed esperienziali vissuti in un contesto che si snoda nella stessa storia e nel vissuto di ogni comunità familiare.

Patrimonio di conoscenza dell'altro, generato dalla sperimentazione, nelle molteplici relazioni umane, dei caratteri antropologici, delle virtù, dei difetti, dei desideri, della magnanimità e dei limiti di ciascuna persona umana.

Si tratta, quindi, di un patrimonio relazionale ed esperienziale che costituisce un ulteriore "patrimonio familiare" dotato di alcune connotazioni particolari, specifiche di ogni società familiare.

La famiglia, quale cellula vivente che riunisce più generazioni, si conosce e si definisce, dal suo costituirsi e dal suo progettarsi, come società che sperimenta, elabora, produce una sua cultura, che realizza le relazioni familiari, formula i progetti, diviene "quella" famiglia.

La plasticità

In questi processi, che sono oggetto di studio di molteplici discipline, quali l'educazione, la psicologia, la sociologia, l'antropologia, il diritto e le scienze mediche, dobbiamo cogliere un elemento caratteristico, proprio della società familiare, dato dalla plasticità del farsi delle relazioni umane.

L'adattamento consapevole al fine dell'armonia familiare e l'assunzione su di sé della responsabilità dell'altro e del suo sviluppo sono un dato costitutivo della "forma" che ciascuna famiglia assume.

Nessun'altra relazione umana,

per quanto sia importante e rilevante per la persona, può sostituire questo bene che è “forma” di ciascuna famiglia.

Ne consegue che l'anziano deve mantenere, nel cuore del suo esistere come dono e come storia personale, questo patrimonio, che è proprio della famiglia a cui appartiene.

Occorre rilevare, altresì, che questa specifica “forma” della comunanza dei valori che ogni comunità familiare, come ogni persona, è in grado di riconoscere – è unica e irripetibile – come è unico e irripetibile il carattere proprio di ogni persona umana.

Diviene, dunque, necessario interrogarci sul come aiutare la famiglia e i suoi compartecipi a vivere la relazione tra famiglia e anziani.

La formazione

Sulla base dell'esperienza dobbiamo constatare che sussistono famiglie che rappresentano, per noi, un modello esemplare di amorevolezza per il come accompagnano e sostengono i loro anziani ammalati.

Famiglie numerose, con papà e mamma già fortemente impegnati, hanno saputo accogliere, curare e vivere con i genitori di lui o di lei, anziani e ammalati, nel difficile contesto delle nostre società urbane.

Se esaminiamo da vicino questi modelli di vita, realizzati nel nostro tempo, noteremo alcune caratteristiche che meritano di essere poste alla base della nostra riflessione.

Occorre partire dalla premessa che l'anziano ammalato rappresenta una serie di problematiche, assistenziali e sanitarie, che esigono una programmazione, senza la quale la vita degli anziani è destinata a risolversi in una delega che la famiglia attribuisce a terzi per la cura dei propri cari.

Occorre saper costruire la relazione tra famiglia e anziano.

Per ottenere questo risultato occorre individuare un ordine di mezzi adeguato al fine.

Il progetto di famiglia

L'anziano in famiglia rappresenta una fonte di gioia, ma anche un problema rappresentato dalla sua condizione psicofisica.

Non può affrontarsi questa specifica problematica, con la necessaria disponibilità, se i partecipanti della famiglia non sono preparati.

La preparazione che si esige è, in primo luogo, di natura spirituale e antropologica i giovani fidanzati devono interrogarsi su quali comportamenti si attendono l'uno dall'altro rispetto ai propri genitori anziani, per formulare un progetto di vita familiare.

A questa interrogazione dell'intelligenza, della volontà e del cuore, deve seguire una specifica preparazione all'accoglienza del genitore anziano, che è costituita da tre fasi: formazione all'assistenza di persone ammalate, progettazione di un modello di vita con i propri genitori anziani, attuazione di detto modello rispetto alle esigenze complessive della famiglia.

La famiglia deve prepararsi al progetto di accoglienza del genitore anziano, avendo cura di predisporre gli spazi, i servizi assistenziali e i servizi medici domiciliari.

La formazione della famiglia dovrà comprendere la programmazione di periodi di vacanza con l'anziano e l'insieme della vita in comune.

La formazione deve anche prevedere il come affrontare le situazioni di emergenza, la malattia degli altri membri della famiglia, la carenza di personale infermieristico.

La stabilità del personale medico e assistenziale

Una buona regola è quella di ottenere la collaborazione di persone che rappresentino, per l'anziano, un costante punto di riferimento, fatto di amicizia e di simpatia, che, sempre identificato nel medesimo gruppo, sappiano turnare al servizio dell'anziano, evitando così brusche cadute della presenza assistenziale.

Il colloquio con gli anziani

Nei casi di anziani ammalati che, pur non necessitando di ospedalizzazione, sono allettati, ritengo che sia utile, è il dato dell'esperienza, intrattenersi sulla loro storia umana.

L'anziano deve essere invitato al racconto (famiglia, lavoro, studio, vacanze, personaggi passati) che fa

loro rivivere, con gratitudine, un tempo che diventa presente, attuale, che riflette la loro esperienza e le emozioni proprie di ogni segmento di vita.

Una vita – anche passata – che interessa, che continua a interessare; la trasmissione dell'esperienza di viene ragione di vita per l'anziano.

Ma non basta la relazione tra l'anziano e la propria famiglia.

Appare anche necessario che le relazioni tra le famiglie coinvolgano anche l'anziano, che deve sentirsi parte attiva della vita di relazione della famiglia con altre famiglie.

Per raggiungere i richiamati obiettivi occorre una solida formazione spirituale ed educativa, ma anche un accompagnamento affidato a professionalità esperte.



Il ruolo dei consultori familiari

I consultori familiari, in particolare quelli di ispirazione cristiana, sono stati istituiti per rendere alla famiglia un servizio consultoriale interdisciplinare che coniuga le professionalità educative, psicologiche, sanitarie, giuridiche e assistenziali, la cui eccellenza è fondata sull'auspicato sviluppo delle ricerche scientifiche e antropologiche sulla famiglia.

L'accompagnamento dei consultori familiari della famiglia nell'accoglienza e cura della persona anziana è da promuovere.

La rete consultoriale, che in Italia è presente in ogni regione, allo stato si occupa della famiglia, che bussa alle porte del consultorio e

ne richiede l'aiuto professionale e il sostegno assistenziale.

La rete consultoriale dovrà estendere la propria attività al domicilio delle famiglie, costituire così una rete di assistenza domiciliare.

Le ragioni di questo sviluppo sono molteplici.

La famiglia, infatti, specie quella meno informata o più sola, ha bisogno di una particolare solidarietà che la sottragga, in primo luogo, dal suo isolamento.

Le nostre grandi città spesso appaiono, per il loro affettivo distacco dalle famiglie più povere, come deserti affollati e rumorosi; poco attente alle reali povertà e non consapevoli della necessità di una vicinanza partecipativa, per affrontare il nucleo centrale della sofferenza umana, che è la solitudine.

Si deve riconoscere che grandi sforzi sono stati compiuti dai servizi assistenziali che, peraltro, non possono sostituire, nella vicinanza agli anziani, la famiglia e il suo patrimonio relazionale, di cui abbiano fatto cenno.

In questo contesto, si deve promuovere, secondo il principio di sussidiarietà di ispirazione cristiana, il ruolo dei consultori familiari e la loro capacità di formare la famiglia nell'accoglienza all'anziano, dal suo momento costitutivo e formativo^{11, 12}.

La società: gli anziani, il ruolo dell'etica e la formazione di un nuovo diritto

La società, che possiamo suddividere in società delle istituzioni, fondate sulla legge positiva, in società delle associazioni, fondate su un'autonomia statutaria per fini comuni agli associati, e in società generale, deve assumere una sua specifica responsabilità sugli anziani, come ha già fatto per i minori, per i meno abili, per gli ammalati, per tutte le persone che hanno bisogno di speciale cura.

Dobbiamo affrontare, qui, un tema culturale di grande rilievo, partendo dalla constatazione che la società, nel suo complesso, deve affrontare il fluire delle mobilità culturali, pur nell'immutabilità dei valori.

Siamo avvertiti che l'approfondimento delle conoscenze scientifiche e l'innovazione tecnologica

determinano un mutamento delle conoscenze e del modo di affrontare le esigenze della persona umana e, quindi, della persona anziana ammalata.

Si pone qui la riflessione sui principi etici da tener presente nella relazione con l'anziano, per fondare un nuovo ordinamento, che costituisca uno status della persona anziana e il suo diritto a vivere in famiglia.

La cultura contemporanea deve, rispetto all'anziano, interrogarsi sui principi etici e sul concorso di detti principi all'elaborazione di un diritto che tuteli la persona in ogni stadio o fase della vita umana.

Etica e diritto ed etica del diritto

Occorre partire dalla premessa che non è possibile costruire un serio ordinamento giuridico senza un'esperienza dei singoli, delle famiglie e della società fondata su principi etici.

Il rapporto tra etica e diritto deve essere esaminato sotto alcuni profili o momenti fondamentali: sussiste, infatti, un momento genetico in cui l'etica di una determinata società produce diritto; un successivo rapporto tra il diritto positivo di una data società e gli sviluppi etici di questa; un rapporto tra diritto e la sua applicazione alla luce dei principi etici¹³.

Detti rapporti devono essere collocati nell'ambito dei diritti familiari, sanitari e assistenziali, cioè di quel complesso di norme che presiedono alla tutela della famiglia e della persona.

Si può constatare come la crescita della sensibilità e dell'attenzione all'uomo consenta la formazione e elaborazione di culture di servizio più avanzate rispetto a quelle precedenti: culture, quindi, da considerarsi fonte di norme giuridiche obbligatorie.

Dalle culture di servizio alla formazione di un nuovo diritto il passo non è agevole, né breve, ma lo si compie solo quando quelle culture sussistono.

Dunque, l'etica è fondamentale per lo sviluppo del diritto e per la sua concreta applicazione.

Il legislatore, infatti, nel porre la norma tiene conto della sensibilità del corpo sociale e della sua stessa capacità di attuare la legge, il che

prova l'enorme rilevanza dell'etica nella formazione degli ordinamenti giuridici.

Per converso, quando la coscienza sociale, nei molteplici processi storici, arretra e non procede sulla linea di una maggiore crescita etica, le stesse leggi perdono il loro autentico fondamento e rimangono incomprensibili, inattuati e applicate in modo contraddittorio e controverso.

È opportuno rilevare che questo complesso processo, che nasce dall'etica e va verso il diritto, procede ancora dal diritto verso la società, determinandone una crescita globale dovuta alla giuridicità e, quindi, all'obbligatorietà della norma che si estende a tutti i soggetti, prescindendo dalla maturità etica da loro raggiunta.

Questo momento giuridico, che rappresenta anche la cultura acquisita, consente o, meglio, favorisce la crescita di una nuova sensibilità e, questa, di nuovi ordinamenti in un processo circolare che le situazioni di crisi possono interrompere o addirittura mutare nel procedimento opposto, allorché gli ordinamenti siano il frutto di ideologie o programmi propri al soggettivismo di singoli gruppi.

Il diritto degli anziani a vivere in famiglia

I valori dell'ordinamento devono essere letti alla luce del diritto naturale e dei diritti inviolabili che rappresentano il fondamento e il criterio d'interpretazione dell'art. 2 della Costituzione Italiana, concernente i principi di solidarietà, dell'art. 29 della Costituzione Italiana, concernente la famiglia, fondata sul matrimonio, e dell'art. 118 della Costituzione Italiana, che privilegia la funzione della persona e della famiglia e i relativi progetti destinati a realizzare fini di interesse generale, quali sono la promozione e la tutela delle persone anziane.

Sulla base del diritto naturale che legge, secondo la ragione, le esigenze della persona umana, occorre tutelare giuridicamente le relazioni affettive tra gli anziani e la propria famiglia.

Le relazioni familiari necessarie alla vita sono doveri etici che devono essere tutelati come doveri giuridici.

Ritengo, sulla base delle considerazioni svolte, che occorra identificare nella struttura dei diritti inviolabili, garantiti dal diritto naturale e dalla nostra Costituzione, il diritto degli anziani alla propria famiglia; il trasferimento dell'anziano in strutture protette, quando ciò non sia necessario per condizioni di vita e di salute che non consentano la sua vicinanza alla famiglia, appare, infatti, come la negazione di questo diritto fondamentale, radicato nella necessità di mantenere l'originaria cultura di ogni famiglia, fondamento della stessa "relazionalità" della persona umana. Diritto dell'anziano alla famiglia, analogo al diritto del minore alla famiglia, diritti fondati su esigenze di vita, di protezione e di sviluppo.



Sotto il profilo giuridico, occorre ricongiungere le doverose relazioni affettive prima che ai sentimenti, come si deduce dalla dottrina richiamata, agli atti della volontà che, sulla base di un discernimento vuole e attua il bene da compiere, lasciando al sentimento la funzione sua ancillare; il sentimento, cioè, deve porsi al servizio del volere il bene e attuarlo, come deve essersi dalla persona umana nella sua relazione con l'anziano.

Conclusione

Per adeguarci a questi compiti, dobbiamo fare tesoro della cultura familiare, delle discipline educative, scientifiche e giuridiche che ho richiamato, fondamento della promozione della famiglia, al fine di trasmettere, tramite queste discipline e i servizi di consulenza alla famiglia, l'Amore di Dio per l'uomo, che santifica le nostre competenze,

rafforzando così il fluire della cultura delle generazioni, che parte dal Creatore di tutte le cose e a Lui ritornano.

Avv. GOFFREDO GRASSANI
Presidente della Federazione Lombarda
Centri di Assistenza alla Famiglia,
Milano, Italia

Note

¹ Card. DIONIGI TETTAMANZI, *Nuova bioetica Cristiana*, Piemme, pag. 43.

² Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera agli anziani, 3.

³ Cfr. Pontificio Consiglio per i Laici, *La dignità dell'anziano*, cap. 1.

⁴ Cfr. MARZIA BIANCA, in *Rivista di Diritto Civile*, 2006, Cedam, pagg. 155 e ss.

⁵ V. al riguardo FALZEA A., *Ricerche di teoria generale del diritto e di dogmatica giuridica. II. Dogmatica giuridica*, Milano, 1997, p. 437 ss., il quale rileva come nell'ambito delle figure in cui tradizionalmente si distinguono i fatti di coscienza: volontà conoscenza e sentimento, i fatti di sentimento siano quelli cui la dottrina giuridica ha prestato meno attenzione; PARADISO M., *La comunità familiare*, Milano, 1984, p. 32 ss., il quale, nel campo del settore familiare, avverte della pericolosità di quelle tendenze dottrinarie che attribuiscono rilevanza giuridica ai sentimenti "che vengono assunti non quale 'dato grezzo', quale 'ratio' delle norme o mero criterio concorrente di valutazione dei comportamenti"; GAZZONI F., *Amore e diritto ovvero i diritti dell'amore*, Napoli, 1994, p. 3, il quale rileva che "il diritto ha difficoltà a regolamentare i c.d. fatti di sentimento, non solo per motivi di lessico giuridico, ma anche perché le vicende che coinvolgono sentimenti (e non patrimoni) sono per loro natura ambigue ed oscure, in particolare per quel che riguarda i fatti d'amore".

⁶ PARADISO M., *op. ult. cit.*, p. 32 ss.

⁷ V. FALZEA A., *op. ult. cit.*, p. 437 ss., spec., p. 523, il quale, dopo aver sistematicamente suddiviso in fatti di sentimento in tre classi: 1) i sentimenti-valori; 2) i sentimenti-disvalori; 3) i sentimenti neutri, i quali non impegnano né negativamente, né positivamente la collettività, afferma e conclude che la rilevanza giuridica specifica dei sentimenti è strettamente collegata all'individuazione di elementi oggettivi, di valori: "...Nel quadro delle valutazioni giuridiche, i sentimenti rispetto ai quali il diritto prende posizione si distinguono secondo la loro polarizzazione, positiva o negativa, caratterizzandosi, rispettivamente, come sentimenti-valori o come sentimenti-disvalori... Il sentimento non emerge a livello del diritto se non in virtù della sua esteriorizzazione e questa, a sua volta, avviene, se non esclusivamente, di prevalenza mediante il comportamento".

⁸ Sul riconoscimento di un diritto del minore all'amore dei nonni, v. BIANCA C.M., *La famiglia*, Estratto per i corsi universitari della quarta edizione del Diritto civile, II, Milano, 2005, p. 325.

⁹ Si veda in particolare la nuova formulazione del secondo comma dell'art. 94 del codice civile: "Igualmente potrà determinarsi, previa audienza de los padres y de los abuelos que deberán prestar su consentimiento, el de-

recho de comunicacion y visita de los nietos con los abuelos, conforme al artículo 160 de este Código, teniendo siempre presente el interés del menor".

¹⁰ Sulla violazione del diritto all'amore quale fonte di danno risarcibile v. Cesare Massimo Bianca, il quale si è così espresso nel corso di una Conferenza sul danno: "Danno risarcibile. Vecchie e nuove prospettive", tenutasi a Napoli il giorno 23 ottobre 2004 presso l'Istituto degli Studi giuridici MCM. Nel corso di quella conferenza, Cesare Massimo Bianca, a proposito del danno risarcibile per lesione del diritto all'amore, citava la decisione della Corte di Cassazione del 31 maggio 2003, n. 8828. In quella decisione la Corte rileva "l'intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia", nonché "l'invulnerabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli artt. 2,29 e 30 Cost." (Le frasi tra virgolette riproducono il testo della motivazione della decisione).

Cesare Massimo Bianca, nel corso della medesima Conferenza, citava altresì la decisione della Corte di Cassazione del 7 giugno 2000, n. 7713, in *Corr. giur.*, 2000, p. 873. Quella decisione è parimenti significativa in quanto, trattando della violazione dell'art. 570 c.p. da parte di un genitore nei confronti del figlio minore, espressamente afferma che esso non va inteso in senso restrittivo e nella sua materialità come mancata corresponsione dei mezzi di sussistenza, ma "rileva, sul piano civile, in termini di violazione non di un mero diritto di contenuto patrimoniale ma di sottesi e più pregnanti diritti fondamentali della persona, in quanto figlio e in quanto minore". (Le frasi tra virgolette riproducono il testo della motivazione della decisione).

Il problema del diritto al risarcimento del danno quale diretta conseguenza del riconoscimento in capo al minore di un diritto a essere visitato è stato posto in luce dalla dottrina tedesca con riferimento al § 1684 BGB, v. HENRICH D., *La riforma del diritto di filiazione in Germania*, cit., p. 43.

¹¹ GRASSANI G., *Atti del Convegno Il principio di sussidiarietà*, XV Simposio dell'Arcipelago, Bocca di Magra (SP), 4-7 settembre 2006 "Matrimonio e famiglia".

¹² *Codice della famiglia e dei servizi sociali*, Giappichelli, 2007, BIANCA C.M., BETTETINI A. E GRASSANI G..

¹³ Cfr. ROMANO C., GRASSANI G., *Bioetica*, pagg. 208 e ss. - Uet.

Letteratura

STANZIONE, *Capacità e minore età nella problematica della persona umana*, Napoli, 1975; NAPOLETANO, *Anziani (Assistenza agli)*, in *Nss. D.I.*, Appendice, I, 1980, 314 ss.; MENGONI, *La tutela giuridica della vita materiale nelle varie età dell'uomo* (in *Riv. Trim. proc. Civ.*, 1982, 1117 ss.), ora in *Diritto e valori*, Milano, 1985, 123 ss.; *anziani e tutele giuridiche* a cura di P. Stanzone, Napoli, 1991; ROSSI CARNEO, SAULLE E SINISCALCHI, *La terza età nel diritto interno ed internazionale*, Napoli, 1997.

Sul versante non giuridico, opportuna risulta la lettura di: BURGALASSI, *L'età inutile. Considerazioni sociologiche sull'emarginazione anziana*. Pisa, 1975; PAVONE e SANTANERA, *Anziani e interessi assistenziali*, Roma, 1982; SULLEROT, *Età e identità sociale*, trad. it., Roma, 1987; ARDIGÒ, PORCU e SETTER, *Anziani e politiche sociali nella società post-industriale*, Milano, 1988; *Eutanasia da abbandono* (Quaderni di promozione sociale) (Autori vari), Torino, 1988; MARIOTTI, MASARAKI e RIZZI, *I diritti degli anziani*, Milano, 1996.

LÁZARO PÉREZ JIMÉNEZ

4.2 La diocesi, la parrocchia e il malato anziano

Introduzione

Una delle più grandi sfide che la comunità cattolica affronta attualmente ha a che vedere con la modifica che la cultura contemporanea ha fatto del concetto della vita reale applicato alla temporalità umana.

Per “vita reale si intende esclusivamente la tappa produttiva che di solito oggi si limita al periodo che corre tra i 18 e i 40 anni. È anche il periodo della vita in altri tempi chiamata riproduttiva, aspetto che oggi si vede ogni volta più emarginato e lo si sostituisce nella pratica per il periodo in cui può ottenersi il maggior piacere dalla vita in tutti i suoi aspetti. Si valuta poco il tempo precedente ai 18 anni, intanto il tempo posteriore ai 40 anni si osserva con un atteggiamento pessimista e negativo, periodo della vita che può e per alcuni “deve” terminare quanto prima.

Nel mondo cristiano il concetto di temporalità è esteso e in principio ascendente in quanto la vita dell'essere umano nasce dal disegno divino, poiché veniamo da Dio e ritorniamo a Dio; nel piano divino della salvezza tutte le tappe dell'esistenza umana sono preziose e ancor di più si vanno arricchendo con il passaggio del tempo, perfino l'anzianità vale per se stessa convertendosi in un'età che merita rispetto, venerazione, stima e cura.

Questa considerazione è strettamente legata al concetto umanista dell'uomo inteso come un essere che si situa oltre ciò che produce e le necessità che deve soddisfare; l'antropologia cristiana mette più in risalto l'essere che qualsiasi altra dimensione.

Non accade questo ai nostri giorni. In primo luogo, assistiamo a un processo culturale che guarda quasi esclusivamente la dimensione pratica dell'esistere in una doppia direzione: il piacere della vita nel senso strettamente materiale e la produttività

dell'esistenza in termini economici, realtà che per natura non si danno all'anziano o si limitano, provocando nell'essere umano la ricerca delle vie per dissimulare il suo declivio, prolungare la sua minacciata funzionalità e assicurarsi un piacere di maggiore durata, molte volte a costo della dignità e della stessa salute che si cerca.

Indipendentemente dalle risorse che si impiegano per affrontare questi limiti che la società sta imponendo alla vita reale, assistiamo a una precoce anzianità che conserva una certa logica, giacché tutte le tappe della vita, dall'infanzia alla maturità, oggi si esprimono sotto il segno della precocità, con la notevole differenza che l'anzianità precoce è un'imposizione culturale e non la conseguenza di un anelito.

In ogni modo, questo ci mette a confronto con una situazione inedita: l'anzianità, anche quella sana, è vista come una minaccia per l'individuo, per la sua famiglia e per la società.

In questo ambiente culturale si presenta la riflessione sull'anzianità malata, che aggiunge a quella che è già una condizione deprimente dell'età del nostro tempo lo stigma della malattia.

L'anziano malato

Dobbiamo considerare in questo specifico punto che la malattia e l'anzianità sono di solito considerate sinonimi, ma la malattia più seria è naturalmente la malattia cronica, unita al processo degenerativo normale dell'esistenza.

Il pragmatismo dominante dei nostri giorni offre naturalmente soluzioni drastiche a questa esperienza come sarebbe il ricorso all'eutanasia, che lungi dall'essere una proposta venuta dagli ambiti giuridici o filosofici che si cerca di imporre, sta diventando sempre più

un'aspirazione. In effetti, molti giovani e adulti davanti alla prospettiva dell'anzianità malata esprimono con convinzione la loro decisione di ricorrere a questo mezzo per porre fine a una situazione irrimediabile che minaccia di prolungare un'esistenza carente di ciò che in gergo medico si chiama “qualità della vita”.

Tra l'eutanasia come soluzione definitiva e l'apparire precoce della malattia si estende un orizzonte molto nutrito dalla tecnologia medica contemporanea il cui nemico da vincere è il dolore, che lo considera carente di senso, e certamente cerca di prevenire e correggere l'inutilità fisica conseguente alla malattia, e intanto intorpidisce la vita del malato e influenza la vita degli altri.

In questo stato, l'anziano malato si accetta come un peso, ma anche le istituzioni lo visualizzano ogni volta di più come un costo oneroso a favore di qualcuno che non produce sebbene nella sua vita “utile” lo fu; se l'anziano conserva la coscienza, può ancora in qualche modo opporre resistenza a un trattamento inumano o perfino criminale, ma l'anziano che perde la coscienza della sua identità finisce nelle mani delle istituzioni, particolarmente per il fatto che il processo secolare di svincolamento familiare fa che i parenti si disinteressano della sorte di queste persone e lasciano la decisione ultima nelle mani di ospizi e ospedali.

Reazioni secolari

Nonostante il secolarismo disumanizzante che si va imponendo nella cultura occidentale, si sono avute reazioni positive a favore dell'anziano in generale e dell'anziano malato in particolare, così l'ufficializzazione di una cosiddetta “terza età”, che porta con sé una lunga lista di benefici per coloro che arriva-

no a questo momento con l'obiettivo di rendere più tollerabile il peso di una vita che è vista da tutti come un'eccedenza. In questa stessa linea, la costruzione di una disciplina medica specialmente orientata alla cura delle malattie dell'anziano, e dell'anzianità stessa come tale, come è oggi la gerontologia, ma anche la validità che ha in numerose facoltà mediche lo studio di una tanatologia, intesa come ciò che in altri tempi fu "aiutare a ben morire" e che si sviluppa come un processo di accompagnamento umano di persone malate in una situazione terminale al margine dell'età.

L'impegno cristiano

La risposta della Chiesa a questo punto richiede un lavoro integrale e complesso ma urgente e indispensabile sia a breve sia a lungo termine.

A breve termine

Appello nei fori internazionali contro l'eutanasia.

Proposta di norme ogni volta più attuali che garantiscano la sicurezza degli anziani malati di fronte al rischio permanente di sterminio.

Istituzione di istanze risolutive che sostengano la cura del malato soprattutto nei paesi poveri.

Rinvigorire gli usi e i costumi culturali nei quali si valorizza e si stima l'anzianità, e si dà un significato trascendente alla malattia.

Scommessa per la costruzione di un nuovo universo culturale che riacquisti il senso dell'anzianità e della malattia per mezzo della creazione di strutture ecclesiali diocesane e parrocchiali che formino la comunità sul tema e accolgano l'anziano malato rinnovando i mezzi per i quali gli si offra attenzione sia fisica sia particolarmente spirituale.

Rivedere a fondo le condizioni attuali dei centri di salute che sostengono gli ordini religiosi, diocesi o cattolici laici per assicurarsi che si assista il malato anziano secondo lo spirito della Chiesa.

Valutare se gli ospizi per persone consacrate siano la migliore scelta, dal punto di vista umano e cristiano, per vivere l'ultima tappa dell'esistenza umana, in particolare quando si tratta di malati.

A lungo termine

Accompagnare i processi di evangelizzazione con una riflessione precedente sul senso del tempo esteso e trascendente, così come del valore che hanno le diverse età dell'essere umano e del valore dell'uomo stesso come tale, al fine di modificare la via che porta la nostra civilizzazione ad accorciare la vita reale, a dare un significato a ciascuna tappa della vita, e dell'umanesimo cristiano che non può sostenere la pretesa "dissoluzione dell'umano" che tanto postulano oggi diversi attori della nostra cultura.

Pertanto, lottare per superare il riduzionismo a cui assistiamo, per il quale la vita reale si accorcia in termini pragmatici e si allunga come uno scarto.

Cercare le vie attuali per i quali gli interessi pragmatici legittimi del mondo attuale si conciliano con i valori umano-cristiani della vita.



Generare processi consistenti che sostengano la visione cristiana della famiglia impegnata; questa deve continuare a essere l'ambiente sano in cui la persona trascorra con sicurezza e felicità le diverse tappe della sua esistenza.

Poiché l'attenzione agli anziani malati da parte delle diocesi e della parrocchia esige qualità umana e cristiana, mi sembra conveniente riferirmi a un testo dell'Enciclica "Deus Caritas Est" in cui Benedetto XVI esorta coloro che lavorano con i malati in generale a esercitare il loro lavoro con vera professionalità e umanità.

"La competenza professionale è una prima fondamentale necessità, ma da sola non basta. Si tratta, infatti, di esseri umani, e gli esseri umani necessitano sempre di qualcosa in più di una cura solo tecnica-

mente corretta. Hanno bisogno di umanità. Hanno bisogno dell'attenzione del cuore. Quanti operano nelle Istituzioni caritative della Chiesa devono distinguersi per il fatto che non si limitano ad eseguire in modo abile la cosa conveniente al momento, ma si dedicano all'altro con le attenzioni suggerite dal cuore, in modo che questi sperimenti la loro ricchezza di umanità. Perciò, oltre alla preparazione professionale, a tali operatori è necessaria anche, e soprattutto, la "formazione del cuore": occorre condurli a quell'incontro con Dio in Cristo che suscita in loro l'amore e apra il loro animo all'altro, così che per loro l'amore del prossimo non sia più un comandamento imposto per così dire dall'esterno, ma una conseguenza derivante dalla loro fede che diventa operante nell'amore (cfr *Gal 5,6*) (N.31).

Questi principi che sono orientati a qualsiasi malato hanno senza dubbio una maggiore applicazione nel caso dell'anziano malato.

S.E. Mons. LÁZARO
PÉREZ JIMÉNEZ

Vescovo di Celaya, Messico

Bibliografia

1. Anziano salute società. Milano: Vita e Pensiero, 1991. 224 p. - ISBN 88-343-4123-6.
2. La bioetica e l'anziano: Prospettive e garanzie per una salute globale dell'anziano alle soglie del nuovo millennio / Sienkiewicz Henryk. Acireale: Isb, 1999. 159 p. (Conchiglie; 3) - ISBN 88-86415-14-1.
3. I "nuovi anziani": interessi e aspettative / Mario Allario. Milano: Franco Angeli, c2003. 165 p.: ill; 23 cm. (Sociologia; 1520.415). Indice - ISBN 8846445783.
4. Anziani nel 2000: problemi medici ed implicazioni sociali la bioetica: questione centrale: Atti dei convegni nazionali 1995-1996. Roma: Usmi, 1996. 157 p.
5. I diritti degli anziani. Milano: Giuffrè, 1996. 227 p. - ISBN 88-14-05598-X.
6. Gli anziani, oggi / Zampogna Sebastiano G. Napoli: Dehoniane, 1975. 175 p.
7. Anziani e handicappati: Due sfide alla società civile e alla comunità cristiana / Ciccone Lino. Torino: Elle Di Ci, 1987. 151 p. (Saggi di teologia) - ISBN 88-01-10119-8.
7. Cavalieri, Ugo - Anziani e salute: il ruolo della prevenzione / Ugo Cavalieri - Abano Terme: Francisci, 1983.
8. Santanera, Francesco - Vecchi da morire: libro bianco sui diritti violati degli anziani malati cronici: manuale per pazienti e familiari / Francesco Santanera, Maria Grazia Breda; prefazio. Torino: Rosenberg & Sellier, 1987.
9. Ética y ancianidad. Madrid: Upco, 1995. 133 p. (Dilemas éticos de la medicina actual; 9) - ISBN 84-87840-86-8.

AURELIA CUADRÓN

4.3 Gli ordini religiosi e l'anziano malato

Introduzione

La vita, dono di Dio, è un insieme che racchiude il nascere, il vivere, l'invecchiare e il morire. Oggi, nella maggior parte dei paesi, la vita si è prolungata in termini di anni, ma non esiste una preparazione che consenta di assumere e affrontare i problemi che ne derivano, come quello del numero di persone anziane malate, che continua ad aumentare in tutto il mondo e in particolar modo nelle nazioni industrializzate. Oggi si parla molto di problemi sociali, ma troppo poco della necessità di avvicinarci ai nostri anziani che hanno bisogno di noi per sopportare la debolezza del loro corpo e la solitudine del cuore in questa tappa finale della vita. L'umanità e la Chiesa, e in essa le istituzioni religiose, hanno il compito di prolungare la misericordia di Cristo che passò "beneficando e risanando tutti" (At 10,38), con un impegno di attenzione integrale nel settore della salute che oggi ne ha particolarmente bisogno.

1. L'invecchiamento nel mondo

L'invecchiamento non è un processo demografico che riguarda esclusivamente i paesi industrializzati e in particolare la "vecchia" Europa. Tutte le società sono caratterizzate da questo fenomeno, pur tenendo conto del fatto che esistono differenze tra paesi, regioni e continenti.

Secondo i dati delle Nazioni Unite¹, nel 2000 i paesi industrializzati si trovavano con cifre attorno al 14-15% della popolazione di 65 anni e oltre rispetto al totale e si prevede che raggiungeranno il 25,9% nel 2050. Si calcola che i paesi in via di sviluppo avranno, attorno alla metà del secolo, il 14,6% di anziani sul totale della popolazione, rispetto al 5,1% del-

l'anno 2000. Benché la percentuale di invecchiamento della popolazione nei paesi in via di sviluppo non superi quella dei paesi industrializzati, si osserva un rapido processo di crescita che, in soli 50 anni, arriverà quasi a triplicare la sua proporzione (Grafico 1).

2. Lo stato di salute degli anziani

La speranza di vita è uno degli indicatori principali che permettono di conoscere lo stato di salute della popolazione. A livello mondiale essa si situa nel 2000, secondo le Nazioni Unite, in 65,4 anni d'età. L'Africa è la regione del mondo con speranza di vita più

bassa (49,1 anni), in parte per le conseguenze del virus da immunodeficienza umana e da sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV-AIDS), mentre l'Europa, dal canto suo, supera le altre regioni in invecchiamento, a causa, soprattutto, della diminuzione del tasso di fecondità. Le cifre pubblicate da Eurostat nel 2005² mostrano che la speranza di vita in nazioni come la Spagna raggiunge gli 83,6 anni per le donne e i 76,9 per gli uomini (Grafico 2).

L'incognita più importante provocata dai cambiamenti demografici, rispetto all'evoluzione futura della vecchiaia, è quella dei limiti della longevità umana e dello stato

Grafico 1. Percentuale di popolazione di 65 anni e oltre per regioni 2000 e 2050

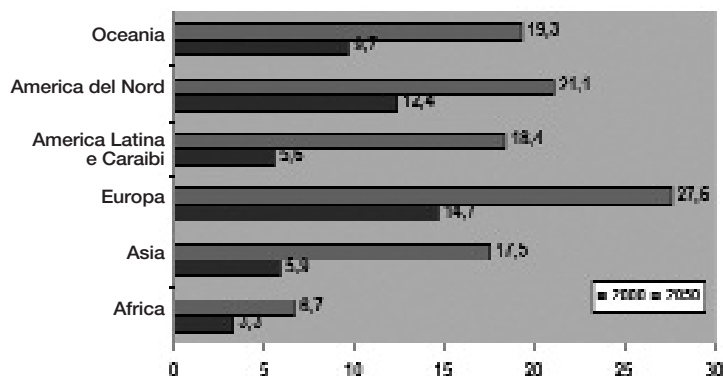
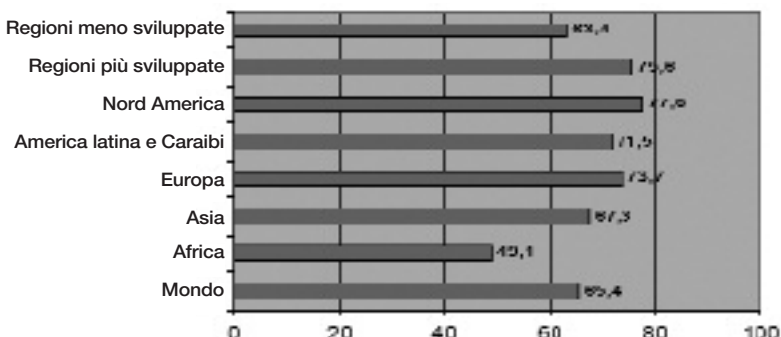


Grafico 2. Speranza di vita alla nascita



di salute che risulta dal suo ampliamento, o, il che è uguale, della speranza di vita esente da infermità.

A questo riguardo, notiamo l'aumento di persone anziane che superano la fascia d'età degli 80 anni, che è il gruppo di popolazione in cui si concentra la maggior parte delle situazioni di dipendenza. Le malattie non letali, cronicizzate, come traumi, malattie respiratorie e circolatorie, tumori, appaiono in percentuale alta in questa fascia d'età. Nei paesi industrializzati, nel 2016 tre persone su dieci con oltre 65 anni supereranno, a loro volta, gli 80 anni³. Le malattie neuro-degenerative, tra cui la demenza, colpiscono il 15% delle persone con più di 65 anni d'età fino a raggiungere il 40% in coloro che ne hanno oltre 90. Tali malattie sono un costo per le persone, le famiglie e le amministrazioni pubbliche.

Principali malattie croniche che colpiscono le persone anziane in tutto il mondo (OMS 1998)

- Malattie cardiovascolari
- Ipertensione
- Incidente cerebrovascolare
- Diabete
- Cancro
- Malattia polmonare ostruttiva cronica
- Malattia muscolo-scheletriche (osteoporosi, artrite)
- Malattie mentali (demenza, depressione)

3. Situazioni che l'invecchiamento comporta oggi

L'invecchiamento della popolazione è espressione di un obiettivo dell'uomo, quello di vivere di più e meglio, ma è, allo stesso tempo, una sfida a cui è necessario rispondere. Si ha l'impressione che l'umanità non sia preparata a un prolungamento, brusco e massiccio, della vita quale quello che si è creato nei paesi industrializzati e, di conseguenza, a far fronte ai problemi economici, lavorativi, sociali, familiari, medici e sanitari, che la percentuale sempre più elevata di persone anziane fa nascere nella società moderna.

Entrare in una casa di riposo

sembra essere la soluzione più adeguata per queste situazioni, nonostante le inchieste rivelino che esiste un rifiuto abbastanza generalizzato, fino al punto che in alcune di queste case desidera vivere solo il 3% degli anziani. Esistono studi che rivelano un'elevata percentuale di suicidi in persone che hanno più di 65 anni⁴ e, benché non si giunga a questa situazione limite, non c'è nulla di più triste della nostalgia e del desiderio di alcuni anziani che sopraggiunga la morte. In tali casi non è morire ciò che desiderano, bensì sfuggire a condizioni dure e ad ambienti inospitali.

Tale sofferenza si allevia quando la persona sperimenta l'affetto e le preoccupazioni dei suoi familiari. Un anziano amato aspetta la sua ora con tranquillità, senza l'ansia di porre termine quanto prima alla propria storia⁵. La Chiesa e, in



essa, le istituzioni religiose compiono questa funzione di protezione affinché nessuno soffra per solitudine o per abbandono sociale.

Un ulteriore aspetto è quello della protezione sociale della vecchiaia, non nei paesi in via di sviluppo, perché non esiste, ma nei paesi industrializzati, in cui l'aumento progressivo degli anziani dipendenti sta assumendo grande importanza nell'assistenza medica, nell'economia, nei sistemi pensionistici, nella vita familiare e nelle decisioni sul termine della vita. Tutti i paesi del mondo occidentale si rendono conto che non è possibile continuare ad aumentare le spese sociali e che, di fronte a una domanda che cresce senza sosta, le risorse sono limitate⁶.

4. L'azione della Chiesa e della vita religiosa nel mondo degli anziani malati

Ciò che distingue i discepoli di Cristo è l'amore (Gv 13,35). Le prime comunità cristiane manifestavano questo amore sotto forma di ospitalità, non solo per coloro che giungevano da fuori, ma anche per i poveri e gli ammalati⁷.

Per realizzare questa azione caritativa, a Gerusalemme si istituirono i diaconi (Eb 6,3-7). C'erano anche diaconesse come Febe, di cui parla Paolo nella Lettera ai Romani (Rm 16,1), o Tabità risuscitata da Pietro (At 9,36-43).

Questa azione ospedaliera è stata portata avanti nel corso dei secoli dalla vita religiosa. Nei primi tempi l'azione caritatevole era organizzata attorno ai monasteri. Dal XII al XV secolo i cammini di pellegrinaggio a Roma, in Terra Santa e a Compostela (Spagna) erano costellati di monasteri che si prendevano cura, nelle loro foresterie, di pellegrini e ammalati.

Nel 1113, Roma approvò il primo Ordine religioso: gli Ospedalieri di San Giovanni di Gerusalemme, a cui ne seguirono altri come gli Ospedalieri dello Spirito Santo (1180), i Templari (1313), i Trinitari (1198) e i Mercedari (1218).

Dal XVI al XVIII secolo fiorirono nuove congregazioni interamente dedicate alle necessità dei poveri e degli ammalati, come l'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio (1495), l'Ordine dei Ministri degli Infermi (1550) e altri.

La vita religiosa sanitaria femminile ha il riferimento più significativo in San Vincenzo de' Paoli e nelle Figlie della Carità (1.633). I secoli dal XVIII al XX videro il fiorire di numerose congregazioni, in special modo femminili, dedite al mondo della salute.

5. La presenza delle istituzioni religiose nell'assistenza agli anziani ammalati

La vita religiosa è stata sempre presente nei luoghi di sofferenza e di abbandono sociale, seguendo le orme di Cristo, divino Samaritano, medico del corpo e dell'anima⁸, con una dedizione generosa, e non poche volte eroica, come corri-

sponde all'indole profetica della vita consacrata⁹. Oggi essa risponde alle necessità che presenta il mondo degli anziani, specialmente di quelli ammalati.

Secondo l'INDEX, le strutture sanitarie per anziani (case per ammalati cronici, ricoveri per anziani, ospizi, cliniche per anziani) appoggiate da istituzioni religiose sono circa 5.000 e rappresentano il 22,17% del totale delle strutture della Chiesa nel mondo della salute (Grafico 3).

magine divina deformata nei volti di fratelli e sorelle¹². Tra questi volti Gesù è presente oggi negli anziani ammalati.

Ci sono alcuni istituti la cui missione specifica è l'attenzione agli anziani, come le Suore dei Poveri¹³ o le Suore degli Anziani Abbandonati¹⁴. Altri hanno il voto di ospitalità, come i Fatebenefratelli e tutte le istituzioni che lavorano in questo settore, orientando la loro missione all'assistenza dei più bisognosi.

spondere alla chiamata di Dio nelle necessità dei poveri e degli ammalati. In tale servizio di assistenza agli anziani dipendenti, le istituzioni religiose devono affrontare alcune sfide a cui occorre dare risposta per continuare ad annunciare il Vangelo nel mondo della salute.

a. Aiutare a morire degnamente in una società tecnologica

L'arte di accompagnare i moribondi non è compito facile. Da un lato, la morte è diventata un tema "tabù". È stato affermato che nella nostra società occidentale si nasconde il fatto di morire, si evita di pensare alla morte¹⁷. Inoltre, la secolarizzazione della società e la perdita dei valori umani e cristiani non permettono alla persona di avere una spiegazione ultima sulla morte. Si vive come se non si dovesse morire.

D'altra parte, il dibattito attorno a una morte degna nel nostro contesto culturale risulta praticamente sterile, in quanto la nozione di dignità si utilizza per difendere aspetti tra di loro contrapposti¹⁸; si utilizza, ad esempio, per difendere l'eutanasia e, allo stesso tempo, l'accanimento terapeutico.

Altre questioni etiche che si pongono sono la discriminazione nell'assegnazione delle risorse per motivi di età, questioni che riguardano il termine della vita e una moltitudine di dilemmi associati all'assistenza di lunga durata e ai diritti umani delle persone anziane povere e con disabilità.

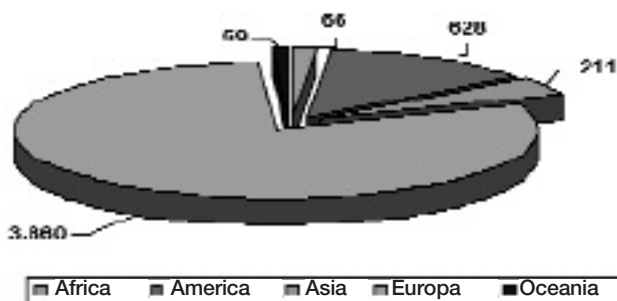
Tale situazione ci porta a enunciare alcuni punti:

– Nel dibattito etico attorno al morire è fondamentale introdurre la nozione di *vulnerabilità*, riconoscendo la fragilità dell'essere umano¹⁹, accettando che il potere della scienza è limitato e cercando di accompagnare la persona a vivere i suoi ultimi momenti con serenità.

– Riconoscere la dignità dei malati, immagine di Dio, del Dio debole della croce, sapendo scoprire ciò che essi ci offrono. L'attenzione amorosa a un anziano terminale ci dona realismo e, per i credenti, è un esercizio continuo della speranza nella vita definitiva, quella che dura per sempre.

Non sono un'esperta per ap-

Grafico 3. Strutture socio-sanitarie della Chiesa per l'assistenza agli anziani



6. La spiritualità dell'ospitalità

L'azione samaritana che la vita religiosa compie nella Chiesa al servizio degli anziani ammalati ha radici in una spiritualità specifica. Rispondendo alla chiamata di Dio, mediante la consacrazione, i religiosi sono l'espressione diretta del suo amore. "Lasciandosi conquistare da Cristo (Cfr. Fil 3,12), si dispongono a divenire, in un certo modo, un prolungamento della sua umanità"¹⁰.

L'opzione preferenziale per i poveri, a cui appartiene il Regno di Dio, è una cosa fondamentale nella vita consacrata. I poveri ci evangelizzano e ci aiutano a scoprire il volto di Dio presente in modo speciale nelle persone che soffrono. Benedetto XVI ci dice che "il programma del cristiano – il programma del buon Samaritano, il programma di Gesù – è 'un cuore che vede'. Questo cuore vede dove c'è bisogno di amore e agisce in modo conseguente"¹¹.

Così, la sequela di Cristo, come l'unico necessario, spinge i consacrati a "a prendersi cura dell'im-

Tale opzione dei consacrati ha aspetti carismatici e apostolici concreti, che rappresentano una ricchezza all'interno del patrimonio spirituale della Chiesa.

*Gli aspetti di questa identità carismatica sono*¹⁵: vivere in amore e testimoniare Dio amore, raffigurando Gesù Cristo come misericordia del Padre, mediante la pratica della carità fino all'eroismo, se fosse necessario. Amare l'essere umano in modo che, attraverso la nostra carità, sperimenti la liberazione redentrice di Dio realizzata in lui.

L'attenzione si rivolge: agli anziani invalidi, preferibilmente poveri; agli infermi fisici e mentali; a coloro che soffrono a causa di età, povertà, solitudine o difficoltà di altro genere.

Tale impresa si realizza: mediante il servizio e l'assistenza corporale e spirituale, a seconda delle varie realtà socio-culturali, con voto particolare di assistenza ai poveri.

7. Sfide

La vita religiosa è sempre stata attenta ai segni dei tempi¹⁶ per ri-

profondire le situazioni che derivano da questa nuova forma di affrontare la morte e che sono oggetto di dibattito sociale, però avverto la necessità che le nostre istituzioni si aprano alla riflessione, curino la formazione nel campo della bioetica e creino comitati che aiutino a risolvere i problemi che si pongono a questo riguardo. Ci sono istituzioni religiose che stanno già affrontando questa sfida, come ad esempio l'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, i Camilliani, la Congregazione delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù.

Non sempre è possibile curare, mentre cercare di curare in determinate circostanze limite risulta addirittura controproducente. Assistere, però, è sempre possibile. Quando un ammalato si sente accompagnato, vive quest'ultima parte della sua vita in maniera degna e possiamo dire, a ragione, che muore bene.

b. Dare impulso alle cure palliative

Nella nostra cultura esiste, come abbiamo già detto, il rifiuto della morte che corre parallelamente al culto della giovinezza. Ciò dà origine ad atteggiamenti di fuga, di uso e abuso di unità intensive, dimenticando le necessità del malato.

Come risposta a questi problemi e come diritto umano basilare, quando le cure non sono praticabili esistono le cure palliative (CP), il cui obiettivo, secondo l'OMS, è la cura attiva e totale del paziente la cui malattia non risponde al trattamento; esse aiutano le persone a morire con dignità, o, per meglio dire, a vivere con dignità fino alla morte. Si tratta di integrare i successi scientifici con gli aspetti umanitari, perché scienza e umanizzazione non sono realtà antagônicas. Fondamentale è il controllo del dolore e di altri sintomi, così come i problemi psicologici, sociali e spirituali.

Molti sono gli autori che credono che prima di assumere i gravi rischi inerenti alla depenalizzazione dell'eutanasia in senso stretto sia necessario un ulteriore approfondimento delle cure palliative come alternativa preferenziale per dare una risposta positiva alla situazione dell'essere umano che vive l'approssimarsi della morte.

c. Curare colui che cura o condividere i carismi

Nel servizio e nelle cure degli ammalati non è fondamentale solo il riconoscimento morale della persona curata, nel nostro caso dell'anziano malato, ma anche di coloro che si prendono cura di lui. Tra questi sono sempre più numerosi i laici che lavorano nei centri sanitari diretti e gestiti da istituti religiosi.

Tale situazione, che probabilmente è stata generata dalla diminuzione di religiosi a causa della mancanza di vocazioni, deve essere un'opportunità per condividere i nostri carismi, doni dello Spirito che hanno una destinazione universale per il bene dell'umanità e per favorire la comunione e la missione dei laici nella Chiesa²⁰.

Inoltre, la crescente secolarizzazione della nostra società, specialmente nei paesi industrializzati, ci sfida a collaborare non solo con coloro che si identificano come cattolici, ma anche con i seguaci di altre religioni e con le persone di buona volontà, anche se non hanno una visione di fede. Il testo biblico dell'incontro tra Pietro e Cornelio (At 10,34-48) ci mostra la natura inclusiva del Regno, di cui solo Dio può determinare confini e membri. Egli "non fa preferenze di persone, ma chi lo teme e pratica la giustizia, a qualunque popolo appartenga, è a lui accetto" (v. 34). È necessario chiedersi come continueranno a funzionare le attività e, specialmente, come continueranno a essere carismaticamente evangelizzatrici quando non ci saranno più consacrate/i.

Questa realtà ci spinge ad allargare lo spazio della nostra tenda (Cfr. Is 54), a dare impulso a una missione condivisa, che è non solo proposta di uno spazio concreto di lavoro, ma anche ambito di comunione, l'essere parte di uno stesso carisma.

Condividere valori e cultura istituzionale, curare la scelta e la formazione del personale collaboratore e vigilare sulle condizioni di lavoro, tra cui la retribuzione salariale, sono aspetti necessari per conservare l'identità dell'istituzione e per formare comunità ospedaliere che siano operatori di evangelizzazione nell'esercizio del ministero della salute.

d. Curare le istituzioni

L'attenzione all'anziano infermo si sviluppa in istituzioni quali l'ospedale, la casa di riposo o il domicilio. In molti casi queste istituzioni appartengono alla Chiesa o sono da essa gestite, come abbiamo visto nel precedente quadro statistico. Però riconosciamo che ciò che definisce un ospedale, o centro assistenziale, non sono propriamente le sue infrastrutture, anche se questo non è un aspetto da disdegnare, bensì il morale che vi si respira e il modo in cui vengono trattate le persone, specialmente quelle inferme. Per questo, il centro di gravità di queste istituzioni deve essere la persona vulnerabile e tutti gli operatori sanitari devono essere regolati da questa legge.

Inoltre, benché i centri e i servizi gestiti da istituzioni religiose non possano avere scopo di lucro, sarà necessario prevedere le entrate necessarie non solo per finanziare le risorse umane, ma anche quelle tecniche e le infrastrutture, cercando un equilibrio tra necessità economiche e requisiti etici, conciliando le "buone intenzioni" con le necessità del mercato e la legge dell'offerta e della domanda, affinché tutto abbia come risultato una migliore qualità dell'assistenza.

e. Impegnarsi con gli ultimi

Noi religiosi seguiamo Gesù che, all'inizio del suo ministero, proclamò nella sinagoga di Nazareth che lo Spirito lo aveva consacrato per portare ai poveri la Buona Novella, per proclamare ai prigionieri la liberazione, restituire la vista ai ciechi, rimettere in libertà gli oppressi e predicare un anno di grazia del Signore (Cfr. Lc 4,16-19). La vita religiosa è stata sempre vicina agli ultimi e questo è stato un criterio costante di discernimento al momento di assumere decisioni apostoliche.

Anche in questo campo siamo chiamati a lavorare nei paesi in via di sviluppo, in cui le persone anziane malate soffrono un abbandono maggiore. Questa chiamata si concretizza in:

– Prestare attenzione alle persone che invecchiano nelle zone rurali (il 60% nel mondo). L'urbanizzazione, l'emigrazione e i giovani

in cerca di lavoro sono fenomeni che possono portare le persone anziane all'isolamento nelle zone rurali, con pochi mezzi di sostegno e scarso o addirittura nessun accesso ai servizi sanitari e sociali.

– In molti paesi in via di sviluppo, la percentuale di persone che vivono in sobborghi e capanne sta aumentando rapidamente a causa della migrazione, col rischio di isolamento sociale e cattiva salute.

– In tutti i paesi del mondo sono le famiglie a fornire la maggior parte del sostegno agli anziani che necessitano di aiuto. Si ricorre sempre più all'assistenza sociale, però nei paesi in via di sviluppo i programmi di previdenza sociale sono insufficienti e non arrivano agli anziani.

f. Dare impulso alla pastorale della salute

La malattia è un'esperienza di finitudine e impotenza che priva le persone della propria sicurezza. Aiutare il malato non vuol dire solo migliorarne la patologia, bensì rispondere ad altre domande che richiedono una grande dose di umanizzazione e sensibilità. Spesso si cura l'attenzione tecnica e non quella umana e spirituale²¹.

Le statistiche rilevano che la religiosità aumenta nelle persone anziane²² e che l'infrangersi di tante illusioni e l'incontro con il dolore, sono occasioni propizie affin-

ché possa nascere l'unica Speranza, quella della fede. Il lavoro pastorale dovrebbe compiere uno sforzo rispettoso e prudente per ridestare la fede sopita, affinché il malato, allontanando ogni timore, faccia l'esperienza di Dio non come giudice, bensì come Padre che esce ogni mattina sognando il ritorno del Figliol Prodigo (Cfr Lc 15, 11-31).

La presenza dei religiosi, degli operatori di pastorale, è fondamentale in quanto le verità che colpiscono al più profondo dell'uomo possono essere comunicate solo con un cuore pieno di umanità e delicatezza²³, pieno dell'amore stesso di Dio.

Conclusione

Resta ancora molto da fare e le istituzioni religiose devono continuare a rispondere a questa sfida di prendersi cura delle persone anziane inferme, seguendo l'esempio dei Fondatori e delle Fondatrici che diedero inizio a questo cammino. Anche se cambia il modo di accogliere e di aiutare, non può cambiare l'amore gratuito della donazione, "perché l'uomo, al di là della giustizia, ha e avrà sempre bisogno dell'amore"²⁴.

Suor AURELIA CUADRÓN
Suore Ospedaliere
del Sacro Cuore di Gesù

Note

¹ *Las personas Mayores en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Informe 2006.

² Ufficio Statistico della Comunità Europea.

³ Istituto Nazionale di Statistica (INE). Proiezioni della popolazione spagnola calcolate a partire dal censimento del 2001.

⁴ *El suicidio en la ancianidad en España*, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 73 (1996) 127-148.

⁵ *Envejecer: destino y misión*, E. López Azpitarte (1999) 97.

⁶ *Las personas Mayores en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Informe 2006; p. 139.

⁷ Cfr. *Hospitalidad*, Diccionario Teológico de la Vida Consagrada. Publicaciones Claretianas, 1989.

⁸ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici doloris*, 28-30.

⁹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Vita consecrata*, 83.

¹⁰ GIOVANNI PAOLO II, *Vita Consecrata*, 76.

¹¹ BENEDETTO XVI, *Deus Caritas est*, 31.

¹² GIOVANNI PAOLO II, *Vita Consecrata*, 75.

¹³ Valparaíso, Viña del Mar, Chile (América del Sur), 1885.

¹⁴ Desamparados Huesca, España, 1873.

¹⁵ Queste note sono tratte dai seguenti Istituti: *Carmelitane Teresiane di San Giuseppe*; *Francescane Missionarie della Natività di Nostra Signora*; *Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù*; *Serve di Maria*, *Mercedarie della Carità*.

¹⁶ Concilio Ecumenico Vaticano II, Costituzione Pastorale *Gaudium et Spes* (GS), n. 4.

¹⁷ Cfr. ARIÈS PH., *El hombre ante la muerte*: Turus, 1992.

¹⁸ TORRALBA F., *Morir dignamente*, Bioética & Debat, 1998.

¹⁹ Cfr. MASÍ J., *El animal vulnerable*. Madrid Universidad de Comillas, 1997.

²⁰ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Esortazione Apostolica Christifideles laici*, 1988.

²¹ LÓPEZ AZPITARTE E., *Envejecer: destino y misión*. San Pablo 1999, p. 176-177.

²² *Ibidem*, 157.

²³ *Ibidem*, 195.

²⁴ BENEDETTO XVI, *Deus Caritas est*, 29.



ANTHONY FRANK MONKS

4.4 La pastorale per i sacerdoti e i religiosi anziani malati

1. Introduzione

1. L'eccellente presentazione del Prof. Golini di giovedì mattina ci ha mostrato in modo chiaro come attualmente le persone vivano più a lungo. Ciò vale, ovviamente, anche per i sacerdoti diocesani, così come per i religiosi e le religiose. Di recente mi sono recato in una Provincia del nostro Ordine che annovera 199 religiosi: di essi 45 erano sotto i cinquant'anni, mentre tra i rimanenti ben 89 avevano oltre settantacinque anni. Personalmente, vivo in una comunità formata da otto religiosi, cinque dei quali ricevono una pensione dallo Stato, essendo ormai considerati "cittadini anziani".

Poiché noi religiosi accettiamo il compito di prenderci cura dei nostri stessi anziani, questa responsabilità grava sulle spalle dei nostri confratelli giovani e meno giovani, che devono già sostenere il servizio/ministero al popolo di Dio. La sfida è lampante, ed è messa ancor più in evidenza quando ci si rende conto che ci sono sempre meno vocazioni nel mondo occidentale, ove è concentrata la maggior parte di sacerdoti e religiosi anziani.

2. Criteri fondamentali per giudicare fino a che punto un popolo è civilizzato dovrebbero essere l'assistenza, il rispetto e la preoccupazione nei confronti dei cittadini più vulnerabili: i neonati e i bambini da una parte, gli anziani dall'altra.

3. La nostra credibilità come Chiesa, di fronte a un mondo che ci osserva e ci critica, sarà giudicata sulla base dell'assistenza che realizziamo nei confronti dei nostri amici e fratelli, già avanti negli anni, indipendentemente dalla malattia che può affliggerli. Si tratta

di una testimonianza fondamentale che dobbiamo dare, e dovremmo riconoscere sinceramente che non lo facciamo così male. Dopo tutto, se non nutriamo rispetto e non praticiamo un'assistenza vera nei confronti dei nostri amici e fratelli, questa stessa assistenza e la preoccupazione che mostriamo nei confronti degli altri saranno solo superficiali e le persone di cui ci occupiamo saranno le prime ad accorgersene.

4. La salute non è un "extra" che la Chiesa può realizzare o meno. Nei Vangeli appare evidente come Cristo considerasse la preghiera e la guarigione come le principali componenti del Suo ministero (*Lc* 18; *Mt* 11,1-5), e di come voleva che i Suoi discepoli seguissero il Suo esempio (*Lc* 9,2). Piuttosto che occupare un ruolo marginale in relazione agli altri ministeri pastorali, la salute è parte integrante della missione della Chiesa. Come religiosi che operano nel campo dell'assistenza sanitaria, ci consideriamo privilegiati per il fatto di essere coinvolti e impegnati nel mondo della malattia e della sofferenza, in quanto il nostro ministero occupa un posto centrale nel messaggio di Cristo: siamo chiamati, infatti, a mettere in pratica la Sua carità e il Suo amore. In una settimana, passano più persone in un ospedale di quante non ne passino in una Chiesa durante un intero anno, e l'ospedale è come una porta aperta verso la Chiesa. Nessuno sfugge alla sofferenza, che può essere legata a una nostra malattia o al fatto che andiamo a visitare o ci prendiamo cura di un familiare o di un nostro amico.

5. Quando ci si occupa delle persone anziane, è importante ricorda-

re che l'unicità del potere sanante di Gesù risiede nella sua capacità di curare, e ciò invece è troppo spesso trascurato quando presentiamo Gesù e il Suo ministero. Concentrandoci sugli aspetti straordinari nella vita di Gesù (miracoli), dimentichiamo di considerare gli elementi ordinari (calore umano) che li hanno preceduti. Egli non ha risuscitato Lazzaro dalla morte senza aver prima pianto per lui e aver accettato i lamenti di Marta e Maria. Non ha sfamato cinquemila persone senza aver avuto prima l'umiltà di accettare i pani e i pesci da un ragazzo. Ciò che noi vediamo, e che in effetti amiamo vedere, sono le cose straordinarie che Gesù ha fatto e tendiamo a trascurare gli elementi ordinari accaduti prima.

2. Religiosi e sacerdoti anziani

1. Anzitutto, e cosa più importante, dovremmo ricordare che i sacerdoti, le religiose e i religiosi sono membri della famiglia umana, con le stesse necessità di chiunque altro. Mi considero privilegiato per aver visto dei sacerdoti e dei religiosi affrontare le sofferenze e le malattie tipiche della terza età con grande coraggio e forza d'animo. Ne ho visti altri lottare prima di rassegnarsi e accettare la propria condizione. I sacerdoti e i religiosi patiscono lo stesso trauma degli altri malati, ma con sfumature che sono proprie della nostra condizione.

2. *Ciò che si perde con la terza età*

Quando cerchiamo di guardare alle sfide che bisogna affrontare con il trascorrere degli anni, non dobbiamo mai perdere di vista il fatto che, oltre alla sofferenza fisi-

ca ed emozionale, c'è anche quella spirituale.

La malattia e il progredire degli anni comportano sempre alcune forme di perdita:

a) La perdita di parte di sé a livello fisico.

Immaginate quale effetto farebbe sulla vostra immagine una mutilazione, vista sotto forma di un'asportazione.

b) La perdita di sé a livello di identità.

Le nostre capacità si affievoliscono e la nostra debolezza aumenta, portando a un costante stato di stanchezza. Mentre una volta davamo per scontato di essere in buona salute, ora il nostro tempo libero, i momenti di svago e di lavoro sono totalmente trasformati.

c) La perdita di sé a livello relazionale.

Molti vengono abbandonati dagli amici, dai membri della comunità parrocchiale e persino dai parenti.

d) La perdita di sé a livello esistenziale.

Ciò accade quando non si riesce più a dare un significato a ciò che si fa, quando sembra che i nostri valori non ci siano più d'aiuto, quando ci rivolgiamo domande come "perché a me", "perché questo", "perché quello" ecc.

Sostanzialmente la terza età comporta:

– una *perdita di spazio*, in quanto passiamo da una situazione in cui il mondo intero era la nostra casa a essere confinati in un'area ristretta di spostamenti;

– una *perdita di mobilità* se dipendiamo, ad esempio, dalla sedia a rotelle o siamo costretti a letto, oppure se non siamo più autosufficienti, ma abbiamo bisogno di essere aiutati da qualcuno per fare anche le cose più basilari, come andare in bagno;

– una *perdita del controllo* su ciò che invade i nostri spazi limitati;

– una *perdita del controllo sul tempo*, in quanto i medicinali vengono somministrati in orari che sono più adatti agli altri che non a me;

– una *perdita del controllo su ciò che viene fatto al mio corpo*, dato che per le persone in buona salute la pelle costituisce una sorta di barriera dove invece adesso gli aghi, i tubi e i liquidi introdotti

vengono visti come intrusi indesiderati;

– una *perdita di contatto* con gli amici, dato che non si può più andarli a trovare e non è detto che essi possano venire.

Sostanzialmente si perde la propria *indipendenza*: come mi disse una volta un sacerdote anziano, "*quando ti tolgono i pantaloni, ti accorgi che non vai più da nessuna parte*". Questa perdita di indipendenza comporta un'esperienza di *separazione* dalle strutture della vita, dal lavoro e dallo svago, rendendo il malato "*la persona più triste del mondo*"; un'esperienza di *frammentazione*, in quanto non si può più adempiere al proprio ruolo di sacerdote, infermiere, insegnante, amministratore; un'esperienza che fa sentire gli anziani come *svalutati*, in quanto ora si può solo ricevere e non si può più dare il proprio contributo alla società. Ciò spesso provoca confusione anche nella fede e l'anziano si accorge di non riuscire più a pregare.



Un esercizio molto utile quando ci si prende cura degli anziani è quello di cercare di metterci nei panni di chi abbiamo di fronte e cercare di immaginare quali potrebbero essere le conseguenze se noi dovessimo affrontare le loro perdite. Se riusciamo a farlo, allora stiamo superando le semplici definizioni e stiamo iniziando a capire che cosa significhi dolore spirituale.

3. Un vecchio detto recita: "Come siete oggi, così sarete da vecchi". Ciò, ovviamente, vale anche per i sacerdoti e i religiosi. Coloro che durante la loro vita erano famosi per la loro gentilezza, considerazione, rispetto e tolleranza, con l'avvento della terza età e delle malattie sembrano essere totalmente colmati da queste qualità e danno un'incredibile testimonianza anche senza dire una parola. Dall'altra parte, le persone che sono stati difficili, autoritarie o ciniche durante la loro vita tendono a diventare quasi impassibili nella terza età, in quanto i loro ultimi anni di vita sembrano dominati da uno di questi elementi. Il vecchio detto "*come avrete vissuto, così morirete*" secondo la mia esperienza si è quasi sempre rivelato giusto.

Ciò deve servirci per esaminare attentamente i nostri attuali atteggiamenti, perché è così che, molto probabilmente, moriremo! Certamente una morte santa è l'ultima grande testimonianza che siamo chiamati a dare, come sacerdoti e religiosi, e indubbiamente anche

come cristiani. Rahner afferma che la consolazione del tempo è "credere che concludere bene la propria vita significhi anche raggiungere l'interesse, con tutto ciò che una persona è stata e ha fatto, nella forza così come nella debolezza" (Ricerche teologiche II).

4. La malattia richiede molta umiltà. Gli operatori sanitari di so-

lito hanno paura quando i loro pazienti sono medici, infermieri o sacerdoti. Spesso me ne sono chiesto il perché. Dipende forse dal fatto che siamo troppo analitici e pensiamo di essere molto bene informati sulle cose mediche (“una scarsa conoscenza è pericolosa”), oppure si è oltremodo cinici nel modo di agire verso gli altri? Un medico saggio non curerebbe mai se stesso, poiché è pressoché impossibile essere obiettivi nei propri confronti. Forse non è facile per noi adattarci al ruolo di “paziente”, dato che tutta la nostra formazione è stata indirizzata a produrre “leaders” per la comunità, leaders per il comando!

5. La grande maggioranza dei laici va in pensione attorno ai sessant'anni. I religiosi non ci vanno mai realmente, dato che i voti che hanno emesso valgono per tutta la vita e ciò ci fa considerare il concetto di pensione come qualcosa a noi estraneo. Un sacerdote, poiché è sacerdote per sempre alla maniera di Melchisedech, non si adatta facilmente all’“essere”, come concetto distinto dal “fare”. Spesso, quando sono anziani, i sacerdoti avvertono una grande *solitudine*, laddove hanno riposto scarsa attenzione durante la loro vita a sviluppare una vera comunità e come risultato tendono a identificarsi con il lavoro. Durante la formazione viene data grande enfasi alla formazione intellettuale e pastorale e a un “lavoro” che è a tutti i costi di tipo mentale, mentre invece non viene risposta sufficiente attenzione allo sviluppo di una vera vita spirituale. Vengono tenute in grande considerazione le pratiche devozionali esterne e la preghiera discorsiva, con un orientamento poco accorto su questioni riguardanti la vita interiore. Ciò spesso porta a una grande difficoltà a lasciare il ministero quando gli anni avanzano e si deve iniziare ad accettare la malattia e l’età avanzata.

Dev'essere riposta molta più attenzione durante il periodo della vita che va dai sessanta ai settanta anni, in preparazione a un invecchiamento attivo e a diventare cittadini ormai avanti negli anni. Ho visto molti sacerdoti vivere nel terrore di essere “parcheggiati” in una casa di riposo per sacerdoti e

religiosi e non avere più niente da fare. C'è veramente la paura di non essere più produttivi o di essere visti tali dagli altri.

Credo inoltre che l'assistenza ai sacerdoti anziani non dovrebbe essere una preoccupazione solo del loro vescovo e degli altri religiosi. Certamente la comunità che il sacerdote ha servito per anni deve avere un ruolo in questa assistenza. Spesso il sacerdote è rimasto in una parrocchia per lungo tempo ed è più vicino ai parrocchiani che non agli altri sacerdoti. A questo proposito, dovrebbe essere riposta più attenzione nella scelta del luogo in cui il sacerdote si ritirerà.



Egli potrebbe preferire di essere trasferito in una casa distante dalla sua parrocchia, ma spesso questa non è la scelta migliore, in quanto si taglia fuori dal sostegno che può ricevere dai parrocchiani.

6. Riguardo la paura di essere “parcheggiati”, forse si dovrebbe definire ciò che intendiamo dire con il termine “anziani”. Per me il termine “vecchio” ha poco a che vedere con l’età e molto, invece, con l’atteggiamento. Siamo vecchi quando siamo stanchi, disinteressati alle cose, chiusi nel nostro mondo ristretto. Conosco persone di ottant'anni con le quali è un piacere conversare e che continuano a condividere con gli altri la saggezza della loro età, a beneficio di quanti li circondano, mentre ho conosciuto altri confratelli e sacerdoti che erano già morti quando avevano

cinquant'anni, ma che sono stati sepolti quando ne avevano ottanta. I Vescovi e i superiori degli ordini religiosi dovrebbero cercare di utilizzare meglio i loro confratelli capaci ed eternamente giovani.

7. Nella terza età, i religiosi temono di non aver praticato appieno la spiritualità, mentre hanno sempre esortato gli altri a farlo. Quanti prestano assistenza dovrebbero considerare molto seriamente questi dubbi che la persona nutre nei propri confronti e non prenderli alla leggera o metterli da parte come fossero elaborazioni di una coscienza troppo scrupolosa. Ri-

cordo che un famoso teologo piangeva quando ricevette il sacramento degli infermi, perché, per usare le sue parole *“Ho amministrato il sacramento degli infermi tante volte, sempre riservando una meticolosa attenzione al rituale, ma senza mai pregare realmente per la situazione o per la persona che mi trovavo di fronte”*. Questa è una lezione per tutti noi, in quanto corriamo il rischio di essere visti come piccoli uomini limitati al rituale, incapaci di applicare il sacramento in modo personalizzato a una determinata situazione a cui ci troviamo di fronte. Ricordo che, una volta, un amico mi disse che, a un funerale, lui e la sua famiglia erano rimasti per una mezzora sotto la pioggia scrosciante perché il sacerdote aveva dimenticato il rituale ed era dovuto tornare in chiesa a prenderlo. Era così afflitto che

non riuscì a dire una preghiera significativa per quel corpo che stava per essere deposto nella terra senza il libretto!

8. Non riesco a pregare!

Molto spesso sentirete dire da religiosi e sacerdoti malati queste parole: “Non riesco a pregare”. Ho notato che talvolta queste parole venivano lasciate cadere nel nulla, particolarmente quando a dirle era una suora, in quanto sembravano una richiesta di attenzione o una dimostrazione di falsa umiltà. Questo tipo di atteggiamento mostra la totale mancanza di comprensione della malattia e del pellegrinaggio spirituale.

a) Tutti noi preghiamo nel contesto della nostra vita. Attualmente io prego quando mi alzo dal letto la mattina, quando mi reco in cappella, quando faccio colazione, celebriamo la messa, svolgo i compiti di tutti i giorni. Tuttavia, quando sono malato tutto cambia. Pregare diventa più difficile. Vorrei citare le parole del Cardinale Bernadin: *“Ho trascorso una sola notte nell'unità di terapia intensiva; poi sono stato portato nella mia camera, dove ho sperimentato i disagi che normalmente incontrano le persone dopo la chirurgia intensiva. Volevo pregare, ma la sofferenza fisica mi opprimeva. Ricordo di aver detto agli amici che mi rendevano visita: ‘pregate mentre state bene, perché quando vi ammalarete potreste non essere più in grado di farlo’. Essi mi guardavano attoniti, e io ripetevo: ‘sto soffrendo così tanto da non potermi concentrare sulla preghiera. La mia fede è sempre presente, ma sono troppo preoccupato per la sofferenza. Mi ricorderò che devo dire ai sacerdoti e ai parrochiani di sviluppare sempre più una forte vita di preghiera nei momenti migliori della loro vita, di modo che possano ricevere sostegno nei momenti più tristi’*”. Che bell'insegnamento.

b) Dobbiamo tenere presente, inoltre, che la perdita di Dio non è una cosa poco frequente tra coloro che hanno percorso la strada per la santità. Guardiamo a Santa Teresa di Lisieux e a ciò che ha provato durante la malattia che la portò poi alla morte. Inizialmente Santa Teresa ha sperimentato *“una fede co-*

sì ardente e lucida che il pensiero del paradiso era il compendio della mia gioia. Non potevo credere che ci fossero veramente persone che non avevano nessuna fede in Dio”. Presto però entrò in uno stato di vuoto dove *“tutto scomparve”* e a questo punto sperimentò il buio, in preda alla voce piena di derisione dell'ateismo: *“è tutto un sogno questo discorso di un paese paradisiaco... e di un Dio che ha creato tutto... andiamo avanti considerando la morte. Ma la morte non ci darà ciò in cui speriamo, ma una notte ancora più buia, la notte del nulla”*. In un momento della sua vita, così scriveva: *“Non credo più nella vita eterna; mi sembra che non ci sia niente oltre questa vita mortale. Tutto porta alla fine. Solo l'amore rimane”*. Come nota Gallagher, *“era questo l'inspiegabile segreto di Teresa, che cioè conservasse il nucleo della fede che è l'amore, anche quando soffriva per la perdita del senso emotivo e intellettuale della fede”*. A livello empirico tutto si allontanava, ma la sua convinzione di fede rimase. Teresa scrisse: *“sebbene non abbia alcuna sensazione di fede, voglio ancora portare a termine le opere della fede”*.

Recentemente abbiamo appreso, attraverso la pubblicazione dei suoi scritti, che Madre Teresa di Calcutta lottò per circa mezzo secolo contro una desolata vita di preghiera. E come Santa Teresa di Lisieux, intraprese i suoi atti di fede con convinzione anche se l'esperienza era molto dolorosa e arida. Così pregava: *“Signore mio Dio, sono io che Tu dovresti abbandonare. La figlia del tuo amore – che ora è diventata la più odiata – l'unica, che tu hai gettato via come non voluta e non amata. Io chiamo, io accolgo, io voglio, e non c'è nessuno a rispondermi, nessuno che vorrei accogliere, nessuno. Sono sola. Dov'è la mia fede? E nel più profondo non c'è nulla, solo vuoto e buio”*.

Sono certo che sarete d'accordo con quanto ho detto, e cioè che la persona malata che afferma “non riesco a pregare” dovrebbe essere presa seriamente.

c) Tredici giorni prima di morire, il Card. Joseph Bernadin scrisse di suo pugno queste parole: *“Mentre scrivo queste ultime parole, il mio cuore è colmo di gioia. Sono*

in pace. È il primo di novembre, l'autunno sta per lasciare il posto all'inverno. Presto gli alberi perderanno i loro colori e le foglie ricopriranno le strade. La terra andrà in letargo e le persone si vestiranno pesante per non sentire il freddo. Gli inverni a Chicago sono rigidi. È un periodo di morte. Ma sappiamo che la primavera verrà presto, portando nuova vita in modi diversi. Anche se non so che cosa mi devo aspettare dopo questa vita, so bene che come Dio mi ha chiamato a servirlo al meglio delle mie possibilità, nella mia vita sulla terra, così Egli mi sta chiamando per portarmi a casa”.

9. Tutto ciò ci mostra chiaramente che la sofferenza spirituale, o “sofferenza dell'anima”, è reale ed è importante che l'assistente pastorale dei religiosi e dei sacerdoti ne sia consapevole. Rene Leriche definisce la sofferenza come *“il risultato del conflitto tra gli stimoli e l'intera persona”*. La sofferenza interessa tutti gli aspetti della nostra personalità: fisico, emotivo, intellettuale, spirituale. Una sofferenza diagnosticata di natura fisica non riguarda solo il corpo, ma tutte le altre dimensioni del nostro essere, in quanto non possiamo “dividere per comparti” chi siamo e isolare una dimensione dalle altre. Ogni dimensione è qualcosa senza la quale il tutto è incompleto e nessuna parte funziona indipendentemente dalle altre.

Credo sia importante per l'assistente pastorale distinguere tra “disturbo” e “malattia”. Disturbo è il disordine strutturale in un organo o tessuto che dà origine a un cattivo stato di salute. La malattia, dall'altra parte, è l'esperienza dell'individuo di una cattiva salute, la sua esperienza di fronte a questo disordine strutturale. *“La malattia riguarda e a sua volta è interessata da tutti gli aspetti dell'essere di chi soffre”* (A. Reading). Una o tutte le dimensioni del nostro essere sono colpite dal disturbo e ogni dimensione del nostro essere può avere un profondo effetto su un organo disturbato. Per parafrasare Cassell, potremmo dire che lo stesso disturbo in diversi pazienti può avere come risultato malattie, dolore e sofferenze diverse. Pertanto, quando troviamo un nuovo paziente nello

stesso letto, reparto, della stessa età e dello stesso sesso al quale è stata diagnosticata la medesima malattia di colui (o colei) che occupava quel letto la settimana prima, non possiamo presumere di trattarlo nello stesso modo, perché siamo sicuri che l'effetto del disturbo su ogni persona non è lo stesso.

Non ci sono due persone che rispondono allo stesso modo alle sfide della terza età e questa è un'importante considerazione quando ci si prende cura degli anziani.

Nella seconda metà del XIX secolo, Cicely Saunders, una pioniera nel campo delle cure di tipo "hospice", parlava di *"Dolore totale/Cure totali"* e descriveva il dolore come un'esperienza con diverse sovrapposizioni e diversi aspetti intrecciati tra loro, e cioè di tipo fisico, psicologico, sociale e spirituale.

10. Il dolore è provocato non solo dal disturbo, ma anche da una rottura con il normale funzionamento del corpo, dell'intelletto, delle emozioni e dello spirito. Ciò è ancora più importante nella terza età.

In ambito cristiano, quando pensiamo al dolore spirituale pensiamo immediatamente a Gesù nell'orto del Getsemani, o sulla croce, oppure a San Giovanni della Croce e alla *"Buia notte dell'anima"*. Ci sono, però, anche altre forme. Quando siamo giovani e stiamo bene avvertiamo un senso di associazione, appartenenza, allineamento, armonia e significato. Dall'altro lato, ciò che sperimentiamo quando non c'è associazione è un senso di rifiuto, disarmonia e disintegrazione, che potrebbe essere descritto come dolore spirituale. Niente rende di più il senso. I valori sui quali avevamo basato la nostra vita sembrano non avere più importanza e disintegrarsi prima di questa spaventosa e attuale esperienza di vita. Il dolore spirituale scaturisce, perciò, quando i principi più importanti sui quali abbiamo basato la nostra esistenza non collimano più con la nostra attuale esperienza di vita e sono in realtà in uno stato di conflitto.

11. Un fattore del dolore spirituale per gli anziani è la mancanza

di significato come risultato di una rottura con la normale rete di rapporti che funziona per associare una persona alla vita. Un ingrediente chiave in questo dolore è la sensazione che la normale rete di relazioni e di esperienze con la vita non riescano a venire incontro ai bisogni della persona e la soddisfazione che ci si aspetta e il *"significato che deriva dalla vita"* (P. McGrath) non siano più fruibili. Ciò si sovrappone a tutti gli aspetti, da quello fisico a quello psicologico, dal sociale allo spirituale. Ma mentre le definizioni di dolore fisico e psicologico sono valide, quando si parla di dolore spirituale le nostre definizioni diventano confuse. Tuttavia, non c'è nessuna scusa per rifuggire e non cercare di trascrivere le nostre intuizioni e le nostre esperienze.

12. Mi ricorderò sempre di quando lavoravo in un hospice, dove i pazienti erano ben lieti di essere considerati ospiti sacri. Una volta uno di loro si rivolse a me, dopo che un suo vicino di letto era morto, e mi disse: *"Non posso pensare a un posto migliore in cui vivere"* (da notare che aveva detto vivere e non morire). Era un uomo risanato, in quanto aveva accettato che, sebbene la morte fosse dietro l'angolo, egli era ancora vivo, malgrado le limitazioni imposte dalla sua malattia, e stava vivendo quel momento.

13. Non è facile passare dall'essere un sacerdote o un religioso attivo a rendersi conto di aver raggiunto la fine. Lo sforzo che facciamo per comprendere e aiutare le persone a riscoprire il significato della vita, a essere presenti, che non è altro che vera cura, può restituire la volontà di vivere. L'amore nella forma di assistenza può ridare significato, come in effetti fa.

Il dolore ovviamente non piace a nessuno e gli operatori sanitari cercano in modo ammirevole di eliminarlo, ma ciò non vale necessariamente anche per il dolore spirituale. Non si può somministrare un'aspirina per il dolore spirituale. Nel modello medico noi forniamo alla persona un salvagente per tirarlo fuori dalle acque profonde, però quando si affronta il dolore spirituale a volte dobbiamo aiutarla ad

aspettare in acque profonde e tormentate. Il dolore spirituale non è un problema che può essere risolto, ma *"un interrogativo che dev'essere vissuto"*. Dobbiamo camminare assieme alla persona, anche se non abbiamo risposte, ma piuttosto dobbiamo aiutarla a trovare essa stessa.

Cercare di aiutare la persona a scoprire cos'è che dà significato a questo momento della sua vita, darle spazio per scoprire le sue risorse più profonde. Il significato può essere ristabilito aiutando la persona ad affrontare la situazione: *"il modo migliore è sempre il tramite"* (Frost). *"Devo vedere che l'incertezza riguardo ciò per cui siamo realmente qui – è per cosa siamo veramente qui"* (Hillman). Ci assaliranno confusione e un senso di impotenza, ma ciò è ampiamente compensato dal sacramento della presenza. Oggi le persone sono preparate a donare le cose, ma non sempre a donare il proprio tempo, se stessi, ad ascoltare veramente gli altri. Non riescono a vedere il significato di ciò che accade loro e per questo dobbiamo cercare di ricordare che *"qualcuno con un perché può mostrarci anche il come"* (Nietche). Ascoltare e cercare di conoscere di più la persona che soffre, immergersi nella situazione ed evitare di lottare per superare il forte impulso a fare qualcosa per la situazione, e fuggire dalla tentazione di dire: *questo non è il mio campo, chiamate i Camilliani!* Un sacerdote africano mio amico inizialmente scriveva lettere molto spirituali alla madre malata, ma dopo un po' iniziò a rendersi conto della confusione e della sua impotenza nell'esprimere il suo desiderio di capirla ed esserle vicino. La risposta di sua madre fu *"stai iniziando a comprendere che cosa significhi essere nella mia situazione"*.

14. Il ruolo della preghiera

Credo che dovremmo vedere la preghiera come il punto di arrivo e non come quello di partenza. Non dobbiamo iniziare i nostri incontri pastorali con la preghiera in quanto non sappiamo nulla del paziente piuttosto, dobbiamo cercare di arrivare a una situazione in cui possiamo pregare liberamente con lui. La nostra preghiera dovrebbe mo-

strare la consapevolezza della situazione, così come l'abbiamo incontrata (e in questo modo è in una certa misura diretta dal paziente). Ciò vale anche per l'amministrazione dei sacramenti: dovremmo, per quanto possibile, personalizzare il modo di amministrarli. Pregare per la situazione che ci troviamo di fronte conferisce alla preghiera maggiore significato ed è per noi un'opportunità per mostrare che ci

di crescita spirituale. I sermoni più profondi che ho udito sulla fede sono stati recitati da persone morenti, senza proferire parola. Siamo veramente dei privilegiati perché ci è stato permesso di entrare nella vita di un'altra persona a un livello così profondo.

Se abbiamo il dubbio se pregare o no, possiamo semplicemente chiedere al paziente e le nostre incertezze saranno chiarite.



siamo veramente messi in ascolto e siamo realmente presenti. Naturalmente, ciò comporta fiducia nel nostro istinto pastorale.

Dovremmo pregare con i malati e non ai malati. Nel caso dei sacerdoti e dei religiosi, essi spesso sono felici quando si prega l'Ufficio insieme, specialmente quando hanno difficoltà a leggere.

Dovremmo instaurare veramente un clima "di casa" con il rituale e le possibilità che offre. Non dobbiamo recitarlo, ma pregarlo. Io stesso ho una sorta di "rituale personale" composto delle parti essenziali del rituale e delle preghiere, che l'esperienza mi ha insegnato per toccare la vita delle persone malate.

L'amministrazione dei sacramenti è parte essenziale del mio ministero e un'esperienza che esprime privilegio ma, nel contempo, anche umiltà. Ho avuto il privilegio di vedere il potere di Dio all'opera attraverso i Suoi sacramenti, fonte di vera ispirazione, ma è stato per me anche un'opportunità

Non si può impedire a una persona di pregare in privato per la situazione che si trova di fronte. Credo, in effetti, che come cristiano e come religioso questo sia un obbligo.

3. Conclusione

Ogni persona malata che incontriamo è come un libro non aperto. I malati saranno i nostri insegnanti se siamo preparati a entrare nell'ignoto e a lasciarci guidare da loro.

Non dovremmo sottovalutare la preparazione che abbiamo ricevuto sin dall'inizio del nostro pellegrinaggio cristiano e della nostra consacrazione religiosa. Sono convinto, ad esempio, che, come Camilliani, lo spirito trasmesso a San Camillo sia stato donato anche a ciascuno di noi, ma dobbiamo avere il coraggio di metterlo in pratica e di collaborare con la grazia che esso concede.

Per questa ragione, credo fermamente che la preparazione più im-

portante non sia il fatto che io possa essere medico, infermiere o teologo, ma piuttosto quello di essere impegnato nel mio viaggio interiore. Se lo sono, sarò più consapevole della mia vulnerabilità, della mia mancanza di conoscenza, ed esprimerò meno giudizi nei miei rapporti con il prossimo. Come disse Michael Kearney, *"in questo campo non importa quali capacità possiedo, ma piuttosto chi sono veramente"*.

La medicina, ma anche ciascuno di noi, deve acquisire la convinzione che l'assistenza è una terapia positiva, che il malato ne ha bisogno quanto le medicine e gli interventi. Tutte le dimensioni della personalità umana sono coinvolte in un vero processo di guarigione. Il segno che contraddistingue l'assistenza sanitaria cattolica è sempre stato l'assistenza personalizzata *"Siete chiamati a umanizzare la malattia, a trattare l'infermo come creatura di Dio, come fratello in Cristo. Voi, con la vostra presenza e con la vostra carità paziente e amorevole, rendete credibile la fede in Cristo e nella paternità di Dio"* (Giovanni Paolo II).

La nostra sfida è quella di essere guaritori, usando i doni che il Signore ci ha concesso con amore e carità.

P. ANTHONY FRANK MONKS,
M.I.

*Membro del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede*

Bibliografia

BERNADIN, JOSEPH CARD., *The Gift of Peace* (riflessioni personali). Loyola Press.

FRANKL, VICTOR, *Man's Search for Meaning*. Washington Square Press.

KALINA, KATTY, *Midwife for Souls*. Pauline Books and Media.

GALLAGHER, MICHAEL P. SJ, *Help my Unbelief*. Veritas Publication.

DOWNEY, MICHAEL (editor), *New Dictionary of Catholic Spirituality*. The Liturgical Press, Minnesota.

KEARNEY, MICHAEL, *Mortally Wounded* (stories of soul pain, death and healing). Marino Books.

PIOTR KRAKOWIAK

4.5 I volontari che si dedicano alla cura dei malati infermi. Nuovi modi per coinvolgere le persone nell'esperienza del Movimento Hospice in Polonia

Gli anziani e i malati terminali sono un'importante questione sociale

I dibattiti sulla terza età, la morte e il morire sono vecchi quanto la storia dell'uomo. Tuttavia, negli anni Cinquanta e Sessanta, il mondo occidentale aveva una tale fiducia nel progresso della tecnologia e della medicina, mentre cercava allo stesso tempo di dimenticare le atrocità del XX secolo, che l'argomento della morte scomparve dalle pubblicazioni accademiche e dai discorsi quotidiani. Si scoprì che la parola "morte" non era più usata nel linguaggio colloquiale e scientifico e che era stata sostituita da numerosi eufemismi¹. Nella società occidentale la morte era diventata un tabù e le persone avevano paura di parlarne². Fu allora che Cicely Saunders, nel Regno Unito, Elisabeth Kubler-Ross, negli USA, e Madre Teresa di Calcutta riscoprirono l'idea medievale dell' "hospice"³. Esse iniziarono a parlare, praticamente allo stesso tempo e in modo sereno e aperto, del morire e della morte, suggerendo un ritorno alle cure antiche e cristiane per i malati terminali e i morenti. È in questo spirito che è nato il movimento hospice contemporaneo, che oggi comprende migliaia di centri per la medicina palliativa in tutto il mondo. Questo movimento si basa sull'idea di fornire cure e assistenza misericordiose e umanizzanti per l'essere umano, ispirandosi all'amore cristiano per il prossimo⁴; è aperto, inoltre, a tutte le religioni e culture, come è stato magnificamente dimostrato da Santa Madre Teresa di Calcutta⁵ con il suo

servizio ai poveri e ai morenti. Inoltre, la storia dell'origine e dello sviluppo degli hospice in Polonia può insegnarci che la cooperazione tra Chiesa, sistema sanitario nazionale e terzo settore (termine usato oggi per descrivere il servizio volontario) può effettivamente migliorare la situazione degli anziani e dei malati terminali attraverso un'azione congiunta⁶. L'insegnamento della Chiesa cattolica sulla cura degli anziani e dei malati terminali è costante⁷. I mass media, che svolgono un ruolo chiave nella vita culturale e sociale, possono contribuire a informare ed educare la comunità sui modi con i quali poter aiutare e cambiare la situazione degli anziani⁸ e dei malati terminali, come dimostra la recente esperienza del movimento hospice in Polonia⁹.

Solidarietà e tempo di transizione – la storia del volontariato negli hospice in Polonia

Lo sviluppo del movimento hospice polacco iniziò ufficialmente nel 1981 a Cracovia, dopo diversi anni di lavoro del Sinodo Diocesano introdotto dal Cardinale Karol Wojtyła. Un gruppo di laici – operatori sanitari e volontari – discusse su come offrire un'assistenza migliore a coloro che si trovavano ormai al termine della vita. Decisero così di costruire un hospice simile al St. Christopher's Hospice di Londra. La cosa però era difficile, dato che si era nel periodo comunista, pertanto il progetto richiese molti anni per poter essere ultimato. Tuttavia, il gruppo hospi-

ce di Cracovia contribuì con molte pubblicazioni e alimentò un ampio dibattito pubblico sul termine della vita, specialmente sulla stampa cattolica.

A Danzica, luogo di nascita di Solidarność, gli operatori sanitari e gli studenti erano soliti riunirsi in una chiesa. Nel 1983, durante la legge marziale imposta nel paese, fu costituito il primo gruppo di cure hospice per assistere i malati terminali e i morenti, con grande sostegno da parte della Chiesa. Esso diventò un modello che servì da base per la creazione di cento programmi del genere, costituiti da volontari medici, infermieri, cappellani e altri. La Chiesa in Polonia era, ed è ancora, un sostenitore molto forte dei programmi hospice. Nel 1987, Papa Giovanni Paolo II riconobbe il grande lavoro operato dai volontari usando le seguenti parole durante l'incontro con malati, disabili, operatori sanitari e volontari: "Penso con riconoscimento all' 'hospicium' che ha iniziato il suo servizio a Danzica e si irradia sulle altre città. Esso è nato dalla comune sollecitudine della pastorale dei malati e dei medici presenti accanto al letto del malato, per il dovuto posto e le condizioni in cui versano i malati al termine della loro vita. Questa sollecitudine si esprime nel chinarsi insieme e vegliare accanto a un malato nella sua casa, in un cordiale e gratuito 'dono di sé'"¹⁰.

La sua benedizione fu determinante per lo sviluppo del movimento hospice in Polonia. Vescovi e parroci instaurarono un rapporto più aperto con medici, infermieri e con gli altri operatori sanitari, e

chiesero alle chiese locali di dare inizio a questo programma. Nel paese fu istituito un training informale per medici e infermieri. Molti volontari avevano avuto l'opportunità di recarsi a Londra e di formarsi al St. Christopher's Hospice. Un'amicizia personale tra Cicely Saunders e molti medici e infermieri polacchi, come pure il sostegno di organizzazioni caritative, contribuì a sviluppare la maggior parte dei programmi di hospice basati sul servizio volontario.

Dopo i cambiamenti democratici del 1989, la medicina palliativa entrò a far parte del programma sanitario nazionale. Il primo Dipartimento di Medicina Palliativa fu creato all'interno dell'Università medica di Poznan e fornì preparazione scientifica per le strutture di volontariato¹¹. Nel 1994, fu creato a Varsavia il primo hospice per bambini, che rappresentò un esempio per future strutture del genere nel paese¹². Oggi esistono circa 200 programmi di hospice e altre 200 unità di cure palliative ed équipe locali di cure palliative a domicilio. Insieme formano oltre 400 unità – dai grandi hospice e dalle unità universitarie di cure palliative alle strutture più piccole, gestite per la maggior parte da volontari. Esistono però ancora zone ove non esistono hospice e cure palliative adeguate¹³.

Il significato della spiritualità nella cura hospice.

La partecipazione della Chiesa alle cure palliative in Polonia

Con lo sviluppo di queste cure, l'interesse nella religione e nella spiritualità è sembrato crescere. Tuttavia, commentatori della storia e dello sviluppo degli hospice sembrano inclini a un punto di vista secondo il quale, in anni recenti, si è *perso* qualcosa del concetto originale, con l'aver abbracciato la tesi della *secolarizzazione degli hospice*¹⁴. Al di là della dimensione storica, la ricerca e la pratica clinica attuali confermano che i malati terminali e le loro famiglie spesso traggono forza e speranza dal proprio credo religioso e dalla propria spiritualità. In tempi di malattia e crisi, le persone possono sentire il bisogno di far crescere la loro spi-

ritualità. Un'attenzione alle necessità religiose e spirituali può contribuire a una maggiore qualità di vita¹⁵.

La religione è la relazione tra un individuo e Dio ed è caratterizzata dal credere, dal riverire e dal desiderio di compiacere quel Dio. È meno probabile che i pazienti che possiedono una fede religiosa abbiano preoccupazioni spirituali non soddisfatte se i loro bisogni religiosi sono appagati. In un ambiente di cure palliative, la fede di una persona, forte o debole che sia, influenzerà e sarà influenzata da qualunque cosa essa sperimenta



con l'avvicinarsi della morte¹⁶. La spiritualità può essere definita come chiunque o qualunque cosa dia un significato *trascendente* alla vita di una persona. Spesso viene espressa come religione o rapporto con Dio, ma può anche riferirsi ad altre cose: natura, energia, forza e credo nella bontà di tutti. La spiritualità è importante durante tutte le fasi della propria salute e della malattia, ma i fattori spirituali e religiosi svolgono un ruolo particolarmente rilevante nell'esperienza di una malattia terminale, nel processo di morire e nella morte¹⁷. La medicina palliativa è la sola branca della medicina ad avere una menzione specifica nel *Catechismo della Chiesa cattolica*¹⁸, perciò è importante ricordare che la cooperazione con la Chiesa rientra nella

filosofia degli hospice. Per quanto riguarda le altre denominazioni, gli aspetti ecumenici svolgono un ruolo considerevole nella cura religiosa e spirituale dei pazienti e delle loro famiglie¹⁹.

La Chiesa in Polonia, vista nella maggior parte dei casi come artefice degli hospice, ha creato la figura di Cappellano Nazionale al fine di sensibilizzare il clero nei confronti di questo movimento. Il Rev. Dutkiewicz è stato professore e direttore di ritiri della maggior parte dei seminari in Polonia e ha pronunciato interventi nella maggior parte delle diocesi del paese sul movimento hospice e sull'importanza degli aspetti religiosi e spirituali delle cure. Oltre trecento sacerdoti e religiosi sono impegnati a tempo pieno nella medicina palliativa e nella cura hospice in Polonia. Altre persone danno il loro contributo come volontari. Molti studenti dei seminari hanno scelto gli hospice come terreno di esperienza pastorale. A questo scopo, è necessario un costante lavoro di educazione.

Nel 1992, si è tenuto a Poznan il Primo Congresso Europeo dedicato ai bisogni spirituali e religiosi degli hospice e alle cure palliative, organizzato congiuntamente da rappresentanti del London Hospice e degli hospice di Polonia. All'incontro hanno partecipato sacerdoti, religiose, medici, infermieri e volontari interessati negli aspetti spirituali della medicina e degli hospice²⁰. Questo aspetto importante delle cure richiede un ulteriore sviluppo e si spera che molti altri incontri del genere si terranno nel futuro. La Polonia è luogo di incontri regolari del personale degli hospice e dei volontari. Specifiche équipe locali, regionali e nazionali organizzano giornate di riflessione e di ritiro per loro. Ci sono anche riunioni di cappellani e di altri sacerdoti che potrebbero diventarlo. Molti hospice organizzano anche incontri regolari religiosi e spirituali, aperti ad altri operatori sanitari e agli ospedali locali. La cura degli hospice è un campo in cui, a parte la medicina professionale e le cure palliative, l'importanza della cura religiosa e spirituale è comunemente riconosciuta. La Chiesa e la sanità cooperano con successo in questa sfera²¹.

Nel 1999, su iniziativa del Cappellano Nazionale di Polonia, è stato organizzato un programma di formazione per questi cappellani. Tra gli invitati, erano presenti il Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute, l'Em.mo Cardinale Javier L. Baragán e il Ministro polacco della Salute. Vi hanno preso parte cappellani provenienti da tutto il paese, mentre relatori polacchi e conferenzieri del Vaticano, degli USA e della Germania hanno illustrato successi e sfide in questo campo²². L'esperienza ha costituito una significativa ispirazione nel processo di formazione dei cappellani per gli hospice e per le unità di medicina palliativa nel paese. In anni recenti, l'Università Cattolica di Lublino ha istituito un corso post-laurea con elementi di teologia pastorale, psicologia e medicina palliativa, che fornisce una formazione eccellente per i cappellani di hospice. Nel 2004, su iniziativa della Caritas, la 60ª Settimana della Carità nella Chiesa polacca è stata dedicata alle cure palliative e all'hospice. Durante tutta la settimana gli hospice hanno occupato un posto nella liturgia in tutte le chiese e sono stati oggetto di istruzione religiosa nelle scuole e negli incontri parrocchiali. In questo modo, la missione e i compiti riguardanti il campo delle cure palliative e dell'hospice hanno potuto raggiungere tutta la Chiesa. Ciò ha certamente contribuito a infrangere le barriere ancora presenti nel pensiero della gente e ad alleviare i timori associati alle parole *hospice*²³.

Il processo di informazione del clero sulla necessità di aiutare le persone gravemente ammalate, gli anziani e le loro famiglie, continua tuttora. Nel 2007, il Cappellano Nazionale ha pubblicato una guida su come aiutare le famiglie che vivono l'esperienza del lutto. Distribuita gratuitamente a tutti gli hospice, ai centri di medicina palliativa e alle diocesi del Paese, la guida sarà disponibile in ogni parrocchia e contribuirà ad aiutare in maniera più efficace le persone che hanno subito un lutto. Il libro, inoltre, descrive i problemi tipici rilevati dai sacerdoti nell'incontrare queste persone. Elenca anche i casi più difficili emersi durante gli incontri

pastorali con le famiglie delle vittime di incidenti, delle persone che hanno commesso suicidio e di quelle scomparse. Un capitolo separato è dedicato alla cura degli anziani che vivono a casa o in strutture assistenziali²⁴.

Informazione pubblica e incoraggiamento al volontariato nel servizio hospice

In seguito ai cambiamenti democratici, dopo il 1989 la Polonia e tutta l'Europa centrale e orientale si sono trovate di fronte a un ambiente socio-economico completamente nuovo. È stata registrata una diminuzione nel numero dei volontari che offrivano il proprio aiuto alle organizzazioni caritatevoli, compresi gli hospice. Ciò era dovuto al fatto che le persone erano costrette a cercare un lavoro per poter superare i crescenti problemi che si andavano delineando con la nuova realtà. Gli anni Novanta furono anni di crisi per il servizio volontario in Polonia. Grazie all'introduzione del movimento hospice e dei centri di medicina palliativa nel programma sanitario nazionale, fu possibile preservare dieci anni di esperienza di lavoro. Molti volontari furono assunti come medici e infermieri di hospice, ma anche come cappellani, psicologi e assistenti sociali. Tuttavia, inserendo gli hospice e i centri di medicina palliativa in una struttura istituzionale, il movimento hospice andò lentamente perdendo il proprio carattere singolare, con gli specialisti in medicina palliativa che lavoravano assieme a volontari medici e non medici, accompagnati da un considerevole coinvolgimento della comunità ecclesiale mediante le sue strutture parrocchiali, le comunità di vita religiosa o i centri Caritas.

In risposta a un'evidente crisi nel campo del volontariato, le istituzioni caritatevoli si sforzarono di promuovere iniziative di servizio volontario nella Chiesa e nella società in generale. La Caritas Polacca istituì un network di volontariato nelle scuole mediante la creazione di sue associazioni²⁵. Inoltre, furono istituiti servizi di volontariato collegati alle parrocchie – gruppi parrocchiali della Caritas²⁶,

che può essere orgogliosa della crescita dinamica del numero di volontari, che attualmente sono oltre settantamila in tutto il paese. Molti settori della Caritas diocesana, come parte della loro attività, forniscono anche cure palliative e di hospice, alle quali formano i volontari. La preparazione e la distribuzione in tutte le chiese di materiale catechetico e omiletico per la 60ª Settimana della Carità, nel 2004, dedicata alle cure palliative e di hospice ha contribuito immensamente a promuovere la cura degli anziani e dei malati terminali²⁷.

Studi sullo sviluppo del servizio volontario in Polonia

Dal 2001 sono stati realizzati diversi studi sul servizio volontario e filantropico commissionati dall'Associazione Klon/Jawor e dal Centro per il Servizio Volontario. Di seguito presento alcuni dati ottenuti da questi studi nel 2001 e nel 2006. Nel 2001, il 10% delle persone intervistate hanno dichiarato il proprio coinvolgimento come volontari durante l'anno precedente nel lavoro di istituzioni e organizzazioni. Che cosa comporta il lavoro dei volontari? Un terzo di quelli che operano attraverso organizzazioni ed istituzioni ha lavorato direttamente per le persone nel bisogno. Il 18% ha raccolto fondi. Il 17% ha partecipato alla preparazione di eventi, campagne e celebrazioni. Il 14% ha dedicato il proprio tempo libero partecipando, senza ricevere alcun compenso, alle deliberazioni di commissioni, consigli, comitati ecc. Il 70% di coloro che non sono stati coinvolti in attività di volontariato o che non hanno sostenuto finanziariamente nessuna organizzazione o istituzione ha affermato che ciò era dovuto anzitutto al fatto di dover badare a se stessi e alle loro famiglie. Il 59% ha affermato che nessuno glielo aveva chiesto. Il 53% ha detto che non avevano tempo per un lavoro sociale²⁸.

Nel 2006, oltre il 21,9% (il 20% degli uomini e il 24% delle donne), cioè circa 6,6 adulti polacchi, hanno dedicato il loro tempo al lavoro gratuito nell'interesse di altri. Si tratta di una cifra doppia rispetto al 2001, benché quell'anno abbia vi-

sto un rallentamento della crescita dovuto all'apertura delle frontiere e a una considerevole migrazione economica fuori della Polonia. Chi sono i volontari? Le donne sono più spesso impegnate in opere sociali (lo scorso anno, il 24% contro il 20% degli uomini). Il gruppo più consistente di volontari è composto da persone con un'educazione superiore. Come negli anni precedenti, nel 2006 si annoveravano tra i volontari in maggioranza giovani (studenti e scolari). Gli over 55 prestano servizio volontario molto più raramente. Il volontariato è fatto più spesso da persone che lavorano più che da pensionati. La sua popolarità differisce considerevolmente da una regione all'altra – nella Polonia occidentale e meridionale, dove un numero maggiore di persone ammettono di svolgere tale attività più che nella Polonia orientale, settentrionale e centrale. Perché lo fanno? Le ragioni più comuni sono il credo morale, religioso e politico (menzionati dal 50% delle persone intervistate). Il 27% ha accettato il lavoro volontario perché si aspettava di ricevere aiuto in cambio nel futuro. Il 21% lo ha accettato per un proprio interesse o per la soddisfazione che ne deriva. La crescita di interesse nel servizio volontario è adeguatamente illustrata nella figura 1.

Importante dal punto di vista della cooperazione tra Chiesa e ONG è anche l'evidente correlazione tra la volontà di offrire un aiuto altruistico e il coinvolgimento nelle pratiche religiose o l'interesse per la propria spiritualità. Secondo la ricerca, tra coloro che partecipano alle pratiche religiose almeno una volta la settimana circa il 26,5% ha sostenuto le organizzazioni di servizio pubblico mediante il proprio lavoro, mentre circa il 40% ha offerto un aiuto finanziario o donazioni in natura a organizzazioni o movimenti sociali. Ciò vuol dire che quanti sono più religiosi sono più spesso impegnati in un servizio volontario. Tra coloro che seguono pratiche religiose meno di una volta la settimana, la percentuale di volontari e filantropi è più bassa e ammonta rispettivamente al 17,3% e al 24,3%²⁹.

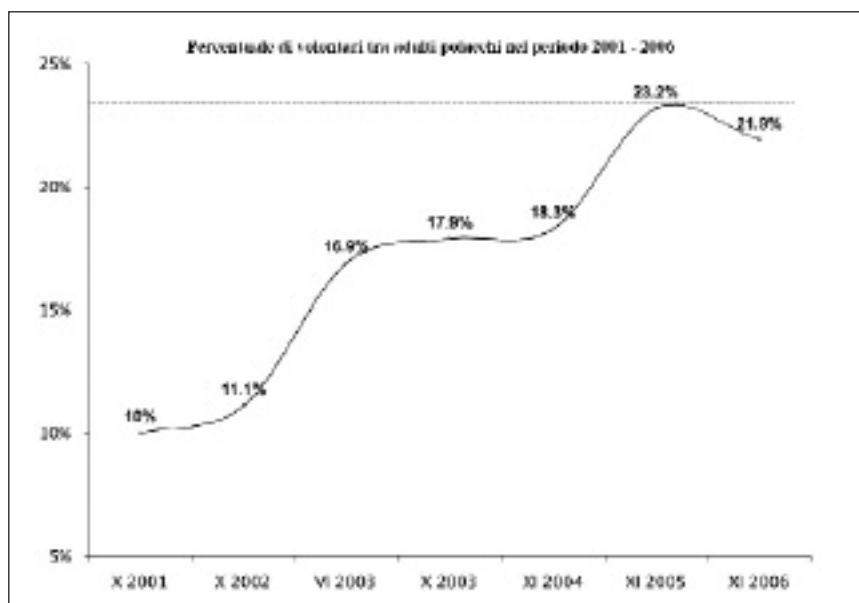
I nuovi volti del volontariato nel servizio hospice

Il servizio volontario in Polonia ha iniziato a riacquistare popolarità³⁰. Gli hospice e i centri di medicina palliativa hanno cercato nuovi modi per raggiungere il vasto pubblico incoraggiandone l'aiuto disinteressato. Il Cappellano Nazio-

nale ha proposto un nuovo modo di parlare di questo servizio attraverso la cooperazione con i media e l'informazione del pubblico sulla fine della vita umana. La Fondazione Hospice creata dal Cappellano Nazionale è un'organizzazione caritatevole che sostiene il movimento hospice in Polonia. Nel 2004 è stata lanciata la campagna nazionale di informazione – “Anche l'hospice è vita” – sui principali canali televisivi del paese e in altri mass media nazionali e regionali. Per quattro settimane si sono susseguiti circa 1.000 eventi mediatici su questioni relative al termine della vita. Collaborando con oltre 100 hospice di tutto il paese e con l'assistenza del TVP1 National Broadcasting Channel, così come delle più grandi testate giornalistiche e stazioni radiofoniche, siamo riusciti a creare consapevolezza tra la gente sulle questioni riguardanti la medicina palliativa e gli hospice. Nel novembre 2004, Giovanni Paolo II impartì una particolare benedizione per tutti i pazienti degli hospice, per le loro famiglie, per gli operatori sanitari e i volontari. Con voce tremante, egli disse: “*Oggi in Polonia si celebra la giornata degli Ospizi, il cui motto è 'Anche l'Ospizio è la vita'. La cura con cui i dipendenti e i volontari accolgono le persone incurabilmente malate e morenti è una grande opera della misericordia. Chiedo a Dio che ricompensi con le Sue grazie il loro amore e la loro dedizione. Affido alla Madre Santissima anche coloro che accompagnano i sofferenti nelle rispettive famiglie. Dio benedica tutti*”³¹.

Come risultato della campagna nazionale tutti gli hospice registrarono: la fine dei tabù sulle questioni relative al termine della vita, alla malattia terminale e ai problemi degli anziani nei mass media; un consolidamento degli hospice delle unità di cure palliative in Polonia e una promozione del volontariato per i bisognosi, nonché una raccolta fondi a livello nazionale e locale. In seguito a questa campagna, è stato creato un sito Web, fonte principale di informazione sugli hospice e le cure palliative in Polonia³². La descrizione della campagna e del metodo per raggiungere il pubblico mediante la

Figura 1. Volontari nelle ONG, nei movimenti sociali e religioni (percentuale di adulti polacchi)



Tratto da: Herbst J. and Gumkowska M., *Wolontariat, Filantropia i 1%. Raport z badań w 2006* ('Voluntary activity, Philanthropy and 1%. Research for 2006') (Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warsaw, 2007).

cooperazione tra hospice e mass media è accuratamente riportata dal libro che ha fornito un resoconto della campagna e del processo che ha portato un diciannovenne a morire in un hospice³³.

La seconda campagna nazionale ha dato gli stessi risultati, ridestando lo spirito del volontariato nelle cure palliative polacche. Vi hanno preso parte 118 hospice, discutendo con sincerità della fine della vita con il pubblico. La campagna ha avuto grande successo, con dibattiti pubblici e concerti, tenuti durante la prima Giornata Internazionale degli Hospice e Cure Palliative nel mondo. Il risultato della campagna è stata la pubblicazione di un manuale per i lavoratori degli hospice e per i volontari, ma anche per i pazienti e le loro famiglie³⁴. La campagna pubblica "Anche l'hospice è vita" ha contribuito a promuovere l'idea degli hospice, incoraggiando nuovi candidati a impegnarsi nel servizio volontario. Prima, quando le persone desiderose di prestare un servizio di volontariato si presentavano nei centri, questi spesso non erano pronti ad accettarle e non potevano prepararle a tale servizio. È nata perciò l'idea di una campagna pubblica dedicata al servizio volontario, da cui è risultato che gli hospice del paese stanno ora preparando e formando dei coordinatori per il servizio volontario. L'iniziativa è stata ideata dal Cappellano Nazionale e dalla Hospice Foundation con il motto "Voglio aiutare".

"LUBIE POMAGAĆ"

Programma "VOGLIO AIUTARE"

Nel 2007, l'argomento della campagna educativa sostenuta dai mass media è stato "volontari degli hospice". La Hospice Foundation ha ricevuto una speciale sovvenzione per formare e supervisionare i coordinatori dei volontari. Nel programma sono stati impegnati oltre 100 hospice, la maggior parte dei quali ubicata in zone rurali che vogliono sviluppare il livello del loro servizio mediante il coinvolgimento di volontari maggiormente formati. "Voglio aiutare" è un'iniziativa nazionale intrapresa dal Cappellano Nazionale, nella speranza che il sistema delle cure palliative in Polonia possa riappro-

priarsi dell'elemento vitale del movimento hospice e della medicina palliativa. Gli hospice che prendono parte al programma hanno delegato il migliore dei loro membri al lavoro volontario come coordinatore e leader. Sono ora necessari informazione, promozione e regolare reclutamento. Il programma è un'occasione per coloro che vogliono arricchire le cure hospice con l'aiuto prezioso dei volontari. Uno dei risultati di questa iniziativa sarà la pubblicazione di un manuale che dovrà essere, si spera, un testo utile per tutti i volontari che si occupano degli anziani e dei malati costretti a vivere a casa o a letto, così come i familiari e tutti coloro che aiutano gli anziani e i disabili nelle loro case. Il libretto sarà disponibile nel 2008.



I passi successivi del programma "Voglio aiutare" riguarderanno le attività di volontariato nelle scuole e nelle università, con il tentativo di raggiungere i giovani desiderosi di aiutare e assumere le sfide che il servizio hospice comporta. Gli operatori e i volontari degli hospice creeranno programmi di promozione ed educazione con insegnanti e tutors, nel tentativo di educare sulle questioni relative al termine della vita e reclutare candidati al servizio volontario. Al termine di questo programma nazionale triennale, uno speciale messaggio verrà inviato al gruppo

degli adulti e "giovani pensionati" chiamato "gruppo 50+". Gli hospice si estenderanno alle parrocchie, alle associazioni e alle organizzazioni locali per pensionati con informazioni specifiche sulle possibilità di volontario per gli adulti. Il programma "Voglio aiutare" è un modo per informare sulla fine della vita, ma anche sulla cura degli anziani, dei disabili e dei malati nelle nostre famiglie e tra i nostri vicini.

"Condannati all'assistenza" – Carcerati negli Hospice. Nuovi modi per rieducare attraverso il servizio volontario per i malati terminali negli hospice

Tra le molte forme di riabilitazione per prigionieri c'è la ricerca di servizi di volontariato e rieducazione attraverso varie attività³⁵. Ai carcerati, al termine del loro processo di rieducazione, è permesso lavorare nell'hospice di Danzica e alcuni di loro ricevono una specifica formazione a questo riguardo. Essi entrano a far parte di un gruppo interdisciplinare e collaborano con successo nel gruppo assistenziale. *L'Hospice Information Bulletin* di Londra ha commentato nel seguente modo questo test comportamentale:

"Prigionieri in un hospice? Perché no? Un programma innovativo per reintegrare i carcerati nella società attraverso il lavoro volontario si è rivelato utile nell'hospice di Danzica, in Polonia. Negli ultimi anni, il progetto ha contribuito a infrangere lo stereotipo e le nostre opinioni sui carcerati. Ora abbiamo meno paura di loro; sono diventati semplicemente i 'nostri ragazzi' dell'équipe hospice. Questa inusuale cooperazione ha richiamato ampiamente i mezzi di stampa, la radio e la televisione in Polonia, come pure la televisione tedesca... Parlando di questa nuova opportunità per gli hospice e le cure palliative in TV, il manager dell'Hospice di Danzica ha detto: 'C'è un incontro tra due drammi: il dramma del crimine e quello della malattia incurabile e della morte. La morte è una circostanza che non lascia indifferenti nessuno. Credo che luoghi quali gli hospice, dove tocchiamo esperienze estre-

me, contengano più risposte radicali su questioni relative ai nostri atteggiamenti”⁷³⁶.

I dati iniziali mostrano che coloro che lavorano negli hospice ricevono migliori risultati di rieducazione e hanno l'opportunità di ricevere una riduzione della pena. Il programma pilota nazionale, con dieci hospice e altrettante strutture carcerarie semi-aperte, daranno un'opportunità ai prigionieri che aiuteranno i malati terminali e le loro famiglie. Le équipes degli hospice, gli educatori carcerari e gli psicologi studieranno attentamente il progetto. Un'ulteriore ricerca in questo campo sarà necessaria per confermare i dati iniziali.

Conclusione

Con il numero crescente di anziani, disabili e malati terminali presenti nelle nostre società, ci troviamo di fronte a nuove sfide. Il movimento hospice in Polonia è un esempio realistico della possibilità di collaborazione tra Chiesa, sistema sanitario e volontari, che rappresentano un grande aiuto per quanti sono nel bisogno. La missione del Buon Samaritano continua ancora oggi, dando aiuto a un numero sempre crescente di malati e di anziani. La Chiesa dovrebbe essere presente nelle discussioni e nelle azioni per i bisogni dei malati terminali e dei disabili. Collaborare con le strutture sanitarie, sostenere i volontari in vari servizi e fornire assistenza religiosa e spirituale è parte della nostra missione cristiana e umana. Il Santo Padre Benedetto XVI ha incoraggiato tutti gli operatori sanitari e i volontari, nel messaggio per la XV Giornata del Malato, dedicata in particolare agli hospice e alle cure palliative:

“Desidero incoraggiare gli sforzi di quanti operano quotidianamente per garantire che i malati incurabili e quelli che si trovano nella fase terminale, insieme alle proprie famiglie, ricevano un'assistenza adeguata e amorevole. La Chiesa, seguendo l'esempio del Buon Samaritano, ha sempre mostrato particolare sollecitudine per gli infermi. Mediante i suoi singoli membri e le sue istituzioni continua a stare accanto ai sofferenti e

ai morenti, cercando di preservare la loro dignità in questi momenti significativi dell'esistenza umana. Molti di questi individui, personale sanitario, agenti pastorali e volontari, e istituzioni in tutto il mondo, servono instancabilmente i malati, negli ospedali e nelle unità per le cure palliative, nelle strade cittadine, nell'ambito dei progetti di assistenza domiciliare e nelle parrocchie”⁷³⁷.

Con metodi tradizionali e nuovi di reclutare volontari, le loro buone energie dovrebbero essere unite alle capacità professionali degli operatori sanitari in hospice, case di cura e strutture di assistenza domiciliare per assicurare una cura migliore per gli anziani e i malati in fase terminale. Un aiuto spirituale per ottenere questi obiettivi si può sempre trovare nella preghiera per i nostri pazienti e per quanti li assistono e li curano – operatori professionali e volontari⁷³⁸: “O Dio, Signore della Vita, concedi a coloro che sono afflitti dalla sofferenza una fede sicura nella risurrezione di Cristo e concedi loro di partecipare alla sua gloria. Concedi la forza del tuo Santo Spirito anche a tutti gli assistenti sanitari e pastorali che assistono gli ammalati e fa' che essi, sempre e in ogni luogo, abbiano profondo rispetto per la dignità della vita umana”.

P. PIOTR KRAKOWIAK SAC,
Cappellano Nazionale degli Hospice,
Polonia

Bibliografia

- ARIÉS P., *The Hour of Our Death* (Knopf, New York, 1981).
- BENEDETTO XVI, Messaggio per la XV Giornata Mondiale del Malato (Vaticano, 8 Dicembre 2006).
- BOCHE SKA-SEWERYN M., KLIZOWA K., *Motywy i formy pracy członków parafialnych zespołów charytatywnych* ('Motives and Forms of Work of Members of Parish Charitable Groups') (Caritas Scientific Yearbooks, V, Warsaw, 2001).
- CLARK D., 'Religion, Medicine, and Community in the Early Origins of St Christopher's Hospice', *Journal of Palliative Medicine*, 2001, 4(3): 353-360.
- DAALEMAN T.P., VANDECRECK L., 'Placing Religion and Spirituality in End-of-Life Care', *JAMA* 2000; 284(19): 2514-7.
- DABROWSKA J., WYGNAŃSKI K., *Wolontariat i Filantropia Polaków w liczbach* ('Voluntary Activity and Philanthropy among Poles in Numbers') (Stowarzyszenie Klon/Jawor (Warsaw, 2002).
- DOYLE D., WOODROFF R., *The IAHP Manual of Palliative Care*, 2nd edition (Houston 2004).
- DRAŻKIEWICZ J., *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce* ('Toward the Dying. A History of Hospices in Poland') (Warsaw, 1989).
- GÓRECKI M., *Hospicjum w służbie umierających* ('Hospices at the Service of the Dying') (Warsaw, 2000).
- HERBST J., GUMKOWSKA M., *Wolontariat, Filantropia i 1%. Raport z badań w 2006*, ('Voluntary activity, Philanthropy and 1%. Research for 2006') (Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warsaw, 2007).
- GIOVANNI PAOLO II, *Chrystus na posłudze ludzi cierpiących, Homilia w Gdańsku 12 VI 1987* (Omelia a Danzica, 12 giugno 1987') (Poznan, 1987), pp. 128-129.
- GIOVANNI PAOLO II, *Lettera agli Anziani* (Città del Vaticano, 1999).
- GIOVANNI PAOLO II, *Lettera al Presidente della Seconda Assemblea Mondiale sull'invecchiamento* (Città del Vaticano, 3 Aprile 2002).
- GIOVANNI PAOLO II, *Angelus*, Domenica 7 Novembre 2004.
- KALINOWSKI M., *Towarzystwo w cierpieniu: posługa hospicyjna* ('Assisting in Suffering: Hospice Service') (Lublin, 2002).
- KORAL J., *Szkolne koła Caritas jako przykład wolontariatu młodzieży* (Caritas School Clubs as an Example of Youth Voluntary Service') (Caritas Scientific Yearbooks, V, Warsaw, 2001).
- KRAKOWIAK P., DUTKIEWICZ E., *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce. Osiągnięcia i wyzwania* ('Pastoral Care in Health in Poland. Achievements and Challenges') (Gdansk, 1999).
- KRAKOWIAK P., *Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w Hospicjum* ('In Time with Truth. On the Art of Communication in a Hospice') (Gdansk, 2006).
- KRAKOWIAK P., STOLARCZYK A., *Ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Ojciec Ruchu Hospicyjnego w Polsce* ('Rev. Eugeniusz Dutkiewicz SAC. The Father of the Hospice Movement in Poland') (Gdansk, 2007).
- KRAKOWIAK P., *Strata, osierocenie i żałoba* ('Loss, Bereavement and Grief') (Gdansk, 2007).
- LUCZAK J., 'Palliative/Hospice Care in Poland', *Palliative Medicine*, 1993, vol. 7, n. 1, 68-72.
- MOTHER THERESA, *In My Own Words* (New York, 1997).
- MURRAY D., 'Reflections on Chaplaincy in a Hospice: 1977-2001', *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, vol. 5, n. 1, 2002, 41-43.
- PUCHALSKI, C.M., 'Spirituality and Health: the Art of Compassionate Medicine', *Hospital Physician*, 2001.03, 30-36.
- POL J.D., *Możliwości wolontariatu w arestach i zakładach karnych*, ('Possibilities of Voluntary Work in Prisons') (Roczniki Naukowe Caritas, V, 2001).
- SAUNDERS C., SUMMERS D.H., and TELLER N., *Hospice. The Living Idea* (London, 1989).
- SWITALA M., *Podróż za horyzont* ('Journey Beyond the Horizon') (Gdansk, 2005).
- SWITALA M. and KRAKOWIAK P., 'Sentenced to Care', *Hospice Information Bulletin*, London, November 2007, p. 7.
- SYNAK B., 'Formal Care for Elderly in Poland', *J. Cross Cult. Gerontol.*, vol 4, 2 /04, 1989, 107-127.
- VEATCH R.M., *Death, Dying and the Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility* (New Haven, 1989), pp. 9-13.
- ZAJĄC J. (ed.), *Życiem otulana śmierć* ('Death Wrapped in Life') (Caritas Płock, 2004).
- AA.VV.: *Palliative Care in Poland – the*

Warsaw *Hospice for Children* (Warsaw, 2006).

Santa Sede, *Catechismo della Chiesa Cattolica* (CCC) (Città del Vaticano, 1993).

Giornata Mondiale del Malato, Seoul, 2007.

www.hospicja.pl/en – Principali informazione sugli hospice in Polonia in inglese.

Note

¹ VEATCH R.M., *Death, Dying and the Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility* (New Haven, 1989), pp. 9-13.

² Cfr. ARIÉS P., *The Hour of Our Death* (Knopf, New York, 1981).

³ KRAKOWIAK P., Ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC. *Ojciec Ruchu Hospicyjnego w Polsce* ('Rev. Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Father of the Hospice Movement in Polonia') (Gdansk, 2007), pp. 216-217.

⁴ Cfr. SAUNDERS C., SUMMERS D.H., and TELLER N., *Hospice. The living Idea* (London, 1989).

⁵ MOTHER THERESA, *In my Own Words* (New York, 1997), pp. 65-72.

⁶ Cfr. DRAŹKIEWICZ J., *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicyjów w Polsce* ('Toward the Dying. A History of Hospices in Polonia') (Warsaw, 1989).

⁷ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Lettere agli Anziani* (Vaticano, 1999); *Lettera di Giovanni Paolo II al Presidente della Seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento* (Vaticano, 3 Aprile 2002).

⁸ SYNAK B., 'Formal Care for Elderly in Polonia', *J. Cross Cult. Gerontol.*, vol 4, 2/04, 1989, 107-127.

⁹ Cfr. KRAKOWIAK P., *Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w Hospicjum* ('In Time with Truth. On the Art of Communication in a Hospice') (Gdansk, 2006).

¹⁰ GIOVANNI PAOLO II, *Rito dell'Unzione degli Infermi*, Omelia, Danzica 12 VI 1987.

¹¹ LUCZAK J., 'Palliative/Hospice Care in Polonia', *Palliative Medicine*, 1993, vol. 7, n. 1, 68-70.

¹² *Palliative Care in Polonia – the Warsaw*

Hospice for Children (Warsaw, 2006), pp. 37-40.

¹³ Cfr. KRAKOWIAK P., *Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w Hospicjum* ('In Time with Truth. On the Art of Communication in a Hospice') (Gdansk, 2006).

¹⁴ CLARK D., 'Religion, medicine, and community in the early origins of St Christopher's Hospice', *Journal of Palliative Medicine*, 2001, 4(3): 353-360.

¹⁵ DAALEMAN T.P., VANDECREEK L., 'Placing Religion and Spirituality in End-of-Life Care', *JAMA* 2000; 284(19): 2514-7.

¹⁶ Cfr. DOYLE D., WOODROFF R., *The IAHPC Manual of Palliative Care*, 2nd edition (Houston, 2004).

¹⁷ PUCHAŁSKI C.M., 'Spirituality and Health: the Art of Compassionate Medicine', *Hospital Physician*, 2001.03, 30-36.

¹⁸ CCC (Vaticano, 1993), (n. 2279) 'Anche se la morte è considerata imminente, le cure che d'ordinario sono dovute a una persona ammalata non possono essere legittimamente interrotte. L'uso di analgesici per alleviare le sofferenze del moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana, se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile. Le cure palliative costituiscono una forma privilegiata della carità disinteressata. A questo titolo devono essere incoraggiate'.

¹⁹ MURRAY D., 'Reflections on Chaplaincy in a Hospice: 1977-2001', *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, vol. 5 n. 1, 2002, 41-43.

²⁰ GÓRECKI M., *Hospicjum w służbie umierających* ('The Hospice at the Service of Dying') (Warsaw, 2000).

²¹ KALINOWSKI M., *Towarzystwo w cierpieniu: postęga hospicyjna* ('Assisting in Suffering: Hospice Service') (Lublin, 2002).

²² P. KRAKOWIAK, E. DUTKIEWICZ (eds.), *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce. Osiągnięcia i wyzwania* ('Pastoral Care in Health in Polonia. Achievements and Challenges') (Gdansk, 1999), pp. 7-9.

²³ ZAJĄC J. (ed.), *Życiem otulana śmierć* ('Death Wrapped in Life') (Caritas, Plock, 2004).

²⁴ KRAKOWIAK P., *Strata, Osierocenie i*

żałoba ('Loss, Bereavement and Grief') (Gdansk, 2007), pp. 84-86.

²⁵ Cfr. KORAL J., *Szkolne koła Caritas jako przykład wolontariatu młodzieży* ('Caritas School Clubs as an Example of Youth Voluntary Service') (Caritas Scientific Yearbooks, V, Warsaw, 2001).

²⁶ Cfr. BOCHENSKA-SEWERYN M., KLUZOWA K., *Motywy i formy pracy członków parafialnych zespołów charytatywnych* ('Motives and Forms of Work of Members of Parish Charitable Groups') (Caritas Scientific Yearbooks, V, Warsaw, 2001).

²⁷ Cfr. ZAJĄC J. (ed.), *Życiem otulana śmierć* ('Death Wrapped in Life') (Caritas, Plock, 2004).

²⁸ DĄBROWSKA J., WYGNAŃSKI K., *Wolontariat i Filantropia Polaków w liczbach*, [Voluntary Activity and Philanthropy among Poles in Numbers], (Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warsaw, 2002).

²⁹ HERBST J., GUMKOWSKA M., *Wolontariat, Filantropia i 1%. Raport z badań w 2006* ('Voluntary activity, Philanthropy and 1%. Research for 2006') (Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warsaw, 2007), pp. 14-27.

³⁰ GÓRECKI M., *Hospicjum w służbie umierających* ('Hospice in the Service of Dying') (Warsaw, 2000).

³¹ GIOVANNI PAOLO II, *Angelus*, Domenica 7 Novembre 2004.

³² www.hospicja.pl/en – fonte principale di informazione sugli hospices in Polonia (in inglese)

³³ SWITALA M., *Podróż za horyzont* ('Journey Beyond the Horizon') (Gdansk, 2005).

³⁴ KRAKOWIAK P., *Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w Hospicjum* ('In Time with Truth. On the Art of Communication in a Hospice') (Gdansk, 2006).

³⁵ Cfr. POL J.D., *Możliwości wolontariatu w aresztach i zakładach karnych* ('Possibilities of Voluntary Work in Prisons') (Roczniki Naukowe Caritas V, 2001).

³⁶ SWITALA M., KRAKOWIAK P., 'Sentenced to Care', *Hospice Information Bulletin*, London, November 2007, p. 7.

³⁷ BENEDETTO XVI, *Messaggio per la XV Giornata Mondiale del Malato*, Vaticano, 8 Dicembre 2006.

³⁸ Giornata Mondiale del Malato, Preghiera, Seoul 2007.



JAMES WINGLE

4.6 Sostegno spirituale per gli anziani infermi. Sacramenti e preghiere

Introduzione

Il tema del mio intervento di questa mattina è “Sostegno spirituale per gli anziani infermi. Sacramenti e preghiere”. Nel corso di questa Conferenza abbiamo passato in rassegna i diversi aspetti del lavoro, nobile e necessario, della cura riservata ai nostri fratelli e sorelle anziani che devono sopportare il peso della malattia. In questa descrizione esaustiva abbiamo esaminato la situazione attuale degli anziani ammalati da un’ampia prospettiva, espressione della complessità dell’argomento.

La complessa natura della persona umana

La natura poliedrica della persona umana, come spirito incarnato, originato in Dio e destinato all’eternità, e lo spessore della matrice socio-culturale che forma il nostro ambiente rendono necessaria la realizzazione di quest’opera se dobbiamo trattare questo argomento in maniera significativa. Troppo spesso, nell’attuale contesto intellettuale e culturale, contrassegnato da un certo pragmatismo empirico, ci accontentiamo di approcci frammentari che non trattano adeguatamente la profondità del soggetto umano. Poiché la nostra conoscenza va estendendosi in modo sempre più rapido, tendiamo a spostare la nostra attenzione da una particolarità all’altra e rischiamo di perdere di vista il soggetto tutto intero, la persona umana, a cui appartiene questa conoscenza e alla quale è orientata. Nonostante l’immenso beneficio che abbiamo tratto dall’ampliamento delle conoscenze nei campi specialistici, il rischio di perseguire una specializzazione sempre più intensa, particolarmente

te in relazione alla persona umana, è che si arrivi a una visione atomizzata. Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, che ha risposto all’invito e alla guida del Santo Padre organizzando questa Conferenza, svolge un servizio altamente prezioso alla Chiesa e al mondo. Riunendo questi campi ricchi e diversificati della conoscenza sugli anziani ammalati e stimolando un dialogo tra quanti lavorano più specificamente nel campo dell’assistenza agli anziani, avvalendosi del profondo tesoro della saggezza della Chiesa tratto dalla Sacra Scrittura, dai Padri, dalla vita dei Santi, dal discorso teologico e dall’esperienza vissuta della vita pastorale, emerge una nuova profondità nella comprensione. Con questo rinnovato modo d’intendere, la nostra pratica pastorale assume nuovo vigore e nuovo zelo.

Sacramenti

Avvicinandoci al culmine di questa Conferenza, credo che nel complesso sia opportuno rivolgere ora la nostra attenzione a quella suprema espressione della pastorale ecclesiale riservata agli anziani ammalati, e cioè i suoi sacramenti e la sua vita di preghiera. Così come ci sono tre sacramenti che riguardano più strettamente l’inizio del grande pellegrinaggio della vita cristiana, cioè i sacramenti dell’iniziazione cristiana come sono comunemente chiamati – Battesimo, Confermazione ed Eucaristia –, ci sono altri tre sacramenti che accompagnano il pellegrinaggio della vita su questa terra fino al suo compimento. Si tratta dei sacramenti della Riconciliazione, dell’Unzione degli Infermi o Estrema Unzione e dell’Eucaristia o Viatico, come è chiamato quando viene

amministrato a una persona morente. Questi sacramenti, come tutti gli altri, fanno parte del pellegrinaggio della Chiesa mentre cammina attraverso il tempo verso il suo compimento nella condivisione totale della gloria di Cristo, crocifisso e risorto¹. Prima di prendere in considerazione tali sacramenti, tuttavia, sarà utile vedere se si collocano nel contesto della realtà umana degli anziani che sono malati.

Una conseguenza della condizione umana è che siamo tutti persone bisognose. Il bisogno emerge in maggiore evidenza ai due estremi della vita umana. Il neonato non può sopravvivere senza un’attenzione e una cura ininterrotte per soddisfare tutti i suoi bisogni. Nella seconda fase della vita, quando entriamo nel pieno possesso dei nostri talenti e delle nostre capacità, diventiamo, per la maggior parte, autosufficienti, con un’ovvia necessità di reciprocità sociale. Quando entriamo nella terza fase della vita, in età avanzata, torniamo a un’esistenza più dipendente dagli altri, sui quali dobbiamo fare affidamento per molti dei nostri bisogni basilari. Il movimento tra queste due fasi della nostra esistenza umana ha un’intensa risonanza sul nostro senso di identità, valore e autostima.

Minacce alla dignità e al valore degli anziani malati

Le tendenze dominanti della nostra cultura post-moderna tendono ad attribuire valore solo a quegli elementi o a quelle forze che sono considerati produttivi. In quest’ottica, agli anziani che sono malati non viene attribuito molto valore. Al contrario, essi sono spesso considerati, in una prospettiva crudele,

come un peso per la società, a cui sottrae risorse preziose. Tendiamo a segregare gli anziani nelle case, che spesso diventano luoghi di isolamento e di solitudine, tagliandoli fuori dal naturale flusso inter-generazionale della vita familiare. Mentre il ricovero coatto costituì nel XVIII e nel XIX secolo un tentativo di soluzione al crimine e alla povertà, attualmente ha fatto la sua comparsa una nuova forma di ricovero, in cui gli anziani sono tagliati fuori dalla corrente principale della vita, chiusi in istituzioni dell'uno o dell'altro tipo. Poiché questa fascia di popolazione è in continuo aumento, e questa tendenza molto probabilmente sarà costante, emergono serie questioni circa il giusto assetto della società e sull'idoneità della nostra organizzazione pastorale. Il compianto Papa Giovanni Paolo II attirò la nostra attenzione su questa questione affermando, in una lettera alla Seconda Assemblea Generale sull'Invecchiamento (Madrid, 8-12 aprile 2002):

“Si sta producendo ovunque un cambiamento profondo della struttura della popolazione, che porta a riesaminare i progetti sociali e a discutere nuovamente non solo sulla loro struttura economica, ma anche sulla visione del ciclo vitale e sui rapporti fra generazioni. Si può dire che una società si mostra giusta nella misura in cui risponde ai bisogni assistenziali di tutti i suoi membri e il suo livello di civiltà si misura in base alla protezione offerta ai membri più deboli del tessuto sociale. Come garantire la durata di una società che sta invecchiando, consolidando la sicurezza sociale delle persone anziane e la qualità della loro vita?

Per rispondere a questa domanda è necessario non lasciarsi guidare soprattutto da criteri economici, ma ispirarsi piuttosto a saldi principi morali.

Occorre, in primo luogo, considerare l'anziano nella sua dignità di persona, dignità che non diminuisce con il passare degli anni e con il deterioramento della salute fisica e psichica. È evidente che questa considerazione positiva può trovare un terreno fecondo solo in una cultura capace di superare gli stereotipi sociali, che fanno consistere il valore della persona nella

gioinezza, nell'efficacia, nella vitalità fisica e nella piena salute. L'esperienza dice che, quando manca questa visione positiva, è facile che si emargini l'anziano e lo si releghi a una solitudine paragonabile a una vera morte sociale. E la stima che l'anziano ha di se stesso non dipende forse in buona parte dall'attenzione che riceve in famiglia e nella società?”

Quando si perseguono consapevolmente altri mezzi per facilitare la rete vitale familiare e sociale dei loro residenti, case e ospizi per anziani ammalati possono servire, e in effetti servono, per uno scopo altamente positivo, come nel caso in cui offrono programmi e servizi di natura palliativa agli anziani che si

ce nei suoi riti sacramentali. Tutti gli altri eccellenti servizi pastorali che sono realizzati dagli uomini e dalle donne vicini all'anziano ammalato – visite, preghiera, consigli – giungono all'apice nell'incontro con la presenza viva del Signore mediata dai Sacramenti. Ciò che è rivelato dal segno sacramentale è una dimostrazione che genera e rafforza la comunione di questa persona con il corpo vivo di Cristo, e con Cristo stesso come suo capo. Ciò esprime in modo eloquente la particolare preoccupazione della Chiesa di Cristo per i suoi membri malati e sofferenti, nei quali riconosce l'inalienabile valore e dignità di cui essi godono agli occhi di Dio. Anche se le loro facoltà



stanno approssimando alla morte. Spesso, date le condizioni socio-economiche in cui molte famiglie vivono oggi, sarebbe virtualmente impossibile per un buon numero di loro fornire un posto degno ai loro membri più anziani per poter rimanere nella casa familiare, anche quando la loro salute fisica fosse relativamente buona. La cosa diventa più problematica quando i componenti anziani richiedono cure specialistiche e un sostegno maggiore. Se entrambi i coniugi lavorano fuori casa, un anziano che vive nella stessa casa sarebbe lasciato solo per lunghi periodi di tempo.

È nelle situazioni di bisogno nella vita degli anziani malati che la Chiesa offre l'abbraccio dell'amore di Cristo reso concreto ed effica-

ce possono risultare imperfette e la loro capacità di relazionarsi potrebbe essere compromessa a causa della malattia e del dolore, essi mantengono nell'intimo del proprio essere lo splendore della loro identità ontologica come creature di Dio create dall'amore e sulle quali Egli ha impresso la propria immagine divina. Il ricordo della sofferenza e della morte di Gesù ci dà quella certezza, frutto della fede, che alle membra sofferenti del corpo di Cristo nella loro fragilità e malattia è offerto lo stesso amore con cui il Padre ha contemplato il proprio Figlio nella sua agonia. Nell'Introduzione al rito sacramentale dell'Unzione leggiamo: “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'Unzione⁷².

La ricerca della felicità

Tutte le persone, specialmente gli anziani ammalati, desiderano la felicità e la pienezza di vita. Come sottolinea Papa Benedetto XVI, "l'uomo è creato per la felicità vera ed eterna, che solo l'amore di Dio può dare. Ma la nostra libertà ferita si smarrirebbe, se non fosse possibile già fin d'ora sperimentare qualcosa del compimento futuro"⁷³. Questo è il desiderio più profondo che alberga nel cuore di ogni essere umano e, in un modo o nell'altro, è ciò che plasma e guida la vita di ciascuno di noi.

Di conseguenza, dobbiamo rivolgere la nostra attenzione rispettosa al cuore dell'uomo e ai suoi desideri profondi. Come troveremo la pienezza di vita che i nostri cuori cercano? È la domanda perenne che sta dietro ogni nobile sforzo dell'impresa umana: nell'arte, nella letteratura, nella musica, nell'architettura, così come in campo economico, nella vita sociale, politica o in ogni altra impresa umana degna di nota. Di certo non potremo ritenerci soddisfatti se tutto ciò che abbiamo da offrire in risposta agli interrogativi ultimi che scaturiscono dalla sofferenza degli anziani gravemente ammalati sono solo vaghe parole di consolazione, un'opinione o un'interpretazione soggettiva. In un meraviglioso passaggio dello scomparso Don Luigi Giussani leggiamo: "la cristianità, concepita nuovamente nella sua originalità strutturale, afferma in primo luogo che il percorso verso la verità è una cosa oggettiva... Il cammino dell'uomo verso la verità, e verso il suo destino, non è alla mercé dei suoi pensieri, o dei pensieri altrui, o della società in cui vive. Il cammino è oggettivo – non si tratta di immaginarlo o di inventarlo, ma di seguirlo... Una realtà viva che ci invita a seguirla: è questa la caratteristica propria dell'evento cristiano. Questa è la vita della Chiesa. E ciò che costituisce

questa vita è, senza dubbio, la lettura del Vangelo, la Parola di Dio; ma è il Vangelo interpretato dalla consapevolezza viva di un corpo vivo, guidato a sua volta da un'altra realtà viva, il Magistero, e questo corpo ha il proprio ritmo nello scorrere del tempo, cioè la Liturgia⁷⁴. Ciascuno dei sette sacramenti della Chiesa è parte integrante della sua Liturgia sacra. Essi sono, per loro stessa natura, atti pubblici di culto resi a Dio che, a loro volta, portano i frutti della sua grazia salvifica nel bisogno concreto delle vite di coloro che li celebrano.

CATECHESI

Al primo posto tra le considerazioni riguardanti il posto dei sacramenti nella cura degli anziani ammalati nella situazione attuale c'è il bisogno pressante di una catechesi più efficace. Anche se molte pratiche e programmi ammirevoli per il ministero sacramentale rivolto a queste persone sono importanti nella vita di un gran numero di chiese particolari, ce ne sono ancora molte che hanno solo una vaga nozione del Tesoro sacramentale della Chiesa, o che lo ignorano completamente. Ogni membro della Chiesa, e in special modo gli ammalati, dovrebbe avere una consapevolezza viva della potenza e della grazia disponibile per loro nei sacramenti. A questo scopo, è necessaria una catechesi efficace nella preparazione e nella partecipazione ai sacramenti della Riconciliazione, dell'Unzione e nel Viatico. Gli anziani che sono malati devono essere incoraggiati a chiedere il Sacramento dell'Unzione quando inizia la loro malattia e non a respingerlo. È di assoluta importanza che coloro che si prendono cura degli anziani siano formati in modo adeguato sulla natura essenziale del Sacramento dell'Unzione, ne comprendano lo scopo e ne apprezzino il significato nella vita di coloro che assistono.

Minacce e sfide

Poiché le organizzazioni pubbliche occupano un ruolo sempre più importante nel campo delle cure assistenziali in ambienti istituzionali, vengono introdotti nuovi stan-

dard per quel tipo di cura che tradizionalmente chiamiamo "pastorale" e che viene comunemente designata in modo vago e amorfo come "cura spirituale". Una cura pastorale autentica è in stretto rapporto con l'accompagnamento e la guida; è molto di più, infatti, della dispensazione di un sostegno emotivo e vagamente spirituale, per quanto buono esso sia. La missione di servizio pastorale agli anziani ammalati è propriamente una missione incarnata. Ciò, naturalmente, include il coinvolgimento nell'umanità piena di coloro che sono serviti, ma risulta decisamente inadeguata se non fa un riferimento primario al Dio che si è incarnato nella carne umana del proprio Figlio. I sacramenti sono i segni e gli strumenti reali che permettono di far presente il Cristo incarnato in colui che li riceve in un atto di fede. In quanto tali, essi devono essere sempre considerati basilari in un autentico progetto di pastorale cattolica. Inoltre, molte strutture rette dal governo tendono sempre più ad affidare il ruolo di cappellano a laici formati professionalmente in programmi di educazione clinico-pastorale. Talvolta questi programmi di formazione non fanno cenno al posto dei sacramenti nella pastorale ordinaria. Può accadere, così, che un sacerdote che si reca in queste strutture per prendersi cura degli anziani ammalati venga considerato un "extra" sempre meno necessario e un intruso. È altamente auspicabile e necessario che ci sia un vero spirito di collaborazione rispettosa tra tutti coloro che si prendono cura degli ammalati anziani, e specialmente tra le persone che sono direttamente impegnate nelle dimensioni pastorali di questa cura. Dato che in molti luoghi ci sono sempre meno sacerdoti disponibili per servire i fedeli, è quanto mai necessario che esista un rapporto armonioso tra laici e sacerdoti che lavorano con gli anziani ammalati. Mi viene in mente una forte esperienza personale: nei primi anni della mia ordinazione ho lavorato in una parrocchia. Nelle immediate vicinanze della chiesa parrocchiale c'era un ospedale cattolico. Anche se esisteva un dipartimento pastorale nell'ospedale, non c'erano sacerdoti disponibili oltre allo staff della parrocchia. Una delle suore

che faceva parte del personale infermieristico dell'ospedale, una figlia spirituale di Santa Margherita d'Youville, fondatrice delle Grey Nuns, era solita visitare i pazienti gravemente ammalati durante il tempo libero. Con gentilezza ma anche con discreta perseveranza, li preparava a ricevere i sacramenti della Penitenza, dell'Unzione e la Santa Comunione. Quando facevo le mie visite quotidiane, a volte rapide, nei reparti dell'ospedale, nel corso degli altri miei impegni nella parrocchia, la suora mi portava serenamente verso l'una o l'altra stanza dove indicava semplicemente "sono pronti". Suor Cecile era profondamente amata dai pazienti e dai loro familiari che frequentavano l'ospedale e non dimenticherò il suo sostegno discreto e gentile al mio ministero sacerdotale.

Equiparare la funzione del cappellano a un ruolo professionale, nelle strutture che si occupano di anziani ammalati, può a volte introdurre una nota di tensione, non necessaria e dannosa, tra il "cappellano" istituzionale e il "pastore" del paziente o ricoverato. Mentre il cappellano ha la responsabilità immediata di provvedere a una pastorale appropriata per il ricoverato, occorre ricordare che questo stesso ricoverato o paziente proviene da una comunità parrocchiale e, almeno idealmente, vi resta legato. I cappellani devono essere in contatto con i parroci e questi ultimi non possono semplicemente delegare la loro responsabilità pastorale al cappellano istituzionale. È un grande sollievo per gli ammalati anziani essere visitati dal proprio parroco, ricevere i Sacramenti dalle loro mani ove possibile e sapere che la malattia non li ha tagliati fuori dalla comunità.

L'accesso a una pastorale adeguata e ai sacramenti, in particolare, è minacciato da molte situazioni che nascono a causa della legge sulla "privacy". Spesso ai pazienti che vengono ammessi negli ospedali o nelle strutture infermieristiche non viene chiesto di indicare la propria fede religiosa e lo staff dell'ospedale ha il divieto di svelare qualunque informazione personale su questi pazienti o ricoverati. Allo stesso tempo, i sacerdoti e i volontari pastorali non possono visitare i

pazienti che non hanno specificamente richiesto la loro visita. Così succede che molti pazienti che sono ammessi in condizioni tali che non permettono loro di richiederlo sono privati della visita pastorale e dei sacramenti. Per superare questa difficoltà, occorrono sforzi vigorosi per educare la comunità cattolica al bisogno di identificarsi chiaramente e in modo rilevante come cattolici. In alcuni luoghi sono a disposizione tessere o braccialetti di identificazione per i cattolici, che riportano la seguente scritta: "Sono cattolico. In caso di incidente o grave malattia, per favore chiamate un sacerdote".

Se il nostro ricorso ai sacramenti nella cura degli anziani malati deve essere appropriato e significativo, dobbiamo comprenderne chiaramente la natura e il dinamismo. Nel Sacramento dell'Unzione degli Infermi è Cristo Signore che agisce attraverso la persona del ministro sacro, arrivando a toccare la vita del malato. Nel Vangelo di Marco si fa allusione a questa unzione quando Gesù invia i dodici: "Scacciavano molti demòni, ungevano di olio molti infermi e li guarivano" (Mc 6,13). San Giacomo, fratello del Signore, incarica esplicitamente "i presbiteri della Chiesa" di ungere coloro che sono malati e specifica l'effetto di questa ponderosa preghiera: "Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato: il Signore lo rialzerà e se ha commesso peccati gli saranno perdonati" (Gc 5,14-15). Qui troviamo il fondamento scritturale del credo e dell'insegnamento della Chiesa sull'Unzione degli Infermi.

La potenza dello Spirito Santo è significativa e diventa operativa nell'unzione con l'olio benedetto per l'uso in questo sacramento. Papa Paolo VI, nel promulgare il rito dell'Unzione degli Infermi attualmente in uso nella Chiesa latina, parla chiaramente di come questa pratica della Chiesa sia radicata nella Scrittura e nella Tradizione: "Testimonianze relative all'Unzione degli infermi si trovano fin dai tempi antichi, nella Tradizione della Chiesa, segnatamente in quella liturgica, sia in Oriente che in Oc-

cidente. Sono da ricordare in proposito, a titolo speciale, la Lettera scritta dal Pontefice Innocenzo I, Nostro Predecessore, a Decenzio, Vescovo di Gubbio, e il testo della veneranda preghiera usata per benedire l'Olio degli infermi: 'Effondi, o Signore, il tuo Spirito Santo paraclito', la quale fu inserita nella Prece Eucaristica ed è tuttora conservata nel Pontificale Romano"⁵.

Bisogna evitare qualsiasi cosa suggerisca un senso quasi magico del potere del Sacramento dell'Unzione. La grazia conferita dallo Spirito Santo nel sacramento è veramente potente ed efficace, ma presume la fede. Colui che è malato è salvato dalla sua fede e dalla fede della Chiesa. Questa fede ci ricorda la morte e resurrezione del Signore da cui trae il suo potere, mentre attende la pienezza dell'avvento del "regno di Dio" di cui è la promessa. Va notato che pur se una persona non deve essere conscia per ricevere e trarre beneficio dal Sacramento dell'Unzione, deve esserci nondimeno almeno un desiderio implicito di ricevere questa grazia. Quando possibile, la mente e il cuore di colui che deve ricevere il Sacramento dell'Unzione dovrebbero essere aiutati a prepararsi a questa ricezione riflettendo e pregando, e con una precedente ricezione del Sacramento della Riconciliazione ove necessario. Questa confessione sacramentale può essere celebrata durante il rito di introduzione, tenendo presente la necessità della privacy durante questa parte della celebrazione.

Nomi e significati

Non c'è riassunto migliore della realtà e degli effetti del Sacramento dell'Unzione di quello che troviamo nei decreti del Concilio di Trento: "Questo effetto, infatti, è la grazia dello Spirito santo, la cui unzione lava i peccati, se ve ne fossero ancora da espiare, e le conseguenze del peccato; solleva e rafforza l'anima dell'ammalato, eccitando in lui una grande fiducia nella divina misericordia. L'infermo, sollevato da essa, sopporta più facilmente le molestie del male e i travagli; e resiste più facilmente alle tentazioni del demonio che insidia il suo calcagno (Gen 3,15), e

qualche volta, se giova alla salvezza dell'anima, riacquista la salute del corpo"⁶. Da qui apprendiamo il ruolo centrale dello Spirito Santo in questo sacramento per rimettere i peccati, dare coraggio e forza al malato, aiutare a resistere alla tentazione e a volte a effettuare la guarigione corporale. Possiamo anche attribuire al Concilio di Trento la pratica di riferirsi a questo sacramento come al sacramento del moriente, in quanto assume un significato particolare quando una persona è al termine della propria vita. La chiarezza dottrinale del decreto del Concilio di Trento specifica che il ministro del sacramento è il sacerdote⁷. Il successivo insegnamento e pratica della Chiesa lo ha confermato ed è riaffermato nel Codice di Diritto Canonico contemporaneo⁸.



Nella pratica attuale della Chiesa, e per giuste ragioni, di solito non ci riferiamo al sacramento come all'"Unzione dei Malati". Come chiarito nel Concilio Ecumenico Vaticano II, questo sacramento prima chiamato "Estrema unzione", non è solo per coloro che sono sul punto di morte. Un accesso più generoso a esso è indicato per chiunque inizi a essere in pericolo di morte a causa di malattia o dell'età⁹. È della maggiore importanza che questa precisazione sia chiaramente nota agli stessi malati anziani e ai membri delle loro famiglie come pure a coloro che provvedono alla loro assistenza e cura.

Occorre una più grande consapevolezza per apprezzare la dimensione pienamente ecclesiale di tale sacramento. Esso non è mai un atto meramente privato, ma riguarda l'intera Chiesa. Il Decreto del Concilio Vaticano II, riferendosi alla lettera dell'Apostolo Giacomo, lo chiarisce: "Con la sacra unzione degli infermi e la preghiera dei sacerdoti, tutta la Chiesa raccomanda gli ammalati al Signore sofferente e glorificato, perché alleggerisca le loro pene e li salvi (Cfr. *Gc* 5,14-16), anzi li esorta a unirsi spontaneamente alla passione e morte di Cristo (Cfr. *Rm* 8,17; *Col* 1,24)"¹⁰.

Il Sacramento dell'Unzione dei Malati sta diventando una realtà sempre più visibile nella vita normale della Chiesa. Grazie a un più profondo apprezzamento della sua grazia sanante e alla forte testimonianza di celebrazioni comuni del sacramento ben pubblicizzate in occasione della Giornata Mondiale del Malato, c'è un maggiore desiderio di accedere a questo sacramento. Naturalmente, c'è anche un bisogno costante di esercitare una vigilanza pastorale affinché al sacramento non sia recata offesa con un atteggiamento triviale o frivolo. Solitamente, con gli anziani malati ciò non costituisce una fonte di particolare preoccupazione.

Continuare la missione sanante di Gesù

Molte delle nostre istituzioni sanitarie cattoliche incorporano questa descrizione nelle loro dichiarazioni di missione o altre proclamazioni dell'intento e dell'identità del loro lavoro. Infatti, una più piena comprensione della Chiesa la vede come sacramento universale di salvezza per tutti i tempi e tutti gli uomini. Ma il compito della Chiesa non è qualcosa che essa si è imposta. Essa riceve la sua missione dal Signore, di cui forma il corpo. Con Cristo come capo vivo del corpo e con noi come sue membra, noi dobbiamo realizzare questa missione salvifica nel mondo di oggi. In tutto il Vangelo troviamo i segni della preoccupazione amorosa di Gesù per i malati, i poveri e i sofferenti. Egli inviò i suoi apostoli a guarire i malati come leggiamo nel Vangelo di Marco: "Allora chiamò

i Dodici e incominciò a mandarli a due a due e diede loro potere sugli spiriti immondi... E partiti, predicavano che la gente si convertisse, scacciavano molti demòni, ungevano di olio molti infermi e li guarivano" (*Mc* 6,7-13). Vediamo dal testo della lettera dell'Apostolo Giacomo, che la prima Chiesa comprese la sua missione di includere questa continuità della presenza e della missione guaritrice di Gesù: "Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato: il Signore lo rialzerà e se ha commesso peccati gli saranno perdonati" (*Gc* 5,14-15). La duplice azione di guarire e perdonare i peccati non è una giustapposizione casuale, ma un'indicazione toccante che nel ministero della Chiesa sono effettivamente presenti la vita e la potenza del Cristo Risorto.

Sforzi attuali per catechizzare gli anziani ammalati e coloro che li circondano devono continuare a essere il fondamento dell'operato affinché questo incontro pieno di grazia con il Signore nel sacramento dell'Unzione non sia rimandato fino al momento della morte. Ancora una volta, la nomenclatura è istruttiva e rivelatrice. Come afferma il Catechismo della Chiesa Cattolica: "Nel corso dei secoli, l'Unzione degli infermi è stata conferita sempre più esclusivamente a coloro che erano in punto di morte. Per questo motivo aveva ricevuto il nome di 'Estrema Unzione'"¹¹. Ovviamente, se il Sacramento dei Malati è visto anzitutto come Estrema Unzione, cioè fine, ciò impedirà a molti di averne accesso.

Unzione degli infermi come celebrazione di tutta la Chiesa

Questo sacramento, come tutti i sacramenti della Chiesa, è un atto pubblico dell'intera Chiesa, parte della sua sacra Liturgia. "Idealmente l'unzione ha luogo nella famiglia, forse con la partecipazione degli infermieri (e dei medici?)... Se avviene alla presenza di tutta la comunità parrocchiale, sarebbe ancora più efficace sia per il malato sia per i fedeli. Sarebbe opportuno che si tenesse una celebrazione co-

mune dell'unzione di questo genere una o due volte l'anno, ma deve essere ben preparata in anticipo... Celebrazioni comuni permettono ai malati di sperimentare la vicinanza con cui la loro comunità li accompagna con le preghiere e il sostegno"¹². Questo accento rinnovato sulla dimensione ecclesiale del sacramento che coinvolge l'intera Chiesa è del tutto coerente con i principi che guidano la vita liturgica della Chiesa stabiliti dal Concilio Ecumenico Vaticano II. La liturgia della Chiesa non è mai privata, ma manifesta la natura della Chiesa come comunità di salvezza e ha effetto sulla sua vita.

Guardando alla dimensione comune della celebrazione dei sacramenti con gli anziani che sono malati, scopriamo anche che gli infermi non sono solo dei riceventi passivi della grazia. Essi danno un ragguardevole contributo al bene dell'intera Chiesa. Tale consapevolezza, se ben comunicata, potrebbe fare meraviglie per cancellare la nozione errata che gli anziani non hanno nulla da apportare. Il rito del Sacramento dell'Unzione esorta coloro che lo ricevono a "unirsi spontaneamente alla passione e morte di Cristo (Cfr. *Rm* 8,17; *Col* 1,24), per contribuire così al bene del popolo di Dio"¹³. Il Catechismo della Chiesa Cattolica ci ricorda nuovamente che nella celebrazione dell'Unzione degli Infermi questi dovrebbero essere "aiutati dal loro pastore e da tutta la comunità ecclesiale, che è invitata a circondare in modo tutto speciale i malati con le sue preghiere e le sue attenzioni fraterne"¹⁴. L'articolo successivo del Catechismo raccomanda che questa celebrazione comune venga fatta idealmente durante l'Eucaristia¹⁵.

Forza nella sofferenza come grazia del Sacramento dell'Unzione

Nonostante i nostri valenti sforzi per prenderci cura degli anziani ammalati, la sofferenza continua a far parte della vita. Ciò vuol dire forse che esiste un certo tipo di insufficienza nella grazia del sacramento dell'Unzione o dell'Eucaristia? Questo pensiero minaccia di prendere piede nella pratica di al-

cuni gruppi di preghiera di stile carismatico meno maturi e può arrecare un danno profondo, oltre a rappresentare un vero ostacolo a una saggia pratica pastorale. La forza e la guarigione che si ricevono in questo sacramento rendono più profondi la presenza e il dinamismo dello Spirito Santo nella dimensione interiore della vita del ricevente. Come scrisse l'allora Cardinale Ratzinger: "Una visione del mondo incapace di dare significato e valore alla sofferenza non serve a nulla. Essa non è di aiuto al momento della crisi più grave dell'esistenza. Coloro che non hanno nulla da dire sulla sofferenza, tranne che dobbiamo combatterla, ci deludono. Naturalmente occorre fare tutto il possibile per diminuire la sofferenza dell'innocente e limitarne il dolore. Ma non esiste vita umana senza sofferenza e colui che è incapace di accettarla rifiuta quelle purificazioni che, sole, ci permettono di raggiungere la maturità. In comunione con Cristo, il dolore acquista significato, non esclusivamente per me, come un processo di *ablatis* in cui Dio mi purifica dell'impurità che nasconde la sua immagine, ma va oltre me, così che possiamo dire con San Paolo: "Per ciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa" (*Col* 1,24)¹⁶.

Che cosa significa sofferenza?

Ciò che affligge gli anziani ammalati oggi ben più del loro disagio e dolore fisico è il nocivo condizionamento che la loro sofferenza non abbia significato o valore. Questa tesi crudele e disumana va ben oltre la semplice considerazione degli anziani infermi. Vi è, certamente, una certa ambiguità nell'esperienza della sofferenza, specialmente quando questa è intensa. Non si cresce nella sofferenza se la si sopporta solo per se stessa. Nella sofferenza c'è una trascendente qualità misteriosa che compare in primo piano quando capiamo le nostre sofferenze in relazione a quelle del Figlio di Dio. "L'effetto sanante del sacramento è voluto per calmare gli infermi e metterli in grado di integrare la loro malattia e

le sue conseguenze nelle loro vite in maniera cristiana"¹⁷.

Ancora una volta, dobbiamo fare attenzione a evitare ogni nozione magica dell'autentico potere sanante del Sacramento dell'Unzione, o di ogni sacramento per quanto riguarda ciò. Nella Costituzione sulla Sacra Liturgia, il Concilio Ecumenico Vaticano II ci ricorda che: "I sacramenti sono ordinati alla santificazione degli uomini, all'edificazione del corpo di Cristo e, infine, a rendere culto a Dio; in quanto segni hanno poi anche un fine pedagogico"¹⁸. Attraverso la celebrazione del Sacramento dell'Unzione dei malati approfondiamo la nostra comprensione della sofferenza scoprendone il posto profondo nella relazione con Dio.

I sacramenti della Penitenza, dell'Unzione degli Infermi e il Viatico portano una grazia forte allo scuro mistero della sofferenza. Nell'introduzione al rito del Sacramento leggiamo: "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 forza. Sanno infatti dalle parole di Cristo quale sia il significato e quale 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"¹⁹.

Sofferenza e comprensione

In un senso vero, il mistero della sofferenza rivela l'uomo a se stesso. La liturgia dell'Unzione degli Infermi, come tutta la liturgia, va ben al di là di quel che possiamo vedere e sperimentare con le limitazioni del nostro essere corporale. Ancora una volta le parole dell'allora Cardinale Ratzinger sono istruttive: "La liturgia non riguarda soltanto ciò che può essere immediatamente compreso a un livello superficiale, come i titoli dei giornali. Essa si rivolge all'essere umano in tutta la sua profondità, che va ben al di là della nostra consapevolezza quotidiana; ci sono cose che

comprendiamo soltanto con il cuore; la mente può gradualmente crescere nella comprensione quanto più permettiamo al nostro cuore di illuminarla”²⁰. È questa trasformazione personale che la grazia del sacramento suscita nel profondo della persona che la riceve. Questo cambiamento personale interiore ci dà una prospettiva interamente nuova. Leggiamo nel Catechismo: “Cristo invita i suoi discepoli a seguirlo prendendo anch’essi la loro croce. Seguendolo, assumono un nuovo modo di vedere la malattia e i malati. Gesù li associa alla sua vita di povertà e di servizio”²¹.

Conclusione

Il sostegno spirituale offerto ai membri anziani e malati della Chiesa nei sacramenti e nelle preghiere trasforma l’esperienza della sofferenza e della malattia rivelando qualcosa del suo mistero. Quando preghiamo per la guarigione, sappiamo che Dio è la fonte di ogni guarigione, del corpo, della mente e dell’anima, ed Egli sa ciò di cui abbiamo bisogno prima ancora che lo chiediamo. La mano di Cristo che si allunga per perdonare, guarire e nutrire nel sacramento della Penitenza, dell’Unzione e nella Santa Comunione è la mano del Cristo risorto e glorificato, che porta ancora il segno dei chiodi che

l’hanno trafitta. Noi non siamo resi immuni al peso misterioso della sofferenza dai sacramenti o dalla preghiera. Coraggiosamente portiamo sulle nostre spalle quel peso in compagnia del Signore, siamo attirati ancora di più nel cuore di Cristo dove scopriamo la gioia inespriabile della comunione eterna di amore scambiata reciprocamente tra il Padre, il Figlio e lo Spirito. Questa è la certezza di fede che trasforma e dà vita come espresso nelle parole di San Paolo: “Io sono infatti persuaso che né morte né vita, né angeli né principati, né presente né avvenire, né potenze, né altezza né profondità, né alcun’altra creatura potrà mai separarci dall’amore di Dio, in Cristo Gesù, nostro Signore” (Rom 8,38 ss.).

S.E. Mons. JAMES WINGLE
Vescovo di Saint Catharines,
Canada
Membro del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

Note

¹ Cfr. Concilio Ecumenico Vaticano Secondo, Costituzione Dogmatica sulla Chiesa *Lumen Gentium*, 48.

² Cfr. PAOLO VI, Costituzione Apostolica *Il*

Sacramento dell’Unzione dei Malati, 30 Novembre 1972.

³ BENEDETTO XVI, *Sacramentum caritatis*, Esortazione Apostolica Post Sinodale, 2007, 30, Libreria Editrice Vaticana, p. 53.

⁴ LUIGI GIUSSANI, “Religious Awareness in Modern Man,” *Communio*, vol. XXV, no. 1, Spring 1998, p. 135.

⁵ Cfr. PAOLO VI, Costituzione Apostolica *Il Sacramento dell’Unzione dei Malati*, 30 Novembre, 1972.

⁶ Concilio di Trento, Sessione XIV, Estrema unzione, capitolo 2: CT, VII, 1, 356; Denz-Schon 1696.

⁷ *Ibidem*, cap. 3, canone 4: CT, *ibid.*; Denz-Schon 1697-1719.

⁸ Cfr. Canone 1003, § 1.

⁹ Concilio Ecumenico Vaticano II, Costituzione Sacrosanctum Concilium 73: AAS 56 (1964) 118-119.

¹⁰ *Ibidem*, Costituzione *Lumen Gentium* 11: AAS 67 (1965) 15.

¹¹ *Catechismo della Chiesa Cattolica*, 1512.

¹² ATTILA MIKLOSHAZY, S.J., *Benedicamus Domino: The Theological Foundations of the Liturgical Renewal*, Ottawa, Novalis, 2001, p. 138.

¹³ Concilio Ecumenico Vaticano II, *Lumen Gentium* 11: AAS 67 (1965) 15.

¹⁴ *Catechismo della Chiesa Cattolica*, 1516.

¹⁵ *Ibidem*, 1517.

¹⁶ CARDINALE JOSEPH RATZINGER, *Called to Communion: Understanding the Church Today*, translated by Adrian Walker, San Francisco: Ignatius Press, 1996, p. 155, traduzione libera.

¹⁷ ATTILA MIKLOSHAZY, S.J., *Benedicamus Domino: The Theological Foundations of the Liturgical Renewal*, Ottawa, Novalis, 2001, p. 135.

¹⁸ Concilio Ecumenico Vaticano II, Costituzione Sacrosanctum Concilium 59: AAS 56 (1964) 158.

¹⁹ Cfr. PAOLO VI, Costituzione Apostolica *Il Sacramento dell’Unzione dei Malati*, 30 Novembre, 1972.

²⁰ CARDINALE JOSEPH RATZINGER, *La festa della fede. Saggi di Teologia liturgica*, traduzione libera.

²¹ *Catechismo della Chiesa Cattolica*, 1506.



VITOR FEYTOR PINTO

4.7 Visite agli ammalati anziani

Introduzione

1. Vorrei iniziare questo mio intervento, che è l'ultimo di questa Conferenza Internazionale in Vaticano 2007, facendo i complimenti a Sua Eminenza Reverendissima il Cardinale Lozano Barragán per questa iniziativa del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, dedicata allo studio della pastorale nella cura degli ammalati anziani. Si tratta di uno studio di grande attualità poiché, con l'aumento del tempo medio di vita, aumenta il numero di persone con più di 75 anni a cui, in presenza di malattia, si devono prestare speciali cure in modo da garantire loro una sufficiente qualità di vita.

2. Il tema che mi è stato affidato "visite agli ammalati anziani", è essenzialmente pastorale, reclama la continua presenza presso le persone più anziane che patiscono di normali malattie dell'invecchiamento. Come dato interessante, posso affermare che nella mia parrocchia di Lisbona, in centro città e con una popolazione di circa 25.000 abitanti, dall'ultimo censimento risultavano ben 602 persone con oltre 90 anni e alcune migliaia che superavano i 75 anni di età. Visitare tali persone durante i periodi d'infermità è una delle più importanti attività dei sacerdoti e dei gruppi di volontari, integrati nel Nucleo Parrocchiale della Pastorale della Salute.

3. Approfondirò il tema in tre parti:

- La visita agli ammalati, un'opera di misericordia.
- Chi sono gli ammalati che visitiamo e dove si trovano.
- Qual è l'appoggio umano e cristiano che offriamo loro.

1. La visita agli ammalati, un'opera di misericordia

1. *Nella vita cristiana non basta accogliere la misericordia di Dio.* Se Gesù manifesta in tanti modi la misericordia del Padre, Lui ci chiede anche di usare la misericordia riguardo ai nostri fratelli.

- Il Catechismo della Chiesa Cattolica (CCC 2447) ce lo dice espressamente: "Le opere di misericordia sono azioni con le quali soccorriamo il nostro prossimo nelle sue necessità corporali e spirituali (...), nel dare da mangiare a chi ha fame, nell'ospitare i senza tetto, nel vestire chi ha bisogno di indumenti, nel visitare gli ammalati e i prigionieri, nel seppellire i morti; le opere di misericordia corporali sono testimonianze di carità fraterna, ma anche una pratica di giustizia che piace a Dio" (Mt 6,2-4).

- "Le malattie fisiche e psichiche sono un segno evidente di debolezza umana che richiama il suo bisogno di salvezza" (Cfr. CCC 2448). Il rapporto sociale, animato dalla carità, che si ottiene tramite la visita, permette di alleviare la sofferenza e di iniziare le cure agli ammalati caratterizzati dalla solitudine.

- La visita agli ammalati permette, inoltre, di correlare tra loro le diverse opere di misericordia. Andando incontro a delle persone che, per la loro età e per la loro malattia, non possono uscire di casa, si porta loro da mangiare (dare da mangiare a chi ha fame), si mette loro in ordine la casa; si provvede alle loro necessità igieniche (vestire chi ha bisogno di indumenti e ospitare), consigliando, consolando e confortando (opere di misericordia spirituali). È il "servizio completo", è il gesto di amore, è la solidarietà effettiva, è la condivisione offerta dalla comunità cristiana.

2. *Questi gesti di misericordia sono l'appoggio al corpo, con le sue necessità, ed allo spirito, tante volte privi di comprensione e d'aiuto.* In special modo gli ammalati più anziani rimangono spesso avvolti in un'immensa solitudine. Sono ormai rimasti senza colleghi, poiché hanno abbandonato da qualche tempo i loro posti di lavoro. Sono anche rimasti senza amici ormai già deceduti e, molte volte, anche senza famiglia, perché i parenti, prossimi o lontani, si fanno vedere sempre meno. È la sindrome della solitudine.

- Se "la pastorale è l'attività della Chiesa, tramite la quale si realizza, qui e ora, l'azione salvifica di Cristo", possiamo domandarci: come faranno a salvarsi queste persone, anziane e ammalate? La salvezza deve essere globale, con risposte a livello umano, a livello sociale e a livello spirituale. La Pastorale della Salute deve assumere questo triplice processo d'intervento.

- È urgente il lavoro di collaborazione tra la Pastorale della Salute e la Pastorale Sociale. "Nessuno predica a degli stomaci vuoti". Se si vuole avvicinare a Dio ognuno di questi ammalati, è necessario garantire loro le cure per la salute, le condizioni sociali, i rapporti familiari e d'amicizia che assicurano la loro dignità. Tutti gli operatori di una pastorale comune devono essere chiamati a prestare cure agli anziani ammalati e, in pratica, creare condizioni per delle cure olistiche che coinvolgono l'appoggio bio-psico-sociale e spirituale.

Una pastorale della salute integrata risponderà a tutti i problemi a proposito dei quali l'anziano ammalato ha bisogno di una risposta. È questo che si pretende con le visite agli ammalati anziani.

- Visitare è sinonimo di umaniz-

zare. L'umanizzazione delle cure, vera espressione del rapporto umano, diviene indispensabile. Fare attenzione al tipo di rapporto, che non può risultare in una semplice attività tecnica, presuppone un rapporto che contenga espressioni di tenerezza, di comprensione, di ascolto, indispensabili a un rapporto veramente umano.

– *Il rapporto pastorale di aiuto costituisce il nucleo centrale.* Si converte in una forma di evangelizzazione, visto che coltiva la prossimità, la presenza confermata, la conoscenza della persona, il linguaggio simbolico, l'opportuno annuncio di Gesù Cristo Salvatore.



– *Il tempo della visita si può trasformare in un tempo privilegiato di preghiera.* La santificazione, nel procurare la piena e perfetta comunione con Cristo, suscita un dialogo d'intimità in cui è Dio che parla e dove sia il visitatore sia l'ammalato si lasciano coinvolgere dall'ambiente di pace che soltanto la preghiera riesce a creare. La Parola di Dio è un elemento indispensabile per l'incremento della spiritualità, nell'incontro con Dio che man mano si costruisce. Umanizzazione, Evangelizzazione e Santificazione sono le tappe da integrare in un Rapporto Pastorale di Aiuto, quando si visita con frequenza una persona ammalata, soprattutto se l'anziano si accorge che sta vivendo il momento più importante della vita, il tempo della grande sintesi.

2. Chi sono gli ammalati anziani che visitiamo

1. Negli ammalati con età avanzata si può parlare di una sindrome complessiva. L'ammalato soffre di tutto, si lamenta di quasi tutto, ha tante cose da dire che rispecchiano la sua situazione. Nonostante tutto, vi sono tre aspetti che caratterizzano più spiccatamente questo ammalato di età avanzata: l'invecchiamento, la solitudine, le malattie opportuniste.

– *L'invecchiamento*, con conseguenze a livello di deambulazione, con complicazioni nel sonno e nel riposo, con esigenze nell'alimen-

e non è più in grado di sviluppare i processi di resistenza di fronte all'assalto di una polmonite, di un cancro, di un arresto cardiaco. L'anziano, di conseguenza, cade con facilità in malattie terminali.

Questi anziani devono essere seguiti e la visita che viene loro fatta da parte dei membri della loro comunità cristiana diventa una benedizione indimenticabile, una vera presenza di Gesù Salvatore. La visita porta loro la pace di cui necessitano.

2. *L'età avanzata è un tempo di perdita progressiva*, anche quando non vi è "Alzheimer" né "demenza senile". Di che perdite si tratta?

– *La perdita del lavoro*, con la procedura del pensionamento, che ha delle ripercussioni nell'occupazione del tempo, nella qualità della vita economica, negli interessi riguardanti l'attività professionale.

– *La perdita dei rapporti* avviene perché l'anziano si isola sempre di più e non gode più di quell'immagine sociale che lo proiettava tra gli altri, non ha più l'influenza di prima; per tutto ciò, anche i più intimi, inclusi i familiari, finiscono con lo scomparire.

– *La perdita della fede* può anche sorprendere la persona anziana, semplicemente per il fatto di non trovare delle risposte agli appelli fatti a Dio, per curare le proprie malattie e per risolvere altri problemi. È la stessa immagine di Dio che è messa in causa.

3. Con il progredire dell'età, il malato percorre una strada somigliante a quella che Elisabeth Kübler Ross considera essere dell' "ammalato terminale". In ogni tappa si rende necessario uno specifico aiuto.

– *Di fronte alla sorpresa e alla rivolta*, l'ammalato ha bisogno di comprensione, senza alcun tipo di biasimo. Qualche suo gesto strano, qualsiasi espressione di tristezza, una parola più aspra, rappresenta soltanto il segno di una malattia con dei contorni psicologici da capire e da rispettare. Gli atteggiamenti di amore e di tenerezza verso l'ammalato attenuano questo difficile periodo.

– *Di fronte al negoziato e al ricorso a tutti i mezzi possibili*, l'ammalato merita di essere accompa-

tazione, con cure accresciute a livello del cuore, delle vie respiratorie, del sistema vascolare cerebrale e del sistema nervoso centrale.

– *La solitudine*, dal momento che, pian piano, le persone vengono abbandonate, giacché addirittura i figli sentono di non aver più il tempo di stare con i propri genitori, dato che hanno le loro famiglie, i loro lavori e altri interessi. Molte volte gli anziani malati sono consegnati a istituti, case di riposo e residenze, o sono ricoverati in ospedali o in un'unità di cure continuate e tutte queste soluzioni acuiscono la solitudine, l'isolamento, impossibilitando un rapporto sociale normale.

– *Malattie opportuniste* sono quelle che colgono all'improvviso l'anziano quando costui si trova in situazione di grande debilitazione

gnato, anche quando le cure che chiede sono o sembrano essere inutili. Tale “negoziato” può anche essere religioso, con “promesse”, con multiple preghiere. È doveroso credere con l’ammalato che tutte le preghiere sono sorgenti di grazia e che “Dio fa meraviglie”.

– *Di fronte alla depressione* nei momenti critici è necessario dare all’ammalato la certezza che non è solo, che si può abbandonare a qualcuno che, oltre ai professionisti e addirittura ai familiari, permette all’ammalato di fare il salto verso l’*accoglienza serena*, in prossimità della fine.



I visitatori o i volontari che, preso gli ospedali o a domicilio (in parrocchia), integrano il nucleo della pastorale della salute devono essere preparati ad accompagnare tale evoluzione, garantendo all’ammalato che non rimarrà solo e, nel contempo, che Dio lo accompagnerà in questa fase terminale della vita.

3. Qual è l’appoggio umano e cristiano che offriamo nella visita all’ammalato anziano?

I luoghi di appoggio agli ammalati sono sia gli ospedali, le cliniche, le unità di cure continuate e palliative, sia le case di riposo per anziani o soprattutto il loro domi-

cilio, nella casa dove vive l’ammalato in questa fase terminale del suo percorso umano. In questi luoghi, nel visitare un ammalato, che cure devono essergli somministrate?

1. *Tramite la visita* si stabiliscono dei rapporti di prossimità che vincono la solitudine, la grande croce dell’ammalato anziano. Questa prossimità si ottiene con la presenza, con il rapporto pastorale, con la comunità cristiana:

– *la presenza continuata*: la prossimità genera amicizia e “un’ora prima dell’arrivo dell’amico, (l’ammalato) incomincia già a sentirsi felice” (Cfr. Saint Exupéry). La visita all’ammalato anziano deve essere frequente e con una qualità indispensabile, vale a dire con un tempo sufficiente, con una conversazione amichevole e molto semplice, con disponibilità per essere d’aiuto in tutto;

– *il rapporto pastorale di aiuto*: questo rapporto di aiuto è una vera arte di comunicazione tra l’ammalato e il visitatore, in attenzione alla competenza emozionale ed etica, inoltre alla capacità di comunicare. La visita deve caratterizzarsi secondo un “rapporto empatico”, con l’accettazione incondizionata dell’altro (l’ammalato), con verità e autenticità. Il visitatore deve imparare a realizzare questo rapporto di aiuto;

– *il rapporto con la comunità cristiana*: la comunità cristiana si avvicina all’ammalato tramite il visitatore o il volontario che fa la visita, in azioni del nucleo della pastorale della salute (ospedaliero o parrocchiale) che rappresenta la comunità. Fatto sta che l’anziano ammalato è anche lui membro attivo della comunità cristiana, sia in cappella ospedaliera che in parrocchia. Se questa persona frequentava la comunità quando era in salute, ora che è ammalato è la comunità che le va incontro.

2. *Tramite l’impegno di un’assistenza integrale la visita acquisisce più qualità*. Quando si parla nella dimensione olistica delle cure, si ha la coscienza che l’assistenza integrale non è definita soltanto dalla terapia realizzata da professionisti della salute, nella loro specialità. La dimensione com-

pleta delle cure presuppone l’assistenza nella salute, ma anche l’assistenza sociale e l’assistenza spirituale.

– *L’assistenza nella salute* compete ai medici, agli infermieri e ad altri professionisti della salute che dovranno garantire una terapia efficace. Anche loro vanno a visitare gli ammalati ed è assai importante che queste visite siano programmate e siano offerte con qualità quando l’ammalato è già anziano.

– *L’assistenza sociale* è pure indispensabile, visto che l’anziano, quando ammalato, perde molti degli aiuti che aveva nella vita che praticava in precedenza. I volontari del Nucleo Parrocchiale della Pastorale della Salute possono farsi accompagnare dai volontari del gruppo di azione sociale che si dedicheranno a mettere a posto la casa, a creare un ambiente gradevole che trasformi in un luogo di pace il luogo dove vive l’anziano, dove circolino rapporti fraterni di amore e non di “caritatevolezza”.

– *L’assistenza spirituale* è ugualmente indispensabile. Questo appoggio spirituale, oltre a quello religioso, costituisce un elemento fondamentale nella visita agli ammalati, anche quando sono di età avanzata. In un dialogo amico, è possibile ricordare dei libri già letti, poemi pieni di bellezza, un piccolo momento di musica piacevole, persino un giochetto che aiuti l’anziano a sorridere. La spiritualità va oltre la religione.

3. *Tramite l’appoggio religioso, fino alla piena comunione, la visita raggiunge la piena realizzazione pastorale*. Quando l’ammalato anziano è un uomo o una donna di fede, la dimensione religiosa dell’aiuto acquista un’importanza speciale. Il senso della vita, illuminato dal Vangelo, dà significato alla fase terminale, anche nel periodo più vicino alla morte. Appunto per questo vi è la necessità di preparare l’ammalato anziano a vivere al meglio questo appoggio religioso. Ci sono tre elementi da valorizzare: la preghiera, i sacramenti e il rapporto con la comunità cristiana.

– *La preghiera* è l’incontro con Dio nella fede, è il dialogo con Dio sulle diverse situazioni della vita. Nella visita all’ammalato anziano

si deve prediligere la preghiera, invitare alla preghiera, accompagnare la preghiera, ricreare una preghiera di azione di grazie, una preghiera che sia molto più di una supplica, una preghiera che colmi il cuore di pace.

– *I sacramenti*, “segni che esprimono la fede e la rafforzano” (CDC, Can. 840), sono indispensabili nell’azione pastorale che accompagna la visita agli ammalati. Questo presuppone che anche i sacerdoti facciano parte della squadra dei visitatori. Con l’Unzione degli Infermi, gli ammalati implorano la cura e attendono da Dio la serenità. Con la Riconciliazione, ricevono il perdono di Dio e si ritrovano con tutti i fratelli. Con la Comunione Eucaristica riaffermano l’unità nella carità e accettano di partecipare al banchetto pasquale dell’allegria, per la Risurrezione di Gesù. Finalmente, con il Sacro Viatico, quando possibile, si preparano per la

strada che li porterà alla Casa del Padre. I sacramenti sono, anche qui, dei segni che fortificano e trasmettono l’allegria di essere cristiano sempre.

– *La partecipazione nella comunità cristiana* costituisce una sfida per l’ammalato anziano e per il visitatore. Se l’infermo ha ancora mobilità sufficiente, allora la visita è un invito per recarsi alla comunità, per celebrare la domenica o per vivere l’Unzione degli Infermi in un giorno di festa con una celebrazione comunitaria. Se l’ammalato ha già perso la propria mobilità, allora la visita è la presenza della famiglia cristiana presso la persona ammalata. “Chi è ammalato, chiami a sé i presbiteri, che preghino su di lui, e la preghiera fatta con fede salverà l’ammalato” (Gc 5,13-15). Gli ammalati sono membri della comunità, vi partecipano e si integrano in essa tramite il rapporto che la visita agli ammalati consacra in modo privilegiato.

Conclusione

In una società che ha abbandonato i più vecchi e che tante volte li emargina, la Chiesa ha l’allegria di considerarli come i membri più cari delle sue comunità, i grandi testimoni di una fede vissuta, la sorgente di una preghiera costante per chi ha più difficoltà, anche nel sentiero della fede. Gli anziani ammalati sono una vera luce di grazia per la vita della Chiesa. Stare con loro è stare con Gesù, nella speranza della Risurrezione. La visita è il tempo dell’incontro con Dio e l’opportunità dell’impegno fraterno dell’amore. Per questo, Gesù può dirci “*Ero ammalato e mi avete visitato*” (Mt 25,36)

Mons. VÍTOR FEYTOR PINTO
*Coordinatore Nazionale
 della Pastorale della Salute,
 Lisbona, Portogallo,
 Consultore del Pontificio Consiglio
 per gli Operatori Sanitari,
 Santa Sede*





Pontifical Council for Health Pastoral Care



Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

Organization

Historical Outline

Events

Documents

Word of the Pope

The Good Samaritan Foundation



Pontifical Council for Health Pastoral Care

International Catholic Organizations

Emerging Diseases

Dolentium Nominum

Archives

Prayers

Links

HEADLINES

Omelia per la celebrazione della XVI Giornata Mondiale del Malato



Il dolore di Cristo, però, non è un dolore disperato e triste, di sconfitta; al contrario, è un dolore vittorioso.

Questa sofferenza è la massima realizzazione di Cristo, è la sua "ora", la sua maggiore glorificazione. [\[View more\]](#)

HIGHLIGHTED

Message of the Holy Father for the Sixteenth World Day of the Sick

«On 11 February, the memorial of the Blessed Mary Virgin of Lourdes, the World Day of the Sick will be celebrated, a propitious occasion to reflect on the meaning of pain and the Christian duty to take responsibility for it in whatever situation it arises.» [\[View more\]](#)



NEWS UPDATE

Alarmando nexos entre pobreza y patologías visuales, advierte el dicasterio para la Salud

«La santé est une tension vers l'harmonie et vers Dieu»

La souffrance doit être combattue, déclare le card. Saragat

© 2008 The Pontifical Council for Health Pastoral Care, Via della Conciliazione, 3 - 00120 Vatican City
Tel. +39-(06)698.83138, +39(06)69884720, +39(06)698.84799 / Fax +39-(06)698.83139

opersanit@hlthwork.va

www.healthpastoral.org - e-mail: opersanit@hlthwork.va