



DOLENTIUM HOMINUM

N. 72 – anno XXIV – N. 3, 2009

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

DIREZIONE

S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI, *Direttore*
S.E. MONS. JOSÉ L. REDRADO, O.H., *Redattore Capo*

COMITATO DI REDAZIONE

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

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, *Bolivia*
CASSIDY MONS. J. JAMES, *U.S.A.*
DELGADO DON RUDE, *Spagna*
FERRERO P. RAMON, *Spagna*
GOUDOTE P. BENOIT, *Costa d'Avorio*
LEONE PROF. SALVINO, *Italia*
PALENCIA P. JORGE, *Messico*
PEREIRA DON GEORGE, *India*
VERLINDE SIG.A AN, *Belgio*
WALLEY PROF. ROBERT, *Canada*

TRADUTTORI

CHALON DR.A COLETTE
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

- 4 **La Chiesa al servizio dell'amore per i sofferenti**
Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI in occasione della XVIII Giornata Mondiale del Malato – 11 Febbraio 2010

LA SICUREZZA DEL MEDICINALE:
ETICA E COSCIENZA PER IL FARMACISTA
CONGRESSO MONDIALE DELLA FIPC
POLONIA, POZNAN', 11-14 SETTEMBRE 2009

- 8 **Cronaca**
Mons. Dariusz Giers
- 9 **Non c'è una medicina per la morte**
Omelia di S.E. Mons. Stanisław Gądecki
- 13 **La crisi economica mondiale e l'accesso alle medicine per i più poveri, specialmente i bambini**
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

II ASSEMBLEA SPECIALE PER L'AFRICA
DEL SINODO DEI VESCOVI
CITTÀ DEL VATICANO, 4-25 OTTOBRE 2009

- 18 **Intervento di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski**
- 20 **Proposte di pastorale sanitaria ai Padri Sinodali**
Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

ARGOMENTI

- 24 **Un alto livello di valori morali aiuta, più dell'uso dei profilattici, a prevenire la diffusione dell'HIV tra la popolazione dell'India**
Prof. Gracious Thomas
- 30 **Il gender: concetto e conseguenze Un dialogo critico**
P. Bonifacio Honings, O.C.D.
- 37 **Etica e spiritualità della salute**
Prof. Louis Rey
- 50 **Il diritto alla salute nel diritto internazionale dei diritti umani**
Prof. Vincenzo Buonomo
- 53 **Il cosiddetto diritto alla salute riproduttiva**
Prof. Vincenzo Buonomo
- 55 **La protezione giuridica del diritto alla salute e il dovere di tutelare la salute sul piano individuale e sociale**
Prof. Giovanni Diurni
- 58 **La protezione del diritto alla salute nell'ordinamento internazionale**
Prof.ssa Talitha Vassalli di Dachenhausen
- 62 **Lo statuto giuridico del corpo umano e il trapianto di organi**
Prof. Francesco D'Agostino

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
L'amore di Dio per noi. Il Vangelo
pubblicato da Editrice Velar, Gorle (BG)*



“La Chiesa al servizio dell’amore per i sofferenti”

*MESSAGGIO DEL SANTO PADRE BENEDETTO XVI
IN OCCASIONE DELLA
XVIII GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
11 FEBBRAIO 2010*

*25° ANNIVERSARIO DELL’ISTITUZIONE DEL
PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI
(PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)*

4

Cari fratelli e sorelle!

il prossimo 11 febbraio, memoria liturgica della Beata Vergine Maria di Lourdes, si celebrerà nella Basilica Vaticana la XVIII Giornata Mondiale del Malato. La felice coincidenza con il 25° anniversario dell’istituzione del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari costituisce un motivo ulteriore per ringraziare Dio del cammino sinora percorso nel settore della pastorale della salute. Auspicio di cuore che tale ricorrenza sia occasione per un più generoso slancio apostolico al servizio dei malati e di quanti se ne prendono cura.

Con l’annuale Giornata Mondiale del Malato la Chiesa intende, in effetti, sensibilizzare capillarmente la comunità ecclesiale circa l’importanza del servizio pastorale nel vasto mondo della salute, servizio che fa parte integrante della sua missione, poiché si iscrive nel solco della stessa missione salvifica di Cristo. Egli, Medico divino, “passò beneficiando e risanando tutti coloro che stavano sotto il potere del diavolo” (At 10,38). Nel mistero della sua passione, morte e risurrezione, l’umana sofferenza attinge senso e pienezza di luce. Nella Lettera apostolica *Salvifici doloris*, il Servo di Dio Giovanni Paolo II ha parole illuminanti in proposito. “L’umana sofferenza – egli ha scritto – 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

meno della sofferenza, così come il bene supremo della redenzione del mondo è stato tratto dalla Croce di Cristo, e costantemente prende da essa il suo avvio. La Croce di Cristo è diventata una sorgente, dalla quale sgorgano fiumi di acqua viva” (n. 18).

Il Signore Gesù nell’ultima Cena, prima di ritornare al Padre, si è chinato a lavare i piedi agli Apostoli, anticipando il supremo atto di amore della Croce.

Con tale gesto ha invitato i suoi discepoli a entrare nella sua medesima logica dell’amore che si dona specialmente ai più piccoli e ai bisognosi (cfr. *Gv* 13,12-17). Seguendo il suo esempio, ogni cristiano è chiamato a rivivere, in contesti diversi e sempre nuovi, la parabola del buon Samaritano, il quale, passando accanto a un uomo lasciato mezzo morto dai briganti sul ciglio della strada, “vide e ne ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi lo caricò sulla sua cavalcatura, lo portò in un albergo e si prese cura di lui. Il giorno seguente, tirò fuori due denari e li diede all’albergatore, dicendo: «Abbi cura di lui; ciò che spenderai in più, te lo pagherò al mio ritorno»” (*Lc* 10,33-35).

A conclusione della parabola, Gesù dice: “Va’ e anche tu fa’ così” (*Lc* 10,37). Con queste parole si rivolge anche a noi. Ci esorta a chinarci sulle ferite del corpo e dello spirito di tanti nostri fratelli e sorelle che incontriamo sulle strade del mondo; ci aiuta a comprendere che, con la grazia di Dio accolta e vissuta nella vita di ogni giorno, l’esperienza della malattia e della sofferenza può diventare scuola di speranza. In verità, come ho affermato nell’Enciclica *Spe salvi*, “non è lo scansare la sofferenza, la fuga davanti al dolore, che guarisce l’uomo, ma la capacità di accettare la tribolazione e in essa di maturare, di trovare senso mediante l’unione con Cristo, che ha sofferto con infinito amore” (n. 37).

Già il Concilio Ecumenico Vaticano II richiamava l’importante compito della Chiesa di prendersi cura dell’umana sofferenza. Nella Costituzione dogmatica *Lumen gentium* leggiamo che “come Cristo... è stato inviato dal Padre «ad annunciare la buona notizia ai poveri, a guarire quelli che hanno il cuore contrito» (*Lc* 4,18), «a cercare e salvare ciò che era perduto» (*Lc* 19,10), così pure la Chiesa circonda di affettuosa cura quanti sono afflitti dall’umana debolezza, anzi riconosce nei poveri e nei sofferenti l’immagine del suo fondatore, povero e sofferente, si fa premura di sollevarne l’indigenza e in loro cerca di servire il Cristo” (n. 8). Questa azione umanitaria e spirituale della Comunità ecclesiale verso gli ammalati e i sofferenti nel corso dei secoli si è espressa in molteplici forme e strutture sanitarie anche di carattere istituzionale. Vorrei qui ricordare quelle direttamente gestite dalle diocesi e quelle nate dalla generosità di vari Istituti religiosi. Si tratta di un prezioso “patrimonio” rispondente al fatto che “l’amore ha bisogno anche di organizzazione quale presupposto per un servizio comunitario ordinato” (Enc. *Deus caritas est*, 20).

La creazione del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, venticinque anni or sono, rientra in tale sollecitudine ecclesiale per il mondo della salute. E mi preme aggiungere che, nell'attuale momento storico-culturale, si avverte anche più l'esigenza di una presenza ecclesiale attenta e capillare accanto ai malati, come pure di una presenza nella società capace di trasmettere in maniera efficace i valori evangelici a tutela della vita umana in tutte le fasi, dal suo concepimento alla sua fine naturale.

Vorrei qui riprendere il *Messaggio ai poveri, ai malati e a tutti coloro che soffrono*, che i Padri conciliari rivolsero al mondo, al termine del Concilio Ecumenico Vaticano II: "Voi tutti che sentite più gravemente il peso della croce – essi dissero – ... voi che piangete... voi sconosciuti del dolore, riprendete coraggio: voi siete i preferiti del regno di Dio, il regno della speranza, della felicità e della vita; siete i fratelli del Cristo sofferente; e con lui, se lo volete, voi salvate il mondo!" (*Ench. Vat.*, I, n. 523*, [p. 313]). Ringrazio di cuore le persone che, ogni giorno, "svolgono il servizio verso i malati e i sofferenti", facendo in modo che "l'apostolato della misericordia di Dio, a cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze" (Giovanni Paolo II, Cost. ap. *Pastor Bonus*, art. 152).

In quest'Anno Sacerdotale, il mio pensiero si dirige particolarmente a voi, cari sacerdoti, "ministri degli infermi", segno e strumento della compassione di Cristo, che deve giungere a ogni uomo segnato dalla sofferenza. Vi invito, cari presbiteri, a non risparmiarvi nel dare loro cura e conforto. Il tempo trascorso accanto a chi è nella prova si rivela fecondo di grazia per tutte le altre dimensioni della pastorale. Mi rivolgo infine a voi, cari malati, e vi domando di pregare e di offrire le vostre sofferenze per i sacerdoti, perché possano mantenersi fedeli alla loro vocazione e il loro ministero sia ricco di frutti spirituali, a beneficio di tutta la Chiesa.

Con tali sentimenti, imploro sugli ammalati, come pure su quanti li assistono, la materna protezione di Maria *Salus Infirmorum*, e a tutti imparto di cuore la Benedizione Apostolica.

Dal Vaticano, 22 Novembre 2009, Solennità di N.S. Gesù Cristo, Re dell'Universo.

BENEDETTO XVI

***La sicurezza
del medicinale:
etica e coscienza
per il farmacista***



***Congresso Mondiale
della FIPC
Polonia, Poznań
11-14 settembre 2009***

Con la S. Messa alle ore 9, nella Basilica Cattedrale di Poznań in Polonia, si è aperto il XXVI Congresso dell'Associazione Internazionale dei Farmacisti cattolici.

S.E. Mons. Stanisław Gądecki, Arcivescovo di Poznań ha dato il benvenuto ai partecipanti al Congresso, che ha visto radunate più di 100 persone da 17 Paesi. L'omelia dell'Arcivescovo Gądecki è stata dedicata al tema del farmaco e della professione farmaceutica nella Bibbia. La S. Messa si è conclusa con la consegna, da parte del Presidente del Pontificio Consiglio, della medaglia di riconoscenza al Presule per il suo impegno a favore dei malati nella sua Chiesa di Poznań.

I lavori congressuali sono stati avviati nel pomeriggio, presso il Seminario Maggiore di Poznań. Hanno espresso le parole di benvenuto gli organizzatori dell'evento: la Dott.ssa

Barbara Fiklewicz-Dreszczyk, Presidente dell'Associazione dei Farmacisti polacchi, il Dottor Piero Uroda, Presidente della FIPC e il Prof. Alain Lejeune, già Presidente della FIPC, direttore del comitato programmatico e coordinatore del Congresso stesso.

S.E. Mons. Zygmunt Zimowski, Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, ha presieduto la seconda giornata del Congresso che è iniziata con l'Eucaristia domenicale, durante la quale il Presule ha parlato sul significato della Croce, ispirandosi alle parole "Con le Sue piaghe siamo stati salvati". In seguito, nell'Aula del Congresso, il Presidente del Dicastero è intervenuto con la relazione *La crisi economica mondiale e l'accesso alle medicine per i più poveri, specialmente i bambini*. L'intervento è stato ben accolto e ap-

plaudito dai partecipanti, e in seguito vivacemente discusso. Al termine della discussione, l'Arcivescovo Zimowski si è congratulato con gli organizzatori dell'importante evento e ha ringraziato tutti i farmacisti che ne hanno preso parte, in particolare gli organizzatori. A coloro che si sono distinti nella preparazione delle Giornate Federali dei Farmacisti a Poznań, il Presidente ha consegnato la medaglia del Buon Samaritano.

Va sottolineato che l'Intervento dell'Arcivescovo Presidente, data la sua forte articolazione, è stato ripreso dalle varie Agenzie di stampa, specialmente in Italia, dove è in corso la discussione sul diritto di obiezione di coscienza per i farmacisti cattolici.

Mons. DARIUSZ GIERS
Ufficiale del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede



Non c'è una medicina per la morte

OMELIA DI S.E. MONS. STANISŁAW GADECKI DURANTE
LA CELEBRAZIONE EUCARISTICA
DUOMO DI POZNAŃ, 12. SETTEMBRE 2009

Dall'11 al 14 settembre 2009 viviamo a Poznań il Congresso Mondiale della Federazione dei Farmacisti Cattolici il cui tema è: "Sicurezza del farmaco, l'etica e la coscienza del farmacista". È un evento importante per noi; tale congresso è organizzato per la prima volta in Polonia con la presenza addirittura di Sua Eccellenza Mons. Zygmunt Zimowski, presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

In occasione dell'incontro internazionale dei farmacisti cattolici, vogliamo soffermarci – alla luce della Parola ispirata – su questa professione e nobile chiamata. Prima di tutto però dobbiamo tener presente che la Sacra Scrittura non è un libro di medicina. Inoltre essa non si occupa direttamente delle questioni di assistenza sanitaria. Nei tempi dell'Antico e del Nuovo Testamento le possibilità dell'assistenza sanitaria erano scarse e le medicine poche; fra l'altro olivo, balsamo, vino erano trattati come un mezzo disinfettante e rafforzativo. Non esisteva la dialisi, il trapianto, il somministrare l'ossigeno, le flebo o la trasfusione del sangue. Non c'erano tanti segni di speranza che offrono la medicina e la farmacia moderne. Il tema della medicina interessa la Bibbia solo marginalmente, in quanto serve per spiegare questioni teologico-legali.

In questa prospettiva dunque bisogna comprendere le sentenze bibliche sui temi fondamentali di cui ora voglio trattare.

1. Farmacia

Prima focalizziamo la nostra attenzione sulla scienza medica chiamata farmacia. Di essa troviamo poche informazioni nella Bibbia. L'unica menzio-

ne appare abbastanza tardi, nel libro del Siracide, cioè nel II secolo prima di Cristo (il libro di Siracide fu composto in ebraico nel 180 a.C. circa, e tradotto in greco in Egitto intorno al 117 a.C.). L'autore di quel libro osserva che:

"Il Signore ha creato medicinali (φάρμακα) dalla terra, l'uomo assennato (φρονιμος) non li disprezza.

Con esse il medico cura e toglie il dolore, con queste il farmacista prepara le misture.

Certo non verranno meno le opere del Signore;

da lui proviene il benessere sulla terra" (Sir 38,4.7-8).

Da questa nota risulta che – come tutta la creazione – anche le medicine sono definitivamente un'opera di Dio ("Dopo ciò il Signore guardò alla terra e la riempì dei suoi beni" – Sir 16,29). Ciò ovviamente non esclude la partecipazione dell'uomo nel crearle. Tuttavia, creando tutto ciò che esiste, è Dio il Creatore degli elementi con cui si fanno le medicine.

Le medicine – afferma il Siracide – provengono "dalla terra". Probabilmente è un'allusione alla somiglianza materiale delle medicine all'uomo che di fatto è stato anch'egli creato "dalla terra" ("Anche gli uomini provengono tutti dalla polvere e dalla terra fu creato Adamo" – Sir 33,10; si veda Gen 2,7). Quello che cura e colui che è curato provengono dalla stessa materia. Probabilmente per questo le medicine corrispondono così tanto alla natura dell'uomo. Le medicine aiutano l'uomo perché dall'inizio sono "buone" ("Le opere del Signore sono tutte buone; egli provvederà a ogni necessità a suo tempo. Non bisogna dire: «Questo è peggiore di quello». Tutto infatti al tempo giusto sarà riconosciuto buo-

no" – Sir 39,33-34). In un certo senso si può addirittura affermare – seguendo il pensiero del Siracide – che la finalità delle medicine, come pure i compiti dell'uomo, sono state disposte sin dall'inizio; prima che esistessimo noi stessi ("Quando il Signore da principio creò le sue opere, dopo averle fatte ne distinse le parti" – Sir 16,26).

Non tutti possono sperimentare il vantaggio proveniente dall'usare delle medicine, perché non tutti vogliono usarle. Non le disprezza l'uomo "saggio", ma le rifiuta l'uomo "stolto".

"Con esse il medico cura e toglie il dolore" – disse Siracide (38,7). Da questo deriva la conclusione che il senso dell'esistenza delle medicine e del farmacista è curare, ossia conservare la vita. Il loro compito non è e non può essere in nessun modo il far morire. In questa luce è facile comprendere le sentenze di ogni tipo dei codici d'etica farmaceutica, secondo cui lo scopo dell'attività dei farmacisti è mantenere la vita:

– Articolo 6. L'azione professionale del farmacista non può essere una consapevole attività contro la salute umana.

– Articolo 4. Il farmacista, svolgendo i suoi compiti, deve avere libertà di comportamento secondo la sua coscienza e l'autonomia delle proprie azioni secondo le norme etiche, l'attuale livello di scienze e l'ordinamento giuridico dello stato.

– Articolo 5. Il farmacista in possesso di tutte le autorizzazioni professionali, è sempre personalmente responsabile per il suo lavoro. Deve rifiutare le azioni che non corrispondono alle norme etiche, alle disposizioni legali e scientifiche.

– Articolo 19. Per proteggere gli interessi professionali, il

farmacista non deve fare niente che sarebbe vantaggioso per gli uomini o le organizzazioni che hanno finalità contrarie alle ragioni professionali e morali della farmaceutica. I farmacisti hanno il diritto dell'obiezione di coscienza. Esso permette loro di non partecipare direttamente né indirettamente alla consegna di quei mezzi che hanno chiaramente scopi non-etici, come l'aborto o l'eutanasia (*Codice dell'Etica del Farmacista della Repubblica Polacca*, promulgato durante il Straordinario Convegno Nazionale dei Farmacisti a Lublino, il 25 aprile 1993).

Allo stesso problema allude anche il discorso del Santo Padre Benedetto XVI ai partecipanti al 25° Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici: "In questo ambito, non è possibile anestetizzare le coscienze, ad esempio sugli effetti di molecole che hanno come fine quello di evitare l'annidamento di un embrione o di abbreviare la vita di una persona. Il farmacista deve invitare ognuno a un sussulto di umanità, affinché ogni essere sia tutelato dal suo concepimento fino alla sua morte naturale e i farmaci svolgano veramente il loro ruolo terapeutico" (29.10.2007). Ciò vuol dire che il farmacista credente deve rifiutarsi di vendere i contraccettivi, perfino i semplici preservativi, perché anche essi la Chiesa ritiene come un attacco alla vita". Nella professione di farmacista deve essere d'obbligo la clausola di coscienza; il cattolico non può contribuire a queste cose. La vendita di quelle medicine in un certo senso è analoga alla vendita di una pistola a colui che vuole uccidersi.

Per quale scopo sono state create le medicine? La risposta spontanea è: esse sono per curare. Siracide invece darà una risposta a portata ancor più lunga: "Certo non verranno meno le opere del Signore; da lui proviene il benessere sulla terra" (*Sir* 38,8). La preparazione e la distribuzione delle medicine sono dunque per lui sia un prolungamento dell'opera della creazione al tempo presente sia

un'attività pacifica, sono l'introdurre della pace tra gli uomini. Bastano le notazioni del Siracide sulla farmacologia.

2. Farmakon

Ora passiamo al secondo argomento, al *farmakon*, ossia le medicine. Anche in questa materia la Bibbia non dimostra un particolare interesse. Dopo una menzione dell'imbalsamazione ("Seppellirono Asa nel sepolcro che egli si era scavato nella Città di Davide. Lo stesero su un letto pieno di aromi e profumi, composti con arte di profumeria; ne bruciarono per lui una quantità immensa" – *2Cr* 16,14), solo una volta – nel libro di Tobia – si descrive in modo esteso una malattia e l'uso del farmaco.

L'autore di questo libro inizia dalla genesi della malattia: "ignorando che sopra di me, nel muro, stavano dei passeri. Caddero sui miei occhi i loro escrementi ancora caldi, che mi produssero macchie bianche e dovetti andare dai medici per la cura. Più essi però mi applicavano farmaci, più mi si oscuravano gli occhi, a causa delle macchie bianche, finché divenni cieco del tutto. Per quattro anni rimasi cieco e ne soffrirono tutti i miei fratelli" (*Tb* 2,10). Dopo di che passa a esporre gli ingredienti e il modo di preparare i farmaci: "Apri il pesce e toglie il fiele, il cuore e il fegato; mettili in disparte ma getta via gli intestini. Infatti il suo fiele, il cuore e il fegato possono essere utili medicamenti" (*Tb* 6,4). Quando il farmaco è già stato fatto, compare l'istruzione su come usarlo: "Spalma il fiele del pesce sui tuoi occhi; il farmaco intaccherà e asporterà come scaglie le macchie bianche dai tuoi occhi. Così tuo padre riavrà la vista e vedrà la luce" (*Tb* 11,8). Alla fine giunge il tempo d'applicare il farmaco e il momento della desiderata guarigione: "Tobia gli andò incontro, tenendo in mano il fiele del pesce. Soffiò sui suoi occhi e lo trasse vicino, dicendo: «Coraggio, padre!». Gli applicò il farmaco e lo lasciò agire, poi distaccò con le mani le scaglie bianche dai

margini degli occhi. Tobì gli si buttò al collo e pianse, dicendo: «Ti vedo, figlio, luce dei miei occhi!»" (*Tb* 11,11-13).

Così termina attualmente il processo del curare. Questo succede oggi, ma non ai tempi di Tobia. Quando suo padre fu guarito, concluse tutto lodando Dio per la grazia ricevuta:

"E aggiunse:

«Benedetto Dio! Benedetto il suo grande nome!

Benedetti tutti i suoi angeli santi!

Sia il suo santo nome su di noi

e siano benedetti i suoi angeli per tutti i secoli!

Perché egli mi ha colpito, ma ora io contemplo mio figlio Tobia!».

Tobia entrò in casa lieto, benedicendo Dio con tutta la voce che aveva" (*Tb* 11,14-15).

3. La parola è la medicina

Il terzo argomento di cui vorrei parlare sono le qualità terapeutiche della parola. Oltre il senso letterale, nella Bibbia riscontriamo anche – rispetto ai farmaci – il suo senso metaforico. L'autore ispirato definisce ogni tanto la "parola" come "medicina".

"Favo di miele sono le parole gentili, dolce per il palato e medicina per le ossa" (*Pr* 16,24). Questa sentenza può essere riferita facilmente alle parole pronunciate da un farmacista, che accompagnano la prescrizione delle medicine. Le parole di un buon farmacista offrono spiegazione, consolazione, riempiono di speranza. Durante il Congresso del 1998, Papa Giovanni Paolo II incontrò i farmacisti e pronunciò queste parole: "Il farmacista-cattolico deve essere un attento consigliere per le persone che comprano le medicine. Deve anche servire attraverso il sostegno morale a tutti quelli che, comprando diversi farmaci, hanno bisogno di un consiglio, di parole di speranza, di indicazioni per la vita futura" (Roma 1988).

Ogni parola non può essere automaticamente considerata come *farmakon*, ma soltanto la parola sapiente. Il farmacista che pronuncia i consigli saggi

diventa amico della persona malata (*Sir* 6,16). Chi dice invece parole insipienti, rovina il malato anziché aiutarlo: “C’è chi chiacchierando è come una spada tagliente, ma la lingua dei saggi risana” (*Pr* 12,18).

“Figlio mio, fa’ attenzione alle mie parole,
porgi l’orecchio ai miei detti;
non perderli di vista,
custodiscili dentro il tuo cuore

perché essi sono vita per chi li trova,
guarigione per tutto il suo corpo” (*Pr* 4,20-22).

Il testo più importante della Sacra Scrittura però, dove *farmakon* ha un significato metaforico, è la profezia di Ezechiele sul fiume che sgorga dal tempio di Gerusalemme: “Mi condusse poi all’ingresso del

frutto, le cui foglie non appassiranno: i loro frutti non cesseranno ed ogni mese matureranno, perché le loro acque sgorgano dal santuario. I loro frutti serviranno come cibo e le foglie come medicina»” (*Ez* 47,1.6-9.12).

La visione d’Ezechiele presenta le benedizioni dell’era messianica, durante la quale il fiume della Legge del Signore scaturirà dal tempio e irrigherà le rive deserte del fiume, trasformando le acque della morte nelle acque della vita. Sulle rive di quel torrente cresceranno gli alberi, ossia “i giusti” i quali produrranno frutti per tutto l’anno:

“Beato l’uomo che non entra nel consiglio dei malvagi,
non resta nella via dei peccatori



tempio e vidi che sotto la soglia del tempio usciva acqua verso oriente [...]. Poi mi fece ritornare sulla sponda del torrente; voltandomi, vidi che sulla sponda del torrente vi era una grandissima quantità di alberi da una parte e dall’altra. Mi disse: «Queste acque scorrono verso la regione orientale, scendono nell’Araba ed entrano nel mare: sfociate nel mare, ne risanano le acque. Ogni essere vivente che si muove dovunque arriva il torrente, vivrà: il pesce vi sarà abbondantissimo, perché dove giungono quelle acque, risanano, e là dove giungerà il torrente tutto rivivrà. [...] Lungo il torrente, su una riva e sull’altra, crescerà ogni sorta di alberi da

e non si siede in compagnia degli arroganti,
ma nella legge del Signore trova la sua gioia,
la sua legge medita giorno e notte.

È come albero piantato lungo corsi d’acqua,
che dà frutto a suo tempo:
le sue foglie non appassiscono

e tutto quello che fa, riesce bene” (*Sal* 1,1-3).

Nel libro dell’Apocalisse la stessa immagine del torrente sarà utilizzata per illustrare la sovrabbondanza dello Spirito Santo che sgorgerà dal costato trafitto di Cristo (*Gv* 4,10-14; 7,37-38; è un’immagine applicata alla Pentecoste – *At* 2,16).

“E mi mostrò poi un fiume d’acqua viva,
limpido come cristallo,
che scaturiva dal trono di Dio e dell’Agnello.

In mezzo alla piazza della città,

e da una parte e dall’altra del fiume,

si trova un albero di vita che dà frutti dodici volte all’anno,

portando frutti ogni mese;
le foglie dell’albero servono a guarire le nazioni” (*Ap* 22,1-2).

“Poiché io verserò acqua sul suolo assetato,
e torrenti sul terreno arido.

Verserò il mio spirito sulla tua discendenza,
la mia benedizione sui tuoi posteri;

cresceranno fra l’erba,
come salici lungo acque correnti” (*Is* 44,3-4).

Perché “le foglie” diventano in questa visione un’immagine della benedizione di Dio per le genti? Probabilmente perché nel Vicino Oriente erano spesso usate a scopo terapeutico. Le foglie di rovo ad esempio venivano masticate per fermare il sanguinare delle gengive. Le foglie della pianta di ulivo erano mezzi stringenti. Le foglie del sicomoro e di noce si usavano per le medicazioni. Le foglie del bosso servivano per la conciatura. Gli uomini giusti nutriranno le genti con i frutti della sapienza di Dio e cureranno con le “foglie” le ferite della stoltezza delle genti.

4. Limiti della farmacia

Bisogna infine dire che la Bibbia considera anche le situazioni senza speranza, cioè quelle dove non può aiutare nessuna medicina. Le vede in riferimento sia alle intere nazioni (“Nessuno ti [a Giuda] fa giustizia; per un’ulcera vi sono rimedi, ma non c’è guarigione per te” – *Ger* 30,13; “Non c’è rimedio per la tua ferita, incurabile è la tua piaga. Chiunque sentirà tue notizie batterà le mani. Perché, su chi non si è riversata senza tregua la tua crudeltà?” – *Na* 3,19; “Sali in Gàlaad a prendere il balsamo, vergine, figlia d’Egitto. Invano moltiplichi i rimedi, ma non

c'è guarigione per te!” – *Ger* 46,11; “Essi alzarono suppliche al loro Dio ed egli percorse tutto il paese d'Egitto con piaghe per le quali non c'era rimedio. Perciò gli Egiziani li cacciarono via dal loro cospetto” – *Gdt* 5,12; “Essi infatti furono uccisi dai morsi di cavallette e mosconi, né si trovò un rimedio per la loro vita, meritando di essere puniti con tali mezzi” – *Sap* 16,9), sia in riferimento agli individui.

Anche un individuo può trovarsi in una situazione incurabile. Così accade con l'uomo ostinato: “Chi disprezza i rimproveri con ostinazione (σκληροτραχηλου) sarà rovinato all'improvviso, senza rimedio (ιασις)” (*Pr* 29,1). E anche con l'uomo superbo: “Per la misera condizione del superbo (υπερηφανου) non c'è rimedio, perché in lui è ra-

dicata la pianta del male (πονηριος)” (*Sir* 3,28). I difetti sopra menzionati messi insieme conducono a disprezzare la Legge di Dio e impediscono addirittura di giungere “alla vita” (“Ogni trasgressione è spada a doppio taglio, non c'è guarigione alle sue ferite” – *Sir* 21,3).

Infine, conforme allo sguardo dualistico sulla realtà, l'autore ispirato osserva che la stessa realtà, cioè la morte, per gli uni significa un confine insuperabile (“Dicono tra loro sragionando: «La nostra vita è breve e triste; non c'è rimedio quando l'uomo muore, e non si conosce nessuno che liberi dal regno dei morti” – *Sap* 2,1). Per gli altri è soltanto una soglia all'eternità. La farmacia non riesce a salvare gli empi dalla morte eterna, aiuta invece i giusti.

Conclusioni

Infine rivolgiamo la nostra preghiera perché compiate fedelmente la vostra vocazione medica:

“Signore Gesù Cristo, tu ci hai chiamato a servire l'uomo, a curare la sua salute, a portare sollievo nella sua malattia e sofferenza. Fa che i mezzi farmaceutici, che hai posto nelle nostre mani, siano sempre utilizzati per il bene del prossimo. Fortificaci nel proposito di servire sempre l'uomo e di aprirsi alle sue necessità. Concedici le forze nel realizzare la nostra vocazione perché non nuocciano nessuno, ma servano sempre la vita e la salute, e ottengano per questo la salvezza”.

S.E. Mons.
STANISŁAW GADECKI
Arcivescovo di Poznań
Polonia



La crisi economica mondiale e l'accesso alle medicine per i più poveri, specialmente i bambini

INTERVENTO DI S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI
PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI

*Eccellenza Reverendissima,
Illustri Dottori Farmacisti,
Cari Fratelli nel sacerdozio,
Reverendi Padri
e Reverende Suore,*

sono lieto di prendere la parola in occasione del Vostro Incontro, organizzato nell'ambito delle Giornate Federali di studi, che quest'anno hanno luogo nella rinomata e bella città polacca di Poznań sul tema: *La sicurezza del medicinale: etica e coscienza per il farmacista*. Si tratta di una questione di grande rilevanza, sia per la sanità che per l'etica, giacché essa investe direttamente la salute e la vita di ciascuno di noi, come anche della responsabilità del farmacista.

Prima di sviluppare il tema, che mi sembra molto importante, sulla crisi economica mondiale e l'accesso alle medicine per i più poveri, specialmente per i bambini, desidero salutare tutti i partecipanti a queste Giornate, giunti a Poznań da molte parti del mondo, ai quali auguro un proficuo lavoro congressuale, nonché un felice soggiorno in questa meravigliosa città polacca.

Il mio deferente saluto si rivolge al Dottor Piero Uroda, Presidente della FIPC; al Rev.do Padre Pierre Jean Welsh, Assistente ecclesiastico internazionale, alle varie Delegazioni delle Associazioni nazionali dei farmacisti cattolici, tra cui, in particolare, quella polacca, guidata dalla Dott.ssa Barbara Fiklewicz-Dreszczyk che, da tempo si è impegnata per la preparazione di questo incontro e la cui organizzazione, come possiamo notare, è la dimostrazione del grande e generoso impegno di tutti e di ciascuno di essi per la buona riuscita dell'Evento.

Saluto anche con affetto i sacerdoti: in particolare il Rev.do Padre Adam Sikora, Assistente ecclesiastico dei Farmacisti po-

lacchi, nonché i religiosi e le religiose impegnati nella pastorale della salute, accanto e insieme ai farmacisti cattolici che sono presenti a questo nostro incontro.

Last but not least, il mio fraterno e deferente saluto va al Vescovo Ordinario del luogo, S.E. Mons. Stanisław Gądecki, senza il quale non sarebbe stato possibile organizzare queste Giornate. Grazie Eccellenza per il suo coinvolgimento, fin dall'inizio della preparazione di quest'incontro, e per l'invito rivolto da tempo al Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, affinché sia presente a questo importante meeting.

Sono trascorsi pochi mesi da quando il Santo Padre Benedetto XVI mi ha chiamato dalla Diocesi di Radom, proprio da questa terra polacca, alla guida del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, Dicastero della Curia Romana, istituito dal Servo di Dio Giovanni Paolo II, l'11 febbraio 1985, e che il prossimo febbraio 2010 compirà 25 anni di vita. La finalità primaria del Dicastero è proprio quella di "manifestare la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati e sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia, a cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze".

Il tema della mia relazione, come già accennato, riguarda la crisi economica mondiale e l'accesso ai farmaci per i più poveri, specialmente per i bambini, e intendo trattarlo in 3 momenti:

– la crisi economica e il suo impatto negativo sulle condizioni di salute,

– la necessità di riscoprire il valore etico della professione del farmacista,

– il concorso del farmacista cattolico nell'individuare soluzioni al problema dell'accesso ai farmaci essenziali.

1. La crisi economica e il suo impatto negativo sulle condizioni di salute

Il nostro incontro avviene nel tempo in cui l'economia globale sta subendo una profonda flessione, che coinvolge tutte le parti del mondo. Le attività economiche nei Paesi industrializzati stanno registrando il declino più brusco dalla seconda guerra mondiale, e i suoi effetti si diffondono nei mercati emergenti così come nei Paesi in via di sviluppo². Le pressioni fiscali sui governi portano a una riduzione dei servizi per i poveri, soprattutto per la formazione e la sanità. Le famiglie povere sono costrette a utilizzare di meno i servizi sanitari, cosa che avrebbe serie conseguenze a lungo termine a causa delle peggiori condizioni di salute (ad es. aumento del tasso di mortalità materno e infantile, peggioramento della nutrizione e delle condizioni igieniche).

È evidente che le più colpite sono le persone vulnerabili, tra cui i bambini. L'accesso ai farmaci, che era per loro difficile prima, con la crisi si è ancora aggravato. Oltre alla mancanza dei medicinali essenziali e di qualità per bambini, viene denunciato il problema della loro elevatissima insicurezza³.

Presentando la sua nuova enciclica *Caritas in veritate* sullo sviluppo umano integrale, Benedetto XVI ha affermato: "La situazione mondiale, come ampiamente dimostra la cronaca degli ultimi mesi, continua a presentare non piccoli problemi e lo «scandalo» di disuguaglianze clamorose. Da una parte, si registrano segni di gravi squilibri sociali ed economici; dall'altra, si invocano da più parti riforme non più procrastinabili per colmare il divario nello sviluppo dei popoli"⁴. Un dramma di tali dimensioni dovrebbe interpellare la coscienza di ogni cristiano e spronarlo a

ritornare ai fondamentali valori etici, a rivedere gli impegni presi in passato e infine ad adoperarsi per il bene comune: “L’amore – *caritas* – è una forza straordinaria, che spinge le persone a impegnarsi con coraggio e generosità nel campo della giustizia e della pace”⁵.

L’esortazione del Papa ci spinge a collocare il tema della sicurezza dei medicinali nel contesto della crisi economica globale che stiamo attraversando. Si avverte infatti in questo ambito una divergenza: ai problemi dei Paesi industrializzati relativi alla qualità del servizio farmaceutico, si contrappongono emergenze sanitarie ed etiche ancor più pressanti nei Paesi in via di sviluppo, dove il farmaco “per l’uomo” è il farmaco “per la vita”. In troppe zone mancano i farmaci di prima necessità, le prestazioni di base che garantiscono la difesa primaria.

Spesso, per motivi economici, vengono trascurate le malattie tipiche dei Paesi in via di sviluppo perché, sebbene colpiscono e uccidano milioni di persone, non costituiscono un mercato abbastanza ricco per le industrie farmaceutiche⁶. Alcuni medicinali potrebbero essere facilmente realizzati sulla base delle conoscenze scientifiche correnti, ma non vedono la luce per motivi esclusivamente economici. Da qui proviene il termine sintomatico di *orphan drugs* – “farmaci orfani”, vale a dire, quelli che non si studiano, non si producono e non si distribuiscono perché i potenziali acquirenti, che sono milioni, non hanno la capacità economica di comprarli⁷.

Appare evidente che lo sviluppo dei medicinali è ormai governato non più dall’etica tradizionale della medicina, ma dalla logica dell’industria. Il risultato di tutto ciò è che “milioni di persone nel mondo vivono ancora in condizioni insalubri e non hanno accesso a risorse mediche molto necessarie, spesso del tipo più basilare, con il risultato che il numero di esseri umani considerato «incurabile» è grandemente aumentato”⁸.

All’ultima Assemblea generale dell’Organizzazione Mondiale della Salute, tenutasi nel

mese di maggio a Ginevra, nella mia qualità del Presidente del Pontificio Consiglio, davanti ai ministri della salute di tutto il mondo, ho espresso la preoccupazione del Santo Padre, indicando il rischio di un disastro umanitario e sanitario mondiale. Ho indicato che “l’attuale crisi economica ha fatto affiorare lo spettro della cancellazione o di una drastica riduzione dei programmi di assistenza esterna, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Tutto ciò mette drammaticamente a repentaglio i loro sistemi sanitari, che sono già al collasso per la forte incidenza di malattie endemiche, epidemiche e virali”⁹.



A questo riguardo, nel suo messaggio al G20, il 30 del marzo scorso, Benedetto XVI ha proposto una soluzione scrivendo che “l’uscita dall’attuale crisi globale si può realizzare solo insieme, evitando soluzioni improntate all’egoismo nazionalistico e al protezionismo”. Le organizzazioni di matrice religiosa e migliaia di istituzioni sanitarie gestite dalla Chiesa – ha ribadito il Papa – hanno “grande importanza e la particolare responsabilità, nel fornire sostegno e cure a persone che vivono in povertà”¹⁰.

La salute dei bambini, specie quelli che vivono nella povertà, deve essere di assoluta priorità per le nostre associazioni e istituzioni cattoliche. In tutto il mondo milioni di fanciulli non raggiungono il pieno potenziale, a causa delle grandi differenze e ingiustizie esistenti in campo sanitario. All’ultima Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pa-

storiale della Salute (XXIII), dedicata alla cura pastorale dei bambini malati, Papa Benedetto XVI ha evidenziato a questo proposito l’urgenza di “una decisa azione tesa a prevenire per quanto possibile le malattie e, quando esse sono in atto, a curare i piccoli ammalati mediante i più moderni ritrovati della scienza medica, come pure a promuovere migliori condizioni igienico-sanitarie soprattutto nei Paesi meno fortunati”¹¹. “Occorre una forte solidarietà globale – ha sottolineato il Santo Padre – tra Paesi ricchi e Paesi poveri, nonché all’interno dei singoli Paesi, anche se ricchi. È necessario «un codice etico comune», le cui norme non abbiano solo un carattere convenzionale, ma siano radicate nella legge naturale inscritta dal Creatore nella coscienza di ogni essere umano (cfr. *Rm* 2,14-15)”¹².

Un codice etico comune è indispensabile nella produzione e distribuzione dei farmaci, specialmente per i bambini. Con tristezza bisogna constatare che la contraffazione e la falsificazione dei farmaci colpiscono innanzitutto i soggetti in età pediatrica¹³. Falsi antibiotici e falsi vaccini producono gravi ripercussioni negative sulla loro salute. Molte sono le morti per malattie respiratorie nei bambini africani, sicuramente più numerose se curate con antibiotici falsi, senza principio attivo e in compenso acquistati a caro prezzo. L’uso di antibiotici sottodosati in altri casi induce a fenomeni di selezione di ceppi batterici resistenti. Per quanto riguarda gli eccipienti, si usano sostanze tossiche che possono portare alla morte bambini, come è avvenuto ad Haiti o in Nigeria.

Va accennato inoltre che nei Paesi in via di sviluppo la contraffazione è estremamente elevata, principalmente a causa delle insufficienti risorse umane e finanziarie e di una legislazione debole relativa alla produzione, distribuzione e importazione dei medicinali. Il fenomeno riguarda innanzitutto i farmaci “salva-vita”. Le relative statistiche sono allarmanti. Secondo studi dell’OMS un quarto dei farmaci acquistati per strada nei Paesi poveri è

contraffatto. In molte aree dell'Africa sub-sahariana, del Sud-est asiatico e dell'America Latina più del 30% dei medicinali è falso. Si stima che il 50% degli antimalarici venduti in Africa siano contraffatti. Altri ritengono che in alcuni Stati africani il 60% dei farmaci sarebbe contraffatto (persino il 70% degli antimalarici)¹⁴.

Secondo alcuni analisti il fattore della crisi economica spingerà ulteriormente alcune persone o istituti con poco scrupolo a cercare un facile guadagno a scapito della sicurezza del medicinale. In questa situazione i Farmacisti cattolici sono chiamati a denunciare con coraggio tutte le forme di contraffazione e falsificazione dei medicinali e a opporsi alla loro distribuzione, soprattutto quando di mezzo ci sono i bambini. Il tempo della crisi economica, che porta con sé anche l'aumento delle difficoltà e dei problemi umanitari e sociali, dovrebbe spronarci a riaffermare la dignità e la sacralità della vita umana, nonché l'equità e la solidarietà nell'accesso ai medicinali essenziali e sicuri per tutti.

2. La necessità di riscoprire il valore etico della professione del farmacista

La dignità della professione farmaceutica richiede che essa sia subordinata all'osservanza di "un codice morale rigoroso". Questo è particolarmente importante nella distribuzione, nella concezione e nell'uso delle medicine. "Il rispetto di tale codice di comportamento presuppone la fedeltà ad alcuni principi intangibili che la missione dei battezzati ed il dovere della testimonianza cristiana rendono particolarmente attuali"¹⁵. La trascuratezza o, peggio ancora, la violazione di questo codice portano facilmente a tutte le pratiche disoneste che sono oggetto della Vostra discussione in questi giorni, come la produzione, il commercio e il traffico illegale dei medicinali, la loro contraffazione e frode e anche la massiccia e incontrollata vendita dei farmaci tramite internet e, nei Paesi poveri, anche per strada.

Circa la distribuzione dei medicinali, il Codice deontologico del farmacista stabilisce: "la dispensazione del medicinale è un atto sanitario, a tutela della salute e dell'integrità psico-fisica del paziente"¹⁶. In base a questo Codice ogni appartenente alla Vostra categoria professionale deve operare in piena autonomia e coscienza conformemente ai principi etici e tenendo presente sempre i diritti del malato e il rispetto della vita. L'insegnamento della Chiesa è ancora più esplicito al riguardo: "Nella distribuzione delle medicine – afferma Giovanni Polo II – il farmacista non può rinunciare alle esigenze della sua coscienza in nome delle leggi del mercato, né in nome di compiacenti legislazioni. Il guadagno, legittimo e necessario, dev'essere sempre subordinato al rispetto della legge morale e all'adesione al magistero della Chiesa [...]. Per il farmacista cattolico, l'insegnamento della Chiesa sul rispetto della vita e della dignità della persona umana, dal suo concepimento fino ai suoi ultimi momenti, è di natura etica e morale. Non può essere sottoposto alle variazioni di opinioni o applicato secondo opzioni fluttuanti. Consia della novità e della complessità dei problemi posti dal progresso della scienza e delle tecniche, la Chiesa fa ascoltare più spesso la sua voce e dà chiare indicazioni al personale della sanità del quale i farmacisti fanno parte. Aderire a questo insegnamento rappresenta sicuramente un dovere difficile da adempiere concretamente nel vostro lavoro quotidiano, ma si tratta, per il farmacista cattolico, di orientamenti fondamentali cui non può rinunciare"¹⁷.

Illuminata dalla luce della fede, la coscienza di un farmacista cristiano non solo si oppone decisamente a qualsiasi tipo di violazione del codice deontologico, ma cerca le motivazioni più profonde e, quindi, porta a riflettere sulle dimensioni umane, culturali, etiche e spirituali della propria missione. "Infatti – dice Giovanni Paolo II – il rapporto tra il farmacista e colui che chiede dei rimedi va molto al di là dei suoi aspetti commerciali, poiché richiede

una profonda percezione dei problemi personali dell'interessato, oltre che degli aspetti etici fondamentali dei servizi resi alla vita e alla dignità della persona umana"¹⁸. Il Farmacista cattolico, come tutti gli altri operatori sanitari cattolici, deve agire sempre nella coscienza di essere "servitore della vita"¹⁹. "Il servizio all'integrità ed al benessere della persona è l'ideale che deve costantemente orientare il farmacista cattolico, il quale si ispira, nell'esercizio della sua professione, all'esempio di «Gesù di Nazaret, che passò beneficiando e risanando» (At 10,38) quanti si avvicinavano a Lui"²⁰.

Benedetto XVI mette a fuoco un'altra grande responsabilità dei Farmacisti, e cioè quella di formare le coscienze altrui. Si tratta di "un ruolo educativo verso i pazienti per un uso corretto dell'assunzione dei farmaci e soprattutto per far conoscere le implicazioni etiche dell'utilizzazione di alcuni farmaci"²¹. In questo settore, prosegue il Papa, "non è possibile anestetizzare le coscienze, ad esempio sugli effetti di molecole che hanno come fine quello di evitare l'anidamento di un embrione o di abbreviare la vita di una persona. Il farmacista deve invitare ciascuno a un sussulto di umanità, affinché ogni essere sia tutelato dal suo concepimento fino alla sua morte naturale e i farmaci svolgano veramente il ruolo terapeutico"²².

3. Concorso del Farmacista cattolico nell'individuare le soluzioni al problema dell'accesso ai farmaci essenziali

La mia personale convinzione è che i Farmacisti cattolici possano portare un valido contributo al grave problema dell'accesso ai medicinali essenziali, in particolare ispirandosi all'insegnamento di Benedetto XVI. Vi invito dunque a riservare qualche spazio durante le Vostre Giornate Federali a questo problema e di farne oggetto delle Vostre deliberazioni. Non cada nel vuoto l'appello del Papa: "È opportuno che le diverse strutture farmaceutiche, dai la-

boratori ai centri ospedalieri, e anche tutti i nostri contemporanei, si preoccupino della solidarietà nell'ambito terapeutico, per permettere l'accesso alle cure e ai farmaci di prima necessità a tutte le fasce della popolazione e in tutti i paesi, in particolare alle persone più povere"²³. "Non possiamo poi dimenticare l'incalcolabile numero dei minori che muoiono a causa della sete, della fame, della carenza di assistenza sanitaria, come pure i piccoli esuli e profughi dalla propria terra con i loro genitori alla ricerca di migliori condizioni di vita. Da tutti questi bambini si leva un silenzioso grido di dolore che interpella la nostra coscienza di uomini e di credenti"²⁴.



Conclusioni

Mentre il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, il Vostro Dicastero di riferimento, sta per compiere 25 anni di vita, il prossimo 11 febbraio 2010, **desidero**:

- *invitarvi* tutti, Associazioni e singoli, a ravvivare la Vostra identità di Farmacisti cattolici e la Vostra missione a servizio della salute e della vita, compiendo sempre in scienza e coscienza la Vostra professione;

- *incoraggiarvi* a testimoniare, a tempo opportuno e non, anche pagando personalmente, la Vostra adesione a Cristo – Medico del corpo e delle anime e Buon Samaritano, a cui Vi dovete sempre ispirare nell'esercizio della Vostra professione;

- *sollecitarvi* per un impegno fattivo a favore dei malati dei

Paesi in via di sviluppo e in particolare dei bambini, affinché essi possano accedere ai medicinali dei quali hanno bisogno, soprattutto per quanto riguarda la lotta contro l'AIDS, la malaria e la tubercolosi;

- *ringraziarvi* di tutto ciò che nelle varie associazioni si sta facendo per essere vicini ai bisogni delle persone malate e colpite da questa grave crisi economica mondiale;

- *esortarvi* a fare in modo che nascano e crescano sempre, anche in termini numerici, nuove Associazioni di Farmacisti cattolici nelle Diocesi e nelle Conferenze Episcopali.

Nel 400° anniversario della sua morte (9.10.1609) invoco su di Voi l'intercessione del Vostro Patrono, San Giovanni Leonardi che, da farmacista e sacerdote, ha capito che l'unico farmaco sicuro che guarisce e dona la piena salute è Gesù Cristo-Eucaristia. Con grande vitalità, il santo speciale di Lucca, additava infatti proprio nell'Eucaristia il "farmaco dell'immortalità" per il quale "siamo confortati, nutriti, trasformati in Dio e partecipi della natura divina" (cfr. 2Pt 1,4).

S.E. Mons.

ZYGMUNT ZIMOWSKI

Presidente del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede

Note

¹ Costituzione apostolica *Pastor bonus* sulla Curia Romana, art. 152.

² Cfr. A. KIKUCHI, "I possibili effetti della crisi economica e finanziaria globale sui paesi a basso reddito", Conferenza organizzata dalla Caritas romana il 30 aprile 2009 a Roma.

³ In occasione dell'Assemblea generale dell'OMS, svoltasi a Ginevra dal 16 al 25 maggio 2005 l'associazione *Medici Senza Frontiere* ha denunciato la mancanza di impegno da parte dei vertici dell'OMS per migliorare l'accesso ai farmaci di qualità per i Paesi in via di sviluppo. Nel 2006 hanno espresso preoccupazione sull'impossibilità di rendere disponibili su larga scala i farmaci antiretrovirali essenziali all'espansione del trattamento delle terapie ARV contro l'AIDS. Cfr. www.medicisenzafrontiere.it

⁴ BENEDETTO XVI, *Discorso* all'Udienza dell'8 luglio 2009 durante la quale il Santo Padre ha presentato la nuova enciclica.

⁵ BENEDETTO XVI, Lettera enciclica *Caritas in veritate*, 29 giugno 2009, n. 1 e anche cfr. n. 7.

⁶ Cfr. B. SILVESTRINI, "Etica e profitto

dei medicinali", *Dolentium hominum* 1, 1986, p. 39.

⁷ Cfr. G.B. MARINI-BETTOLO, "Farmaci orfani", *Dolentium hominum* 1, 1986, p. 43-45.

⁸ BENEDETTO XVI, *Messaggio per la XV Giornata mondiale del Malato a Seul, Corea*, 11 febbraio 2007.

⁹ Z. ZIMOWSKI, "Intervention of the Holy See Delegation to the 62nd World Health Assembly", 18-27 maggio, Ginevra.

¹⁰ BENEDETTO XVI, *Letter to Mr. Gordon Brown ahead of the G20 Summit*, 30 marzo 2009.

¹¹ BENEDETTO XVI, *Discorso ai Partecipanti della XXIII Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari*, 15 novembre 2008.

¹² BENEDETTO XVI, *Messaggio per la Giornata mondiale della Pace*, 1 gennaio 2009, n. 8.

¹³ Cfr. Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Salute del 21 settembre 2007 intitolato *Promoting safety of medicines for children*. Lo studio fa parte di una più ampia campagna che l'OMS sta cominciando per estendere l'accesso dei bambini a farmaci di qualità, sicuri ed efficaci. Howard Zucker, dirigente del dipartimento per la salute, la tecnologia e i farmaci dell'OMS ha affermato: "Dobbiamo migliorare le nostre conoscenze sul modo in cui l'organismo dei bambini reagisce ai farmaci per poter migliorare la salute dell'infanzia a livello globale. Per questo, è di fondamentale importanza studiare attentamente gli effetti collaterali dei medicinali sui bambini. Queste conoscenze consentiranno di salvare molte vite".

¹⁴ Cfr. L. VALVO, "Dimensioni del fenomeno" in www.iss.it che riporta dati da *The new estimates on the prevalence of counterfeit medicines*, IMPACT (2006) e da *Matrix of Drug Quality Reports in USAID-assisted Countries by the U.S. Pharmacopeia Drug Quality and Information Program* del 2007.

¹⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso* alla Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici, 3 novembre 1990, n. 3.

¹⁶ *Codice deontologico del farmacista*, art. 6.

¹⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso* alla Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici, 3 novembre 1990, n. 4.

¹⁸ *Ibid.* n. 2. Cfr. anche *Discorso* ai Partecipanti al Congresso Nazionale dell'Unione Cattolica Farmacisti Italiani, 29 gennaio 1994, dove Giovanni Paolo II afferma: "Il conforto morale e psicologico che potete offrire a chi soffre è grande, se esso è frutto di una maturità umana e di una ricchezza di valori derivanti dai principi immutabili dell'etica naturale ed evangelica", n. 3.

¹⁹ *Carta degli Operatori sanitari*, Città del Vaticano 1995, n. 1.

²⁰ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso* ai Partecipanti al Congresso Nazionale, n. 2, dove sono riportate parole di Paolo VI: "Compito del farmacista, dunque, è di «contribuire al sollievo della sofferenza, al benessere e alla guarigione dell'uomo», cosciente che dove c'è la vita, c'è lo Spirito di Dio che è creatore e consolatore". Cfr. *Discorso alla Federazione Internazionale Farmaceutica*, 7 settembre 1974: *Insegnamenti di Paolo VI*, XII, 798-801.

²¹ BENEDETTO XVI, *Discorso* al XXV Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici, 29 ottobre 2007.

²² *Ibid.*

²³ BENEDETTO XVI, *Discorso* ai Partecipanti al XXV Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici, 29 novembre 2007.

²⁴ BENEDETTO XVI, *Messaggio* in occasione della XVII Giornata mondiale del Malato, 11 febbraio 2009.

***II Assemblea
speciale per l'Africa
del Sinodo
dei Vescovi***



***Città del Vaticano
4-25 ottobre 2009***

Intervento di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

1.

Il Servo di Dio Giovanni Paolo II, nella sua provvidenziale Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, di cui ricorre quest'anno il 25° anniversario, afferma: "*in Cristo ogni uomo diventa la via della Chiesa [...] e lo diventa in modo speciale [...] quando nella sua vita entra la sofferenza*" (SD 3).

Questa asserzione si iscrive nella logica dell'Enciclica *Redemptor hominis* e sintetizza in maniera pertinente l'inscindibile nesso antropologico e pastorale tra la verità teologica sull'uomo e la sua condizione di malattia e sofferenza. Infatti, "nel suo approccio agli infermi e al ministero della sofferenza, la Chiesa è guidata da una precisa concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio [...]. La malattia e la sofferenza non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale" (Giovanni Paolo II, *Dolentium Hominum*, 2).

2.

L'*Instrumentum laboris* che ci guida in questa Assemblea Sinodale evidenzia alcune preoccupazioni e problemi del mondo della salute che sono state oggetto di studio nel Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e che vorrei ora evidenziare. Le tematiche riguardano i seguenti argomenti.

a) La cultura e il rispetto del valore della vita

Come ha affermato il Santo Padre Benedetto XVI, nell'omelia della Messa di apertura di questo Sinodo, "in Africa vi sono molteplici e diverse culture, ma sembrano tutte concordare su questo punto: Dio è il Creatore e la fonte della vi-

ta"¹. La vita umana è quindi considerata un valore eminentemente positivo, perché ha un'origine sacra e l'uomo ne è depositario. Egli ha il compito di trasmetterla di generazione in generazione. Dall'inizio alla fine dell'esistenza umana essa viene celebrata con riti e manifestazioni sacre. Ma oggi, essa è messa a dura prova dalle politiche della salute riproduttiva.

Si esortano i vescovi

– a seguire da vicino le iniziative politiche e le proposte legislative circa la sanità in modo da fare udire la voce della Chiesa per le problematiche che potrebbero attentare alla vita e alla dignità della persona, riaffermando la sacralità e l'invulnerabilità della vita, dal concepimento fino alla naturale conclusione;

– a impegnarsi a formare culturalmente, moralmente e spiritualmente gli operatori sanitari cattolici e in particolare circa le questioni bioetiche e su tali problematiche, in modo da essere convinti e convincenti testimoni e "servitori" della vita umana².

b) Il dialogo interreligioso in sanità

In Africa convivono molte religioni, da quelle tradizionali africane alle grandi religioni monoteistiche, che influenzano tutte insieme le culture africane. Esistono un dialogo e una collaborazione di fatto che hanno origine nei legami di parentela che intercorrono all'interno della famiglia estesa tra membri di differenti fedi e confessioni religiose. L'impegno corale profuso negli ultimi decenni in particolare dalle varie confessioni religiose per fronteggiare insieme alcune grandi tematiche della salute come HIV/AIDS, malaria e tubercolosi, è la testimonianza dell'ecumenismo delle opere, che in sanità è spiritualmente fecondo.

In questa prospettiva, si incoraggia la prassi già in atto, ossia l'apertura delle nostre istituzioni a servire i malati e accogliere gli operatori sanitari di tutte le religioni, un segno tangibile del dialogo esistente tra di esse. Si attua così, attraverso l'assistenza sanitaria, un modello di pacificazione e riconciliazione che innesca e sviluppa più profonde relazioni tra i credenti di diverse religioni.

c) Il sostegno della giustizia attraverso la sanità cattolica

Per la loro stessa natura di opere della Chiesa, le istituzioni sanitarie sono impegnate a promuovere la salute attraverso il rispetto del diritto alla sua tutela, garanzia di giustizia ed equità³ nell'accesso alle cure sanitarie, specialmente per i malati di HIV/AIDS.

Per rafforzare questo impegno si chiede ai vescovi di promuovere le associazioni cattoliche di istituzioni sanitarie e i coordinamenti a ogni livello, incrementando iniziative in difesa della giustizia e, nello stesso tempo, stabilire all'interno delle nostre istituzioni condizioni di lavoro, distribuzione dei ruoli e retribuzioni ispirate alla legalità e alla giustizia. Per garantire tutto questo si deve anche programmare la formazione di amministratori laici e gestori di strutture cattoliche e promuovere le facoltà di medicina e di farmacia, realizzando percorsi formativi specifici di pastorale sanitaria e di bioetica.

d) La guarigione spirituale e pastorale della salute

Le popolazioni africane accettano le cure spirituali come parte del processo di guarigione. Purtroppo, approfittando della nostra disattenzione e della disposizione nell'anima

popolare, alcune sette presentano delle azioni che propongono false e illusorie guarigioni.

Pur prendendo le debite distanze da tali pratiche, la Chiesa in Africa è chiamata a riscoprire il ricco patrimonio spirituale, dottrinale e sacramentale della Chiesa sulla guarigione spirituale che si basa sulla preghiera e sui Sacramenti come Battesimo, Penitenza e Unzione degli infermi, efficaci strumenti della trasmissione della vita di Cristo ai fedeli⁴.

e) La medicina tradizionale

La medicina tradizionale è uno dei patrimoni importanti delle culture africane. Essa ha un costo inferiore alla medici-

tivarle per garantirne la sopravvivenza e assicurarne il giusto utilizzo.

f) Le azioni concrete per promuovere l'impegno nelle Istituzioni Sanitarie Cattoliche

La promozione della salute come bene personale e sociale è essenziale per il bene comune dell'umanità, e quindi vanno attivati programmi di educazione alla salute e di organizzazione dei servizi sanitari coerenti con i valori della nostra fede, con i principi del buon governo delle istituzioni sanitarie, dell'etica e della qualità delle prestazioni.

Molti dei servizi sanitari del-

la Chiesa universale, mettendo in comune informazioni, relazioni di mutua conoscenza, scambio di esperienze, senza limitarsi soltanto ad aiuti finanziari.

3. Conclusione

Voglio concludere questo mio breve intervento con le parole del Santo Padre Benedetto XVI, che riassumono la specificità del servizio che la Chiesa rende al malato: "La salute dell'uomo, di tutto l'uomo, è stato il segno che Cristo ha prescelto per manifestare la prossimità di Dio, il suo amore misericordioso che risana lo spirito, l'anima e il corpo". Questo deve essere sempre il riferimento fondamentale di ogni iniziativa della Chiesa nella sequela di Cristo, che i Vangeli ci presentano quale "medico" divino (Benedetto XVI, *Discorso ai partecipanti all'Assemblea plenaria del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari*, 2007).

S.E. Mons.
ZYGMUNT ZIMOWSKI
Presidente del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede



na moderna ed essendo vicina alla popolazione viene frequentemente utilizzata. Però, nonostante le sue potenzialità farmacologiche e terapeutiche, non viene sufficientemente presa in considerazione dalle proposte della medicina moderna occidentale.

Pertanto, si chiede ai vescovi di operare un discernimento per distinguere le buone dalle cattive pratiche di medicina tradizionale. Tale discernimento permetterà anche di incoraggiare a condurre degli studi scientifici, dentro le istituzioni cattoliche, per provare l'efficacia e la sicurezza di alcune piante, e arrivare perfino a col-

la Chiesa in Africa vengono riconosciuti e utilizzati per la loro importanza, ma essi soffrono le pressioni ideologiche della globalizzazione e della secolarizzazione⁵ con l'evidente calo degli aiuti finanziari che possono metterli al rischio di fallimento⁶.

Sembra utile che la Chiesa, per le proprie attività sanitarie, attui un approccio contrattuale (*contracting*) con gli Stati, mantenendo l'identità cattolica e curando che le risorse della Chiesa vengano utilizzate equamente. In questa direzione devono essere sviluppate forme di partenariato a ogni livello della Chiesa in Africa e con

Note

¹ BENEDETTO XVI, "Benedetto XVI apre nella basilica Vaticana la seconda Assemblea speciale per l'Africa del Sinodo dei vescovi," in *L'Osservatore Romano*, lunedì-martedì ottobre 2009, p. 6.

² Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera Enciclica *Evangelium Vitae*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1995, nn. 89, 99; Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli operatori sanitari*, Tipografia Vaticana, Città del Vaticano 1995 (I, 1994), n. 1.

³ Cfr. World Health Organization, *World Health Statistics 2009*, pp. 71-82.

⁴ Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Istruzione circa le preghiere per ottenere da Dio guarigione*, 14 settembre 2000, parte I, nn. 2, 4-5.

⁵ Cfr. BENEDETTO XVI, *Discorso in occasione dell'Incontro con le Autorità politiche e civili e con il Corpo Diplomatico nel Salone d'onore del Palazzo Presidenziale di Luanda-Angola*, 20 marzo 2009.

⁶ Cfr. BENEDETTO XVI, *A Sua Eccellenza l'On. Gordon Brown Primo Ministro del Regno Unito alla vigilia del vertice del G20 a Londra*, 30 marzo 2009; *Id.*, Lettera all'Onorevole Silvio Berlusconi, Presidente del Consiglio Italiano in occasione del G8, L'Aquila, 8-10 luglio 2009.

1. Cultura e rispetto della vita

Tutti concordano nell'affermare che la vita è considerata un valore eminentemente positivo nelle culture in Africa, per le quali la vita umana ha origine sacra e l'uomo ne è depositario. Egli ha il compito di trasmetterla di generazione in generazione. Dall'inizio alla fine dell'esistenza umana essa viene celebrata con riti e manifestazioni sacre. Ma i mutamenti sociali, culturali ed economici importati da modelli estranei mettono a dura prova quei valori fondamentali. In particolare, si sa che da anni esistono iniziative di Agenzie Internazionali che mirano a favorire la creazione di servizi di salute riproduttiva in chiave Malthusiana di limitazione demografica e dell'ideologia del gender. A questo proposito, delle iniziative politiche e legislative sono in corso nel Continente per tradurre in leggi e in piani di azione il cosiddetto diritto di salute riproduttiva², fino a condizionare l'aiuto per lo sviluppo all'accettazione dell'ideologia della salute riproduttiva in flagrante violazione dei diritti della popolazione.

Pertanto si raccomanda ai Vescovi di

- seguire da vicino le iniziative politiche e le proposte legislative circa la sanità in modo da fare udire la voce della Chiesa per le problematiche che potrebbero attentare alla vita e alla dignità della persona, riaffermando la sacralità e l'invulnerabilità della vita dal concepimento fino alla naturale conclusione;

- fare conoscere a sacerdoti, seminaristi, religiose e religiosi, a catechisti e laici attraverso seminari, corsi e incontri ad hoc, la problematica del *gender* e della salute riproduttiva, nonché la posizione della Chiesa, da assumere a vari livelli in diversi momenti riguardo a tali questioni;

- formare culturalmente,

moralmente e spiritualmente gli operatori sanitari cattolici, e in particolare circa le questioni bioetiche e su tali problematiche, in modo da essere convinti e convincenti testimoni e "servitori" della vita umana³;

- evidenziare opportunamente e con insistenza i tentativi di alcune agenzie ONU, ONG e Governi, che chiedono ai paesi poveri o in via di sviluppo di accettarne le ideologie contro la vita in cambio di aiuti della cooperazione allo sviluppo.

2. Medicina tradizionale e dialogo interreligioso

a) Medicina tradizionale

La Medicina tradizionale tende a curare la persona nella sua integralità, ed è uno dei patrimoni "ancestrali" più importanti delle culture africane. Pur avendo potenzialità farmacologiche e terapeutiche straordinarie, non viene sufficientemente presa in considerazione dalle proposte della medicina moderna occidentale praticata quasi esclusivamente nelle Istituzioni Cattoliche.

Pertanto si raccomanda ai Vescovi di

- dare maggiore attenzione alla Medicina tradizionale che ha un costo inferiore alla Medicina moderna e che, essendo vicina alla popolazione, viene frequentemente utilizzata;

- operare un discernimento per distinguere le buone dalle cattive pratiche di Medicina tradizionale;

- incoraggiare a condurre degli studi scientifici, dentro le istituzioni cattoliche, per provare efficacia e sicurezza di alcune piante e arrivare perfino a coltivarle per garantirne la sopravvivenza e assicurarne il giusto utilizzo, valorizzando la farmacopea e individuando le buone pratiche;

- valorizzare l'*advocacy* delle Conferenze Episcopali presso i Governi e i Ministeri

responsabili in modo da creare una cultura aperta alla Medicina tradizionale e con programmi ad hoc nelle scuole di formazione, in particolare nelle Facoltà di scienze, di medicina e di farmacologia.

b) Dialogo interreligioso

In Africa convivono molte religioni, da quelle tradizionali africane alle grandi religioni monoteistiche, che influiscono tutte insieme le culture africane. Esistono un dialogo e una collaborazione di fatto che hanno origine nei legami di parentela che intercorrono all'interno della famiglia estesa tra membri di differenti fedi e confessioni religiose. L'impegno corale profuso negli ultimi decenni e dalle varie confessioni religiose per fronteggiare insieme alcune grandi tematiche della salute come HIV/AIDS, malaria e tubercolosi, sono la testimonianza dell'ecumenismo delle opere che in sanità è spiritualmente fecondo. In questa prospettiva, l'apertura delle nostre istituzioni a servire i malati e accogliere gli operatori sanitari di tutte le religioni è un segno tangibile del dialogo esistente tra di esse, incoraggiato dal recente magistero di Giovanni Paolo II e di Benedetto XVI⁴.

Le istituzioni sanitarie cattoliche diventano sempre di più un luogo privilegiato dell'annuncio del Vangelo della Vita attraverso le cure alla salute nel rispetto della vita e della dignità della persona umana.

Pertanto si raccomanda ai Vescovi di

- rafforzare e incoraggiare il dialogo interreligioso trovando un terreno comune per l'annuncio del Vangelo della Vita, per favorire esperienze e iniziative di pacificazione e riconciliazione;

- attuare, attraverso l'assistenza sanitaria, un modello di pacificazione e riconciliazione che possa innescare e sviluppare più profonde relazioni tra i credenti di diverse religioni;

– rappresentare con una voce unica i bisogni delle istituzioni sanitarie nei confronti delle amministrazioni pubbliche e ottenere le risorse necessarie al loro funzionamento.

3. L'impegno dei Vescovi e delle comunità ecclesiali a sostegno della giustizia attraverso la Sanità cattolica

Per la loro stessa natura di opere della Chiesa, a volte formalmente dipendenti dai Vescovi o gestite dalle molteplici famiglie di religiose e religiosi presenti nella sanità in Africa⁵, le istituzioni sanitarie sono impegnate a promuovere la salute attraverso il rispetto del diritto alla sua tutela, garanzia di giustizia ed equità⁶ nell'accesso alle cure sanitarie, specialmente per i malati di HIV/AIDS.

Pertanto si raccomanda ai Vescovi di

– richiedere alle autorità competenti nazionali e internazionali, tenendo conto che tali istituzioni sono presenti tra le popolazioni rurali e tra i più poveri delle città, di ottenere risorse necessarie per compiere il proprio servizio in difesa della salute come diritto umano fondamentale, coerente con lo stesso valore cristiano della ca-



rità, per consentire le cure a chi non ha copertura finanziaria;

– promuovere associazioni cattoliche di istituzioni sanitarie e coordinamenti a ogni livello, incrementando iniziative in difesa della giustizia e, nello stesso tempo, stabilire all'interno delle nostre istituzioni condizioni di lavoro, distribuzione dei ruoli e retribuzioni ispirate alla legalità e alla giustizia;

– programmare istituzional-

mente la formazione di amministratori laici e gestori di strutture cattoliche e promuovere le facoltà di medicina e di farmacia, realizzando percorsi formativi specifici di pastorale sanitaria e di bioetica;

– dialogare con i Governi per collaborare alla costruzione di piani sanitari adeguati ai bisogni delle popolazioni.

4. Guarigione spirituale, la pastorale della salute al servizio della riconciliazione

Le popolazioni africane accettano le cure spirituali come parte del processo di guarigione, prendendo le debite distanze da discutibili, illusorie pratiche magiche di guarigione.

In questo contesto, notiamo che manca l'attenzione sufficiente alla formazione spirituale di operatori pastorali.

Approfittando della nostra disattenzione e della disposizione nell'anima popolare, si inserisce l'azione di molte sette in questo campo.

Pertanto si raccomanda ai Vescovi di

– rifondare il Ministero della Pastorale della Salute sulla guarigione spirituale che si basa sulla preghiera e i Sacramenti come Battesimo, Peni-

tenza e Unzione degli infermi, efficaci strumenti della trasmissione della vita di Cristo ai fedeli, e che costituisce parte centrale del patrimonio dottrinale del Cristianesimo⁷. Il ricorso agli insegnamenti della tradizione patristica rappresenta un elemento di equilibrio nell'attuare una pastorale sanitaria centrata sulla conversione a Cristo e la guarigione del cuore;

– mettere in atto strategie

pastorali di guarigione spirituale con strumenti e sussidi adeguati che chiariscano la distinzione tra l'azione della Chiesa e quella di alcune sette particolarmente aggressive in questo campo;

– sostenere, di fronte alle proposte spesso accattivanti delle sette religiose, le scuole di formazione per gli operatori di pastorale sanitaria quale dimensione integrante della Missione specifica della Chiesa⁸;

– curare l'istituzione delle cappellanie dedicate all'assistenza dei malati e delle loro famiglie ed esercitare attraverso la valutazione dei risultati il carisma dell'autorità al servizio del Vangelo.

5. Azioni concrete per promuovere l'impegno nelle Istituzioni Sanitarie Cattoliche per la riconciliazione

Molti dei servizi sanitari della Chiesa in Africa vengono riconosciuti e utilizzati per la loro importanza, ma essi soffrono le pressioni ideologiche della globalizzazione e della secolarizzazione⁹ con l'evidente calo degli aiuti finanziari che possono metterli al rischio di fallimento¹⁰.

La promozione della salute, come bene personale e sociale, è essenziale per il bene comune dell'umanità.

Pertanto si raccomanda ai Vescovi di

– attivare programmi di educazione alla salute e di organizzazione dei servizi sanitari coerenti con i valori della nostra fede, con i principi del buon governo delle istituzioni sanitarie, dell'etica e della qualità delle prestazioni;

– attuare, nella situazione presente di crisi finanziaria e globale, per le proprie attività sanitarie, un approccio contrattuale (*contracting*) con gli Stati mantenendo l'identità cattolica e curando che le risorse della Chiesa vengano utilizzate equamente. In questa direzione devono essere sviluppate forme di partenariato a ogni livello della Chiesa in Africa e con la Chiesa universale, mettendo in comune informazioni,

relazioni di mutua conoscenza, scambio di esperienze, senza limitarsi soltanto ad aiuti finanziari;

– fare in modo che, per restare fedeli alla missione propria della Chiesa, l’Africa stessa sia coinvolta nel determinare gli aiuti di cui ha bisogno, nel mettere in moto i processi di gestione, organizzazione e controllo, nello sviluppo della leadership in sanità;

– sostenere le istituzioni sanitarie della Chiesa in Africa attraverso una maggiore presa di coscienza delle pratiche di gestione e amministrazione e di un rinnovato partenariato interno ed esterno che assicuri il futuro dei servizi e delle risorse economiche;

– cogliere l’opportunità dell’esistenza di un’apposita Commissione organizzata di Pastorale Sanitaria, con cariche e uffici adeguati, per differenziare negli obbiettivi e nelle competenze il settore della sanità da quello riguardante specificamente l’assistenza sociale;

– impegnare, soprattutto in questo momento storico di crisi, la loro autorità e i loro cari-

smi dando pieno mandato a persone capaci (staff tecnici), nel rispetto delle loro competenze, per condurre i negoziati necessari a sostegno della sanità cattolica, garantendo vera trasparenza e autentica fedeltà al Magistero della Chiesa.

*Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
(per la Pastorale della Salute)*

Note

¹ Le proposte qui riportate sono il frutto di tre giorni di riflessione promossi dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute) tramite l’Associazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (AISAC), ai quali hanno partecipato operatori impegnati nelle istituzioni sanitarie cattoliche sia in Africa che in altre parti del mondo.

² Cfr. Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Pontificio Consiglio per la Pastorale per i Migranti e gli Itineranti e Pontificio Consiglio per la Famiglia, *La Salute riproduttiva dei rifugiati*, Tipografia Vaticana, Città del Vaticano 2001, p. 16.

³ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera En-

ciclica *Evangelium Vitae*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1995, nn. 89, 99; Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli operatori sanitari*, Tipografia Vaticana, Città del Vaticano 1995 (1994), n. 1.

⁴ Cfr. BENEDETTO XVI, *Saluto in occasione dell’Incontro con i Rappresentanti della Comunità Musulmana del Camerun alla Nunziatura Apostolica di Yaoundé*, Giovedì, 19 marzo 2009.

⁵ Attualmente le strutture socio-sanitarie cattoliche in Africa sono 16.178 così suddivise: 1.074 ospedali, 5.373 dispensari, 186 lebbrosari, 753 case di cura per anziani, malati cronici, invalidi e handicappati, 979 orfanotrofi, 1.997 asili infantili, 1.590 consultori, 2.947 centri di educazione sociale e rieducazione, 1.279. Cfr. *Secretaria Status Annuarium Statisticum Ecclesiae 2007*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2007, pp. 355-357.

⁶ Cfr. World Health Organization, *World Health Statistics 2009*, pp. 71-82.

⁷ Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Istruzione circa le preghiere per ottenere da Dio guarigione*, 14 settembre 2000, parte I, nn. 2, 4-5.

⁸ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera Apostolica Motu Proprio *Dolentium Hominum*, 11 febbraio 1985, n. 1.

⁹ Cfr. BENEDETTO XVI, *Discorso in occasione dell’Incontro con le Autorità politiche e civili e con il Corpo Diplomatico nel Salone d’onore del Palazzo Presidenziale di Luanda-Angola*, 20 marzo 2009.

¹⁰ Cfr. BENEDETTO XVI, *A Sua Eccellenza l’On. Gordon Brown Primo Ministro del Regno Unito alla vigilia del vertice del G20 a Londra*, 30 marzo 2009; *Id.*, Lettera all’Onorevole Silvio Berlusconi, Presidente del Consiglio Italiano in occasione del G8, L’Aquila, 8-10 luglio 2009.



Argomenti



*Un alto livello di valori morali
aiuta, più dell'uso dei profilattici,
a prevenire la diffusione dell'HIV
tra la popolazione dell'India*

*Il gender: concetto e conseguenze
Un dialogo critico*

Etica e spiritualità della salute

*Il diritto alla salute
nel diritto internazionale
dei diritti umani*

*Il cosiddetto diritto
alla salute riproduttiva*

*La protezione giuridica
del diritto alla salute
e il dovere di tutelare la salute
sul piano individuale e sociale*

*La protezione del diritto alla salute
nell'ordinamento internazionale*

*Lo statuto giuridico
del corpo umano
e il trapianto di organi*

Un alto livello di valori morali aiuta, più dell'uso dei profilattici, a prevenire la diffusione dell'HIV tra la popolazione dell'India

24

Per secoli, in India, religioni, genitori, educatori e capi della comunità hanno avuto lo stesso obiettivo di insegnare i valori e sviluppare il carattere dei giovani. Nelle scuole e nelle classi di religione, compreso il catechismo domenicale, veniva insegnato ai bambini il rispetto per gli anziani, la modestia e la moralità sessuale. L'astinenza prima del matrimonio e i rapporti sessuali esclusivamente all'interno del matrimonio sono gli standard auspicabili di comportamento per le persone a tutti i livelli. Con l'avanzare dei mass media, adolescenti e giovani sono stati esposti a numerose immagini, messaggi inappropriati e consigli pericolosi, contrari alla dignità e ai valori umani.

Viviamo in un mondo in cui imperversa l'HIV/AIDS. Tutti gli adolescenti e i giovani di oggi sono nati in questo mondo. Pertanto, l'HIV/AIDS non è una cosa nuova per loro. I recenti sviluppi della tecnologia mediatica danno vita a enormi conoscenze su una varietà di argomenti accessibili a tutti coloro che lo desiderano. Questo bagaglio di conoscenza può essere incanalato in maniera significativa per permettere ai giovani di tutto il globo di esercitare le proprie scelte in materia di stili di vita migliori e più sani.

L'HIV/AIDS è una malattia che riguarda proprio lo stile di vita. La maggior parte delle persone infette hanno contratto il virus facendo sesso al di fuori del matrimonio e/o mediante abuso di droghe (iniettandosi la droga usando gli stessi aghi). Questi stili di vita portano i giovani a contrarre l'infezione. Uno dei modi migliori e più sicuri per prevenire e controllare l'ulteriore diffusione dell'HIV è quello di astenersi dai rapporti sessuali extra-matrimoniali ed evitare l'abuso di droghe.

Negli ultimi vent'anni, in India è stato fatto molto per con-

tenere la diffusione dell'HIV. Tuttavia, i risultati non sono incoraggianti. Una delle ragioni principali di questo scarso risultato consiste nella scarsa informazione volta a prevenire i comportamenti ad alto rischio. In effetti, la maggior parte degli sforzi sono stati diretti a evitare la trasmissione del virus mentre le persone hanno continuato a intraprendere attività malsane e immorali. C'è ancora tempo, però, per un intervento significativo diretto a educare i giovani a modificare il proprio comportamento e a promuovere stili di vita sani.

Genitori, insegnanti, religioni, famiglie, comunità locali e governi (centrale e statale) devono collaborare a creare un ambiente che contribuisca a far crescere i nostri giovani affinché sappiano rispondere alle varie sfide che devono affrontare. Occorre comprendere che occuparsi della vastità dei problemi che le giovani generazioni devono affrontare non vuol dire perdere tempo. In questo Paese di oltre un miliardo di persone, circa il 40% sono giovani. Si tratta di un'enorme popolazione che ha bisogno di cura e sostegno. Tutti gli interventi per educarli su questioni delicate quali l'HIV/AIDS, i modi di vita come il sesso al di fuori del matrimonio e l'abuso di sostanze non sono mai troppi. Pertanto è opportuno che ogni individuo e istituzione estendano la loro portata per fornire la necessaria e opportuna informazione e sostenere le giovani generazioni, mettendole in grado di scegliere stili di vita sani.

In India le persone vivono assieme nonostante la diversità culturale e le più profonde differenze religiose. I valori positivi per la vita e la dignità umana sono i più preziosi. Fino agli anni Ottanta, gli educatori delle nostre istituzioni formative hanno insegnato valori, virtù e

buon carattere ai nostri bambini. Essi avevano, in effetti, la responsabilità di impartire valori morali, familiari e religiosi, assieme a lealtà, compassione, coraggio, onestà, rispetto, autodisciplina, giustizia, umiltà, responsabilità, gentilezza e integrità. Con la promozione della competizione, il consumismo, la globalizzazione, l'economia di mercato e i cambiamenti che si fanno strada nei modi di vita, nelle nostre istituzioni c'è stato un declino nell'impartire una formazione del carattere.

Il crescente coinvolgimento dei giovani in stili di vita deplorati e sgradevoli, quali il sesso al di fuori del matrimonio e l'abuso di stupefacenti, è una sfida, per adolescenti e giovani, al sistema degli antichi valori della nostra gente nonché alla sopravvivenza degli esseri umani. Le persone non sviluppano da sole un buon carattere. Agenti responsabili, quali scuola, famiglia, organizzazioni religiose e media, devono impegnarsi in iniziative congiunte e deliberate per promuovere lo sviluppo del carattere tra i giovani.

Come conseguenza del cambiamento sociale e della globalizzazione, la sopravvivenza dei giovani è sempre più minacciata. Molti di loro continuano a essere esposti a rischi che riguardano la loro salute e il loro sviluppo. Essi hanno una vulnerabilità permanente che richiede diritto all'informazione e alla formazione, accesso all'educazione e a servizi sanitari ideati per loro, e un ambiente libero da sfruttamento e abuso. Povertà, guerre, calamità naturali e violenza costringono un gran numero di giovani a vivere in ambienti pericolosi e non favorevoli, diventando così oggetto di abuso e sfruttamento. Inoltre, il loro diritto a partecipare e a esprimere le proprie idee è quasi sempre ignorato.

Come le pianticelle, i giova-

ni attraversano un periodo di transizione pieno di potenzialità e pertanto hanno bisogno di essere allevati e curati, e di un ambiente sicuro per poter diventare adulti sani, responsabili e produttivi. Essi sono pieni di energia, idee, entusiasmo, ambizione e potenzialità. Inoltre contribuiscono alla salute delle proprie famiglie, dei compagni e della comunità. Sono, insomma, una forza potente per il cambiamento.

Per oltre due decenni abbiamo lottato contro una malattia senza affrontare la questione principale, quella cioè di persuadere i giovani a sviluppare un buon carattere e valori positivi per vivere in dignità. Invece di promuovere i vantaggi della formazione del carattere e dell'astinenza prima del matrimonio, sono stati compiuti numerosi sforzi per il riconoscimento dei diritti delle donne all'aborto, alla libertà sessuale, al divorzio, all'eutanasia e a vivere relazioni sessuali al pari degli uomini, e per ridefinire il concetto di famiglia includendovi quella monoparentale, le unioni omosessuali, la convivenza, l'incesto e le relazioni extraconiugali. Viviamo in un tempo in cui le persone hanno paura di parlare di valori morali e religiosi, di valori familiari, del diritto del non nato a nascere e dei diritti fondamentali delle persone malate di HIV/AIDS.

Gli ultimi anni hanno visto cambiamenti inattesi che hanno influenzato in varie maniere il nostro modo di pensare. Una volta composto di Paesi e culture frammentati, il mondo sta ora diventando rapidamente un villaggio globale e si sta anche urbanizzando velocemente. I sistemi dei valori stanno cambiando. Nessuno è rimasto incolume dalla globalizzazione, dalla liberalizzazione, dall'economia di mercato, dall'esplosione dei media e dai progressi tecnologici che stanno avvenendo nel mondo. Sulla qualità della nostra vita incidono numerosi fattori: le condizioni socio-economiche, l'ambiente in cui viviamo e ci sviluppiamo, e ancor più le infezioni e le malattie. Presi nella rete della transizione dall'infanzia all'età adulta, i giovani sono colpiti da

cambiamenti senza precedenti e spesso inimmaginabili. Condizioni globali in rapido mutamento pongono un grande tensione su di loro, modificandone il comportamento e le relazioni, e aggravando i loro problemi di salute.

Si tratta di un dato di fatto che non cambia solo il sistema di vita degli adolescenti, ma anche le aspettative della società sui giovani. Spesso frustrati nella loro ricerca di migliori condizioni economiche per mancanza di istruzione e formazione professionale per il mercato del lavoro, i giovani diventano vulnerabili allo sfruttamento, possono vivere in povertà e senza un domicilio fisso; inoltre possono essere attirati nella rete della prostituzione o costretti a svolgere attività pericolose con scarse condizioni di lavoro, abuso di droghe e attività illegali.



Studi hanno dimostrato che i giovani sono sessualmente attivi. Essi sono profondamente influenzati dai media. Sono vittime del traffico di esseri umani ed entrano a far parte del mercato del sesso. Fanno parte anche della popolazione dei lavoratori migranti. Sono vulnerabili all'HIV/AIDS e alle malattie sessualmente trasmissibili. Rientrano tra i milioni di tossicodipendenti e possono aver provato sostanze chimiche che alterano l'umore e la mente.

I media hanno una forte influenza sul modo con cui i giovani vedono se stessi. Bene o

male, i valori e il sistema di vita raffigurati nei film, in televisione, nella letteratura pornografica, su internet e nei video musicali hanno un'enorme influenza sui loro desideri.

La nostra fede aiuta ad affrontare le sfide riguardanti le decisioni in materia di sesso, del consumo di alcol e del fumo, sebbene, rispetto a prima, ci sia ora molta più informazione che permette ai giovani di comprendere meglio i rischi connessi. Tuttavia, essi si assumono i rischi e affrontano sfide mai sostenute con questa stessa intensità, quali droga, sesso casuale e scelte di vita o di morte imposte dall'HIV/AIDS. I giovani devono essere aiutati a compiere scelte personali giuste per una salute migliore, per la sopravvivenza e per fronteggiare le pressioni complesse e conflittuali della vita moderna.

Le sfide del nuovo millennio includono vari problemi quali la gravidanza in età adolescenziale, disturbi mentali ed emotivi, violenza sessuale, abuso di sostanze (compreso l'uso di droghe per iniezione), suicidi, stupri, il cosiddetto *eve-teasing* ("tormento di Eva"), disorganizzazione familiare, divorzi, famiglie monoparentali, abuso di bambini (compreso l'incesto), violenza domestica, scambio di partner, inalterata diffusione di malattie sessualmente trasmissibili (MST) e pandemia dell'HIV/AIDS.

Il silenzio o gli atteggiamenti negativi degli adulti portano alcuni giovani a ritenere che il sesso sia qualcosa di sbagliato, cattivo o peccaminoso. Essi sviluppano quindi sentimenti negativi su di esso, che portano a sensi di colpa profondamente radicati e alla perdita dell'autostima. Tanti adolescenti e giovani crescono con una cattiva immagine di se stessi, con una nozione sbagliata sui rapporti interpersonali e un sistema di valori corrosivo, anche se alla fine non è colpa di nessuno.

Tra i numerosi problemi che i nostri adolescenti e giovani devono affrontare, quello di fare scelte sagge sulla sessualità è uno dei più critici. Ora più che mai, adolescenti e giovani hanno bisogno dell'aiuto dei loro genitori per essere guidati nel mare dei messaggi confusi

che li circondano. Essi vogliono anche essere assicurati sul fatto che i loro genitori comprendono ciò che stanno attraversando. È importante perciò che questi trasmettano valori appropriati ai loro figli.

È risaputo che l'assenza di un buon carattere dà origine a un comportamento distruttivo quale violenza, disobbedienza, tossicodipendenza e rapporti extramatrimoniali. Pertanto è necessario ora reinvestire tempo e competenza nell'insegnare ai giovani i veri valori che riaffermeranno la nostra dignità umana e promuoveranno il benessere di tutti.

Ai giovani di oggi occorre una comprensione realistica dello scopo del sesso nella vita, dei rapporti tra amore e sesso e tra uomini e donne, dei vantaggi di lasciare il sesso per il matrimonio, dell'impatto negativo di esso fuori del matrimonio e dell'abuso di droghe, delle conseguenze di adottare stili di vita insani che degradano la dignità umana e la vita familiare, come pure le capacità, le strategie e il buon carattere per astenersi da condizioni di vita malsane.

Occorre quanto prima un tipo di condivisione di informazioni che sia olistico, che aiuti i genitori, gli insegnanti, i consulenti familiari, gli adolescenti e i giovani, che metta il sesso nella giusta prospettiva, che discuta di sesso nel contesto del significato e dello scopo della vita. Noi siamo per un intervento che abbia un approccio positivo alla vita umana sana. Abbiamo bisogno di un intervento fondato sui valori che promuova specificamente l'astinenza e aiuti gli adolescenti a identificare i problemi e le conseguenze associate all'attività sessuale prematrimoniale. L'obiettivo primario dell'intervento che vorremmo promuovere è quello di comunicare il cosa, il perché e il come dell'HIV/AIDS, del sesso e della sessualità, dei valori morali, sociali e familiari, e del bisogno di prevenire e controllare i problemi associati ai comportamenti ad alto rischio.

Fino a poco tempo fa, anche la modestia e la moralità sessuale erano inclusi tra i valori generalmente insegnati ai gio-

vani, e l'astinenza fino al matrimonio era lo standard auspicabile di comportamento. Ma il significativo disordine sociale e culturale degli anni recenti ha portato a una diffusa e pubblica messa in discussione, quando non a un completo abbandono di questi valori. Film, musica, televisione, giornali, internet e altri media popolari promuovono apertamente la nozione che il sesso con chiunque – con o senza impegno – è normale e auspicabile, finché c'è mutuo consenso e nessuno resta incinta o infetto da una malattia sessualmente trasmissibile o dall'HIV/AIDS.

L'astinenza dà alle persone la libertà di crescere e sviluppare i rapporti senza l'unione dei sessi. Il sesso è buono, personale, privato, piacevole, po-



tente, intimo, lega e crea nuova vita. Il mezzo più appropriato e l'unico sancito per questo coinvolgimento profondamente personale e intenso è nell'ambito di un matrimonio impegnato e fedele in cui vita e amore camminano mano nella mano.

Ai giovani va detto che non sono i soli a praticare l'astinenza. Infatti, i giovani che praticano l'astinenza sono la maggioranza. È assolutamente buono scegliere l'astinenza poiché funziona e porta soddisfazione e gioia. Astenendosi, i giovani sono capaci di raggiungere i loro obiettivi e sogni.

È improbabile che gli adolescenti e i giovani che usano alcol e droga riusciranno ad astenersi dal sesso prima del matrimonio. A parte il fatto di causare morte, danni e violenza, il consumo di alcol e di droghe

tra i giovani e gli adolescenti danneggia anche i loro giudizi e le loro inibizioni. L'astinenza è una decisione fisica, mentale, emotiva, sociale, spirituale ed etica che coinvolge e riguarda l'intera persona. Essa richiede un impegno legato alla forza di volontà. I giovani, pertanto, sono esortati a dimostrare la loro forza di volontà a restare casti fino al matrimonio.

I vantaggi dell'astinenza sono i seguenti:

- essere liberi da pensieri di colpa, dal dubbio, dalla preoccupazione e dal rifiuto;
- essere liberi dalla gravidanza prima di essere abbastanza mature per restare incinta;
- essere liberi dal dolore di dover dare il proprio figlio in adozione;
- essere liberi dai problemi

fisici ed emotivi associati all'aborto;

- essere liberi dalle malattie sessualmente trasmissibili e dall'HIV/AIDS;
- essere liberi dai rischi e dagli effetti collaterali dei contraccettivi;
- essere liberi di essere indipendenti e di avere il controllo della propria vita;
- essere liberi di confondersi con gli altri e comunicare apertamente;
- essere liberi dall'ingannare un amico e provocare una gravidanza;
- essere liberi dal matrimonio precoce sotto costrizione;
- essere liberi dallo sfruttamento involontario da parte degli altri;
- essere liberi di sapere di non aver danneggiato la propria salute riproduttiva (o quella di qualcun altro);

- essere liberi di perseguire gli obiettivi della vita;
- essere liberi di sviluppare il proprio autorispetto;
- essere liberi di rispettare se stessi e gli altri;
- essere liberi di creare una maggiore fiducia nel matrimonio;
- essere liberi di programmare una vita matrimoniale riuscita;
- essere liberi di godere del fatto di essere un adolescente senza pressioni;
- essere liberi dal perdere la castità;
- essere liberi dallo stigma sociale.

Un rapporto d'amore ricco di significato tra un ragazzo e una ragazza trova pienezza nel matrimonio. Questa relazione matrimoniale è esclusiva e completa e deve portarli a dire l'uno all'altra: "Ti amo completamente senza riserve". Questa è l'essenza di un vero rapporto d'amore che possiamo definire come un "matrimonio riuscito".

Per legge divina e naturale il sesso è riservato esclusivamente alla coppia sposata – marito e moglie. Esso è espressione dell'amore all'interno del legame familiare. È un'arte che cresce e migliora e aiuta la coppia a diventare altruista. È un perdersi l'uno nell'altro, esprimere amore e farlo crescere, dare e ricevere piacere, e concepire un figlio.

I giovani devono comprendere che il sesso salda l'unione di marito e moglie, che è molto intima. Non dovrebbe essere visto pertanto come un atto meccanico. Esso ha implicazioni durature molto importanti per la vita psicologica della coppia. Società, religione e famiglia approvano questo rapporto d'amore che è libero da peccato e da ogni tipo di restrizione esterna. La coppia pertanto fa spazio e trova tempo per essere assieme nel privato per esprimere e condividere se stessi l'uno con l'altro. Questo è il dono più prezioso che Dio abbia dato agli uomini. Giocarci, abusando del sesso mediante ogni tipo di relazione extraconiugale, è del tutto inaccettabile, immorale e peccaminoso.

Al di fuori del matrimonio, il

sesso dà un piacere temporaneo. È un rapporto momentaneo senza impegno e responsabilità e la società e la maggior parte delle religioni lo disapprovano. Fare sesso può portare a una gravidanza e i suoi effetti sono di enorme portata. La donna può dover affrontare conseguenze emotive, psicologiche e spirituali disastrose. Ella deve portare il peso di far crescere un bambino dentro di lei. L'uomo deve avere piena responsabilità per crescere un bambino nato fuori dal matrimonio.

Il matrimonio porta sicurezza e sostegno alla coppia. Il sesso extramatrimoniale non può fornire questi stessi benefici. Esso, in effetti, porta sfiducia. Alcuni sostengono che se un ragazzo e una ragazza sono sicuri di sposarsi, non c'è niente di male se hanno rapporti sessuali prima del matrimonio. Ma si dovrebbe esaminare anche l'altro lato della medaglia: "Se lui/lei può dormire con me prima del matrimonio, quanto sarà seria la sua fedeltà nel matrimonio? Come posso essere sicuro/a che lei/lui non verrà meno alle nostre promesse matrimoniali?". Centinaia di matrimoni si sono rotti per un sospetto di infedeltà. Perciò state attenti: il sesso prima e al di fuori del matrimonio non deve diventare un modo di vita.

È giusto perciò che i giovani imparino i valori che accrescono e promuovono il rispetto, l'amore, la pace, la giustizia, l'onestà, la pulizia, l'autodisciplina, la coscienza sociale, la ricerca della verità, la fedeltà, l'integrità, l'impegno, la gentilezza, la compassione, l'umiltà, la giustizia e la responsabilità.

Gli adolescenti vengono bombardati da messaggi secondo i quali il sesso è grande tutte le volte che si pratica e aspettare il matrimonio è del tutto una cosa di vecchio stampo. Ciò ha tragicamente incoraggiato le persone ad andare a letto assieme, minimizzando o nascondendo le penose conseguenze di una tale decisione. Gli insegnamenti delle religioni, degli insegnanti e dei genitori:

- incoraggiano la protezione dei giovani contro la minaccia dell'HIV/AIDS e delle MST

(un certo numero di queste sono incurabili e l'uso dei contraccettivi non permette di evitarle);

- incoraggiano la protezione dei giovani contro il trauma di una gravidanza indesiderata: nessun contraccettivo è sicuro al 100%, ma solo l'astinenza previene la gravidanza; essere concepiti fuori dal matrimonio è uno stigma a vita e una vergogna, e un aborto non è mai un'opzione, in quanto si tratta dell'uccisione di sangue innocente;

- incoraggiano la protezione dei giovani dal coinvolgimento sessuale prima del matrimonio;

- ci dicono che il sesso prima del matrimonio può danneggiare la nostra immagine e produrre una tremenda insicurezza emotiva e un senso di colpa; è molto meglio guardare il proprio corpo come un "libretto di risparmio" da dare al partner come dono di nozze;

- ci dicono che il sesso prima del matrimonio deruba una persona di una coscienza limpida, producendo un senso di colpa che porta a un grande stress emotivo; la persona perciò tende ad associare il sesso con la colpa, a sentirsi sporca, a provare risentimento per essere stata usata, e ad avere paura di rimanere intrappolata;

- ci dicono che il sesso prima del matrimonio porta via molto tempo che invece dovrebbe essere speso a sviluppare una relazione attraverso la comunicazione orale e la discussione di programmi futuri; esso scredita la relazione facendone cattivo uso per motivi egoistici;

- ci dicono che il sesso prima del matrimonio promuove atteggiamenti incuranti sulla purezza sessuale che spesso, successivamente, hanno come conseguenza storie extramatrimoniali che possono portare anche al divorzio.

L'educazione per prevenirlo è l'unica strategia che possa aiutare a controllare l'ulteriore diffusione dell'HIV/AIDS. Un'educazione adeguata sull'HIV/AIDS aiuterà le persone a proteggere se stesse e gli altri dall'infezione. Poiché l'AIDS è un malattia che dipende largamente dal comportamento umano, tutti i programmi di

educazione preventiva dovrebbero offrire molto più della semplice informazione e includere la ricerca dei valori e l'esercizio delle proprie capacità. Il primo passo per educare le persone è quello di superare il rifiuto e riconoscere l'esistenza del problema. Fino ad allora, cambiare i comportamenti a rischio di potenziali gruppi target sarà molto difficile.

In tutto il mondo, l'esposizione sessuale è la via maggiore di trasmissione del virus dell'HIV (oltre il 75%). Tutte le attività sessuali tra due persone (eterosessuali, bisessuali e omosessuali) con ogni tipo di contatto con fluidi corporali hanno in sé il rischio di trasmettere il virus.

L'unica pratica sessuale sicura è il sesso tra marito e moglie reciprocamente fedeli. Non dobbiamo essere fuorviati da frasi quali "praticate il sesso sicuro, usate i profilattici" ecc. L'uso dei contraccettivi non è una pratica sessuale facilissima e sicura.

La tradizione, la cultura, le religioni e le norme sociali dell'India si oppongono all'abuso degli esseri umani. Uomini e donne non devono essere considerati merci a disposizione per il piacere sessuale. L'uomo, senza la donna, è incompleto. Allo stesso modo, la donna senza l'uomo è incompleta. Le scritture religiose affermano con chiarezza che fin dall'inizio della creazione: "Dio li fece maschio e femmina. Per questo l'uomo lascerà suo padre e sua madre e si unirà a sua moglie e i due diventeranno una carne sola. Così non sono più due, ma una sola carne. Dunque l'uomo non divida quello che Dio ha unito". Se restiamo fedeli al nostro coniuge ed evitiamo il sesso fuori del matrimonio, la trasmissione dell'HIV mediante attività eterosessuali può essere impedita.

Ci sono poi delle persone, gli omosessuali, che intrattengono rapporti sessuali con altre persone dello stesso sesso. Ci sono anche persone che svolgono attività sessuali con animali. È noto che si tratta di attività non igieniche ad alto rischio. Esse inoltre degradano la dignità degli esseri umani.

Allo stesso tempo, sappiamo anche che si tratta di malattie psicologiche. Queste persone hanno bisogno di essere comprese e aidate da ogni parte – famiglia, amici, società, religione – come pure di sostegno emotivo e psicologico. L'ambiente sociale dovrebbe scoraggiare tali pratiche malsane.

La società indiana permette il sesso solo all'interno del matrimonio. Tuttavia, dal 16 al 20% circa dei giovani – tra cui includiamo un numero piuttosto ampio di ragazzi di strada – intraprendono attività sessuali prima del matrimonio. Ciò mostra la portata del comportamento a rischio esistente tra la gioventù.

La prevenzione dell'HIV mediante attività sessuali

I modi migliori per prevenire la diffusione dell'HIV mediante attività sessuali sono i seguenti:

- praticare l'astinenza prima del matrimonio;
- fare sesso solo con il coniuge non infetto e fedele;
- educare se stessi e i membri della famiglia sull'HIV/AIDS, su come si diffonde e come evitarla;
- non avere rapporti sessuali con omosessuali, estranei, prostitute ecc.;
- educarsi sui valori morali e sugli insegnamenti della propria religione.
- cercare la guida di genitori, insegnanti e membri più adulti della famiglia.
- rendersi conto che si può contrarre l'HIV anche durante un solo rapporto sessuale con una qualsiasi persona al di fuori del matrimonio;
- non credere ciecamente che il profilattico dia una protezione totale: esso, in effetti, non ha dimostrato una completa affidabilità per quanto riguarda il controllo delle nascite; in India abbiamo profilattici di bassissima qualità e che, pertanto, non sono affatto affidabili; non si deve avere piena fiducia in un profilattico e non bisogna mettere, pertanto, in pericolo la propria vita.
- vivere con dignità, avere rispetto per l'altro sesso: nessuno dice di non unirsi all'altro

sesso o di farsi degli amici, tuttavia vale la pena aspettare fino al matrimonio per avere rapporti sessuali.

– come un ragazzo desidera sposare una ragazza che sia vergine e non infetta, lo stesso dicasi per vostra moglie o la futura sposa; perciò, se volete che qualcuno vi aspetti, anche voi dovete aspettare qualcuno con cui condividere tutto ciò che avete.

– La vita sarà stimolante, significativa e gioiosa, se si è in grado di prendersi cura di se stessi per un certo tempo.

L'unica maniera per evitare di contrarre l'HIV con i rapporti sessuali è l'astinenza e, per le persone sposate, la fedeltà reciproca al proprio partner. Non esiste altro modo.

Aborto

Il cambiamento dei valori è stato profondamente negativo, tanto per gli individui quanto per la società in generale. Percentuali sempre più elevate del numero di aborti (alcune stime indicano 150.000 casi al giorno), il "gap" sempre maggiore nella proporzione uomo-donna (censimento nazionale del 2001), famiglie monoparentali, e un aumento del tasso dei suicidi e dei divorzi sono diventate questioni che riguardano l'intera società. La marea crescente di MST (14 milioni di nuovi casi nella sola India ogni anno, secondo dati governativi), alcune delle quali sconosciute alle generazioni precedenti, ha raggiunto proporzioni epidemiche, spesso con conseguenze permanenti o addirittura fatali.

Che tipo di mondo abbiamo preparato per le giovani generazioni? Oggi viviamo in un mondo in cui una bambina non è sicura nemmeno nel grembo materno. In tutto il Paese viene praticato il feticidio femminile in enormi proporzioni. Alcuni dati delle ultime ricerche mostrano che "l'aborto uccide più vite umane che la guerra in tutto il mondo".

In realtà l'aborto ha agito come un cerotto per nascondere la caduta del sistema sbagliato di valori della nostra società, un

sistema in cui una donna incinta è vista come un problema se concepisce una bambina ed è costretta di conseguenza ad abortire, mentre invece dovrebbe essere considerata una protagonista del miracolo della vita.

Le conseguenze fisiche dell'aborto

Gli aborti non sono semplici, ma hanno conseguenze di vasta portata per le donne. Alcuni dei loro possibili effetti fisici sono i seguenti: danni ai muscoli cervicali, danni alla parete uterina, infezioni, emorragia, coagulazione del sangue, sterilità, gravidanze ectopiche, nascita di bambini morti, un 20% almeno di possibilità di aborti spontanei nel futuro, complicazioni in successive gravidanze, disturbi mestruali, febbre e insonnia, perdita di appetito e di peso, esaurimento, diminuzione della capacità di lavorare, vomito, disturbi gastro-intestinali e frigidità.



Gli effetti psicologici

L'aborto causa anche gravi disturbi psicologici alla madre. Alcuni effetti psicologici comuni osservati in donne che hanno subito un aborto sono: un profondo senso di vergogna, un'acuta reazione di dolore (oltre il 77%), impulsi suicidi, astinenza, incubi, diminuzione dell'autostima, stigma, sensi di colpa, preoccupazione riguardo alla morte, intenso interesse nei neonati, odio per gli abortisti e per tutti coloro che sono coinvolti nel processo, disinteresse nel sesso e incapacità di perdonare se stesse.

Ad alcune donne servono anni per riprendersi dal trauma psicologico che segue un aborto.

1) Il punto di vista indu

Secondo la religione induista, una donna che si sottopone a un aborto in questa vita, diventa sterile in quella successiva. Le scritture induiste condannano l'aborto e lo considerano un omicidio. Secondo i Veda indu, l'aborto deve essere visto come un peccato più grave dell'uccisione di un bramino.

2) Il punto di vista islamico

Il Corano esorta gli uomini a non interferire con l'opera di Dio. Uno degli insegnamenti fondamentali dell'Islam è che la vita è un dono di Dio e quindi, in quanto tale, nessun uomo ha diritto a commettere azioni che possano portare pregiudizio alla vita o toglierla.

3) Il punto di vista cristiano

Nei primi secoli dopo Cristo, i cristiani proibivano l'aborto a ogni condizione sin dal momento del concepimento e lo consideravano un peccato grave.

Punti di vista a favore e contro l'aborto

1) In favore dell'aborto

Le donne devono avere il diritto di controllare il proprio corpo.

Nessun figlio indesiderato dovrebbe essere messo al mondo.

L'aborto legale deve essere effettuato in quelle strutture mediche autorizzate in cui si cerca, con particolare attenzione, di non arrecare danno alla madre fisicamente e psicologicamente.

Le donne devono poter scegliere un aborto sicuro e legale, ove lo vogliono.

2) Contro l'aborto

Un feto è un essere vivente e, pertanto, il suo diritto alla vita deve essere rispettato – nessuno ha il diritto morale di eliminare questa vita.

Altre persone, diverse dalla madre, hanno dei diritti per quanto riguarda il bambino non nato – il bambino stesso e il padre.

Poiché il feto non si può difendere, i contrari all'aborto ritengono che altri siano obbligati a difenderlo dai tentativi di coloro che vogliono ucciderlo.

L'opposizione più importante all'aborto proviene da gruppi religiosi organizzati che l'affrontano come una questione che riguarda il mettere in discussione l'autorità assoluta di Dio Onnipotente.

Molte persone e organizzazioni hanno ignorato o minimizzato il concetto della pratica dell'astinenza fino al matrimonio, perché la ritengono una cosa irrealistica. Un'altra obiezione comune alla promozione dell'astinenza è che è troppo "imperativa". Alcuni arrivano a consigliare agli studenti di "aspettare fino a che sarete pronti" – una direttiva vaga e sostanzialmente senza senso per una decisione tanto importante. Questi stessi programmi sono, infatti, estremamente perentori quando si tratta di promuovere il "sesso sicuro" con contraccettivi e profilattici, nonché l'aborto.

Vita umana e valori spirituali

La vita umana non è una fatalità. È un dono dato una volta liberamente e gratuitamente. È un valore primario e fondamentale. Perciò ogni cosa fatta per migliorare la vita umana è di importanza suprema.

La persona umana è una realtà complessa fatta di corpo, mente e anima. Sappiamo anche che un rapporto d'amore tra un uomo e una donna richiede, per sua natura, l'integrazione di queste tre componenti. Nella maggior parte delle culture e delle relazioni, questo rapporto, sia al livello di preparazione al matrimonio che della sua realizzazione nel matrimonio, è regolato da valori spirituali, regole religiose e tradizioni.

La vera religione è una questione del cuore ed è nella propria famiglia che la religione del cuore si sviluppa. Quindi dobbiamo considerare la "preparazione a una vita d'amore familiare" come preoccupazione primaria.

Prof. GRACIOUS THOMAS
Direttore, School of Social Work,
The Indira Gandhi National
Open University,
Nuova Delhi, India.

Il gender: concetto e conseguenze

Un dialogo critico

30

“Dio disse: «Facciamo l’uomo a nostra immagine, secondo la nostra somiglianza... Dio lo creò, maschio e femmina li creò” (Gn 1,26-27). Pertanto, creati insieme, l’uomo e la donna sono voluti da Dio l’uno per l’altro. È quanto la Parola di Dio lascia capire attraverso diversi passi del testo sacro. “Non è bene che l’uomo sia solo; gli voglio fare un aiuto che gli sia simile” (Gn 2,18). Nessuno degli animali può essere questo “vis-à-vis” dell’uomo (cfr. Gn 2,19-20) La donna che Dio “plasma” con la costola tolta dall’uomo e che conduce all’uomo, strappa all’uomo un grido d’ammirazione, un’esclamazione d’amore e di comunione: “Questa volta essa è carne dalla mia carne e osso dalle mie ossa” (Gn 2,23). L’uomo scopre la donna come un altro “io” della stessa umanità¹. Ecco, più chiaro del sole, che l’uomo e la donna sono fatti “l’uno per l’altro” e che Dio non li abbia creati “a metà” e “incompleti”; li ha creati per una comunione di persone, nella quale ognuno può essere “aiuto” per l’altro, perché sono a un tempo uguali in quanto persone (“osso dalle mie ossa...”) e complementari in quanto maschio e femmina². Ma, ed è quanto interessa, questa concezione biblica della persona sessuata, concepita in base alla differenza della natura umana bisessuale – maschio e femmina –, non è più il criterio ontologico del pensiero contemporaneo e non ha più l’impatto tradizionale né a livello personale né, e soprattutto, a livello sociale. La differenza sessuale non sarebbe più un dato intrinseco della natura umana uscita dalle mani creatrici di Dio, ma è un fenomeno estrinseco che va concepito nel contesto delle strutture socioculturali, nelle quali l’uomo stesso costruirebbe la sua sessualità. Questo nuovo modo di concepire la differenza dell’uomo sessuato si basa sulla cosiddetta filosofia del “gen-

der”. Si tratta di una nuova rivoluzione sessuale che, anche a causa delle disastrose conseguenze a livello legislativo europeo e internazionale, richiede un dialogo rigorosamente critico, tanto più che la *Caritas Internationalis* ha pubblicato una discettabile *Guida* al riguardo.

Per impostare il mio discorso critico in modo più aderente alla realtà delle cose, inizio con il concetto “gender” e le sue conseguenze.

1. Concetto ideologico e conseguenze del “gender”

La filosofia del “gender” data dal 1950, quando le femministe volevano giustificare intellettualmente il loro essere lesbiche. Simone de Beauvoir invita le donne a rifiutare il matrimonio per non essere sottmesse agli uomini. Questa corrente intellettuale del *gender* e del *costruttivismo* è stata recuperata dai movimenti omosessuali per dimostrare che l’idea della sessualità non è un dato della natura, ma un fenomeno culturale che si costruisce. Il termine “gender” intende concepire l’uomo come un essere prodotto dalla cultura, che le leggi democratiche devono accogliere. L’omosessualità non sarebbe una deviazione sessuale dell’uomo o della donna, ma è il fenomeno di un loro orientamento sessuale. Mascolinità e femminilità sono unicamente autocostruzioni nei vari contesti socioculturali, e, quindi, non c’è posto per una concezione eterosessuale naturale con un corrispondente simbolismo coniugale. Pertanto, in base a questa nuova ideologia del *gender*, dobbiamo ridefinire, dal punto di vista sessuale, tutti i domini dell’esistenza personale della donna e dell’uomo nell’insieme della società. Non l’associazione tra uomini e donne è determinante, ma prioritario è, anzitutto e soprattutto, il rispetto dell’identità della

donna. In tanti mestieri e professioni è in atto il fenomeno della “femminizzazione” progressiva, che peserà sui legami sociali della donna producendo, ad esempio, la paura di sposarsi e di procreare. Per questo, parlando della salute riproduttiva, l’uomo rimane escluso dalla procreazione, perché le donne vogliono vivere sole con un loro bambino. Si preferisce una famiglia monoparentale, cioè una madre sola, appunto, perché ciò significherebbe non solo una promozione del lesbismo, ma sarebbe anche un segno della libertà della donna. La conseguenza disastrosa risulta evidente in quanto la teoria del “gender” è stata largamente adottata dal Parlamento Europeo e va tradotta attraverso programmi politici che devono ispirare i paesi membri. La Commissione europea obbliga, persino, i suoi nuovi membri a modificare la loro legislazione a favore della contraccezione, dell’aborto e delle rivendicazioni omosessuali. Per questo, anche se nella prospettiva del “gender” non si esclude la natura umana bisessuale dell’uomo – maschio o femmina – tuttavia, secondo queste sue filosofie, individualista e soggettivista, ogni persona umana può, anzi, deve orientarsi verso quella sessualità che desidera costruirsi. Questa ideologia, ed è la sua più falsa conseguenza, pretende il diritto alla legalizzazione di un’uguaglianza fra tutte le forme di sessualità. Poiché non c’è una differenza tra eterosessualità, omo-sessualità e qualsiasi altra forma di sessualità. Insomma, pur trattandosi di realtà sessuali veramente differenti, il concetto “gender” implica, praticamente, la negazione dell’identità sessuale naturale di ogni persona umana. E tutto questo si compie, in modo sordo, con la compiacenza dei mass-media attraverso l’uso mascherato di nuovi termini, sempre più aperti e tolleranti. Per quanto riguarda questo

“costruttivismo” della propria identità sessuale, si può già ventilare come critica: non si costruisce una persona come si costruisce una casa. A questo punto rilevo che, a partire dal “gender”, si vorrebbe anche, all’interno della Chiesa, una pubblicità a favore del concetto e una nuova definizione dei ministeri. Il “gender” dovrebbe aprire alle donne l’accesso a tutti i poteri, tanto più se la relazione a Cristo si basa su valori femminili che, a loro volta, sono fattori che specificano l’i-

ni e, in modo particolare, delle donne, anzi. Tuttavia, questa militanza non può, in alcun modo, basarsi su una filosofia che non concorda con il significato intrinseco della bisessualità e, quindi, della vita coniugale e familiare. Non solo, ma non può neanche mutare la corrispondente cooperazione sociale da parte degli uomini e delle donne. Ad ogni modo, la Chiesa non può accettare riposte che non tengono conto del posto dell’uomo e della donna nel matrimonio e nella fami-

scolinità denoterebbe una disuguaglianza sessuale in quanto nessuna donna può essere padre. Neanche la maternità sarebbe un’identità sessuale, ma è piuttosto una certa funzione sociale, che può ammettere “des mères porteuses”, in quanto la maternità non può, a nome del suo dovere naturale di occuparsi del bambino, privare la donna del diritto al suo impiego socioculturale. Per la teoria del “gender”, non è la natura differenziata dell’essere umano, maschio e femmina, che determina la specificità del proprio ruolo, ma è la costruzione della propria sessualità nei diversi contesti socioculturali. Ora, una società che non è più in grado di cogliere la naturale differenza della sessualità umana perde progressivamente il senso della verità delle cose e favorisce così un profondo sentimento d’insicurezza. Rimettendo in questione la diversa identità sessuale personalizzata, la teoria del “gender” dissocia, infatti, il biologico dallo psicologico della sessualità umana. L’ideologia del “gender” neutralizza, in base alla funzionalità del ruolo socioculturale, l’identità sessuale – per sua natura strutturale – del maschio e della femmina. Essendo ogni essere umano non più un individuo sessuato con una propria connaturale e irripetibile personalità, la visione cristiana del matrimonio e della famiglia è così tramontata. Ovviamente, come già detto, la Chiesa non può, in alcun modo, sostenere questa ideologia del gender, ma, ed è quanto interessa, cosa dire delle raccomandazioni della *Guida della Caritas Internationalis*?

31



dentità del cristianesimo. Qui è molto importante conoscere la reazione critica del Magistero della Chiesa, perché serve da fondamento del mio discorso critico.

2. La pronta reazione negativa della Chiesa

Alla vigilia della Conferenza di Pechino (ottobre 1995), Papa Giovanni Paolo II disse: “Nessuna risposta alle questioni che riguardano la donna può essere data senza tener conto del posto della donna nella famiglia. Per rispettare questo ordine naturale è necessario opporsi al concetto erroneo secondo il quale la funzione della maternità è una oppressione per la donna”. La Chiesa fece così subito capire che non poteva accettare e meno ancora appoggiare questa ideologia antropologica. Per evitare ogni equivoco, preciso che non si tratta di una opposizione a chi milita per la dignità, l’uguaglianza e la libertà degli uomini

e della donna. Il “gender”, introducendo, nel cuore del diritto, la negazione di una specifica differenza sessuale, è un’eresia antropologica che coglie l’identità sessuale *naturale* nella auto-costruzione sessuale *culturale*. Il termine “gender” contraddice così radicalmente certe realtà fondamentali e specifiche del genere umano. Non c’è, quindi, nessuna pretesa legale da rispettare. Purtroppo, questa pronta reazione negativa alla filosofia del *costruttivismo* sessuale è rimasto un grido nel deserto. Per questo occorre continuare un dialogo critico sulla filosofia “gender” per quanto riguarda la sessualità umana.

3. Il dialogo critico e la filosofia della sessualità “costruita”

Inizio la critica del “gender” dai concetti socio-culturali di paternità e maternità. La paternità non sarebbe un’identità maschile, poiché allora la ma-

4. La Guida della Caritas e le strategie del “gender”

Sembra che la *Guida* non abbia avvertito l’equivoco dei possibili e giustificati cambiamenti dei ruoli, affidati agli uomini e alle donne, e la loro identità naturale e, quindi, immutabile, di maschio e femmina. Il “gender”, in effetti, connota le differenze tra uomini e donne, esseri umani in quanto essi stessi si sono costruiti so-

cialmente. Apprendendo quali sono i comportamenti, le attitudini e le attività, considerate come appropriate alla loro età, razza, religione, educazione, la donna e l'uomo si sono costruiti la sessualità che desideravano e hanno scelto il loro ruolo. La sessualità e il ruolo sono così i fattori principali per definire e determinare l'accesso al potere e alle risorse sia degli uomini che delle donne. E tutto questo stabilisce, poi, ed è decisivo, l'identità del "gender" e determina i ruoli e le relazioni tra di loro, che possono mutare da un'epoca all'altra, da una società all'altra. La filosofia del "gender" non concepisce, dunque, come determinante la sessualità in riferimento alle differenze naturali tra donne e uomini in ordine al loro ruolo riproduttivo. Per il "gender" sono determinanti i comportamenti e le attività degli uomini e delle donne, in quanto essi si sono "sessualmente" costruiti e hanno creato ruoli distinti, marcati per le norme e i valori delle società nella quale vivono. In altre parole, il termine "ruolo dei gender" comprende i ruoli produttivi, i ruoli della comunità e i ruoli politici, che variano tutti in funzione del tempo o della società.

4.1 Il dialogo all'interno della Chiesa

Per contribuire a una migliore presa di coscienza delle questioni del "gender" a tutti i livelli, la *Guida* intende promuovere un dialogo all'interno della Chiesa e con gli autori della società.

In riferimento alle funzioni e alle responsabilità attribuite alle donne, agli uomini, ai ragazzi e alle ragazze si dice che le costruzioni sociali denotano non tanto un trattamento differenziato quanto un trattamento discriminatorio tra donne e uomini, fondato, appunto, sulla loro differenza di sesso biologico, cioè di maschio e di femmina. Da notare che per sesso biologico s'intende che ogni persona nasce sessuata, per cui esistono delle differenze fisiche tra uomini e donne e anche modi diversi di pensare, di sentire e agire. Ma, ed è quan-

to interessa rilevare, l'uguaglianza dei generi implica, invece, che le donne e gli uomini hanno lo stesso statuto, gli stessi diritti e le stesse responsabilità per partecipare, su tutti i livelli, ai vari ruoli sociali. Questa uguaglianza partecipativa si fonda, poi, sulla riconoscenza del fatto che, nonostante le differenze biologiche, le donne e gli uomini sono uguali in dignità, intelligenze e valori. Il "gender" mette così le somiglianze e le differenze degli uomini e delle donne nelle loro funzioni su un piede di uguaglianza. Con ciò, si precisa, non si nega che esistono differenze sessuali e biologi-

zioni, fondate sul "gender". Il "gender" garantirebbe la reciprocità dei contributi e ne promuoverebbe lo sviluppo. A ciò si propone di ridefinire il "gender" dell'uomo e della donna, non più a partire dalla diversità dei loro ruoli, ma da un polo comune, vale a dire, dell'identità di essere cristiani. Per dimostrare che Gesù stesso proclama la teoria del "gender" nel Regno di Dio, il documento cita San Paolo: "tutti voi battezzati in Cristo avete vestito Cristo; non c'è più né Giudeo, né Greco, né schiavo, né uomo libero, non c'è più né uomo né donna, poiché tutti voi siete uno in Gesù Cristo"



che tra le donne e gli uomini; ma un'analisi ha dimostrato come la società ha determinato, proprio in base a queste differenze biologiche, i ruoli delle donne e degli uomini e ha, poi, attribuito certi valori a questi ruoli. Pertanto, pur ammettendo il fatto naturale della differenza sessuale biologica, la *Caritas* intende lottare contro le discriminazioni a danno delle donne e sviluppare una strategia a favore della loro partecipazione per lo sviluppo nella società. Per questo si deve favorire l'autonomia delle donne in un processo che permette di trasformare *de iure* le relazioni di potere tra donne e uomini, che *de facto* non sono uguali. Perciò si chiede anche alla Chiesa di accompagnare questo nuovo modo di concepire gli uomini e le donne, appunto, per stabilire nuove rela-

(Gal 3,27-28). Questo brano dell'Apostolo riguarda la questione se l'unità spirituale di tutti i battezzati in Cristo implica, nella loro vita storica, la negazione della loro identità sessuale, nazionale e culturale. Ad ogni modo, la strategia "gender" esige una volontà e un impegno politico di coloro che, nell'organizzazione a livello nazionale, devono prendere decisioni. Questa strategia dovrebbe, soprattutto, imporre linee d'azione trasversali e stabilire meccanismi d'animazione e di sostegno per le persone responsabili. Perciò la *Guida* vuole anche una maggiore partecipazione delle donne nell'esercizio ministeriale, di modo che esse possano controllare la loro vita. La Chiesa dovrebbe, quindi, contribuire alla pubblicità delle questioni del "gender" al suo interno.

Per lottare contro le ingiustizie, soprattutto nei riguardi delle donne, la *Guida* si basa, almeno così nella prefazione, sui principi e valori del Vangelo, delle Tradizioni e dell'Insegnamento della Chiesa. S'inizia, infatti, ogni questione con un testo del Magistero; ad esempio, per quanto riguarda il problema, numero uno, della povertà, si cita l'appello alla coscienza e alla solidarietà. Questa lotta viene presentata come segno del nostro tempo, in cui "le donne sono sempre di più consapevoli della loro dignità umana". Si rileva che la disuguaglianza tra le donne e gli uomini è contraria alla volontà di Dio, il che è tanto più vero, quando pensiamo al fatto che le donne erano presenti nella comunità dei discepoli e giocavano un ruolo attivo nella vita delle prime comunità, anche a livello ministeriale. Tutto ciò è molto giusto, ma, e qui sta la critica, il documento affronta la lotta piuttosto in base alla filosofia contestuale del "gender". Ciò risulta già dalla 14^a Assemblea Generale del 1991 in cui fu deciso di aumentare la rappresentanza delle donne, e dal Forum, nel 1999, che ha permesso un aumento della presenza delle donne dal 13% al 29%. Da allora, notiamo bene, è stato creato un Gruppo di lavoro proprio sul *Gender*, con l'intento non solo di sostenere e consigliare la Confederazione, ma anche di sensibilizzare, con una serie di articoli, le donne nelle *Caritas Internationales*. Si sa che il Gruppo stigmatizza la concezione di qualsiasi differenza di un sesso dall'altro, voluta dalla bisessualità della natura umana, maschio e femmina. Si può, quindi, supporre che la redazione della *Guida* sulla strategia "gender" non sia estranea all'influsso dello scudo di quel Gruppo. Ad ogni modo, la *Guida* impone una lotta contro le cause storiche, culturali e strutturali delle disuguaglianze e disparità, conseguenze legate, appunto, alla differenza biologica del sesso. Per questo ci vuole un'analisi contestuale, che colga gli ele-

menti costitutivi di una strategia "gender" per far risultare che, in vista della loro partecipazione ai processi decisionali, la prima tappa reazionaria deve essere la lotta per una "autonomizzazione" delle donne. L'intento di questa autonomia riguarda, soprattutto, la trasformazione delle relazioni di potere tra donne e uomini, cominciando proprio nel contesto delle disuguaglianze nel matrimonio e nella famiglia. Una riflessione sul ruolo dell'uomo – come marito e padre – evidenzerebbe, infatti, come la cultura determina l'identità del maschio. Ecco perché la sua dignità non va più concepita in riferimento alla sua capacità di venire incontro ai bisogni della famiglia, ma al legame con i valori "femminili": l'amore, la gioia, la pace, la pazienza e la gentilezza. E, siccome questa identità cristiana è anche quella umana, ne consegue, e ciò conferma la mia critica, che l'identità sessuata è indipendente dal fatto biologico di essere creato, da Dio, maschio e femmina. Comunque, si dice, per comprendere il ruolo "dell'uomo postmoderno" bisogna studiare il ruolo "della donna postmoderna". Per questo, nella società contemporanea, anche uno sviluppo della complementarietà esige la filosofia del "gender" sulla base di giustizia e di solidarietà. Passando alle azioni da rinchiudere nei programmi, si ricorre soltanto a interventi "esterni", vale a dire di carattere giuridico, mentre non si trova nessun intervento di carattere etico e pedagogico. Ecco ancora un esempio più incisivo della mancanza di ordine etico. La *Guida* usa la dicitura "Salute riproduttiva"³, ma tutti sanno che questa dicitura è inaccettabile, appunto perché implica un esplicito riferimento ai mezzi contraccettivi e abortivi. In ogni modo, nel processo di trasformazioni relazionali tra la donna e l'uomo, le questioni del "gender" riguardano tutti gli aspetti della vita. Pertanto è sempre più un imperativo di far entrare in tutti i programmi e in tutte le attività quella "nozione" come strategia per trasformare le strutture. In altri termini, ci vogliono

considerazioni programmatiche e misure specifiche in tutti i progetti e programmi che favoriscono la strategia del "gender". Un impatto su strutture, sistemi e istituzioni che mantengono le disuguaglianze tra i sessi, esige un'analisi del "gender", allo scopo di stigmatizzare le realtà socioculturali, politiche, legislative ed economiche della società a causa, appunto, della bisessualità naturale. Per evolvere la partecipazione delle donne ai ministeri, la Guida propone un'analisi del "gender" anche nella Chiesa. Essendo La Chiesa cattolica e le sue organizzazioni mandate per esprimersi sulle ingiustizie sociali, esse dovrebbero impegnarsi per la trasformazione sociale a proposito dei problemi specifici, denunciati, appunto, dal "gender". Per giustificare quest'affermazione si cita GS,29: "Avendo tutti gli uomini, dotati di un'anima razionale e creati ad immagine di Dio, la stessa natura e la medesima origine, e poiché, da Cristo redenti, godono della stessa vocazione e del medesimo destino, è necessario riconoscere ognora più la fondamentale uguaglianza fra tutti". Bene, benissimo, ma cosa ha quest'uguaglianza umana e cristiana in comune con la filosofia del "gender"? Niente, anzi, il Vaticano II la contraddice! Del resto, come può una visione cattolica concordare con questioni proposte dal "gender" e risolte dal "gender", in contrasto con la dottrina tradizionale della Chiesa? Tanto più che le varie raccomandazioni a favore della lotta sono veramente incompatibili con il bene comune dell'umanità che rappresenta il senso della coppia, del matrimonio e della famiglia. Eccoci alla critica di fondo.

4.3 La critica di fondo

Il fatto che l'uomo, maschio e femmina, sia creato a immagine di Dio intende, precisamente, rivelare il perché della differenza naturale del sesso dal punto di vista biologico. Trattando dell'uomo, creato "ad immagine di Dio", Giovanni Paolo II insegna: "Dio è amore (IGv 4,8) e vive in se

stesso un mistero di comunione personale d'amore. Creandola a sua immagine e continuamente conservandola nell'essere, Dio iscrive nell'umanità dell'uomo e della donna la vocazione, e quindi la capacità e la responsabilità dell'amore e della comunione⁴. L'amore è, pertanto, la fondamentale e nativa vocazione di ogni essere umano⁵. Ora, e ciò va fortemente rilevato proprio perché implica la critica più fondamentale nei riguardi della filosofia del "gender", questa vocazione fondamentale e nativa, cioè naturale, trova, anzitutto e soprattutto, nel matrimonio – comunione di vita e di amore tra una donna e un uomo – una sua significativa espressione. Papa Wojtyła conferma questa critica dove insegna ancora: "La comunione d'amore tra Dio e gli uomini, contenuto fondamentale della Rivelazione e della esperienza di fede di Israele, trova sua significativa espressione nella alleanza sponsale, che si instaura tra l'uomo e la donna"⁶. La tradizionale differenza del sesso biologico significa che l'uomo e la donna sono creati per *essere* una comunione sponsale di vita e d'amore fecondo. Da notare ancora che questo significato "sponsale" dell'essere maschio e femmina, creati a immagine di Dio, ci rimanda proprio alla redenzione universale operata da Cristo. Questo rimando è molto importante perché dimostra il contrario dell'argomento della *Guida* a favore del "gender". La redenzione universale, operata da Cristo, rivela, fino in fondo, proprio il significato della natura sponsale dell'uomo, maschio e femmina. Insegna ancora Giovanni Paolo II: "La comunione tra Dio e gli uomini trova il suo compimento definitivo in Gesù Cristo, lo Sposo che ama e si dona come Salvatore dell'umanità, unendola a Sé come suo corpo. Egli rivela la verità originaria del matrimonio, la verità del "principio" (cfr. *Gen* 2,24; *Mt* 19,5) e, liberando l'uomo dalla durezza del cuore, lo rende capace di realizzarla interamente"⁷. Va precisato che "nel dono d'amore che il Verbo di Dio fa all'umanità, assumendo la

natura umana e, nel sacrificio che Gesù Cristo fa di se stesso sulla Croce per la sua Sposa, la Chiesa, la rivelazione sul matrimonio raggiunge la sua pienezza definitiva. In quel sacrificio di Cristo si svela interamente quel disegno che Dio ha impresso nell'umanità dell'uomo e della donna, fin dalla loro creazione (cfr. *Ef* 5,32 sgg.); il matrimonio dei battezzati diviene così il simbolo reale della nuova ed eterna Alleanza, sancita nel sangue di Cristo. Lo Spirito, che il Signore effonde, dona il cuore nuovo e rende l'uomo e la donna capaci di amarsi, come Cristo ci ha amati. L'amore coniugale raggiunge quella pienezza a cui è interiormente ordinato, la carità coniugale, che è il modo proprio e specifico con cui gli sposi partecipano e sono chiamati a vivere la carità stessa di Cristo che si dona sulla croce"⁸. Pertanto gli sposi sono il richiamo permanente per la Chiesa di ciò che è accaduto sulla Croce; sono l'uno per l'altra, e per i figli, testimoni della salvezza, di cui il sacramento li rende partecipi⁹. Così è chiaro come la redenzione universale di Cristo non intende fondare la lotta del "gender" a favore dei diritti delle donne. Nella riflessione della *Familiaris Consortio*, la citazione della *Gaudium et spes* diventa, piuttosto, il fondamento indiscutibile del perché Dio creò l'uomo, maschio e femmina, a sua immagine. Per questo, non l'orientazione del proprio sesso, proposta dalla filosofia del "gender", ma il sesso biologico, maschio e femmina, voluto dal disegno del Creatore, è e rimane il criterio costitutivo dell'uomo, sia al livello personale sia al livello sociale.

4.4 Critica conclusiva: "diventa ciò che sei"

Per finire il dialogo critico approfondisco il disegno divino nell'ordine della creazione e della redenzione. Dio ha creato l'uomo a sua immagine, maschio e femmina, perché tutti potessero riconoscere, nel matrimonio e nella famiglia, il complesso costitutivo di relazioni interpersonali – nuzialità,

paternità-maternità, filiazione, fraternità – mediante le quali ogni persona umana è introdotta nella "famiglia umana" e nella "famiglia di Dio" che è la Chiesa. Infatti, la persona umana viene generata e progressivamente introdotta, mediante l'educazione, nella comunità umana. Gli sposi cristiani e i loro figli divenuti, mediante la rigenerazione del battesimo e l'educazione alla fede, partecipi dell'efficacia salvifica della morte e risurrezione di Cristo, vengono introdotti nella famiglia di Dio, che è la Chiesa. Il mandato di crescere e moltiplicarsi, rivolto in principio all'uomo e alla donna, raggiunge in questo modo la sua intera verità e la sua piena realizzazione. Quanto detto, ed è decisivo per un dialogo critico, evidenzia non solo come la Chiesa trova nella famiglia, nata dal sacramento del matrimonio, la sua culla e il luogo nel quale essa può attuare il proprio inserimento nelle generazioni umane, e queste, reciprocamente, nella Chiesa, ma anche come la famiglia stessa trova, proprio lì, la sua identità¹⁰. "Nel disegno di Dio Creatore e Redentore la famiglia scopre non solo la sua «identità», cioè, ciò che essa «è», ma anche la sua «missione», cioè, ciò che essa può e deve «fare». I compiti, che la famiglia è chiamata, da Dio, a svolgere nella storia, scaturiscono dal suo stesso essere e ne rappresentano lo sviluppo dinamico ed esistenziale. Ogni famiglia scopre e trova in se stessa l'appello insopprimibile, che definisce ad un tempo la sua dignità e responsabilità: famiglia, «diventa» ciò che «sei!»"¹¹. Così è ancora più chiaro del sole come la filosofia del "gender" non regge il dialogo critico: non solo perché misconosce i naturali significati ontologici del matrimonio e della famiglia, ma anche perché non tiene conto con le corrispondenti conseguenze deontologiche. Concentrando esclusivamente l'attenzione sulle discriminatorie strutture giuridiche socio-culturali sia dell'uno, il matrimonio, che dell'altra, la famiglia, la lotta per "l'autonomizzazione" della donna, basata sul "costruttivi-

vismo” del “gender”, dimentica i valori ontologici della bisessualità e le sue esigenze deontologiche sia coniugali che familiari. Al posto dei diritti e degli obblighi naturali del matrimonio e della famiglia, non solo si proclamano unicamente diritti culturali all’omosessualità maschile e femminile, al loro matrimonio, all’adozione dei figli e alla famiglia monoparentale, ma così viene capovolto il criterio dell’ordine etico: “agere sequitur esse”, espresso da Papa Wojtyła nell’assioma: “diventa” ciò che “sei”! A scanso di equivoci, sia ben chiaro che questa critica non significa che la Chiesa si disinteressa delle violenze domestiche dei mariti nel riguardo della loro moglie, degli abusi e aggressioni sessuali nel riguardo dei propri figli e le proprie figlie, della mu-

der”. Per promuovere una sua strategia nazionale si ricorre all’analisi dei fattori sociali e culturale tradizionali e dei dati delle strutture familiari attuali per marcare le loro differenze: l’urbanizzazione, lo sciopero, la migrazione, i conflitti armati, l’HIV/AIDS. Si aggiungono ancora gli atteggiamenti della società nei riguardi delle strutture familiari non-tradizionali come il divorzio, le mamme o donne singole, padri omosessuali o omosessuali singoli, coppie omosessuali. Ormai è *luce clarius* che l’onnipresenza del termine *culturale* “gender” non solo concede a coloro che si trovano in una diversa configurazione psico-somatica sessuale il diritto al matrimonio e all’adozione dei figli, ma modifica anche il senso *naturale* della coppia, del matrimonio e della famiglia. Per questo, in-



tilazione dei genitali, dei matrimoni precoci, della prostituzione e degli adulteri. È giusto rilevare le differenze dei fattori per i quali le donne sono più vulnerabili degli uomini, soprattutto dal punto di vista socioculturale. Altrettanto giusti sono i programmi intesi per migliorare le condizioni di vita, iniziando con l’alimentazione, l’ambiente, la partecipazione alle piccole imprese. Inoltre sta molto bene quanto si afferma sul fenomeno della migrazione internazionale e su quello del trattamento degli esseri umani¹². Soltanto, e siamo di nuovo alla critica, in tutto questo, il criterio non è il disegno di Dio, ma il concetto “gen-

vito i fautori della filosofia “gender” a riflettere su quanto ho detto, perché risponde in pieno alla Rivelazione. “La Sacra Scrittura si apre con la creazione dell’uomo e della donna ad immagine di Dio e si chiude con la visione delle «nozze dell’Agnello» (Ap 19,7.9). Da un capo all’altro la Scrittura parla del Matrimonio e del suo «mistero» della sua istituzione e del senso che Dio gli ha dato, della sua origine e del suo fine, delle sue diverse realizzazioni, lungo tutta la storia della salvezza, delle sue difficoltà derivate dal peccato e del suo rinnovamento «nel Signore» (1Cor 7,39), nella Nuova Alleanza di Cristo e

della Chiesa”¹³. Il Codice del Diritto Canonico precisa autorevolmente: “Il patto matrimoniale con cui l’uomo e la donna stabiliscono tra loro la comunità di tutta la vita, per sua natura ordinata al bene dei coniugi e alla procreazione e educazione della prole, tra i battezzati è stato elevato da Cristo Signore alla dignità di sacramento”¹⁴. Ora, ed è molto importante, questa elevazione a sacramento era possibile, appunto, perché il concetto del matrimonio nell’ordine della creazione recita: “L’intima comunione di vita e di amore coniugale, fondata dal Creatore e strutturata con leggi proprie, è stabilita dal patto coniugale... Dio stesso è l’autore del matrimonio”¹⁵. Pertanto, la vocazione al matrimonio è iscritta nella natura stessa dell’uomo e della donna, quali sono usciti dalla mano del Creatore. Ciò significa che il matrimonio e la famiglia non sono istituzioni puramente umane, malgrado i numerosi mutamenti che hanno potuto subire nel corso dei secoli, nelle varie culture, strutture sociali e attitudini spirituali. Queste diversità non devono far dimenticare i tratti comuni e permanenti. Sebbene la dignità di queste istituzioni non traspaia ovunque con la stessa chiarezza, esiste tuttavia in tutte le culture un certo senso della grandezza dell’unione matrimoniale, poiché la salvezza della persona e della società umana e cristiana è strettamente connessa con una felice situazione della comunità coniugale e familiare¹⁶. Insomma, *un chiaro no* alla filosofia del “gender”, ma *un benevolo sì* al dialogo critico con la *Caritas Internationalis* per la lotta a favore della donna, come affermato nella Prefazione alla luce della Sacra Scrittura. La Tradizione e il Magistero della Chiesa.

Post scriptum

Per giustificare il *no* categorico alla filosofia del “gender” rimando al “Critique de la problématique du *genre*” (15 pagine). Dalle note (vedi p. 16) risulta che si tratta di osservazioni da parte di vari autori,

ma per difendere l'ideologia del "gender". Il fu-deputato Bella Abzug difende, accanitamente, il concetto "gender", nella sua differenza da "sesso", e ha voluto che fosse incluso a Pechino (1995); (vedi allegato, p. 1-3). Anche alcune femministe del "gender" non si arrendono. Per le femministe Shulamith, O'Leary, Ann Ferguson e Nancy Folbre, la natura non è necessariamente un valore "umano", per cui la divisione per classe, in base alla sessualità, è superata. Bisogna disfarsi dal concetto "natura" e insistere sui "ruoli del gender costruiti socialmente" (vedi p. 4-8). Alison Jagger è molto chiara: sopprimendo la famiglia biologica si farà sparire anche l'obbligo di procedere alla repressione sessuale. Omosessualità maschile e femminile, le relazioni sessuali extramatrimoniali non sono più opzioni alternative; anzi, le categorie omosessualità e eterosessualità vanno abbandonate. L'istituzione stessa delle "relazioni sessuali" in cui l'uomo e la donna esercitano un ruolo ben determinato sparirà. L'umanità potrà finalmente rivenire alla sua sessualità perversa naturale polimorfa. Insomma si deve far sparire il concetto

classe (idea di Marx) e disfare la società (vedi p. 8-11; vedi note 19, 20, 21 p. 16).

A questo punto si capisce che le femministe, per poter parlare dell'aborto e dei diritti delle donne lesbiche, vogliono la promozione della "libera scelta" per ogni donna nella questione di "riproduzione" (vedi p. 12-13, note 22-24). A tutto ciò non basta la "disfatta della famiglia, dell'educazione e della cultura" ci vuole soprattutto la "disfatta della religione" causa principale dell'oppressione della donna (vedi p. 13-15; vedi note 27-32).

Conclusione delle femministe del "gender"

Il "femminismo del gender" è un sistema che non ammette argomenti in contrario. Negli USA e nelle Università questa corrente culturale è apertamente propagandato. Le TV trasmettono questi messaggi: l'identità sessuale si può "discostruire" e la mascolinità e la femminilità non sono niente altro che dei "ruoli del gender socialmente costruiti". Purtroppo, questi messaggi raggiungono anche quotidianamente i paesi in via di sviluppo e affettano il mondo intero. Da

quanto detto risulta necessaria una concertata mobilitazione, non solo della Chiesa cattolica e di tutte le religioni, ma anche di ogni uomo di buon senso!

P. BONIFACIO HONINGS,
O.C.D.

*Professore Emerito di Teologia
Morale delle
Pontificie Università Lateranense
ed Urbaniana, Roma.
Consultore della Congregazione
per la Dottrina della Fede,
Consultore del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Membro ordinario ad vitam della
Pontificia Accademia per la Vita,
Santa Sede*

Note

¹ Cfr. Catechismo della Chiesa Cattolica (CCC), 371.

² Cfr. CCC, 372.

³ Cfr. Guida, p.9-10.

⁴ Cfr. Conc. Ecum. Vat. II. Cost. pastorale sulla Chiesa nel mondo contemporaneo *Gaudium et spes* (GS), 12.

⁵ Giovanni Paolo II, Esortazione apostolica *Familiaris Consortio* (FC), 11.

⁶ FC, 12.

⁷ *Ibidem*.

⁸ FC, 13.

⁹ Cfr. *Ibidem*.

¹⁰ Cfr. FC, 15.

¹¹ FC, 17.

¹² Cfr. Guida, pp. 30-39.

¹³ CCC, 1602.

¹⁴ CIC, 1055,1.

¹⁵ GS, 48.

¹⁶ Cfr. GS, 47.



Etica e spiritualità della salute

SEMINARIO RISTRETTO TENUTO PRESSO IL PALAZZO DELLA CANCELLERIA, ROMA, SOTTO IL PATRONATO DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI 19-21 OTTOBRE 2009

La nostra preoccupazione per la salute è vecchia quanto il mondo e nelle antiche civiltà era sempre legata ai molteplici rapporti degli esseri umani con la società e l'ambiente. La salute, in quanto tale, è una questione complessa, profondamente radicata in ogni individuo e ne coinvolge al tempo stesso corpo, mente e anima. Essa è ben lontana dalla definizione riduzionista dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità", definizione che ignora totalmente i fondamentali requisiti emozionali, psicologici e spirituali di ogni creatura umana. In questo contesto, il compito della medicina non è soltanto quello di "curare" e riportare la persona malata alla salute che aveva prima, ma anche di garantire che il "processo di guarigione" le porti speranza e serenità e si prenda cura dei suoi bisogni complessivi di persona vivente, responsabile e sensibile.

Nei loro discorsi di apertura, l'Em.mo Cardinale Poupard e l'Arcivescovo Zimowski hanno posto l'accento su questa importante questione e hanno mostrato che "la salute dell'organismo" non può essere disgiunta dal suo contesto etico e spirituale. È responsabilità dell'uomo rispettare il benessere dei propri fratelli nonché salvaguardare l'equilibrio del proprio corpo, che ha ricevuto in dono da Dio e che ha il dovere di mantenere per sé, per chi glielo ha dato e anche per coloro ai quali trasferirà la scintilla misteriosa della vita. A tal fine, la medicina gli apporterà il sostegno necessario, purché non si limiti a sradicare la malattia fisica in sé ma si occupi anche del paziente in maniera globale, offrendogli aiuto e servendo, al tempo stesso, i suoi elementi fondamentali: corpo, mente e anima. È stato proprio questo

l'obiettivo del seminario: cercare di comprendere cosa si intende per salute su base individuale e collettiva, esplorarne le esigenze basilari alla luce delle tradizioni e delle culture e vedere come strategie terapeutiche differenti possono combinarsi in maniera olistica. In questo processo, pure imprese razionalistiche "hard" dovrebbero fondersi armoniosamente con terapie sottili più "soft" in un processo complementare che riunisca i loro poteri intrinseci, riconoscendo a volte la forza indefinita di pratiche tradizionali la cui efficacia è stata dimostrata da esperienze cliniche a lungo termine. In altri termini, il nostro scopo è stato quello di esaminare modalità terapeutiche complementari e non di considerare i vantaggi e i rischi di percorsi alternativi.

Cosa è la salute nel cervello dell'uomo?

Come può un filosofo comprendere la salute come concetto universale? Al di fuori di questo seminario, il Professor Jean Burgos ha argomentato le nostre opinioni su *L'immaginario della Salute*.

Nelle nostre società moderne, la salute è percepita, anzitutto, come un concetto negativo, anzi come uno stato di squilibrio non-somatico o psicologico, uno stato di non malattia. Tuttavia, in molte mitologie, la salute appare come una questione positiva, una componente naturale dell'ordine armonico del mondo originale. In diverse società arcaiche, la malattia è intesa come la frattura di un'armonia originaria che deve essere ristabilita. Inoltre, in alcune di esse, la salute non è solo un segno della "forza vitale" ma sorge dal profondo dell'essere umano per entrare in una relazione intima con il mondo esterno.

Le potenzialità dalla salute,

infatti, il potere virtuale che deve autosvilupparsi prima di essere assalita dalla malattia, sembrano invitarci a considerare la salute attraverso i percorsi che queste potenzialità seguono: l'immaginario.

L'immaginario, questo crocevia di pulsioni individuali e pressioni esterne, che è sempre in costante rinnovamento, ci fornisce, in ogni momento, informazioni su ciò che è destinato ad arrivare, dandoci la scelta di farne più o meno uso. Essa vi gioca un ruolo di equilibrio tra la creatura vivente e il suo ambiente, quindi un'armonizzazione di ciò che, in realtà, sostiene la salute.

Le vie dell'immaginario non ci spingono lontano da quelle di Ippocrate che affermava che la salute si basa su equilibrio e armonia, entrambi derivati da un adattamento continuo dell'uomo al suo ambiente sulla base di ciò che sarebbe accaduto. Di conseguenza, la salute non è soltanto uno stato di equilibrio in un dato ambiente, ma l'attuazione, da parte di ogni individuo, della propria natura umana che è sempre in movimento all'interno dell'ambiente con cui ha a che fare.

Ciò dimostra che la salute non è uno stato neutro ma una condizione che deve essere continuamente conquistata e controllata, un modello di riferimento che va sempre reinventato. Ciò vuol dire che, poiché l'uomo non è costretto all'interno di un determinato organismo fisico e psicologico, non solo deve garantire la propria condizione, ma deve anche essere pronto a sfidare quanto sta accendendo e sviluppare costantemente nuove modalità di funzionamento gerarchico. Grazie alla salute, incontriamo il mondo dei valori che l'uomo, chiunque egli sia, è costretto a superare, in un modo o nell'altro, per garantirsi il futuro. Ritroviamo qui l'immaginazione, questa forza

trainante costantemente nuova che ci spinge avanti e ci offre continuamente, per il fatto di essere uomini, alcune funzioni aggiuntive che dobbiamo cogliere al fine di sfruttarle al meglio.

L'importanza della salute è, quindi, una valutazione di valori, tutti in diretto collegamento con i nostri bisogni umani: somatico, psicologico ma anche spirituale. Pertanto, sembra che l'immaginazione abbia il potere di vivere questi problemi in maniera privilegiata, dal momento che ci guida sempre a sfidare nuovi valori nel loro stesso processo di attuazione.

La salute come impegno di assistenza: implicazioni morali e politiche

Nella sezione successiva dell'incontro, il Professor de Broucker e il Direttore Bouvier hanno discusso delle diverse sensibilità della salute in termini di implicazioni morali e socio-politiche.

Consideriamo, anzitutto, cosa intende realmente l'Organizzazione Mondiale della Sanità quando afferma che la salute è uno stato di benessere. Si tratta certamente di una questione ambigua in quanto implica allo stesso tempo valori fisici, psicologici e sociali che, ovviamente, interagiscono e si evolvono nel tempo storico. La precarietà sociale, ad esempio, ha un impatto rilevante e può indurre molti effetti negativi. Sono coinvolte, pertanto, tutte le strutture della "catena medica": medici, infermieri, personale di sostegno ecc., i quali hanno bisogno di essere formati di conseguenza al fine di rispettare gli ammalati, per cercare di sradicare la paura e dare speranza, a prescindere dalle diversità religiose e politiche o dalle costrizioni economiche. La questione centrale qui è una gestione attenta della fragilità intrinseca dell'uomo e non deve essere affrontata solo sul piano legislativo, ma essere parte di un programma educativo precedentemente stabilito. Ciò è rilevante per la bioetica e sottolinea la nostra responsabilità individuale e collettiva

verso tutta l'umanità, dal concepimento fino alla morte.

In questo contesto, il Professor de Broucker considera sei diversi ambiti: assistenza medica e procreazione; stato dell'embrione; medicina predittiva; trapianto di organi e tessuti; ricerca biomedica e termine della vita.

La procreazione mediante inseminazione artificiale è una pratica di routine ma deve seguire una serie di regole morali e, in particolare, assicurare che il bambino ottenga un posto stabile all'interno di una famiglia rispettabile composta di un padre e di una madre.

In tal senso, è ugualmente della massima importanza lo stato "legale" e morale degli embrioni. Essi sono organismi viventi, creature di Dio, che non devono andare a far parte di programmi scientifici irrilevanti o essere semplicemente estirpati perché in soprannumero.

Strettamente collegata a quanto sopra, la medicina predittiva non deve trasformarsi in una questione eugenica che elimina gli embrioni "imperfetti" e finisce per essere una selezione selvaggia di aspiranti esseri umani ideali.

Lo stesso impegno vale per le banche di tessuti e di organi, nonché per la rimozione di organi da cadaveri freschi e anche da donatori viventi. Questo è un caso molto delicato in cui dovrebbe essere formalmente dato l'accordo obiettivo del donatore e dove non può essere considerata nessuna dimensione finanziaria.

La ricerca biomedica è anche una questione di vigilanza e preoccupazione, se non rispetta quattro principi etici fondamentali: autonomia, dignità, integrità e comprensione della potenziale vulnerabilità.

Il Professor de Broucker afferma anche che le cure palliative sono il dovere più importante della nostra società nei confronti di coloro che sono prossimi al termine della vita, in dipendenza e spesso sofferenza fisica. In questo caso particolare, è un prerequisito etico assoluto che tutto il team di supporto aiuti e favorisca un rapporto dignitoso con i pazienti, anche se mancano le forme di comunicazione.

In conclusione, nel nostro approccio etico nei confronti della salute incontriamo quattro grandi sfide: mantenere l'umiltà e la vigilanza di fronte alle evidenti carenze delle nostre attuali conoscenze mediche; comprendere i limiti della sofferenza fisica, psicologica, morale e spirituale; rispettare ogni essere umano, qualunque sia la sua condizione; prendersi cura degli altri ed essere ricettivi alle loro richieste e alle loro esigenze.

Azione umanitaria nelle cure mediche

In qualità di rappresentante del Comitato internazionale della Croce Rossa, il Dottor Paul Bouvier è poi intervenuto sui doveri umanitari e la relativa azione medica umanitaria.

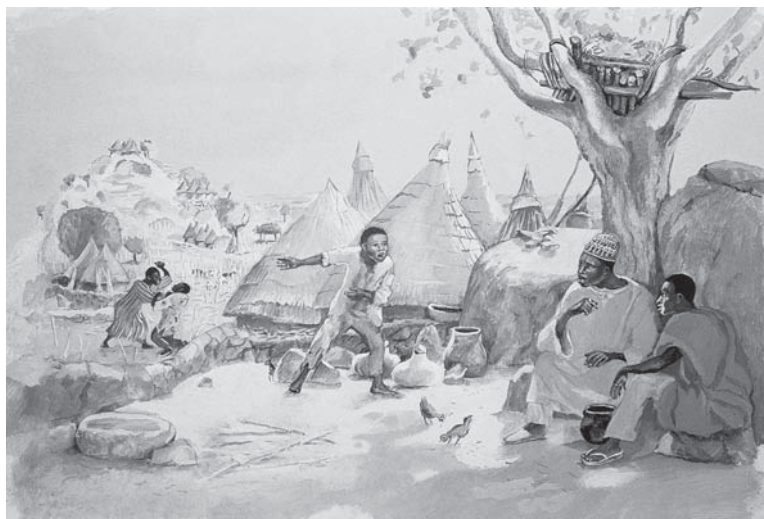
Nel giugno 1859 un giovane di Ginevra, Henry Dunant, scoprì gli orrori della battaglia di Solferino: 6.000 morti, ma anche 40.000 soldati feriti a cui cercò di portare sollievo e aiuto. Quell'evento drammatico lo spinse a creare la "Croce Rossa Internazionale", che fu all'origine, nel 1864, della "Convenzione di Ginevra per il miglioramento della condizione dei feriti e dei membri malati delle forze armate durante la guerra", che ricevette lo statuto definitivo nel 1949, quando vi fu aggiunta anche la protezione dei prigionieri e dei civili durante i conflitti armati.

In quell'impresa, Dunant basò la sua azione sul "dovere umanitario", obbligo morale che va oltre le nazioni, le religioni e le culture. Oggi fa parte del diritto internazionale, e il Comitato internazionale della Croce Rossa è responsabile della sua attuazione. In questo contesto, il Comitato è impegnato nel campo che è stato appena affrontato in precedenza, vale a dire la bioetica, e segue quindi le stesse regole: autonomia, benevolenza, non maleficenza e giustizia. Pertanto, è chiaro che quando un essere umano si trova in uno stato di urgente necessità, un medico o un assistente medico hanno il dovere morale di partecipare e assistere la persona al meglio delle loro capacità,

se non sono essi stessi a rischio. Questo è, in effetti, il fondamento di quello che possiamo chiamare dovere umanitario che, a sua volta, mette in moto l'azione umanitaria. Non si tratta di una semplice dimostrazione di altruismo, che è ciò che caratterizza le cosiddette organizzazioni umanitarie. Sfortunatamente, le loro azioni a volte possono essere controproducenti in quanto vengono a essere coinvolte in scelte politiche contestabili.

zonte dell'etica sia la socialità e che le nostre regole morali si applichino a livello globale alla nostra società. Lo stesso Terestchenko non considera l'altruismo come una mossa eroica o sacrificale, ma solo come una normale reazione umana: "faccio quel che devo fare".

Dopo Henry Dunant è diventato chiaro che l'azione umanitaria è una mossa obbligatoria che è, in realtà, comportamento umano realistico di fronte alla violenza, e deve



Ciò pone la questione dei limiti che possono essere posti a questo Samaritanismo. Dove può portarci il nostro dovere morale? Si può parlare di un'etica minimalista, basata su tre principi: nessun interesse personale, non arrecare danno agli altri e stessa cura per tutti? O abbiamo, invece, un obbligo di aiuto che, qualunque sia il caso, è mitigato dal fatto che non abbiamo alcun diritto di interferire, se non ci è richiesto di farlo?

Da qui il Dottor Bouvier analizza il concetto di altruismo e discute le posizioni in materia di alcuni importanti scrittori e filosofi. Dal filosofo cinese del IV secolo a.C., Mencio, a Jean-Jacques Rousseau, essere "umano" non è altro che un atteggiamento naturale. Emanuel Kant ha contestato tale idea; egli riteneva che la regola universale fosse quella di basare ogni mossa morale sulla ragione e non sulla compassione. Per Levinas abbiamo una responsabilità verso l'"altro" che "cattura" la nostra libertà e Ricoeur, andando oltre, ritiene che l'oriz-

essere riconosciuta. Lungo questa linea, l'azione umanitaria di assistenza e protezione è parte integrante della nostra stessa umanità.

L'assistenza sanitaria nelle tradizioni e nelle culture

Nel corso della storia, l'assistenza sanitaria è sempre stata preoccupazione delle società umane le cui strategie in questo campo variano sostanzialmente da un continente all'altro. Molto spesso, come spiega il Professor Moha Jana, gli sciamani custodivano i "segreti" per guarire le ferite o le malattie e le loro "terapie" erano un misto di stregoneria e somministrazione di prodotti naturali in cui erbe ed estratti di origine animale svolgevano un ruolo dominante.

Nel Nord Africa islamico, la malattia da sempre è vista come un disordine spirituale e fisico, e l'assunzione dei rimedi deve essere accompagnata da canti e preghiere sotto la guida di guaritori tradizionali esperti.

La stessa situazione prevale nell'Africa Nera, dove l'etnomedicina svolge un ruolo centrale nella vita quotidiana delle popolazioni tradizionali, anche ai giorni nostri. Attraverso il dialogo, i gesti, la danza e i canti rituali, essa si rivolge più al paziente stesso che alla sua malattia, dal momento che egli è considerato, in primo luogo, come un caso sociale legato alla vita di tutta la comunità che è in partnership con lui. La maggior parte dei rimedi sono di origine vegetale, a volte funghi, ma la loro "efficacia" dipende interamente dal modo con cui vengono amministrati e dal coinvolgimento dei parenti e degli amici del paziente sotto lo stretto controllo dello stregone.

Troviamo una situazione quasi identica in Asia centrale e nel Pacifico, tranne che le credenze religiose non appartengono all'animismo, ma derivano essenzialmente dal buddismo o dall'induismo. Tuttavia, possiamo trovare lo stesso "approccio": la malattia è un segno di disarmonia, un fallimento della mente e dell'anima, che incide sul corpo nel suo insieme e che può essere identificato da un'analisi attenta dei "campi di energia del corpo", come avviene con l'agopuntura.

Per un lungo periodo queste medicine tradizionali sono state oggetto di studio da parte di scienziati e filosofi di fama. Magendie, Claude Bernard, Louis Pasteur, e, più di recente, Louis de Braghiaffine, Prigogine e Raymond Ruyer, *inter alios*, hanno cercato di comprendere i meccanismi che sostengono tali terapie. È stato suggerito che la salute e il comportamento dell'uomo potrebbero essere innescati dall'evoluzione dell'universo stesso, che può essere visto come portatore di una coscienza cosmica di natura spirituale attraverso la fisica quantistica... Tuttavia, per i professionisti della medicina tradizionale, il destino del paziente è nelle mani di "Dio", o di un non definito *pantheon* di divinità, che sono gli unici a conoscere il passato, il presente e il futuro, e che detengono il potere sulla Vita, il Reale e l'Assoluto.

Ayurveda: dono supremo per le cure sanitarie oltre la medicina

Tra le varie tradizioni che sostengono le antiche terapie, un posto particolare deve essere riservato all'*Ayurveda*, filosofia e cultura indiana vecchia di 4.000 anni che propone un altro modo di intendere e vivere la vita. Per il Professor Dwivedi Mannari, della Città santa di Benares, l'*Ayurveda* è, infatti, un dono supremo per l'assistenza sanitaria che va ben oltre la medicina.



Nella prospettiva indù, una visione olistica delle cure sanitarie implica un completo coinvolgimento nel regno della spiritualità, nella natura ultima dell'uomo e nel significato non solo come organismo biologico terreno, ma come entità immateriale, al di là del tempo, parte di un continuum macrocosmo-microcosmo. In realtà, ogni individuo è un compendio dell'universo e condivide gli stessi componenti, come si afferma nella teoria di Pancha Mahabhoota. Ogni uomo è parte dell'intero universo e tutto l'universo è ugualmente parte di lui, dandogli una visione trascendentale e mondiale. Così, per comprendere la vita, la salute e la malattia dobbiamo accettare che il nostro corpo non è un prodotto statico finito, ma in uno stato continuo di equilibrio dinamico. L'*Ayurveda* sostiene che ci sono quattro componenti interattive nell'uomo: una base strutturale: il corpo (*Shareera*), gli organi sensoriali, compresi i componenti di regolamentazione (*Indriya*), l'intelletto, tra cui

l'intelletto cellulare (*Sava*), e l'anima, con la sua poco conosciuta "espressione biologica" (*Atma*).

Mentre il corpo fisico si disintegra al momento della morte, il "corpo sottile" (o *semina*) persiste e diventa l'adesione alla generazione di un nuovo organismo. L'anima, per gli indù, è eterna e può vivere molte vite, a volte come essere umano, a volte come animale, a volte ancora come pianta. Sono tutti semi che hanno la possibilità di sperimentare la vita in forme differenti, fino a raggiungere l'emancipazione (*moksha*), quando non sono più responsabili del loro karma. Allora essi realizzano la loro unione con l'Assoluto e si uniscono a Dio. Per citare il *Katha Upanishad*: "L'Intelligente non è nato, e non muore. Non è nato da qualsiasi cosa. Non-nato, eterno, eterno ed antico che non è quando il corpo è ucciso".

Per studiare le leggi che governano l'universo, l'*Ayurveda* postula la teoria degli elementi primordiali e identifica i tre *Dosha* che proteggono il corpo quando sono normali, lo rendono malato o lo uccidono quando sono viziati. *Vitta*, *Pitta* e *Kapha* sono responsabili del nostro rapporto con il cosmo e assicurano che il nostro stato fisico e mentale sia in completa armonia con il ritmo cosmico, coinvolgendo i nostri quattro elementi fondamentali: corpo, sensi, mente e anima. In questo modo la nostra vita dovrebbe essere di beneficio per la società e contribuire a portare la buona salute a un gran numero di persone per lungo tempo come dono supremo. A tal fine, dovremmo approfittare dello sviluppo della scienza e, con l'arma della scienza e della spiritualità, aiutare tutti gli esseri umani a diventare e a rimanere sani e felici grazie alla nostra conoscenza (*veda*) dei quattro pilastri della vita: corpo, sensi, mente e anima (*Ayur*).

Omeopatia: terapia esistente da due secoli

La sezione successiva del seminario è stata dedicata a un'analisi esaustiva di una te-

rapia esistente da due secoli, vale a dire l'omeopatia, che fornisce un buon esempio del modo in cui la ricerca scientifica basilare e clinica può essere associata a una valutazione globale dell'equilibrio fisico, psicologico e spirituale del paziente. In un certo senso, l'omeopatia è la medicina personalizzata basata su un approccio olistico alla persona malata e, come tale, ha molto in comune con l'*Ayurveda* e con la tradizionale etno-medicina che segue, tuttavia, un percorso razionale.

La sua nascita

Fu alla fine del XVIII secolo che il medico tedesco Samuel Hahnemann pose le fondamenta della medicina omeopatica. Nel suo intervento la Dott.ssa Corine Mure ha mostrato che la medicina ufficiale del tempo, anche se ancora in linea con i principi fondamentali di Ippocrate, nuovamente attivati da Paracelso, dipendeva ancora da pratiche convenzionali, che non si erano evolute in maniera sostanziale dal Medioevo. Tuttavia, all'inizio del XVIII secolo, al culmine dell'*Illuminismo*, le università dell'Europa centrale cominciarono a interessarsi a due questioni importanti: che cosa significa in realtà la parola "malattia"? Quali potrebbero essere le caratteristiche dei diversi rimedi e la loro modalità d'azione sugli esseri umani? Mettendo da parte le pure considerazioni teoriche, a Vienna il Dottor Van Swieten incoraggiò studi diretti al capezzale del paziente, seguito da Antoine Stoeck e Von Quarin. Come giovane allievo a quella scuola di medicina, Samuel Hahnemann privilegiò un approccio sperimentale approfondito per comprendere il comportamento dei rimedi.

Mentre traduceva il *Trattato di Materia Medica* del Dott. William Cullen, Hahnemann dubitò delle affermazioni di Cullen secondo cui masticare corteccia peruviana (*chinino*, *cinchona pubescens*, in precedenza denominata "China") curava la malaria a causa delle sue proprietà astringenti (amarre). Hahnemann, non accettan-

do questa spiegazione, decise di assumere piccole dosi di china per vari giorni, per osservarne gli effetti. In questo primo esperimento di prova, Hahnemann rilevò sintomi molto simili a quelli della malaria, tra cui spasmi e febbre. Egli stabilì così nuovamente la validità di una vecchia massima terapeutica: “i simili si curano con i simili” (*similia similibus curentur*). Questa “legge dei simili” è la caratteristica sostanziale dell’omeopatia. Hahnemann desunse che la guarigione procede attraverso la similarità e che il trattamento deve essere in grado di produrre in individui sani sintomi simili a quelli della malattia da trattare. Inoltre, egli presumeva che, inducendo una malattia attraverso l’uso di sostanze tossiche, i sintomi artificialmente indotti avrebbero messo in grado la cosiddetta forza vitale di neutralizzare ed espellere il male originale. Inoltre, rilevò che la reazione della malattia fu più forte, ma più breve della malattia originaria. Questa fu la sua prima prova documentata. Egli poi intraprese ulteriori test della droga sulla sua famiglia e sui suoi amici mediante l’uso di piante, minerali e prodotti di origine animale. “Giorno dopo giorno, provò i farmaci su se stesso e sugli altri. Raccolse storie di casi di avvelenamento. Il suo scopo era quello di stabilire una dottrina fisiologica di rimedi medici, libera da ogni supposizione, e basata unicamente su esperimenti”.

Più tardi Hahnemann chiamò il suo metodo “omeopatia” (dal greco *hómoios ó oíos* “simile” e *pathos πάθος* “sofferenza”). L’omeopatia è definita dalla “legge dei simili”, da test su persone sane, mediante la somministrazione di singoli rimedi, e viene definita come un metodo farmaceutico.

Al fine di conservare le proprietà farmaceutiche, eliminando nel contempo le proprietà tossiche, Hahnemann sviluppò un processo chiamato “dinamizzazione” o “potenziamento”, in base al quale il rimedio è diluito con alcol o acqua distillata e quindi agitato vigorosamente con dieci colpi contro un corpo elastico (Hah-

nemann usò la copertina di pelle di una Bibbia) in un processo chiamato “succussione”. Raccomandando rimedi che producono sintomi simili a quelli della malattia in trattamento, Hahnemann credeva che dosi concentrate avrebbero intensificato i sintomi ed esacerbato la condizione. Pertanto, definì la diluizione dei rimedi. Hahnemann riteneva che il processo di succussione attivasse l’energia vitale della sostanza diluita. Solidi insolubili, come il quarzo o il guscio dell’ostrica, sono stati diluiti macinandoli con lattosio (“triturazione”), un nuovo metodo sviluppato da Hahnemann e sconosciuto alla chimica fino ad allora.

Qual è la caratteristica principale dell’omeopatia? Nel primo paragrafo dell’*Organon* di Hahnemann, opera che stabilisce i principi dell’omeopatia, si afferma che “la più alta, l’unica missione del medico è quella di ridare la salute alle persone sofferenti, e ciò si chiama guarire”. Vi si descrive la guarigione dei malati come centro dell’attenzione di un medico omeopatico rispetto al trattamento di una malattia diagnosticata nella medicina tradizionale. Mentre, a prima vista, questa differenza sembra essere trascurabile, il suo significato diventa chiaro quando compare la malattia: quando ci si ammala, tutto il corpo può essere colpito anche quando il sintomo è localizzato. L’omeopatia interviene per ripristinare la salute fisica. Il lavoro di un omeopata è paragonabile a quello di un restauratore d’arte, che è obbligato a riportare un quadro o una scultura al suo stato originario, per quanto possibile; allo stesso modo, un omeopata è tenuto a ripristinare la condizione originale del paziente.

Omeopatia: un concetto olistico

Questo approccio “olistico” è una delle caratteristiche più interessanti della medicina omeopatica e il Dottor Michel Van Wassenhoven ha sviluppato questo concetto che è stato etichettato negli Stati Uniti come “Mind-Body Medicine” o

“connessione corpo-mente”. Fondamentalmente, esso si basa su tre principi che non possono essere separati: favorire un approccio multidisciplinare, dare informazioni precise e imparziali al paziente, e integrare la sua “filosofia” nella scelta della terapia. Mentre i primi due requisiti sono piuttosto facili da realizzare, è molto più difficile trattare con le aspettative, le speranze, i sentimenti sociali e filosofici del paziente per scegliere la linea terapeutica. Ciò implica che tra il paziente e il suo medico si svolga una discussione libera e aperta. Si richiede inoltre che il medico abbia una visione globale dell’evoluzione del suo paziente e tenga conto dell’insieme dei sintomi, nonché dell’universalità dei segni clinici. Per Hahnemann, questo non fu altro che una valutazione permanente di quella che chiamò “energia vitale” che guida l’unità tra corpo e mente. Non vi è alcun dubbio che questo pensiero è in linea con l’insegnamento di San Tommaso d’Aquino, per il quale l’uomo è un corpo e l’anima il suo principio vitale. Mentre il corpo è un’entità materiale individuale, l’anima può essere divisa in tre parti differenti: negativa, sensibile e intellettuale, pur rimanendo una caratteristica unica. Siamo di fronte ad Aristotele e all’*Ayurveda*.

A queste condizioni la salute non può essere concepita se non comprende il benessere sociale, lo sviluppo positivo e la possibilità di raggiungere la felicità. È sicuramente da questo punto di vista che l’attuale pratica omeopatica classica deve essere concepita e valutata. Entriamo qui nella prova di ciò che è stato chiamato “omeopatia basata sull’evidenza”. Il Dottor Van Wassenhoven cita i diversi standard di prova in ordine decrescente: l’esistenza di meta-analisi e/o le sistematiche recensioni positive nella letteratura del settore; diverse sperimentazioni cliniche positive controllate e randomizzate; uno studio clinico positivo randomizzato e controllato; molteplici studi di coorte positivi, un singolo studio di coorte positivo; e pareri di esperti,

la maggior parte di loro riferiti a "test" effettuati su volontari sani.

Su questa base appare oggi che ci sono abbastanza rapporti coerenti, sia nella ricerca fondamentale sia in quella clinica, per promuovere l'uso dell'omeopatia nella sanità pubblica, e questo è esattamente ciò che è stato affrontato dal seminario nelle sezioni successive.

Evidenza scientifica

Una questione ridondante nella valutazione della medicina omeopatica da parte di accademici classici, in particolare nel campo delle cosiddette "scienze dure", è il fatto che nelle diluizioni alte e ultra-alte non ci sono più tracce della sostanza chimica originaria. Perciò essi sostengono che queste soluzioni sono, in effetti, tutte uguali e non più del semplice solvente. In realtà, questa ipotesi radicale si è rivelata sbagliata, almeno alla luce di due secoli di osservazioni cliniche attente, che hanno dimostrato che alte diluizioni non sono attive soltanto nelle terapie, ma anche che esse hanno personalità distinte, proprietà che non è stato possibile trovare nel solvente utilizzato per la loro preparazione. Ovviamente, questo problema è stato una sfida chiara a tutti quei ricercatori in fisica, chimica e scienza dei materiali che hanno tentato di dimostrare la specificità dei preparati omeopatici e comprendere i criteri su cui basare l'omeopatia.

Acqua: una strana sostanza chimica anomala

L'intera storia comincia con l'acqua, una sostanza chimica universale con una formula molto semplice, ma che ha anche delle proprietà anomale. Allo stato liquido, le molecole di acqua si attraggono ed erigono ogni tipo di struttura 3-D: dimeri, oligomeri e anche polimeri molto complessi, a causa della loro capacità di creare forti legami tra la punta delle loro due braccia di idrogeno e il nucleo di ossigeno dei loro vicini, grazie a quelli che sono stati chiamati "legami a idro-

geno". Tuttavia, queste connessioni sono in moto permanente e durano a volte non più di poche decine di pico-secondi anche se sono sempre rinnovate. In altre parole, l'acqua, allo stato liquido, non è un fluido omogeneo, ma un assemblaggio dinamico di vari oligomeri, polimeri e cluster interattivi in moto permanente e totalmente dipendenti da temperatura, pressione, e campi elettrici e magnetici.

L'introduzione della meccanica quantistica nella ricerca sullo stato liquido ha perfino portato alcuni scienziati (Preparata, Del Giudice...) ad affermare che l'acqua contiene "domini ordinati di coerenza", che mostrano un diamagnetismo quasi perfetto, mentre l'intera massa poteva comunque essere attraversata da tubi di flusso magnetico. Secondo il Professor Resch la maggior parte di queste strane proprietà può derivare dalla semplice osservazione.

La prima è che l'acqua è l'unica sostanza conosciuta che sia permanentemente in circolazione.

La seconda osservazione riguarda il fatto che non vi è nessuna sostanza conosciuta in cui non si possano trovare tracce di acqua.

La terza osservazione è il fatto che, nelle cosiddette soluzioni non-acquose, non ci si può mai sbarazzare completamente dell'acqua: una concentrazione minima di acqua nell'ordine di 10⁻⁶ mol/L che è sempre presente.

La quarta considerazione è che l'acqua è una *conditio sine qua non* di vita.

Una quinta che deve essere fatta è il fatto innegabile che l'acqua è il liquido più diversamente strutturato e che ha una maggiore reattività.

Una sesta osservazione riguarda il fatto che non potremo mai ottenere acqua pura al 100%, dal momento che non ci possiamo sbarazzare delle sostanze disciolte.

In realtà, non ci sono quasi limiti alle potenziali caratteristiche strutturali che possono derivare dall'associazione acqua-molecole. Vi è, tuttavia, un legame importante: esse vivono per un tempo molto bre-

ve, qualche decina di pico-secondi e non possono essere viste come elementi permanenti, se non su base puramente statistica, come è già stato detto.

I diversi metodi fisici per valutare le alte diluizioni

Secondo il Professor Rey, la valutazione delle strutture dell'acqua con mezzi fisici interessa, ovviamente, sia gli omeopati sia gli scienziati intransigenti che cercano di dimostrare che le soluzioni ultra-diluite (ultra-molecolari) hanno una propria personalità. In effetti, i punti principali che dovevano essere affrontati sono: un'ultra-diluizione molecolare (oltre il numero di Avogadro: CH 12 o più) è differente dal solvente con cui è stata preparata? Due alte diluizioni differenti sono fatte di diversi materiali di base capaci di essere discriminati tra di loro? E le successive diluizioni sono, in ordine crescente, dello stesso materiale, suscettibile di identificazione, anche quando sono nella gamma di potenze elevate?

A tal fine, sono state applicate le principali tecniche di analisi fisico-chimica, fermo restando che ciò può avvenire solo dietro un controllo rigoroso e standardizzato della loro applicazione. Oltre al ruolo evidente dei contaminanti di ogni tipo (solidi, liquidi, atmosferici, minerali, organici o persino organismi viventi...), una grande cura deve essere rivolta alle condizioni di funzionamento: temperatura, luce, igrometria, pressione, interferenze di forti campi elettrici o magnetici, vicinanza a sorgenti di radiazioni...) in quanto tutte le tecniche che potrebbero essere applicate lavorano in realtà al limite, sul filo del rasoio. Inoltre, è stato anche dimostrato che la maggior parte delle diluizioni stanno invecchiando e che la loro "struttura" e le prestazioni biologiche si evolvono con il tempo di conservazione, anche se sono tenute sotto strette condizioni stabili.

Per questo motivo, purtroppo, tentativi sperimentali preziosi non hanno potuto essere presi in considerazione perché non sono stati effettuati in con-

dizioni riproducibili affidabili. È per questo che, nella lista che segue, abbiamo considerato solo quel lavoro di ricerca che ha soddisfatto questi requisiti rigorosi.

- Risonanza Magnetica Nucleare – NMR.
- Spettroscopia a infrarossi trasformata di Fourier – FTIR.
- Spettrometria UV-visibile.
- Spettroscopia Raman.
- Cattura elettrofotonica dinamica.
- Misura calorimetrica ed elettrica.
- Metodi ottici.

Tutte queste tecniche danno risultati interessanti, ma a volte al limite della sensibilità. È per questo che il Professor Rey

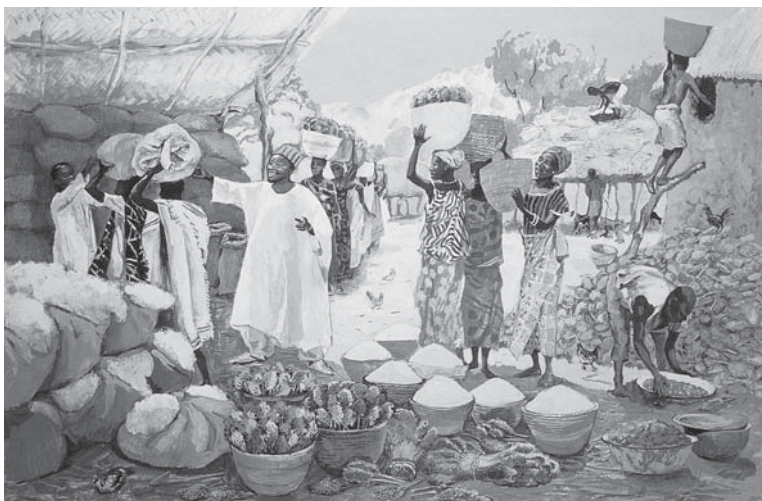
“trappole”, e dove i “difetti” della rete di ghiaccio cristallino svolgono un ruolo dominante. In questo stato le trappole rimangono stabili a 77 K, ma, se l’energia termica è progressivamente alimentata da riscaldamento controllato, queste trappole si svuotano, una dopo l’altra, come risultato di ricombinazioni successive, e rilasciano la loro energia immagazzinata sotto forma di luce. Da qui il termine di termoluminescenza a bassa temperatura. Si sperava, quindi, che il bagliore che ne risultava sarebbe stato rappresentativo della struttura della matrice congelata irradiata, che, a sua volta, dovrebbe essere un’immagine speculare, o almeno

fisici, dimostrano di essere diverse dal puro solvente e specifiche delle precise sostanze chimiche disciolte allo stato iniziale della loro preparazione. Infatti, ogni diluizione ha la propria personalità e può essere identificata da una propria “impronta digitale”.

L’evidenza biologica

La ricerca in omeopatia non è stata ristretta ai campi fisico-chimico e un gran numero di interessanti studi sono stati effettuati nel settore biologico. Il Prof. Paolo Bellavite ha presentato alcuni dei principali sviluppi in questo settore.

L’omeopatia è nata come disciplina sperimentale, come si può vedere dall’enorme quantità di dati clinici raccolti nel corso di più di due secoli. Tuttavia, la tradizione medica dell’omeopatia è stata separata per lungo tempo da quella della scienza convenzionale. Oggi, un processo osmotico tra le varie discipline, in precedenza viste in conflitto, è facilitato in quanto, nel corso degli ultimi decenni, l’omeopatia ha iniziato a utilizzare i metodi della scienza medica corrente e sono disponibili un numero considerevole di studi a livello molecolare, cellulare e clinico. Un approccio sperimentale può aiutare a testare, in condizioni controllate, i principi fondamentali della medicina omeopatica quali la “similarità” d’azione dei farmaci e dei meccanismi di azione delle soluzioni di droghe diluite e agitate (“dinamizzate”). Una ricerca della letteratura scientifica mostra che ci sono un certo numero di modelli cellulari e animali di studi, in particolare, “in vitro” effettuati su basofili, linfociti, granulociti e fibroblasti. Il corpo di evidenza più consistente riguarda una quindicina di riviste scientifiche, pubblicate da laboratori indipendenti, che descrivono l’effetto statisticamente significativo delle alte diluizioni di istamina sui basofili umani. In animali da esperimento, la maggior parte dei risultati riguardano l’immuno-stimolazione da parte di dosi di antigeni ultra-basse, il regolamento di processi infiammatori acuti o cronici, e i cambia-



ha sviluppato un metodo piuttosto nuovo di indagine in questo campo: la termoluminescenza.

L’idea di base è quella di evitare di trattare direttamente soluzioni liquide sempre in movimento trasformandole in un solido stabile, grazie alla bassa temperatura di congelamento. L’ipotesi di lavoro è che, se una determinata eterogeneità strutturale fosse presente allo stato iniziale liquido, sarebbe trasferita a una serie corrispondente di “difetti” all’interno dei solidi risultanti. Per studiare, a sua volta, questa matrice eterogenea solida ne otteniamo l’attivazione mediante irradiazione alla temperatura dell’azoto liquido (77 K) inducendo la formazione, all’interno della matrice solida, di radicali metastabili, elettroni e fori posizionati a differenti livelli di energia, denominati

essere strettamente collegata allo stato iniziale strutturale del liquido originale.

Un gran numero di esperimenti successivi hanno dimostrato, in effetti, che le varie diluizioni presentavano specifiche curve di luce che non erano simili a quelle del solo solvente.

D’altra parte è stato dimostrato che queste curve di luce erano di natura complessa e potevano essere “decomposte” in un insieme di differenti unità singole con parametri termodinamici ben definiti. In altre parole, ogni registrazione di termoluminescenza ha dato luogo a una specifica impronta digitale che potrebbe essere correlata alla diluizione iniziale di partenza. Ciò conferma che le indagini effettuate su diluizioni ultra-molecolari, anche al di là del numero di Avogadro mediante diversi metodi

menti comportamentali (diminuzione dei sintomi simili all'ansia) indotti dal trattamento omeopatico. I modelli utilizzati da diversi gruppi di ricerca sono eterogenei e si differenziano per quanto riguarda i farmaci di prova, le diluizioni e i risultati. L'evidenza che emerge da modelli animali sostiene la regola tradizionale della similarità, secondo cui dosi ultra-basse di composti, che in alte dosi sono patogene, possono avere paradossalmente un effetto protettivo o di cura. Grazie alla sua tradizione antica e all'approccio olistico, insieme a questi progressi nella scienza di base e lo sviluppo di studi clinici rigorosi, l'omeopatia partecipa attivamente all'integrazione degli aspetti sistemici, umanistici e scientifici della medicina.

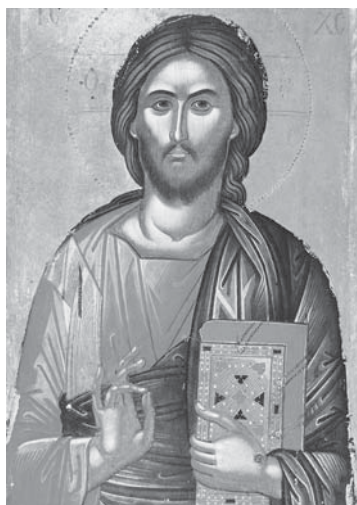
L'evidenza clinica – Ormesi

Ovviamente per la salute pubblica i risultati sperimentali più importanti sono quelli che si occupano di sperimentazione clinica, e una delle prime questioni da affrontare è stata il curioso comportamento bifasico di rimedi in base alla loro concentrazione, la cosiddetta "ormesi", che è stata spiegata dalla Dott.ssa Simonetta Bernardini e che potrebbe essere un concetto centrale in omeopatia.

Nel pensiero medico occidentale i modelli terapeutici possono usare prescrizione di farmaci sia a basso sia ad alto dosaggio. La scelta alternativa affonda le radici nel feeling del medico circa la possibilità di auto-guarigione di un organismo malato. Se il feeling è positivo, la terapia è rivolta a indurre e favorire un processo endogeno di guarigione utilizzando alcune interferenze sottili (ad esempio l'omeopatia). Al contrario, se il processo di auto-guarigione non è ritenuto sufficiente, il modello terapeutico adottato può ignorarlo e poi, in linea di principio, la terapia appropriata è volta a rimuovere in maniera indipendente la malattia (ad esempio, allopatia). Sono allora utilizzati farmaci ad alta dose che agiscono come inibitori (antibiotici, antinfiammatori, antipireti-

ci ecc). In questo caso l'azione terapeutica comporta spesso forti sconvolgimenti.

Questi due approcci terapeutici sono fondamentalmente diversi, dal momento che si sviluppano in due paradigmi differenti, cioè il recupero biologico e quello farmacologico. Nonostante questa considerazione, non si escludono a vicenda dalla prospettiva dello sviluppo della cosiddetta "medicina integrata", che in Italia è rappresentata dalla società scientifica SIOMI e dal modello di assistenza sanitaria dell'Ospedale italiano di Medicina integrata di Pitigliano. È qui sottolineato che la difesa esagerata delle due diverse classi di modello terapeutico da parte dei rispettivi sostenitori rallenta il raggiungimento di un'auspicabile simbiosi tra i due paradigmi.



Questo atteggiamento culturale è palesemente in contrasto con la fenomenologia naturale che dimostra l'esistenza di due o più risposte diverse degli organismi viventi nell'interazione con diverse quantità dello stesso xenobiotico (ormesi o enantiodromia). In realtà, è accertato che gli organismi viventi sperimentano sempre benefici dalle interazioni con xenobiotici a basso dosaggio. Ciò può essere il risultato di meccanismi diversi, ma in ogni caso si tratta di una risposta di un sistema che vuole salvaguardare la propria identità. D'altra parte, l'interazione con una grande quantità della stessa sostanza può comportare l'inibizione di uno o più mecca-

nismi biologici. Quest'ultimo comportamento è comunemente sfruttato nella medicina accademica occidentale che, di fatto, cerca di utilizzare farmaci che agiscano come inibitori.

Va ricordato che la scoperta dell'ormesi sta alla pari con le scoperte della farmacologia convenzionale moderna. Si sostiene che le realtà contemporanee hanno bloccato la ricerca scientifica nel campo dell'ormesi. Secondo Calabrese, le scoperte della farmacologia ad alto dosaggio e i conseguenti investimenti finanziari sostenuti dall'industria, insieme con l'accordo dei leader della farmacologia (prima di tutto Clark), hanno messo in ombra l'importanza della farmacologia a basso dosaggio. Antibiotici, anestetici e chemoterapici hanno dimostrato di avere una tale elevata efficacia che l'obiettivo della farmacologia è sceso alla scoperta di nuovi agenti terapeutici con la stessa efficacia ed effetti collaterali più bassi, piuttosto che l'indagine degli effetti di basse dosi.

Esiste, tuttavia, una grande quantità di letteratura medica che indaga sull'ormesi come strumento terapeutico. Il trattamento della malattia di Alzheimer, la ri-mineralizzazione delle ossa, i tumori, le infezioni virali, la crescita dei capelli, le malattie auto-immuni come il lupus, e le malattie respiratorie acute sono esempi in cui l'applicazione dell'ormesi è risultata particolarmente efficace.

Razionalismo ed empiricismo nella ricerca omeopatica clinica

Un altro approccio interessante alla ricerca di prove cliniche è quello di considerare il posto relativo che possono avere razionalismo ed empiricismo nel campo della ricerca medica e come si è evoluto nel tempo. Per il Professor Menachem Oberbaum, l'omeopatia classica basa la diagnosi sui sintomi emozionali, mentali, "generali" e "locali" del paziente. La diagnosi medica convenzionale è di secondaria importanza. Una singola dose di medicina propriamente individualizzata è molto diluita e assunta di rado.

L'omeopatia clinica, o "moderna", può essere vista come una derivazione dell'omeopatia classica e dà priorità alla diagnosi medica convenzionale, nel rispetto dei principi di base dell'omeopatia stessa. L'accento è posto sui sintomi legati alla patologia, con una considerazione dei sintomi mentali e generali, in particolare per quanto riguarda il problema principale. I rimedi di Singleton sono impiegati in sequenza predefinita. Essi sono meno diluiti (più concentrati), e somministrati a intervalli frequenti.

L'omeopatia "complex" si è sviluppata come ulteriore tentativo di adattare l'omeopatia al paradigma medico convenzionale. Rimedi differenti, riguardanti ciascuno un aspetto differente della diagnosi convenzionale, vengono mescolati e gestiti in diluizione bassa, con la speranza che almeno uno di essi coprirà il caso omeopaticamente. Si presume che questo tipo di omeopatia agisca a un livello più superficiale dell'omeopatia classica o clinica.

L'omeopatia è nata alla fine del XVIII secolo, come attore secondario, ma controverso, sul palcoscenico della medicina e in un tempo di sconvolgimento filosofico e intellettuale senza precedenti: l'Illuminismo. L'"Età dei lumi", come sono noti i secoli XVII e XVIII, nacque come reazione all'assolutismo e fu caratterizzata da un'impresa intellettuale dedicata ad arricchire l'etica, la moralità e la conoscenza, così come l'impiego dei concetti di razionalità e logocentricità. Questo periodo fu caratterizzato da secolarizzazione, liberalità, e dalla nozione dei diritti umani e dei cittadini. Il movimento fornì una base filosofica alle rivoluzioni americana e francese, alla nascita della democrazia e all'ascesa del capitalismo.

Due principali movimenti epistemologici caratterizzarono l'Età dei Lumi: l'empirismo e il razionalismo. L'empirismo si basa sulla premessa che la fonte della conoscenza umana sono i sensi e che la ragione da sola non può essere considerata fonte della cono-

scienza. La conoscenza è, quindi a posteriori (che ha origine nell'esperienza) rendendo impossibile una conoscenza a priori (non sulla base dell'esperienza, cioè derivante esclusivamente da un ragionamento). Ogni conoscenza deriva dall'esperienza o da un'inferenza induttiva. I principali pensatori empiristici erano tutti inglesi: John Locke, George Berkeley e David Hume.

Il movimento "concorrente" all'empirismo fu il razionalismo, secondo il quale la ragione è la fonte di ogni conoscenza. Il razionalismo stabilisce premesse cognitive coerenti e tenta, con una sequenza logica di passi, di dedurre ogni possibile oggetto di conoscenza. Cartesio, il razionalista per eccellenza, influenzò fortemente tre delle menti più razionaliste dell'epoca dell'Illuminismo: Baruch Spinoza, Gottfried Leibniz e Christian Wolff.

Fu in questo nuovo mondo della razionalità nascente che Hahnemann creò una nuova branca della medicina empirica – l'omeopatia – che si fondava su quattro osservazioni principali.

– Le sostanze dalle virtù creative avrebbero indotto i sintomi della malattia in soggetti sani. Questo metodo fu detto del "proving" ed è l'essenza della farmacologia omeopatica.

– Le sostanze tossiche come il mercurio o il veleno del serpente potrebbero essere diluite serialmente, riducendone in tal modo la tossicità, e manterrebbero l'efficacia se le diluizioni seriali fossero accompagnate da un processo chiamato "succussione". Diluizioni più elevate sono state più efficaci, con minori effetti collaterali.

– Tutte le sostanze hanno un impatto emotivo (oggi questo è riconosciuto come "effetto collaterale" psicologico dei farmaci). L'impatto emotivo può essere scoperto in un modo simile agli effetti fisici attraverso l'applicazione a soggetti sani (un metodo detto del "proving") o sulla base della tossicologia.

– Vi è una relazione intima tra lo stato emotivo del paziente e la sua patologia. Questa è un'esperienza empirica legata

alla "vitalità" del paziente e riflessa nella sua comprensione della vita e nelle sue strategie per farvi fronte. Questa esperienza empirica può essere affrontata con rimedi che hanno un impatto fisico ed emotivo.

Hahnemann trascorse due decenni a sviluppare un sistema farmaco-terapeutico, che considerava più sicuro ed efficace della medicina praticata dai suoi colleghi, ma anche se il suo metodo non fu considerato nocivo, egli fu oggetto di attacchi sproporzionati alle sue idee, non visti come *argumentum ad personam*, ma piuttosto come linee di battaglia di una medicina razionalista che stava difendendosi da un nuovo intruso empirico.

Hahnemann, in effetti, fu un empirista puro, e sostenne la prescrizione di rimedi personalizzati, respingendo la classificazione patologica della malattia basata sull'organo, come linea guida nella diagnosi. In realtà, la medicina convenzionale vede ogni malattia come la somma dei sintomi comuni a tutte le condizioni patologiche recanti il nome della malattia. L'omeopatia ha un approccio differente, poiché vede la malattia come una condizione patologica specifica dell'individuo e come una "malattia interna" manifestata dalla somma dei sintomi del paziente, siano essi fisici o mentali, esposti in modo univoco e vissuti dal paziente. In effetti, gli stati mentali ed emotivi del paziente sono componenti importanti per decidere quale rimedio omeopatico usare.

In omeopatia classica, l'individualizzazione è uno dei principi più importanti della terapia. Ogni paziente è caratterizzato da attributi individuali e da sintomi unici, che differiscono in maniera significativa dai sintomi superficialmente simili sperimentati da altri pazienti. L'idiosincrasia, che è emarginata dalla medicina convenzionale, è un elemento centrale in omeopatia, e si riferisce al complesso di proprietà mentali, emotive e fisiche "peculiarità" che rendono unico ogni singolo paziente. A differenza della medicina convenzionale, non esiste un rimedio

specifico per una condizione medica, ma, piuttosto, un rimedio che copre la somma dei sintomi accumulati da un colloquio approfondito con il paziente. Estrarre i sintomi unici e importanti dalla vasta combinazione di sintomi raccolti dalla storia del paziente, e quindi ricostruire, a partire da questi, un'analisi strutturata, richiede l'opera di un omeopata esperto e altamente qualificato, specialista e di larghe vedute. Considerando che un medico convenzionale generico, anche se non di grande esperienza o formazione, può essere in grado di trattare in modo adeguato la maggior parte dei suoi pazienti, un omeopata mediocre avrà molto meno successo.

Valutazione clinica dell'omeopatia

La valutazione clinica della medicina omeopatica è stata effettuata sin dalle sue origini e offre, oggi, più di due secoli di documenti. Tuttavia, come spiegato dal Dottor Peter Fisher, l'omeopatia è ancora una delle forme più controverse della medicina alternativa e complementare. In tutta la sua storia è stata oggetto di polemiche. Tuttavia, vi è un corpo significativo e crescente di prove scientifiche ottenute da studi clinici, revisioni sistematiche e meta-analisi delle prove stesse e di esperimenti biologici.

Esistono tipi distinti di omeopatia. Quelli principali sono omeopatia "individualizzata" o "classica", omeopatia "clinica", e isopatia. Nell'omeopatia individualizzata in genere viene selezionato un unico medicinale omeopatico sulla base del quadro complessivo dei sintomi di un paziente, comprese le sue caratteristiche mentali, generali e costituzionali. Nell'omeopatia clinica, vengono somministrati uno o più farmaci omeopatici per situazioni cliniche standard o diagnosi convenzionali, a volte diversi farmaci omeopatici sono combinati in una formulazione fissa ("complessa"). L'isopatia è l'uso di diluizioni omeopatiche di allergeni o agenti infettivi o tossici causali. Sistemi medici attinenti che utilizzano farmaci omeopatici

sono l'omotossicologia – fondata da H.H. Reckeweg che si basa sull'interpretazione della malattia come espressione dello sforzo di difesa dell'organismo contro le tossine patogeniche e la disintossicazione con farmaci omeopatici – e la medicina antroposofica – approccio fondato da R. Steiner e I. Wegman che integrava la medicina convenzionale con l'influenza dell'anima e dello spirito.

Per riassumere, le recensioni di studi clinici randomizzati (RCT) sono generalmente positive. Vi è una evidenza di RCT ripetuta che l'omeopatia può essere efficace in caso di diarrea infantile, di fibromialgia, influenza, emicrania, artrosi, otite media, vertigini e rinite allergica stagionale. Ci sono anche elementi di prova da studi clinici randomizzati individuali (RCT) che l'omeopatia può essere efficace nella sindrome da stanchezza cronica, nella sindrome premestruale, nell'emorragia post-partum, nella sepsi, nella stomatite, nei sintomi correlati al trattamento del cancro, e nell'ADHD (disturbo da deficit d'attenzione e iperattività).

Una revisione di studi clinici in omeopatia dal 1975 al 2002 ha trovato 93 studi di confronto tra l'omeopatia con placebo o altri trattamenti. Gli effetti positivi della medicina omeopatica sono stati trovati in 50 di essi. Le prove hanno favorito un effetto positivo del trattamento omeopatico in: rinite allergica, diarrea infantile, fibromialgia, influenza, dolore, effetti collaterali della radio/chemioterapia, distorsioni e infezioni delle vie respiratorie. Analizzando 12 revisioni sistematiche della medicina omeopatica per specifiche condizioni cliniche, Jonas et al. giunsero a conclusioni analoghe: l'omeopatia può essere efficace per allergie, diarrea infantile, influenza e ileo post-operatorio, ma non per il trattamento dell'emicrania o indolenzimento muscolare a insorgenza ritardata.

Singoli studi clinici randomizzati della medicina omeopatica sono stati condotti in aree cliniche tra cui asma, sepsi pericolose per la vita, e sto-

matite indotta da chemioterapia per il cancro, fibromialgia, sindrome da fatica cronica, sindrome premestruale, emorragia post-partum, e arnica in varie condizioni cliniche. La maggior parte hanno dato risultati positivi.

In alcune situazioni cliniche, sono stati condotti sia RCT sia studi clinici osservazionali, che hanno fornito un quadro più completo del possibile ruolo dell'omeopatia. Tali aree comprendono le vie respiratorie superiori e le infezioni dell'orecchio nei bambini, il disturbo da deficit d'attenzione e iperattività, e l'omeopatia per i sintomi correlati al trattamento del cancro.

D'altro canto, i dati disponibili suggeriscono che la fiducia dei pazienti nella sicurezza dell'omeopatia è giustificata: i rischi derivanti da prodotti omeopatici sono modesti rispetto a quelli della medicina convenzionale. Una revisione sistematica della sicurezza dell'omeopatia tra il 1970 e il 1995 portò alle seguenti conclusioni: i medicinali omeopatici possono provocare effetti negativi, ma questi sono generalmente lievi e transitori e non ci sono dati sufficienti. Si registrano anche casi di "errore d'identità" là dove sono stati descritti come omeopatici farmaci a base di erbe. I principali rischi connessi con l'omeopatia sono indiretti e imputabili al medico prescrittore, piuttosto che alla medicina. In due studi sono state osservate reazioni avverse in circa il 2,7% dei pazienti; in un terzo studio, il 7,8% dei pazienti omeopatici aveva reazioni avverse, rispetto al 22,3% del corrispondente gruppo in trattamento convenzionale.

Il principale ostacolo per l'accettazione scientifica dell'omeopatia è il suo uso di altissime diluizioni "ultra-molecolari". L'ipotesi più importante per spiegare gli effetti di tali diluizioni si basa sull'archiviazione di informazioni da parte delle soluzioni acquose: vi è qualche evidenza dalla scienza fisica di specifiche modifiche strutturali nell'acqua, indotte dal processo di preparazione omeopatica, che potrebbe essere in grado di memorizzare

informazioni, come spiegato in precedenza dal Professor Rey. Un certo numero di modelli biologici di effetti di alte diluizioni sono riproducibili.

Guarigione e totalità

Per il Rev. Dr. Jeremy Swayne, uomini e donne lavorano su entrambi i lati di uno sfortunato divario intellettuale e metafisico. Abbiamo un piede in due campi: i rappresentanti di due paradigmi che sono di frequente, ma inutilmente, concorrenti. Uno è il paradigma meccanicistico e riduzionista della scienza moderna, che ha prodotto il modello biomedico con il suo meraviglioso potere di controllare i processi della malattia e le funzioni fisiche. L'altro è di solito descritto come paradigma "olistico", che riconosce l'importanza dell'in-

concetto di guarigione, perché occupa un terreno comune tra scienza e teologia. La guarigione fornisce un filo conduttore presente in tutta la storia dell'evoluzione, poiché nessun organismo sarebbe sopravvissuto senza la capacità di resistere all'influenza ostile del suo ambiente e dei suoi concorrenti, e di guarire dal disordine dentro di sé. Preservare la salute, sia con mezzi di protezione e profilassi sia con processi di guarigione, è un imperativo evolutivo.

La lotta per l'integrità e la completezza a questo livello è un istinto inerente paragonabile all'istinto del corpo per l'autoregolamentazione e la riparazione di fronte a danni fisici e malattie.

La caratteristica principale della guarigione è che è creativa e non solo curativa. Essa è

"riconciliazione", alcuni aggiustamenti per compensare l'eventuale perdita di funzione. Questi esempi possono essere facilmente estesi alla guarigione delle ferite psicologiche e spirituali.

La guarigione comporta anche un certo grado di sofferenza. Questa non è solo la conseguenza della malattia e del trauma, ma è inerente al processo di guarigione. Questa verità è vivacemente espressa nella teologia cristiana della Passione e Crocifissione di Gesù.

Infine, la guarigione implica sempre la riconciliazione e il cambiamento. Più in generale, qualsiasi malattia, infortunio o disabilità colpisce le nostre relazioni con gli altri, e con noi stessi – come persona e come corpo, temporaneamente o a lungo termine – attraverso le limitazioni che essa impone, a causa delle sue implicazioni per le nostre attività e prospettive: stile di vita, occupazione e così via. La malattia colpisce le responsabilità degli altri nei nostri confronti, e le nostre verso di loro.

La malattia mentale ed emotiva, quella che viene comunemente chiamata "esaurimento nervoso", spesso è preludio essenziale allo sviluppo di nuove intuizioni e punti di forza psicologici e la guarigione di vecchie ferite; avere un esaurimento nervoso è una condizione necessaria per la ricostruzione e la nuova crescita.

L'idea che la malattia sia agente di guarigione si riflette anche nell'affermazione che i sintomi sono l'espressione dell'organismo al disordine, il suo meccanismo per farvi fronte, piuttosto che la sua incapacità di farlo.

Un altro paradosso è che, più che soffrire di una malattia, noi spesso soffriamo di un "benessere". Il dolore provocato da una lesione fisica è la risposta di un sistema nervoso sano a un trauma. Il dolore del rifiuto, l'abuso, la negazione dell'amore e dell'autostima, sono la risposta sana della nostra umanità ferita.

Un terzo paradosso è che la guarigione non comporta necessariamente la cura, e la cura non comporta necessariamente



terazione sottile delle molteplici dimensioni della natura umana e l'esperienza umana nel determinare il benessere individuale, e nella predisposizione alla malattia. E ciò riconosce l'importanza di ricorrere a mezzi sottili per stimolare la guarigione e auto-regolare i processi all'interno del corpo umano, mente e spirito.

È importante precisare, tuttavia, che questi due paradigmi sono del tutto compatibili. La prospettiva olistica è comune a tutti gli operatori sanitari che hanno davvero a cuore i loro pazienti, qualunque sia il focus biomedico del loro repertorio terapeutico, e che vogliono sottolineare l'importanza del

fondamentalmente simile a qualunque livello del nostro essere in cui opera, non può essere raggiunta senza un certo grado di sofferenza, e ci porta a nuovi atteggiamenti e responsabilità.

La guarigione della ferita è un semplice esempio. Essa richiede al nostro corpo di "comprendere" quanto è successo, riconoscere e rispondere agli effetti del trauma. Esige le risorse fisiologiche dell'immunità all'infezione e l'effettiva mobilitazione della riparazione dei tessuti. Ci sarà una crescita di tessuti nuovi, che possono essere anche più forti del tessuto originario. E se il danno è sufficiente, sarà necessaria la

la guarigione. In effetti, la ricerca della cura può consentire alle influenze distruttive, che hanno prodotto il disordine, di persistere. Ed entro i limiti di una malattia incurabile, un individuo può raggiungere la crescita personale e spirituale, l'integrazione e la riconciliazione, che equivale alla guarigione nel senso più pieno.

L'obiettivo della guarigione è la totalità. È la realizzazione, per quanto possibile nella nostra vita, del potenziale unico di ogni individuo. È il compimento della nostra vocazione specifica e cerca di fondere, in modo equilibrato e interattivo, tutte le nostre facoltà, prerogative e caratteristiche: fisica, emotiva e intellettuale, psichica e spirituale. Tuttavia, totalità non significa perfezione. In effetti, la ricerca della perfezione può essere raggiunta solo a costo della nostra vera umanità, della nostra capacità di completezza. La cosa meravigliosa del diventare una persona completa, ben integrata, è che i difetti e le imperfezioni, le parti vulnerabili, disordinate e brutte, sono superate dal valore dell'insieme. La nostra sola guida, quindi, è il nostro istinto di completezza, la vocazione a essere unicamente noi stessi ed essere in grado di crescere in relazione al rispetto e all'amore dimostrato loro dagli altri. La guarigione e il processo di integrazione, resi possibili anche nelle vite più disordinate, lo sono non solo per gli individui, ma per la comunità di cui fanno parte.

È per questo che una consultazione omeopatica è un'esperienza che coinvolge tutta la persona. Può essere la prima volta che un paziente è incoraggiato a pensare a se stesso come un tutto prendendo coscienza di sé in un modo nuovo, che può fare paura, ma che è anche liberatorio e rassicurante. In secondo luogo, l'omeopatia fornisce una dimostrazione enfatica della capacità del corpo e della mente di autoregolamentazione e autoguarigione. Si tratta di un'esperienza notevole. La realizzazione da parte dei pazienti che è proprio la capacità naturale di guarire a essere in opera è estremamente incoraggiante

e rassicurante. Un terzo principio di guarigione, che l'approccio omeopatico facilita, è la riconciliazione. Spesso, ovviamente, ciò richiede il perdono, degli altri o di noi stessi, e la maniera con cui la storia di un paziente emerge ha, a volte, una qualità confessionale.

Infine, per promuovere la guarigione nel senso più pieno, dobbiamo aiutare il paziente ad arrivare al cuore della questione e a giungere a un accordo con se stesso.

Omeopatia come medicina complementare integrata

Una delle questioni principali affrontate da questo seminario è il posto che le terapie non convenzionali occupano nell'ambito di un programma globale di sanità pubblica. Sulla base dei dati scientifici e clinici, nonché dei resoconti storici e dell'esperienza socioculturale, è stato chiaramente affermato che queste terapie non sono alternative ma complementari. In altre parole, esse non sono progettate per sostituire la medicina allopatrica classica, ma dovrebbero essere preferibilmente associate a rimedi convenzionali in caso di necessità. In alcuni casi, tuttavia, quando le terapie convenzionali non riescono o quando non sono state espressamente richieste, l'omeopatia può essere usata da sola.

Questo è, appunto, quanto è stato introdotto nel Centro di Emergenza del Policlinico di Vienna dal Professor Michael Frass che, in occasione del seminario, ha presentato varie osservazioni cliniche in cui l'omeopatia ha dato notevoli risultati in associazione con la terapia chimica classica in casi medici drammatici e di intossicazione acuta. Si tratta, in effetti, di una questione di efficienza e logica, attestata dal fatto che negli ultimi decenni l'uso dell'omeopatia è sensibilmente aumentato in seno alla popolazione nella maggior parte dei paesi, compresi gli Stati Uniti, che per vari decenni sono stati piuttosto restii. Ciò è molto significativo in quanto in numerose nazioni, purtroppo, la terapia omeopatica non è coperta dal sistema

assicurativo nazionale, anche se i cittadini ritengono che i benefici ne superino i costi.

Secondo il Professor Frass, l'associazione a livello professionale di medicina convenzionale e omeopatia è il metodo ideale col quale sostenere i pazienti nel loro percorso per la salute. Qualsiasi approccio fanatico in entrambe le direzioni deve essere evitato. I meriti diagnostici della medicina convenzionale sono incontestabili, tuttavia l'approccio terapeutico può essere diverso in questi due metodi. Quel che cerchiamo di dimostrare è che l'omeopatia non è un'alternativa, ma una medicina complementare e che, pertanto, non sostituisce la terapia classica. Essa aggiunge qualcosa di diverso – e spesso più efficace – alle pratiche di routine. È del tutto evidente che, in pazienti critici, ad esempio pazienti avvelenati da *Amanita phalloides*, un trattamento di emergenza classico è obbligatorio, altrimenti il paziente morirebbe prima che fosse possibile qualsiasi tentativo con l'omeopatia. Ma quando si guarda alle malattie più lievi, soprattutto a quelle infettive e ai disturbi reumatici, l'omeopatia può aiutare il paziente, senza che si rendano necessari ulteriori trattamenti convenzionali.

In ogni caso, l'esperienza e il giudizio obiettivo sono le solide basi per il trattamento e l'uso di metodi diversi. Pertanto, il dialogo tra medicina convenzionale e omeopatia è obbligatorio e deve essere insegnato negli studi universitari di medicina.

Per cosa combattiamo?

Questo è il destino dei tempi moderni: siamo costretti a combattere, nella vita, sui campi sportivi, contro la concorrenza, la disoccupazione, la stupidità e la morte. Per Christian Boiron noi siamo, purtroppo, impegnati in questa battaglia e la salute non ne sfugge!

Tuttavia, il monitoraggio della droga non ne ha cancellato il mercato, ma potrebbe anche aver reso questa pratica più attraente!

La lotta contro la disoccupa-

zione non ha sradicato questo cancro e il trattamento sociale di questa drammatica questione molto spesso ne ritarda la risoluzione.

Grazie alla diffusione della democrazia siamo quasi riusciti a eliminare la guerra, ma, allo stesso tempo, siamo sempre più preoccupati, se non impegnati, in violenti conflitti politici lontani dalla nostra stessa terra!

Lo sviluppo fulmineo della medicina ha certamente contribuito a sbarazzarci di molte malattie devastanti, ma oggi migliaia di persone muoiono negli ospedali per malattie contratte all'interno di essi, mentre l'eccessiva prescrizione di antibiotici, vaccini, prodotti anti-infiammatori ecc., ha dato nuova forza ai micro-organismi che si adattano ad ambienti sempre più aggressivi. Di fronte a questa situazione, le grandi compagnie non sempre sono guidate da considerazioni etiche, ma semplicemente da interessi finanziari dei propri azionisti, su cui la loro gestione burocratica ha poco controllo!

Nella guerra feroce contro le malattie infettive non sempre si capisce che molti rimedi "potenti" possono trasformarsi in prodotti tossici se non sono utilizzati in modo sensato! I governi e le agenzie internazionali, per paura delle potenziali conseguenze negative delle loro politiche, molto spesso drammatizzano indebitamente i problemi!

Come possiamo ritrovare la pace nei nostri corpi, nelle nostre menti, se non prendiamo in considerazione la formidabile capacità di guarigione del nostro organismo? Non dovremmo ricordare che siamo creature di Dio e che Ippocrate stesso ha detto che il primo dovere del medico non è quello di danneggiare il paziente? *Primum non nocere!*

Come abbiamo visto nel corso di questo seminario, l'uomo deve essere inteso come entità globale con le sue potenzialità fisiche, psicologiche e spirituali. In molti casi, la semplice stimolazione delle nostre difese interne è sufficiente a combattere la malattia. Qui intervengono le terapie

complementari, qui arriva l'omeopatia e, complessivamente, questo è un altro approccio alle cure sanitarie, che non dipende più esclusivamente dalle cure mediche.

Ci sono strategie preventive, terapie "soft", osteopatia, chiropratica, kinesiterapia, termalismo... e molti altri modi di prendersi cura della mente, dalla meditazione all'arte, sempre alla ricerca della felicità.

È evidente che oggi il nostro insegnamento medico è incompleto e manca completamente di questi obiettivi. È vero, in questa prospettiva, che anche se la scienza è un elemento inevitabile della nostra preoccupazione per la salute, dovrebbero essere coinvolti tutti gli altri elementi: sensoriale, affettivo, emotivo e spirituale.

Spetta ai nostri medici moderni capire questi requisiti basilari e adeguare le loro terapie a ogni singola persona, prendendosi cura della sua unicità e fragilità intrinseca.

Prof. LOUIS REY
Losanna, Svizzera



Il diritto alla salute nel diritto internazionale dei diritti umani*

50

1. Il *diritto alla salute* si pone tra quei diritti fondamentali della persona umana che sia gli ordinamenti giuridici dei singoli Stati che l'ordinamento internazionale sono chiamati a tutelare con una considerazione che va facendosi sempre più crescente e attenta all'emergere di nuove esigenze e situazioni. Questo non significa che si è in presenza di un "nuovo" diritto umano, quanto piuttosto che il suo contenuto e la sua portata vengono a esplicitarsi secondo il dinamismo dei "tempi e modi", come del resto avviene per ogni diritto fondamentale. Questo spiega perché oggi se ne parli con sempre maggiore insistenza, legandolo, dal punto di vista del suo effettivo riconoscimento e della sua tutela, ai diritti più "recenti": ambiente, pace, assistenza umanitaria...¹

Seguendo il percorso offerto dalle enunciazioni degli atti internazionali, il diritto alla salute si verrebbe a configurare come uno dei diritti primari (*core rights*) da annoverare – quanto alla categoria – tra quelli economici e sociali. Dunque tra quei diritti che richiedono per loro natura un atteggiamento "in positivo" di *facere* da parte dei poteri pubblici: un rilievo quest'ultimo che può spiegare il suo emergere (la sua effettività) graduale.

Indubbiamente il suo legame diretto con il diritto alla vita – presupposto di ogni altro diritto – risulta evidente, anche se è altrettanto chiara la sua autonomia sia nel profilo direttamente normativo che nella prassi internazionale in materia di diritti umani². Una considerazione può proporsi se valutata come un dato evidenziato dalla convergenza delle diverse fonti del contemporaneo diritto internazionale, che consente di parlare nel quadro dei diritti umani di stratificazione successiva quanto al contenuto, all'osservanza e alla giustiziabilità³.

In effetti il sistema dei diritti fondamentali è la risultante di un ampliamento successivo che

accomuna proposte e orientamenti che dal piano dei valori si sono gradualmente inseriti sul piano politico, e quindi degli ordinamenti giuridici con le relative normative interne e internazionali.

Nel caso specifico del diritto alla salute, il diritto internazionale tende primariamente a specificare i diversi ambiti che concorrono – o potenzialmente possono concorrere – a fornire quegli elementi che di tale diritto sono costitutivi, proprio al fine di realizzarne un'adeguata tutela e giustiziabilità quali conseguenze di un'avvenuta proclamazione.

Resta in ogni caso presente in questa prospettiva, quale punto di riferimento, una nozione di "salute" modernamente intesa: da un lato quale situazione che riguarda una concezione olistica della persona e dei suoi diritti; dall'altro che rende concreto – e quindi giustiziabile anche in questa prospettiva – quel fondamentale diritto alla vita. Anzi il diritto alla salute si configura sul piano internazionale come lo strumento che amplia lo stesso diritto alla vita, collocandolo oltre il semplice aspetto dell'esistenza⁴.

Un particolare richiamo in questo senso è rappresentato dall'istituzione dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) nel 1948, che nel *Preambolo* della sua *Costituzione* offre una definizione del concetto di salute divenuta essenziale riferimento per ogni attività successiva, anche di quelle di ordine normativo, nella Comunità internazionale: "*La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza di malattie o infermità*".

2. Se queste sono le premesse per una rivendicazione della tutela del diritto alla salute – pur se ritardata rispetto ad altri diritti o libertà – non va dimenticato che, come per altri ambiti rientranti nel più vasto panorama del diritto internazionale dei

diritti umani, l'approccio seguito appare alquanto complesso – e non ultimo "problematico" – e soprattutto non uniforme. Analizzando infatti le possibili prospettive, emerge con tutta evidenza:

– in alcuni casi, l'inclinazione a recuperare quelli che si configurano giuridicamente quali *interessi* e a proporli come altrettanti diritti. Si pensi ad esempio ai cosiddetti diritti del *malato*, del *paziente*, del *donatore di organi* o dell'*operatore sanitario*, che sono ormai entrati a far parte del linguaggio corrente, come pure interessano sempre più il profilo strettamente giuridico, anche internazionalistico, pur essendo ancora ritenuti *de lege lata*⁵;

– in altri, la proclamazione di diritti "legati" a quello alla salute, ma senza che ne sia precisata una definizione, ovvero non delimitandone i contenuti. Un esempio evidente è dato dal dibattito apertosi a livello internazionale in occasione della Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite su Popolazione e Sviluppo (Il Cairo, 5-16 settembre 1994) con la proclamazione dei "diritti riproduttivi" (*reproductive rights*) o del concetto di "salute sessuale e riproduttiva" (*sexual and reproductive health*)⁶;

– infine vi sono casi in cui emerge una risoluta negazione di aspetti e diritti che invece possono ritenersi come sostanzialmente parte – o almeno a esso legati – del diritto alla salute. Basta riferirsi al dibattito intorno allo statuto giuridico dell'embrione umano, al problema delle sperimentazioni e delle manipolazioni genetiche. Oppure alla questione dell'*obiezione di coscienza per gli operatori sanitari* che sul piano internazionale trova ancora un insormontabile ostacolo nell'interpretazione dello stesso concetto di obiezione di coscienza per motivi di religione o di credo, previsto dall'art. 18 del *Patto internazionale sui diritti civili e politici* (1966)⁷.

* Intervento nella giornata di studio su *Etica e religiosità nelle professioni* organizzata dalla International Religious Foundation

3. Sul piano degli ordinamenti interni, come è noto, il diritto alla tutela della salute si è venuto affermando nel secolo presente, anche attraverso il fenomeno del costituzionalismo, legato essenzialmente all'idea del primato del diritto e dell'ordinamento giuridico, e alla conseguente attenzione posta nel garantire i diritti fondamentali dell'uomo, e non solo quelli civili e politici, ma anche a quelli di natura economica e sociale⁸.

A livello internazionale è con la maturazione del diritto internazionale avvenuta nel quadro delle Nazioni Unite che emergono tutta una serie di elementi che porteranno alla considerazione del diritto alla salute. La *Carta delle Nazioni Unite* (1945) nell'indicare i principali ambiti di intervento dell'Organizzazione, profila la promozione di azioni volte a risolvere anche "problemi internazionali [...] sanitari" (art. 55). Si inizia così a considerare autonomamente questo ambito e cioè a scinderlo:

– dalla questione del lavoro e della tutela della salute del lavoratore, come invece era nella fase precedente: in tale prospettiva, infatti, aveva operato fin dal 1921 l'*Organizzazione Internazionale del Lavoro* (ILO) con le proprie *convenzioni e raccomandazioni*⁹.

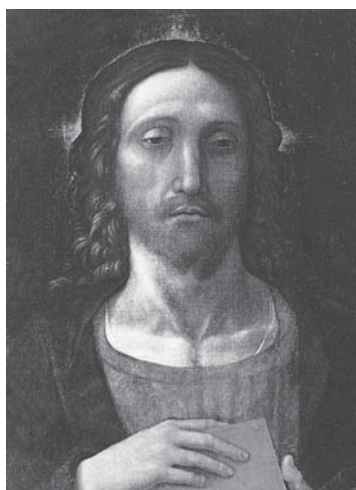
– dai problemi dell'igiene pubblica connessi a fenomeni di morbosità o di malattie trasmissibili, seguiti fin dal XIX secolo dal sistema delle Conferenze sanitarie e poi dall'Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica.

La *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* (1948), all'art. 25, parla invece di diritto di ogni persona "alle cure mediche", sostenendo così una prospettiva apparentemente limitata a un aspetto della salute.

Tra i due atti – della *Carta* e della *Dichiarazione* – però va considerata la formulazione della *Costituzione* dell'OMS – elaborata nel 1946¹⁰ – che nel suo Preambolo, tra l'altro afferma: "*Il godere delle migliori condizioni di salute che esso sia in grado di conseguire rappresenta uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque siano la sua razza, la*

sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica o sociale". In questa espressione infatti oltre a ritrovare un diretto riferimento allo "stato di salute" (= salute) quale diritto umano, vengono richiamate e inserite quelle fondamentali clausole legate al concetto di non-discriminazione che rappresenta uno dei principi essenziali di tutta la costruzione dei diritti dell'uomo, loro riconoscimento e tutela. In effetti a un'analisi non solo testuale, ma contestuale, la linea che emerge dalla *Dichiarazione Universale* vede il "diritto alle cure mediche" inserito nella dimensione "comunitaria" dei diritti e legato al più vasto capitolo della "sicurezza sociale" che include – o dovrebbe – anche le misure di protezione sanitaria e quindi le politiche, la normativa e i programmi in materia.

Dal punto di vista delle for-



mulazioni è interessante notare che solo nel 1965 con la *Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale* che si utilizzerà per la prima volta l'espressione "diritto alla sanità"¹¹.

Una più ampia considerazione di diversi aspetti che rientrano nel diritto alla salute è quella delineata dall'art. 12 del *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* del 1966, che può considerarsi per molti aspetti la sintesi del percorso iniziato già prima delle Nazioni Unite. L'articolo infatti recupera il menzionato richiamo del Preambolo della Costituzione dell'OMS sul rapporto tra salute e diritti umani, per poi indicare tutta una serie di misu-

re necessarie per il pieno rispetto, sia direttamente politiche (dall'epidemiologia ai controlli sanitari, ai servizi sanitari e all'assistenza medica) che tecniche (la sanità del posto di lavoro, le malattie professionali).

La situazione nella quale emergono oggi considerazioni specifiche per il diritto alla salute è quella connessa alla legislazione in materia sanitaria elaborata sia all'interno dei singoli Paesi che – con caratteri realmente pluridisciplinari – nel contesto internazionale: quest'ultimo del resto è l'indirizzo sostenuto dalla *Dichiarazione sulla salute per tutti* adottata nel 1978 dall'OMS ad Alma-Ata.

La legislazione sanitaria tende oggi a configurarsi come espressione e concretizzazione delle politiche sanitarie ed è rivolta a favorire non solo la protezione e la prevenzione della salute, ma anche la salubrità dell'ambiente e un giusto accesso alle cure mediche, nel rispetto di principi etici di fondo.

In questo contesto gli accenni al diritto alla salute emergono attraverso alcuni elementi ritenuti determinanti: i fattori biologici o della biologia umana; i comportamenti e gli stili di vita; i sistemi sanitari; l'ambiente e la tutela dei differenti ecosistemi; la situazione socio-economica; i fattori socio-culturali; l'invecchiamento della popolazione; i risultati dei processi scientifici e tecnologici come pure di quelli legati all'informazione e comunicazione; la specificità sessuale e infine l'equità e la giustizia sociale. Il fattore ritenuto primario è quello riferito ai diritti umani, poiché questi, in forza dei principi dell'indivisibilità e dell'interdipendenza determinano – con un rapporto di reciprocità – il rispetto e la tutela del diritto alla salute.¹²

4. Seguendo la prospettiva del diritto internazionale dei diritti umani e avendo come riferimento il Magistero della Chiesa, sinteticamente del diritto alla salute può dirsi che:

a. *diviene dal diritto alla vita*, e non solo come conseguenza, ma come fondamento: tutta l'attività a tutela della salute infatti deve riguardare la persona

umana dal concepimento alla fine dell'esistenza terrena: "Ogni vita umana è sacra perché ogni persona umana è sacra. E alla luce di questa fondamentale verità che la Chiesa costantemente proclama e difende la dignità della vita umana dal momento del concepimento al momento della morte naturale"¹³;

b. è legato al rispetto della persona nella sua integralità: "per rendere più umana e più adeguata l'assistenza sanitaria è tuttavia fondamentale potersi rifare ad una visione trascendente dell'uomo"¹⁴ poiché da persona umana è un'entità unica, un'unità di spirito e materia, di anima e di corpo fatta a immagine di Dio e destinata a vivere per sempre";

c. è sinonimo di civiltà e di maturazione della coscienza sociale di un Paese: la qualità di una società e di una civiltà si misura dal rispetto che essa manifesta verso i più deboli dei suoi membri"¹⁵;

d. impone un impegno agli Stati senza condizioni: "poiché la domanda di salute e di vita accomuna tutti gli uomini, nessun calcolo politico divida l'impegno degli Stati"¹⁶;

e. richiede risorse umane ed economiche da impegnare per essere sostenute, così da escludere che la malattia sia valutata "in termini di produttività, lasciando altre considerazioni"¹⁷;

f. richiede uno sforzo di solidarietà tra Paesi ricchi e Paesi emergenti: "circa due terzi dell'umanità mancano ancora dell'essenziale assistenza sanitaria, mentre le risorse impegnate in questo settore sono troppo spesso insufficienti"¹⁸;

g. è frutto anche della scienza medica, che però non può esimersi da un costante referente etico-morale: "la conoscenza scientifica, certo, ha leggi proprie alle quali è doveroso attenersi"¹⁹, ma va tenuto presente che "la scienza non è il valore più alto al quale tutti gli altri debbono essere subordinati. Più in alto nella graduatoria sta appunto il diritto personale dell'individuo alla vita fisica e spirituale, alla sua integrità psichica e funzionale"²⁰. E infatti la persona umana che diventa "misura e criterio di bontà o di colpa in ogni manife-

stazione umana"²¹. In questa linea si colloca la denuncia di una scienza medica che favorisca "un pericoloso e discriminatorio concetto della salute e della sua promozione che apre la strada a tentazioni e persino a leggi contro la vita e la dignità della persona"²².

Tale diritto pertanto può essere visto come l'insieme delle potenzialità e garanzie di cui ogni persona può beneficiare, senza discriminazione alcuna, per realizzare completamente non solo il proprio benessere fisico, ma anche la propria dignità umana. Un elemento quest'ultimo che supera i limiti del confronto con la legislazione degli Stati o la normativa internazionale, per aprirsi a considerazioni di ordine filosofico, etico, morale e religioso.

Prof. VINCENZO BUONOMO
Ordinario di Diritto Internazionale
e di Organizzazione Internazionale
presso le Facoltà giuridiche della
Pontificia Università Lateranense
Roma.

Note

¹ Non sembra questa la sede per entrare nella discussione sulla esistenza o meno di diritti detti di "terza generazione" vista l'insufficiente stabilità di tale indirizzo dottrinale e tenuto conto della lettura dei diritti umani fatta dal Magistero della Chiesa con il suo riferimento all'unità tra la persona e i suoi diritti: il fondamento della dignità umana – per altro presente come richiamo in tutti gli atti internazionali sui diritti fondamentali – che si realizza in rapporto alle situazioni storiche e concrete in cui la persona è inserita, non sembra lasciare spazio a una teoria dei diritti umani per "generazioni di diritti"...

² Bastano due riferimenti: una consolidata prassi giurisprudenziale in seno a organi come la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (cfr. B. MAURER, *Le principe de respect de la dignité humaine et la Convention européenne des droits de l'homme*, Paris 1999, pp. 406-407); e una prassi "paragiudicante" – iniziale, ma costante – del Comitato per i Diritti Economici, Sociali e Culturali (CESCR) istituito dall'ECOSOC nel quadro del *Patto sui diritti economici, sociali e culturali* dell'ONU, affermatasi in particolare in sede di esame dei rapporti periodici degli Stati parte.

³ Il riferimento è al combinato di atti che vanno dalle dichiarazioni alle convenzioni, alle risoluzioni alle sentenze fino alle Osservazioni Generali o Commenti Generali dei diversi organi e strutture di cui è dotata la Comunità Internazionale

⁴ In tal senso P.A. MOLINARI, *Le droit à la santé: de la solennité des énoncés aux enjeux de l'exercice*, in *Recueil international de Législation sanitaire*, 49, n.1 (1998), p. 42.

⁵ Cfr. a titolo esemplificativo il contenuto della *Dichiarazione sulla promozione dei diritti del paziente in Europa*, adottata nel 1994 nell'ambito della Consultazione tra i Paesi Europei membri dell'OMS (OMS, Doc. ICP/HLE/121, 28 novembre 1994).

⁶ Cfr. il *Programme of Action* della Conferenza (Chapter VII, para. 7.2. e 7.3.).

⁷ Infatti anche di recente, in sede d'interpretazione dell'articolo in parola, l'obiezione di coscienza resta limitata alla questione del servizio militare, cfr. NATIONS UNIES-Comité des Droits de l'Homme, *Observation générale* No. 22 (48) (art. 18), Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add. 4, 27 settembre 1993, par. 11.

⁸ Si veda ad esempio la *Costituzione italiana* il cui art. 32 prevede: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite all'indigente".

⁹ Cfr. BIT, *Compendio di norme internazionali del lavoro*, Ginevra 1990, alle pp. 61-74. Inoltre l'ILO ha istituito al suo interno un International Occupational Safety and Health Information Centre, noto come CIS, allo scopo di raccogliere dati e fornire standard ed indicazioni nello specifico settore della salute lavorativa; si veda in proposito: ILO, *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*, 2 voll., Geneva 1989 3rd Rev.

¹⁰ È entrata in vigore il 7 aprile 1948, qualche mese prima della *Dichiarazione Universale*.

¹¹ Cfr. art. 5, IV: "droit à la santé-right to health". È evidente in questo caso la dinamica a cui si è fatto cenno in precedenza: anche un atto in materia di diritti umani avente per oggetto finalità diverse – la discriminazione razziale, nel caso – può consentire l'affermarsi di un diritto, come nel nostro caso quello alla salute.

¹² Cfr. G. PINET, *Les défis de la santé au XXI^e siècle: approches législatives des déterminants de la santé*, in *Recueil international de Législation sanitaire*, 49, N.1. (1998), pp. 129-175.

¹³ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai Dirigenti della Catholic Association for Health Assistance*, Phoenix (USA), 14 settembre 1987, (in *Insegnamenti*, vol. X,3 [1987], Città del Vaticano 1988, p. 504). Cfr. anche *Christifideles Laici*, 38.

¹⁴ *Idem*, *Messaggio per la I Giornata Mondiale del Malato* 1993, 21 ottobre 1992 (*L'Osservatore Romano*, 22 ottobre 1992).

¹⁵ *Idem*, *Messaggio all'ONU per l'Anno Internazionale dei Disabili* 1981.

¹⁶ *Idem*, *Discorso alla Conferenza Internazionale sull'AIDS promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari*, 15 novembre 1989 (*Insegnamenti*, vol. XII,2 (1989), Città del Vaticano 1990, p. 1275).

¹⁷ *Idem*, *Discorso ai partecipanti al Congresso Nazionale degli Operatori Sanitari Cattolici*, 24 ottobre 1986 (*L'Osservatore Romano*, 25 ottobre 1986).

¹⁸ *Idem*, *Messaggio per la II Giornata Mondiale del Malato* 1994, 8 Dicembre 1993 (*L'Osservatore Romano*, 9 dicembre 1993).

¹⁹ *Idem*, *Discorso dell'8 maggio 1993* (*L'Osservatore Romano*, 9 maggio 1993).

²⁰ *Idem*, *Discorso del 27 Ottobre 1980* (*Insegnamenti*, III, 2 [1980], Città del Vaticano 1981, pp. 1007-1008).

²¹ *Ibidem*, p. 1008.

²² *Idem*, *Discorso dell'8 maggio 1993*, cit.

Il cosiddetto diritto alla salute riproduttiva*

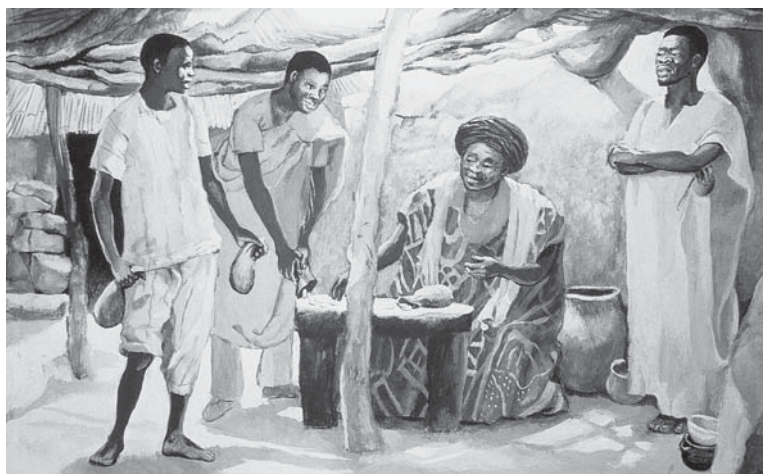
1. Con l'espressione *diritto alla salute riproduttiva* un certo linguaggio internazionale tende a indicare il concetto di salute riproduttiva vero e proprio accanto a una serie di diritti connessi. Il tutto viene forzatamente configurato come un aspetto "nuovo" nel panorama dei diritti umani fondamentali e in particolare quanto alla dimensione della salute umana e dei diritti correlati. Infatti nel contesto internazionale la salute riproduttiva viene legata alla procreazione¹, nonché ad altri ambiti fortemente dibattuti come, ad esempio, quello della discriminazione positiva per sesso (*gender perspective*) o dell'orientamento sessuale (*sexual orientation*).

L'ambito della salute riproduttiva è dato da concetti particolarmente controversi in quanto concernenti ambiti tra i più intimi e privati della persona, quali la sessualità, i rapporti sessuali e la procreazione (sempre più: riproduzione); come pure quelle questioni che per loro natura sono determinanti per i rapporti tra i membri della famiglia. In questo senso la salute riproduttiva viene connessa con il profilo dell'eguaglianza e della demarginalizzazione delle donne, come pure collegata agli aspetti educativi dei giovani e degli adolescenti accrescendo di elementi conflittuali le relazioni inter-generazionali (diritto/dovere dei genitori *versus* diritti degli adolescenti).

Non ultimo, sul piano squisitamente della teoria generale dei diritti umani, concorre alla problematicità di tale ambito il fatto che come concetto e diritti connessi, la salute riproduttiva emerge nel contesto delle politiche demografiche e non specificamente da quello della produzione giuridica (del diritto internazionale dei diritti umani).

2. Volendo coglierne l'"evoluzione", un primo passaggio è dato dal riconoscimento di un *diritto alla scelta riproduttiva*, fondato sulle af-

fermazioni di alcuni atti internazionali che proclamano il diritto fondamentale di coppie e individui a decidere liberamente e responsabilmente il numero e la cadenza delle nascite. Il riferimento è alla Risoluzione 2211 (XXII) dell'Assemblea Generale dell'ONU del 1966 su crescita della popolazione e sviluppo economico; al paragrafo 16 del Proclama di Teheran del 1968; al paragrafo 14 (f) del Piano d'Azione della Conferenza Mondiale sulla Popolazione del 1974. Quanto all'obbligatorietà del diritto alla scelta riproduttiva, si può ritenere che essa diventi effettiva con l'articolo 16 (e) della *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti della donna* del 1979².



Un secondo periodo può essere collegato al dibattito e alle norme di indirizzo della *Conferenza su Popolazione e Sviluppo* (Il Cairo, 1994) e della *IV Conferenza sulle Donne* (Beijing, 1995), in cui è emersa una considerazione diretta della salute riproduttiva sotto la spinta dell'OMS e del FNUAP. Sulla base delle formulazioni del *Programma d'Azione* del Cairo, il concetto di salute riproduttiva – parafrasando la definizione di salute contenuta nel Preambolo della Costituzione dell'OMS – va inteso come *“il benessere generale, tanto fisico che mentale e sociale, della persona umana, per tutto ciò che con-*

cerne l'apparato genitale, le sue funzioni e il suo funzionamento e non solo l'assenza di malattie o di patologie. Questo presuppone pertanto che una persona possa condurre una vita sessuale soddisfacente in tutta sicurezza, che essa sia capace di procreare e di farlo liberamente anche sovente o anche poco sovente come ella desidera. Quest'ultima condizione implica che uomini e donne hanno il diritto di essere informati e di utilizzare il metodo di pianificazione familiare di loro scelta, così come di altri metodi di loro scelta per la regolazione delle nascite che non siano contrari alla legge, metodi che dovranno essere sicuri efficaci, disponibili e accettabili, così come il diritto di accesso a dei servizi

*sanitari che permettano alle donne di portare a termine la gravidanza e il parto e diano alle coppie tutte le possibilità di avere un bambino in buona salute”*³.

Secondo questa definizione, il diritto alla salute riproduttiva viene presentato con un approccio onnicomprensivo, volto di fatto a comprendere numerosi contesti, differenti soggetti e una molteplicità di situazioni giuridiche, ma evidentemente mancante di quella coerenza giuridica sostanziale necessaria per essere iscritto nel diritto internazionale dei diritti umani. Vengono infatti delineate situazioni in capo alla coppia, alla donna, al nasci-

* Intervento nella giornata di studio su *Etica e religiosità nelle professioni* organizzata dalla International Religious Foundation

turo, ma inglobate in una stessa fattispecie, quella appunto del diritto alla salute riproduttiva. Resta emblematica in questa linea la posizione espressa dall'OMS nell'agosto 1994 prima della Conferenza del Cairo in cui si manifestava la necessità di affermare tale "diritto" lasciando a una prassi successiva il compito di definirne i contenuti e i limiti, ovvero la portata giuridica⁴.

3. In particolare i tentativi di sistematizzare la portata – si sarebbe dovuto piuttosto parlare di natura e fondamento – di questo diritto sono sfociati nell'individuare i diversi aspetti e interessi in qualche modo connessi con la salute riproduttiva, fino a spingere – soprattutto a Beijing – per configurarne alcuni come altrettanti diritti umani. Concretamente sono stati indicati alcuni ambiti e posti quali contenuti⁵:

– l'*accesso all'età fertile*, intesa tra l'altro come diritto degli adolescenti a conoscere la propria crescita sessuale e riproduttiva come pure all'eliminazione di determinate pratiche tradizionali;

– il *comportamento procreativo* legato sia agli indici di crescita della popolazione, che all'indice di fecondità con un richiamo diretto all'educazione delle giovani generazioni sulle comportamenti procreativo e sue ripercussioni per i singoli – anzitutto le donne – le famiglie e la società;

– la *contraccezione* intesa quale comportamento sostitutivo della pianificazione familiare e orientata verso la pratica dei cosiddetti metodi moderni;

– l'*interruzione volontaria della gravidanza* con le questioni riguardanti sia il suo uso come mezzo di controllo demografico che della sua sicurezza;

– la *morbosità e mortalità materna* come situazioni legate essenzialmente ai livelli di sviluppo, di strutture, di servizi sanitari, come pure di complicazioni che incidono sulla gravidanza provocando problemi per la madre e il nascituro, ma che attraverso l'espressione "maternità sicura" (*safe motherhood*) tendono a confi-

gurare anche il ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza;

– le *malattie sessualmente trasmissibili* tra le quali spiccano sia le infezioni del virus dell'immunodeficienza umana (HIV), sia la sindrome di immunodeficienza umana acquisita (AIDS);

– l'*informazione, l'educazione e la comunicazione* sulle diverse questioni riguardanti la salute riproduttiva con particolare riferimento ai "bisogni" in materia di dati, indicatori e ricerca, della formazione degli adolescenti, dell'eguaglianza ed equità fra i sessi, e della formazione di personale specializzato.



Infine, la spinta verso il riconoscimento di un diritto alla salute riproduttiva trova un indiretto richiamo nell'attività di controllo esercitata dal Comitato sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna (CEDAW) sull'azione degli Stati parte dell'omonima Convenzione, come mostra l'interpretazione dell'articolo 16 (e)⁶ che, oltre ad affermare il cosiddetto diritto alla scelta riproduttiva, sostiene il diritto della donna di avere o non avere figli "preferibilmente consultando lo sposo o il partner", ma senza ricevere limitazione o condizionamento alcuno da sposo, genitore, partner o governo (par. 22). Poi il diritto a ricevere corrette e sicure informazioni sulle misure contraccettive, sul loro uso e avendo garanzie di accesso all'educazione sessuale e ai servizi di pianificazione familiare (par. 22). Infine si sottolinea la garanzia che la donna possa esercitare il diritto a disporre libe-

ramente di misure appropriate per una volontaria regolazione della fertilità e della salute (par. 23).

4. L'esclusione della giuridicità o della coerenza giuridica rilevata intorno al cosiddetto diritto alla salute riproduttiva, si accompagna in ogni caso alla tendenza a estrapolare un tale "diritto" da una concezione olistica della salute che abbraccia la persona umana nella sua unità spirituale e materiale. Tale unità infatti è in grado di favorire non solo una maturità sul piano della sessualità, ma di caratterizzare la procreazione come espressione del mutuo amore coniugale e delle relazioni di coppia rispondenti a norme morali e a valori profondi. Questi portano naturalmente all'esclusione di ogni forma di violazione di altri diritti o di altrui diritti – è il caso dell'aborto quanto ai diritti del nascituro – o alla negazione dell'effettiva libertà umana mediante metodi e strumenti solo apparentemente legati alla "salute" e al diritto alla salute – è il caso dei metodi di pianificazione cosiddetti "moderni" o delle questioni legate all'educazione sessuale degli adolescenti – poiché contrari alla dignità umana che di ogni diritto è principio, fondamento, limite e fine.

Prof. VINCENZO BUONUOMO
Ordinario di Diritto Internazionale
e di Organizzazione Internazionale
presso le Facoltà giuridiche della
Pontificia Università Lateranense,
Roma

Note

¹ Cfr. in tal senso UNITED NATIONS, *Population and Human Rights*, New York 1990, Doc. ST/ESA/SER.R/107, p. 10 ss.

² Sull'intera questione, fino alla Conferenza del Cairo, si veda N. FINCANCIOGLU, *Contraception, Family Planning and Human Rights*, in UNITED NATIONS, *Population and Human Rights*, cit., pp. 87-103.

³ Programma d'Azione, capitolo VII, par. 7.2.

⁴ Cfr. il Summary del Position Paper dell'OMS alla Conferenza del Cairo: WHO, *Health Population and Development*, Geneva 1994, Doc. WHO/FHE/94.2, p. 8 ss.

⁵ Cfr. Nations UNIES, *Droit liés à la procreation et santé génésique*, New York 1996, Doc. ST/ESA/SER.A/157.

⁶ Si tratta della Raccomandazione Generale N. 21: *Eguaglianza nel matrimonio e nelle relazioni familiari* del 1994 (Doc. HRI/GEN/1/Rev.3).

La protezione giuridica del diritto alla salute e il dovere di tutelare la salute sul piano individuale e sociale*

1. La consapevolezza delle numerose e multiformi minacce all'integrità psicofisica dell'uomo nelle società contemporanee ha attivato, soprattutto in questi ultimi decenni, nell'ambito internazionale, nazionale e locale, un dibattito tra i più serrati, per studiare sotto il profilo normativo forme e meccanismi d'intervento efficaci, generalisti (e generalizzati) e di settore sia per singoli aggregati sociali sia per specie di malattie, sia, infine, per determinate aree geografiche. Si tratta di una problematica che non ha confini e che coinvolge ogni tipo di società, dalle più avanzate a quelle ancora al primo stadio di sviluppo. Anzi, i pericoli contro il normale corso biologico della vita umana si sono moltiplicati e persino aggravati per catastrofi ed episodi di grande rilievo, non più solo naturali, ma causati in tutto o in parte dall'opera inconsapevole o irresponsabile di governi o di gruppi economici.

Senza considerare che anche i progressi della scienza biologica e medica hanno innescato processi che tendono a superare, senza alcuna regola e senza alcun preventivo e idoneo protocollo di ricerca, i confini della natura attraverso la manipolazione genetica.

In tale quadro, non sono più sufficienti le enunciazioni di principio, peraltro da tutti accettate, ma di fatto strumentalmente interpretate e nella prassi disattese e sistematicamente violate. Non c'è da stupirsi, pertanto, che proprio il giurista consideri del tutto insufficiente e per certi versi fuorviante l'uso politico e legislativo dell'espressione "diritto alla salute", illusoria apparenza della tutela di un bene essenziale, di fatto inattuata o insufficiente o manipolata e persino sistematicamente malintesa e negata. Concorre alla mistificazione la generalizzazione (per non dire la genericità) delle analisi, dei di-

battiti, dei meccanismi procedurali e degli interventi, compresi sovente anche quelli legislativi, che si attardano in valutazioni o di sintesi o approssimative, il più delle volte utilizzando figure giuridiche e applicando criteri e soluzioni normative poco coerenti ed erronee e, comunque, riduttive. Ciò nondimeno si avverte una sempre maggiore sensibilità verso le problematiche della salute e si assiste al superamento della pura enunciazione del principio del diritto alla salute con la verifica dell'effettiva operatività dello stesso. Tale consapevolezza non è, poi, confinata solo presso le società cosiddette avanzate, e non riguarda solo l'assillo (vera malattia di stampo occidentale, creata dalla cultura del benessere) del fitness e del culto del corpo, vissuti egoisticamente in modo parossistico, base e fondamento di una società senza memoria e senza futuro, tendenzialmente atea.

2. Dall'elaborazione della Carta Costituzionale a oggi, in Italia, il principio di tutela della salute contenuto nell'art. 32 della Costituzione ha mutato gradualmente il suo valore e il suo significato per il cambio di prospettiva operato, non più confinato nell'ambito del Welfare, ma coordinato con gli artt. 2 e 3, comma 3. In tal modo si sono definitivamente abbandonati l'impostazione riduttiva e i metodi inadeguati, che realizzavano esclusivamente interventi di carattere pubblicistico. L'ordinamento di rigoroso stampo statualistico era riuscito peraltro ad attuare interventi del tutto disorganici e quasi sempre strumentali, in termini non di tutela della salute, quanto piuttosto di soluzione dei fenomeni della malattia, valutati come ostacoli all'efficienza produttiva, scaturente dalla piena prestazione di ciascun membro della società. Il rapporto tra

stato e società si era realizzato (e ancor oggi in parte si realizza), poi, con l'attuazione di un ordine pubblico correlato generalmente alla cosiddetta "società dei sani", che aveva reso necessari interventi nei confronti dei soggetti deboli – e dunque inutili – ma solo nelle varie ipotesi sotto il profilo del recupero, ove possibile, della salute o dell'isolamento in cronici o dell'abbandono in caso contrario. L'intervento dello Stato, infine, era stato per lo più di tipo "possessivo", nel senso che si riguardava l'individuo come elemento necessariamente attivo dello sviluppo, ignorando qualsivoglia intervento per la tutela della persona umana, considerato nella piena integrità psico-fisica delle sue manifestazioni.

3. L'art. 32, pertanto, ha avuto un significato di rottura con il precedente assetto idealistico di stampo ottocentesco dello Stato, riconoscendo il diritto alla salute come diritto sociale, autentico diritto fondamentale¹ che la Corte di Cassazione, ben venti anni fa², ha classificato quale diritto soggettivo, azionabile nei confronti della pubblica amministrazione, nonché dei privati, da parte del singolo interessato³. Ma quali sono gli aspetti che nella considerazione giuridico-sociale rendono il diritto alla salute un diritto effettivamente tutelato?

a. Diritto alla salute come diritto individuale e diritto "sociale"

Il diritto individuale alla salute rientra senza dubbio tra i diritti inviolabili dell'uomo, ex art. 2 della Costituzione (anche in riferimento allo stesso art. 32), in quanto costituisce secondo la Corte Costituzionale un "valore che, protetto dalla Costituzione come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art.

32), è stato costantemente riconosciuto come primario sia per la sua inerenza alla persona umana sia per la sua valenza di diritto sociale, caratterizzante la forma di stato sociale disegnato dalla Costituzione⁷⁴.

La Corte, poi, è ancor più esplicita⁵: premettendo che “la tutela della salute comprende la generale e connessa pretesa dell’individuo a condizioni di vita, di ambiente e di lavoro che non pongono a rischio questo suo bene essenziale”, chiarisce che tale tutela “non si esaurisce tuttavia in queste situazioni attive di pretesa. Essa implica e comprende il dovere dell’individuo di non cedere né porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell’uguale protezione del coesistente diritto degli altri. Le simmetriche posizioni dei singoli si contemperano ulteriormente con gli interessi essenziali della comunità, che possono richiedere la sottoposizione della persona a trattamenti sanitari obbligatori, posti in essere anche nell’interesse della persona stessa, o prevedere la soggezione di essa a oneri particolari”.

b. Diritto individuale alla salute come diritto soggettivo “assoluto”

La novità, dunque, favorita dalla giurisprudenza costituzionale in tema di diritto alla salute, consiste nella sua dignità di diritto effettivo, direttamente azionabile e tutelabile quale diritto soggettivo individuale assoluto⁶. Non più mera enunciazione etica o petizione di valutazione politica, il diritto alla salute non è solo riferibile, pertanto, al principio di natura programmatica espresso nell’art. 32, che individua solo un interesse legittimo tutelabile nei confronti dell’atto autoritario della pubblica amministrazione. Tant’è che tale diritto è azionabile avanti al giudice ordinario e dalla sua violazione scaturiscono ipotesi di danno immediatamente risarcibili – come il danno biologico – e un intervento esecutivo (sentenza di condanna, persino a *un lace-*

re) a carico del soggetto responsabile della violazione, pubblico o privato, indipendentemente da qualsiasi altra conseguenza dannosa, giuridicamente apprezzabile⁷ quale valore costituzionale primario. Tale diritto, perché fondamentale, non si basa e non è giustificato in ragione né di un rapporto reale né di un rapporto obbligatorio, in quanto è ricondotto all’integrità psico-fisica della persona, e non è più confinato a funzioni semplicemente strumentali quale diritto sociale a prestazioni sanitarie. Le conseguenze sono rilevanti: ad esempio la libertà di cura e di prestazioni, fruibili in centri e strutture anche privati, nonché all’estero, tutte rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale. È, altresì, rilevante che al valore della salute siano direttamente collegati tutti gli enunciati contenuti nell’art. 32, quali il rifiuto dei trattamenti sanitari non imposti dalla legge e il divieto del cosiddetto accanimento terapeutico, anch’essi in termini di effettiva e immediata tutela, e soprattutto il libero accesso alla cura, il diritto di ingresso in tutte le strutture sanitarie e il rapporto diretto tra il paziente e l’operatore sanitario, chiamato a una piena responsabilità professionale, e così via. A tale valore, infine, sono collegati e collegabili anche i principi non direttamente collegati all’art. 32: la tutela privilegiata del lavoratore sia sotto il profilo sanitario sia relativamente all’aspetto economico per l’assicurazione dei mezzi adeguati alle esigenze di vita in caso di infortunio, malattia o invalidità (art. 38); ovvero l’igiene e la sicurezza degli ambienti di lavoro (art. 20 e ss. L. 833/78), e così via.

Si viene così a operare un collegamento inscindibile tra il valore della salute e quelli altrettanto primari della sicurezza e della dignità, che formano un tutto inseparabile, in quanto il trionfo si desume dal “valore assoluto della persona umana sancito nell’art. 2 della Costituzione”⁸.

4. Dunque, il diritto alla salute non è più una chimera, ma sostanza di una tutela direttamente azionabile ed efficace,

che chiama al dovere chi ne è coinvolto in entrambi i versanti della necessità e della richiesta, da un lato, e dell’obbligo e dell’offerta, dall’altro lato. Ma la stessa concezione della salute è mutata, venendo a identificarsi come situazione strumentale allo sviluppo della personalità dell’individuo e, pertanto, estesa dal punto di vista terminologico oltre l’ambito dell’assenza di malattia, per identificarsi con uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale⁹. Questo ha favorito il superamento dell’impostazione tradizionale delle questioni dei limiti al potere di disposizione del proprio corpo da parte del soggetto¹⁰.

Altra conseguenza, ancor più rilevante, è quella che la tutela della vita umana riguarda anche il concepito, non più solo i nati. D’altra parte l’art. 32, comma 1, nella formulazione testuale pone la salute quale diritto fondamentale dell’“individuo”.

L’utilizzo del termine “individuo” (proprio del linguaggio della scienza biologica) ontologicamente inteso al posto di quello di persona, uomo o cittadino, costituisce un’eccezione nell’ambito del testo costituzionale e sembra potersi giustificare solo con un volontà di estensione della tutela relativa alla salute anche al concepito. Da notare che il 2 comma del medesimo art. 32 impiega il termine “persona”. Ciò è stato ribadito dal legislatore nella L. 23 dicembre 1978 n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale¹¹.

5. Necessariamente il diritto alla salute coinvolge in modo del tutto nuovo gli operatori sanitari. È noto che il passaggio fondamentale nella storia della medicina si compie nel momento in cui da una concettualizzazione del morbo basata sulla sintomatologia soggettiva del paziente si arriva a un quadro teorico in cui la malattia diventa un’identità individuale e specifica: il paziente ne è il metro portatore. Il sapere medico di *ancien régime*, speculativo, basato sull’analisi del sintomo, si trasforma in sapere scientifico, fondato sullo studio del morbo e della terapia.

Ciò è conseguenza sia del

progresso scientifico, che rimette la diagnosi e la cura direttamente allo strumento impiegato, sia della tendenza irreversibile a cure sempre più sofisticate e alla contemporanea necessità specializzazione dell'operatore, sia del cambiamento dell'approccio sociale alla medicina. Più la medicina progredisce, più si riduce l'area dell'ineluttabile. Peraltro, ciò ha comportato un passaggio di potere: il potere dei medici è passato alla scienza medica, che in molti casi è in grado di garantire in rapporto al suo stato di evoluzione la guarigione del paziente. Conseguenza di questo cambiamento è stato l'acquisto da parte dei malati della consapevolezza di poter pretendere dai medici quei risultati in termini di guarigione e miglioramento dello stato di salute che la scienza medica consente di raggiungere con sempre maggior approssimazione. Ciò comporta il venir meno o il ridimensionamento della discrezionalità, che ha costituito da sempre la caratteristica più significativa dell'attività professionale. Da un lato, l'aggiornamento continuo e, dall'altro, l'umanizzazione del rapporto sono oggi due aspetti correlati imprescindibili della professione medica e di tutti gli operatori sanitari. Si consideri, ad esempio, quanta importanza ha assunto l'obbligo di informazione del medico nel rapporto medico-paziente e struttura sanitaria-paziente.

6. Un correlato necessitato al diritto alla salute è costituito dal dovere di tutelarla, che si realizza in modo autonomo e che coinvolge sia il diritto pubblico sia il diritto privato. Ha

fatto sensazione qualche giorno fa l'episodio del minore sottratto alla potestà genitoriale da parte del Giudice dei minori con affidamento ai servizi sociali, in quanto affetto da malnutrizione. La denutrizione e un grave stato di anemia erano state causate dalla decisione dei genitori di sottoporre il figlio alla sola dieta vegetariana, poiché loro stessi vegetariani. Un altro dovere di grande rilievo giuridico è quello della tutela della salute nell'ambiente di lavoro. Si tratta di una difesa della salute assunta come valore autonomo, immediatamente rilevante negli stessi rapporti tra privati.

In tal modo i danni alla persona non sono più valutati secondo il parametro dell'efficienza produttiva, ma sotto il profilo del danno biologico. Sussistono poi dei doveri pubblici di grande rilievo collegati ai cosiddetti interessi diffusi quali, ad esempio, quello di non vivere in ambienti inquinati, quello di non consumare prodotti nocivi; o collegati alla prevenzione, che comportano l'intervento del rimedio dell'inibitoria anche nei confronti dei comportamenti illeciti altrui. Ancor più significativi sono la tutela, la cura e l'assistenza dei soggetti a rischio, nei confronti dei quali sussistono dei precisi doveri di intervento sanzionabili, e tutta l'attività collegata ai soggetti con condizioni di vita precaria o affetti da handicap. Si tratta di settori ove è coinvolta e legislativamente regolata, per gli aspetti di carattere economico e di sostegno, la solidarietà familiare e sociale, senza la quale diventerebbe impossibile la gestione dei sog-

getti coinvolti. Si tenga, poi, presente che anche in questi casi si esercita un dovere, a tutti gli effetti pubblico, pur non necessariamente statale, che coinvolge nel dovere di solidarietà l'associazionismo e il volontariato.

Per concludere, il diritto alla salute non è altro che l'estrinsecazione del diritto alla vita, ove il carattere relazionale del concetto di salute inerisce non solo al benessere o all'eliminazione del malessere attraverso la cura, ma alla stessa dignità di ciascuno in rapporto agli altri.

Prof. GIOVANNI DIURNI

*Professore associato
di Storia del Diritto Medievale
e Moderno*

*Dipartimento di Storia
e Teoria del Diritto*

*Facoltà di Giurisprudenza
Università di Roma Tor Vergata
Roma, Italia*

Note

¹ GROSSI, *Introduzione ad uno studio sui diritti inviolabili nella Costituzione italiana*, Padova 1972, 176 4.

² Cass., Sezioni Unite, 6 ottobre 1979 n. 5172, in *Giur. It.*, 1981, I, 1, c. 464.

³ La sentenza si occupava di diritto dell'ambiente.

⁴ Corte Costituzionale sent. 37/91 (cfr. sent. 218/94 e 258/94).

⁵ Corte Costituzionale, sent. 218/94.

⁶ Il termine *diritto assoluto* è direttamente correlato all'inserimento del diritto alla salute tra i diritti di libertà, costituzionalmente garantiti, e, dunque, "perfetti".

⁷ Cass., Sezioni Unite, NN. 1463 e 5172/79.

⁸ Cfr. Corte Costituzionale, sent. N. 479/87. Sull'argomento cfr. F. MODUGNO, *I "nuovi diritti" nella giurisprudenza costituzionale*, Torino 1995, 48s.

⁹ Cfr. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. E soc.*, 1983, p. 21 ss.

¹⁰ In tal senso cfr. A. DIURNI, *Contratto e procreazione*, di prossima pubblicazione, e letteratura ivi citata.

¹¹ *Ibidem*.



La protezione del diritto alla salute nell'ordinamento internazionale*

1. Mentre a livello nazionale il diritto alla salute è da tempo riconosciuto e tutelato nel quadro dei diritti fondamentali dell'essere umano, più recente è il riconoscimento di questo stesso diritto nell'ordinamento internazionale.

L'affermazione del diritto alla salute nel sistema giuridico internazionale è avvenuta gradualmente attraverso una serie di atti di carattere sia universale sia regionale.

Sotto il primo profilo è rilevante la Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo adottata dalle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948, che costituisce il primo strumento internazionale a tutela della persona. In essa si afferma che ciascun individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della propria famiglia con riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari (art. 25,1). Riservando un'attenzione particolare alla condizione delle donne e dei minori, lo stesso documento afferma che la maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza (art. 25,2).

Il medesimo riconoscimento del diritto alla salute si rinviene nel Patto sui diritti economici, sociali e culturali del 1966 che all'art.12 afferma il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale e prevede una serie di misure che gli Stati sono tenuti a adottare per assicurarne la piena attuazione¹. Lo stesso documento, inoltre, all'art. 10 prevede l'obbligo per gli Stati di assicurare speciale protezione alle madri, prima e dopo il parto, e ai fanciulli specie se impegnati in attività lavorative, e all'art. 11 definisce una serie di diritti strettamente correlati al diritto alla salute, ossia il diritto a un'alimentazione, a un vestiario e a un alloggio adeguati, nonché il diritto fondamentale

di ogni individuo alla libertà dalla fame.

Il diritto alla salute è stato oggetto di un ampio dibattito nel corso della Conferenza Mondiale sull'alimentazione del 1974. In quell'occasione ha visto la luce la Dichiarazione Universale per l'eliminazione definitiva della fame e della malnutrizione, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con la Risoluzione del 7/12/74.

La Dichiarazione, partendo dalla considerazione che il benessere dei popoli e del mondo dipende in gran parte da un'adeguata produzione e distribuzione del cibo, individua nella sicurezza alimentare un fattore indispensabile per assicurare a tutti gli Stati l'accesso permanente agli alimenti di base necessari alla sopravvivenza di tutti gli individui. Al riguardo il documento proclama che "ogni uomo, donna o bambino ha il diritto inalienabile di essere liberato dalla fame e dalla malnutrizione al fine di svilupparsi pienamente e di salvaguardare le proprie facoltà fisiche e mentali" (art. 1). La stessa Dichiarazione, inoltre, afferma la responsabilità dei governi di promuovere una maggiore produzione e migliore distribuzione del cibo attraverso la definizione di appropriate politiche interne mirate allo sviluppo economico-sociale, e rispettose delle risorse potenziali di ciascuno Stato (art. 2)².

Il diritto alla salute è stato riconosciuto anche nella Dichiarazione sui bisogni sanitari primari firmata ad Alma-Ata nel 1978 da ben 134 Paesi. Con questa Dichiarazione, che qualifica il diritto alla salute come fondamentale diritto umano, gli Stati firmatari si sono posti come obiettivo la salute per tutti entro il 2000. La Dichiarazione di Alma-Ata, pur rientrando tra gli atti di soft-law come le altre dichiarazioni di principio dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite che

l'hanno preceduta, ha grande rilevanza nel contesto degli strumenti di diritto internazionale riguardanti il diritto alla salute, in primo luogo perché lo eleva a diritto fondamentale dell'individuo, e in secondo luogo perché, definendo la salute come uno "stato di completo benessere fisico, sociale e mentale", ha consentito di inquadrare i problemi inerenti alla salute in un più generale contesto sociale.

Se si riflette sull'accelerazione che negli ultimi anni il diritto internazionale ha avuto in materia ambientale, si comprende come tale contesto si sia ulteriormente allargato anche con riferimento alla relazione sempre più stretta tra diritto alla salute e diritto a un ambiente sano, ben sottolineata dalla Dichiarazione di Rio de Janeiro del 1992. In particolare, la Dichiarazione, nella quale si afferma che "tutti gli esseri umani hanno diritto a una vita sana e produttiva in armonia con la natura", riconosce la vera priorità di un'efficace azione a livello internazionale a tutela della vita e della salute dell'uomo e del pianeta.

Merita un accenno la Conferenza di Vienna del 1993 Sui diritti dell'uomo. La dichiarazione finale, anche se non riguarda specificamente il diritto alla salute, offre l'opportunità di svolgere un'analisi globale del sistema internazionale dei diritti umani e dei meccanismi per la protezione degli stessi. Essa, inoltre, affermando la necessità di promuoverne una maggiore osservanza, è rilevante soprattutto sul piano di un'efficace affermazione del diritto alla salute³.

2. Nell'ambito degli atti di diritto internazionale a carattere generale che riconoscono e tutelano il diritto alla salute, si collocano anche gli atti che riguardano determinate categorie di persone, quali donne e minori.

* Intervento nella giornata di studio su *Etica e religiosità nelle professioni* organizzata dalla International Religious Foundation

Fondamentale in tema di diritto alla salute delle donne è la Convenzione delle Nazioni Unite del 1979 sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, adottata dall'Assemblea Generale nel dicembre del '79 ed entrata in vigore nel 1981, che costituisce la Carta internazionale dei diritti delle donne. L'art. 10 della Convenzione afferma il diritto delle donne all'educazione sanitaria⁴ e l'art. 11 pone agli Stati contraenti l'obbligo di assicurarne la tutela e di garantire una protezione particolare alle donne incinte. Strettamente correlato alle precedenti disposizioni è l'art. 12 che prevede per gli Stati contraenti l'obbligo di adottare le misure atte a eliminare le discriminazioni nei confron-

le, riconoscendo e riaffermando il diritto delle donne a controllare tutti gli aspetti della loro salute⁵.

Con riferimento alla tutela della salute dei fanciulli, fondamentale è la Convenzione sui diritti dei minori, firmata a New York il 20 novembre 1989 che, all'art. 24 contiene la solenne affermazione del diritto alla salute del minore, dettando contemporaneamente una serie di disposizioni riguardanti i vari aspetti legati all'effettivo godimento del diritto stesso. L'art. 24, infatti, non solo riconosce il diritto del minore a godere del miglior stato di salute possibile e a beneficiare di servizi medici e di riabilitazione (art. 24.1), ma impone altresì agli Stati di garantirne l'attuazione riducendo

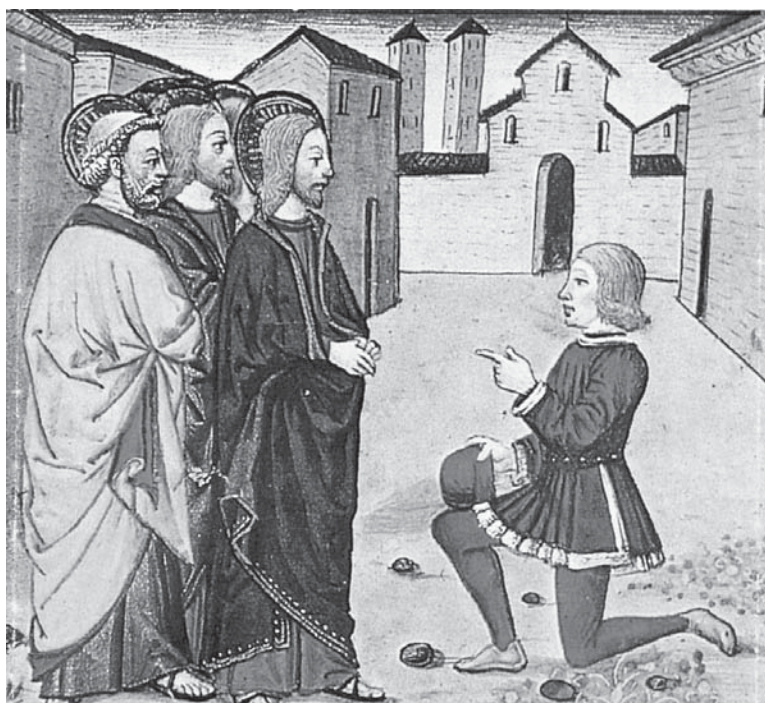
parte delle autorità competenti cui il minore è affidato⁶, e l'art. 27 che riconosce al minore il diritto a un'alimentazione, a un vestiario e a un alloggio adeguati. Da tale insieme di norme appare chiaro come la Convenzione abbia riservato un'attenzione particolare al diritto alla salute imponendo agli Stati contraenti l'obbligo di assicurarne un'efficace e integrale attuazione.

Nell'ambito dell'azione internazionale a carattere generale a tutela della salute si deve riconoscere l'importante contributo che da molti anni alcuni istituti specializzati delle Nazioni Unite, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO) offrono, impegnandosi attivamente nell'azione di lotta contro la fame e la malnutrizione.

In particolare, l'OMS, istituita allo scopo di coordinare l'azione degli Stati nella lotta contro le malattie e l'unificazione dei metodi di indicazione delle malattie e dei procedimenti diagnostici, sta svolgendo un ruolo primario nel settore. Nel Rapporto del 1999 l'Organizzazione ha sottolineato come ancora oggi milioni di persone soffrono a causa di malattie e malnutrizione soprattutto nel Terzo mondo. Inoltre, individuando come principali obiettivi una maggiore efficienza nei sistemi sanitari mondiali, la stessa affida all'intervento pubblico l'onere di assicurare una migliore distribuzione dei servizi sanitari non solo all'interno del territorio nazionale ma anche tra Stati con diverso grado di sviluppo, attraverso accordi bilaterali e unilaterali.

Recentemente l'OMS ha annunciato per il 2000 un Piano per l'estensione del suo Programma di sicurezza alimentare alle nuove sfide provenienti dai problemi di natura alimentare e ambientale; in particolare l'Organizzazione in cooperazione con la FAO, si propone di studiare gli effetti sulla salute del consumo di prodotti geneticamente modificati⁶.

Accanto all'OMS, rilevante è l'opera della FAO. Istituita allo scopo di migliorare il li-



ti delle donne nel campo delle cure sanitarie al fine di assicurare loro, in condizioni di parità con gli uomini, i mezzi per accedere ai servizi sanitari. Il diritto alla salute delle donne è riaffermato nel quadro della Quarta Conferenza Mondiale sulle donne tenuta a Pechino nel settembre del 1995.

La Dichiarazione di Pechino e il Programma d'azione che ne è seguito hanno ribadito che la tutela della salute delle donne e delle bambine è fondamentale per il loro processo di crescita culturale e intellettua-

la mortalità infantile, assicurando a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, lottando contro la malattia e la malnutrizione, garantendo alle madri adeguate cure prenatali e postnatali, fornendo a tutti i gruppi informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore e sviluppando le cure sanitarie preventive (art. 24.2).

Accanto a questa disposizione va richiamato l'art. 25 che riconosce al minore "il diritto a una verifica periodica delle somministrazioni delle cure da

vello nutrizionale e lo standard di vita delle popolazioni, la FAO opera soprattutto attraverso programmi di intervento tesi a ridurre la povertà e la fame tramite la promozione dello sviluppo agricolo e della sicurezza alimentare. Il più recente di questi programmi è il Programma speciale per la Sicurezza alimentare per il periodo 1994/1999, destinato a migliorare la sicurezza alimentare nazionale attraverso la definizione di programmi basati su criteri economicamente ed ecologicamente sostenibili.

La FAO, in cooperazione con l'OMS, ha promosso la Conferenza internazionale sulla nutrizione, tenutasi a Roma nel dicembre del 1992, nel corso della quale sono stati approvati una Dichiarazione mondiale e un Piano d'azione allo scopo di migliorare la nutrizione di tutti gli esseri umani con finale di eliminare la fame e la malnutrizione.

3. Passando agli atti di diritto internazionale a carattere regionale, sul piano europeo è importante innanzitutto, la Convenzione Europea dei diritti dell'uomo, firmata a Roma nel 1950, anche se essa riconosce solo indirettamente il diritto alla salute. La Convenzione, infatti, consente agli Stati l'apposizione di limiti e restrizioni all'esercizio di taluni diritti essenziali quali il rispetto della vita privata e familiare (art. 8.2); il diritto di manifestare liberamente la propria religione (art. 9.2); il diritto alla libertà di espressione (art. 10.2) e quello alla libertà di riunione e associazione (art. 11.2), qualora tali restrizioni siano indispensabili per la tutela della salute pubblica⁷.

Ulteriore contributo all'affermazione del diritto alla salute si rinviene nella Carta Sociale Europea adottata a Torino nel 1961 nella quale si afferma che per assicurare l'esercizio effettivo del diritto alla salute, le parti contraenti si impegnano a adottare, sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, misure adeguate volte soprattutto a eliminare le cause di una salute imperfetta; a prevedere servizi di consultazione

e di educazione per il miglioramento della salute e a prevenire le malattie epidermiche, endemiche e altre (art. 11).

Solo di recente la tutela del diritto alla salute è stata inserita tra gli obiettivi dell'Unione Europea. I Trattati istitutivi delle Comunità Europee non contengono, infatti, alcun espresso riferimento ai diritti fondamentali in generale e al diritto alla salute in particolare. Detta omissione trova origine nella natura essenzialmente economica dei Trattati e nel fatto che il tema della sanità pubblica rappresenta un settore che è sempre stato riservato all'esclusiva competenza degli Stati membri.

La preoccupazione e delle Istituzioni comunitarie in campo sanitario è stata, in principio, soltanto quella di assicurare che i beni e i servizi che godevano della libera circolazione nell'ambito del mercato unico non presentassero alcun pericolo per la salute del consumatore.

Tale orientamento è stato istituzionalizzato con l'Atto Unico Europeo che ha introdotto nel Trattato di Roma l'art. 100 A, dove al paragrafo 3 si afferma che in materia di "sanità, sicurezza, protezione dell'ambiente e dei consumatori le proposte presentate dalla Commissione per la realizzazione del mercato unico dovevano basarsi su un livello di protezione elevato". Con il trattato di Maastricht del 1992 il tema della sanità è stato inserito tra le materie oggetto della competenza concorrente e regolato da una disposizione ad hoc (art. 129 del titolo X).

Attualmente l'azione comunitaria in questo settore si indirizza soprattutto alla prevenzione delle malattie, in particolare dei grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause e la loro propagazione nonché l'informazione e l'educazione in materia sanitaria. Invero, l'azione dell'Unione in questo campo ha essenzialmente lo scopo di accrescere l'efficacia dell'azione degli Stati membri senza volersi loro sostituire nell'adozione delle politiche sanitarie più opportune, conformemente allo spirito del principio di sussidiarietà

che proprio nel Trattato di Maastricht ha trovato la sua affermazione.

Nell'ambito degli atti di diritto internazionale a carattere regionale contenenti disposizioni rilevanti in tema di diritto alla salute, si inquadrano anche la Convenzione interamericana su i diritti umani del 22 novembre 1969 – nella quale, all'art. 5, si afferma che "ogni persona ha diritto al rispetto della propria integrità fisica, mentale e morale" – e la Carta dei diritti dell'uomo e dei popoli, elaborata in seno all'Organizzazione per l'unità africana nel 1981. Quest'ultima, riaffermando all'art. 16 il diritto di ogni individuo di raggiungere il migliore stato possibile di salute fisica e mentale, già affermato dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo, prevede altresì l'obbligo per gli Stati firmatari di adottare tutte le misure necessarie a tutelare la salute dei propri popoli e di fare in modo che questi ricevano le migliori cure mediche in caso di malattia.

4. Dal complesso normativo delineato emerge in primo luogo che il diritto alla salute ha sicuramente trovato riconoscimento nell'ordinamento internazionale nel quadro della progressiva affermazione dei diritti fondamentali dell'uomo che vengono oggi percepiti dalla coscienza universale come protetti da norme inderogabili (cosiddetto *jus cogens*).

Inoltre, quanto al suo contenuto, il diritto alla salute assume oggi la particolare connotazione di un diritto "a due velocità" nel senso che per alcuni popoli, pochi, si sostanzia nel diritto a essere salvaguardati da malattie collegate al progresso tecnologico, e per altri, i più, nel diritto allo sviluppo e ai bisogni essenziali, in una parola: nel diritto alla vita.

Per quanto riguarda infine l'aspetto della sua tutela, essa ha un grado di efficacia diverso. Si tratta infatti di una tutela più indiretta nel caso degli atti internazionali a carattere generale sui diritti dell'uomo che prevedono organi di controllo formati da comitati di esperti incaricati di esaminare i rapporti governativi presentati da-

gli Stati contraenti relativamente allo status di applicazione dell'atto internazionale nel diritto interno⁸. Si tratta, invece, di una reale tutela giurisdizionale nel caso di atti internazionali a carattere regionale. Sul piano Europeo, infatti, la già citata Convenzione Europea dei diritti dell'uomo prevede la possibilità di adire la Corte, da essa istituita, da parte della persona fisica, dell'Organizzazione non governativa o del gruppo di individui, sia pure dopo aver esperito i ricorsi previsti dall'ordinamento nazionale di appartenenza (cosiddetta regola del previo esaurimento dei ricorsi interni)⁹.

Prof.ssa TALITHA VASSALLI
DI DACHENHAUSEN
*Direttore del Dipartimento di Scienze
Internazionalistiche
e di Studi sul sistema politico
e istituzionale europeo
Università degli Studi "Federico II"
Napoli, Italia*

Note

¹ Si tratta di misure volte ad assicurare la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento di tutti gli aspetti dell'i-

giene ambientale e industriale, la profilassi, la cura e il controllo delle malattie sia endemiche sia epidemiche e la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia (v. art. 12.2). Va osservato che il Patto internazionale sui diritti civili e politici, dello stesso anno, non fa riferimento al diritto alla salute, limitandosi al riconoscimento di diritti comunque a esso connessi come il diritto alla vita (v. art. 6.1) e il divieto di sottoporre chiunque a tortura (v. art. 7).

² Particolare attenzione viene riservata all'azione della Comunità internazionale chiamata a cooperare nella realizzazione di un effettivo sistema di sicurezza mondiale alimentare (v. art. 12).

³ La Dichiarazione, anche se solo indirettamente, sfiora il tema del diritto alla salute affrontando tematiche a esso strettamente correlate. In esso la tortura viene definita come una delle più atroci violazioni della dignità umana, capace di distruggere l'individuo e di deteriorare la capacità delle vittime di portare avanti la propria vita e le proprie attività (sez. 2 punto 5). Allo stesso modo la Dichiarazione affronta il tema del progresso scientifico e tecnologico auspicando che tutti possano godere dei benefici derivanti da un tale processo e delle sue applicazioni (sez. 2 punto II).

⁴ Più specificamente ai sensi dell'art. 10 lett. H "gli Stati prendono tutte le misure adeguate [...] per garantire [...] l'accesso alle specifiche informazioni di carattere educativo tendenti a garantire la salute e il benessere familiare comprese le informazioni e i consigli relativi alla pianificazione familiare".

⁵ Conformemente a quanto affermato nel Programma d'azione, la salute delle donne e delle bambine è divenuta un obiettivo centrale nella programmazione degli Organismi delle Nazioni Unite im-

pegnati nella tutela delle donne e dei minori. In particolare, il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia nel "Rapporto sulle strategie dell'UNICEF sulla vita" del 1995 ha raccomandato di promuovere un approccio integrato ai servizi sanitari rivolti alle donne che comprenda l'educazione alla salute, la pianificazione familiare e i servizi prenatali e postnatali.

⁶ Lo scorso 30 gennaio è stato firmato a Montreal da 130 nazioni un Protocollo d'intesa sulla "biosicurezza" che autorizza i Paesi contrari all'importazione di cibi transgenici a chiudere le frontiere ai prodotti geneticamente modificati pericolosi per la salute e l'ambiente.

⁷ La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU), si è espressa a favore di un'interpretazione restrittiva di tali limitazioni (Cfr. sent. GOLDER del 21 febbraio 1975; KLASS e altri del 6 settembre 1978) raccomandando agli Stati di attenersi al principio di proporzionalità in base al quale le limitazioni consentite non possono eccedere quanto è adeguato e necessario per raggiungere lo scopo perseguito, nella fattispecie la tutela della salute pubblica (Cfr. sent. AHINGDANE del 28 maggio 1985; sent. LITHGOW e altri del 8 luglio 1986).

⁸ Cfr. il Comitato per i diritti economici, sociali e culturali (art. 10 e ss., parte IV del Patto sui diritti economici, sociali e culturali); il Comitato per l'eliminazione della discriminazione nei confronti delle donne (art. 17,1 della Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna) e il Comitato dei diritti del fanciullo (art. 43 della Convenzione sui diritti del fanciullo).

⁹ Per un'analogia tutela giurisdizionale rileva la Corte interamericana sulla tutela dei diritti dell'uomo (cfr. art. 52 ss. Della Convenzione interamericana sui diritti umani).



Lo statuto giuridico del corpo umano e il trapianto di organi*

62

1. L'esigenza di elaborare un nuovo statuto giuridico del corpo umano sembra ormai imporsi con estrema evidenza. È opinione diffusa quella per cui le regole giuridiche tradizionali sarebbero oramai del tutto inadeguate rispetto ai progressi della biomedicina, che avrebbero alterato ineluttabilmente l'oggetto stesso di quelle regole (il corpo andrebbe risolutamente considerato alla stregua di un vero e proprio *oggetto giuridico nuovo*); e peraltro, si aggiunge da parte di molti, un intervento su quelle regole si giustificerebbe pienamente, in quanto esse conterrebbero comunque clausole di chiusura troppo generiche ed elastiche e quindi pericolosamente esposte a un'interpretazione inaccettabilmente paternalistica. Si consideri ad esempio l'art. 5 del Codice Civile italiano, che proibisce gli atti di disposizione del proprio corpo, non solo "quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica" (un principio che come ben sappiamo è stato limitato da alcune significative eccezioni a opera della legislazione speciale sui trapianti da vivente), ma anche "quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume". Queste formule – ritenute tradizionalmente così ragionevoli da apparire un tempo pressoché indiscutibili – sono ritenute da molti, nel contesto attuale, troppo generiche e quindi, in assenza radicali precisazioni che il legislatore dovrebbe introdurre nel sistema giuridico positivo, inaccettabili nel loro principio.

2. È evidente che non si può non ritenere non solo utile, ma doveroso un meditato e innovativo intervento del legislatore in ambiti così tormentosi e complessi: la rilevanza giuridica del corpo umano si dilata oggi in ambiti un tempo impensabili e il giurista, forse, deve ancora prendere coscienza

di quanto sia rilevante il loro spessore. Un acuto giurista, cedendo forse un po' troppo al gusto dell'analisi, ma con indubbia acutezza, presenta al suo lettore l'articolatissimo ventaglio del "corpo giuridificato", distinguendo non solo il corpo sano da quello malato, il corpo vivo da quello morto, ma anche il corpo maschile da quello femminile, il corpo dei capaci e dei giovani da quello degli incapaci e degli anziani; il corpo dei familiari da quello degli estranei; il corpo prima della nascita da quello dopo la nascita; il corpo terminale da quello recuperabile, il corpo dei tessuti rigenerabili da quello dei tessuti non rigenerabili, il corpo delle cellule somatiche da quello delle cellule germinali, il corpo degli organi singoli da quello degli organi doppi... e credo che, se si volesse, si potrebbero aggiungere molte altre distinzioni a tutte queste ora enunciate (si pensi solo a un problema bioetico non dei più tragici, ma certamente sottile, quale quello della manipolazione del corpo degli atleti o a tutte le questioni che fanno sorgere pratiche come quelle – in via di costante diffusione – del *piercing*). La novità dei problemi è insomma fuori discussione, così come è in genere fuori discussione la necessità – in molti dei casi cui sopra si è accennato – dell'intervento del diritto. La domanda essenziale non è quindi quella di *quanto diritto* sia esigito dalla novità della situazione (anche chi è in genere favorevole a un diritto *leggero* non nega certo che comunque un intervento giuridico sia, nella maggior parte dei casi, necessario) ma di *quale diritto*; di quali, in altre parole, debbano essere i principi giuridici che ci consentano di gestire in modo coerente questa molteplicità di ipotesi complesse e inevitabilmente controverse.

3. Alcuni principi sembrano ampiamente condivisi. Si con-

sideri ad esempio quello della non commerciabilità del corpo umano. È un nobilissimo principio tradizionale, cui ha dato nuovo vigore la netta dichiarazione dell'art. 21 della *Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina*, approvata a Strasburgo nel novembre del 1996 da parte del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa: *il corpo umano e le sue parti, in quanto tali, non possono essere fonte di guadagno*. Sembra in tal modo definitivamente superata la tentazione, ricorrente nella cultura bioetica e giuridica anglosassone, e particolarmente statunitense, di aprire spazi di giustificazione e di legittimazione per la riduzione del corpo a merce². Una volta fissato come principio quello per il quale il corpo è un'entità *extra commercium* resta affidata al lavoro quotidiano dei giuristi la tematizzazione di come l'incommerciabilità non vada fatta coincidere, né vada confusa, con l'indisponibilità, e di come l'ordinamento debba prevenire subdole commistioni di una logica con l'altra.

4. È sufficiente quanto si è detto per sostenere che siamo sulla via di un'adeguata e soddisfacente costruzione di un nuovo statuto giuridico del corpo umano? Purtroppo no. Da una parte la complessità dei nuovi problemi aperti dalla biomedicina richiede uno sforzo congiunto, da parte dei giuristi, che ha inevitabilmente i suoi tempi (e di elaborazione, e di confronto, e discussione) e questi tempi non possono essere indebitamente abbreviati, pena la banalizzazione stessa della riflessione giuridica. Ma il vero problema è probabilmente un altro: la massima difficoltà alla costruzione di un adeguato statuto giuridico del corpo umano sta probabilmente nella difficoltà, propria di tanta parte della teoria giuridica contemporanea, di costruire i propri concetti a partire da te-

* Intervento nella giornata di studio su *Etica e religiosità nelle professioni* organizzata dalla International Religious Foundation

matizzazioni unitarie e unificanti del corpo stesso. È significativo che coloro che avvertono di ritenere ormai impossibile “una considerazione unitaria del corpo”, perché essa verrebbe inevitabilmente “fondata su un’impossibile ricostituzione di una unità affidata alla «natura», cercano una risposta agli innumerevoli problemi sollevati dal “corpo giuridificato” ricorrendo ai principi fondamentali del sistema: da quello dell’eguaglianza a quello della dignità della persona³. È una via suggestiva, questa, e che può garantire ottimi risultati casistici. Ha il difetto però non solo di eludere la questione giuridica fondamentale, che è comunque inevitabile che il giurista continui a porsi (*che cos’è il corpo per il diritto?*), ma addirittura di svuotarla. Insomma, il giurista dovrebbe riflettere sul corpo, senza poterlo – come giurista – propriamente qualificare. È un paradosso che va sciolto. Il giurista deve qualificare il corpo (in tutte le sue epifanie e in tutte le sue antinomie), non per un preteso rispetto della “natura” e delle sue leggi (secondo la venerabile, ma certamente oggi inaccettabile e comunque inaccettata l’opinione di Savigny), ma perché non è possibile parlare dell’uomo, della sua dignità, delle sue spettanze se non si parla (almeno implicitamente) del suo corpo. La rinuncia a una “considerazione unitaria del corpo” non può implicare – pena la caduta in deprecabili forme idealistiche – che l’oggetto-corpo fuoriesca dalla considerazione del giurista. In che modo esso invece entri a far parte di questa considerazione costituisce il nostro problema.

5. La dottrina giuridica tradizionale ha sempre avvertito come un’impossibilità quella di considerare il corpo alla stregua di una cosa, di una *res*, in ordine alla quale l’uomo possa avere quella peculiare forma di dominio che il diritto chiama *proprietà*. La spiegazione che ne dà Kant è insuperata⁴. L’uomo non può disporre di se stesso perché non può essere nello stesso tempo persona e cosa, proprietario e proprietà, perché questa

sarebbe un’insanabile contraddizione; se si ammettesse la possibilità per un uomo di avere la proprietà di se stesso, egli per il diritto acquisterebbe contestualmente la qualità di cosa (e potrebbe quindi cadere non solo sotto il *potere* – il che può sempre ben avvenire –, ma anche nella *proprietà* di altre persone – la qual cosa non potrebbe che essere considerata se non alla stregua di un’aberrazione del diritto, equivalendo né più né meno che al riconoscimento della liceità giuridica della schiavitù). Di qui una serie di esemplificazioni tipicamente kantiane – quella ad esempio che sostiene che all’uomo non è consentito vendere nemmeno uno dei propri denti –: esse possono oggi forse farci sorridere, ma è impossibile non coglierne l’estremo rigore.



La dottrina giuridica ottocentesca ha avvertito come in tal modo poteva divenire estremamente difficile giustificare istituti tradizionali, come il baliatico, o la commercializzazione – altrettanto tradizionale – di parti rinnovabili del corpo umano, come i capelli. Per questo, essa si è misurata fino in fondo col problema di come giustificare una *disponibilità* del corpo che non ne implicasse la *proprietà*, di come ammettere un *Gehören* che non si riducesse a *Eigentum*⁵. Non è questo il luogo per entrare in sottili questioni di teoria del diritto, né per mettere alla prova concetti che hanno un’esclusiva valenza per la dogmatica giuridica. Quel che è rilevante nella dottrina tradiziona-

le – e che è indispensabile salvare – è che il corpo è inseparabile dalla persona e che i diritti del corpo sono un tutt’uno con i diritti della persona, o – se così si preferisce dire – che il linguaggio del corpo è una delle forme dell’espressione linguistica della persona. E poiché la persona è relazione, ogni questione giuridica attinente alla corporeità non potrà che essere tradotta nelle forme di una problematica giuridica di carattere relazionale.

6. Siamo così in possesso non di una chiave per risolvere tutti i nostri problemi, ma solo di un criterio, peraltro estremamente prezioso, per la costruzione di un’adeguata biogiuridica⁶. Poiché non sono i corpi a entrare in relazione, ma le persone col loro corpo, il criterio della relazionalità sarà chiamato a salvare non i corpi, ma le possibilità di relazione che per loro tramite si attivano. Nel reciproco relazionarsi interpersonale il corpo può entrare secondo logiche estremamente diversificate, che è pressoché impossibile descrivere compiutamente a priori. Il diritto sarà chiamato a proteggerle e, a seconda dei casi, anche a promuoverle, purché nessuna tra esse implichi mai la negazione stessa del principio giuridico della relazionalità.

Così ad esempio se il diritto è chiamato a proteggere l’esercizio della sessualità, nel matrimonio o comunque nel libero gioco della coppia, o a sanzionarlo, nel caso dello stupro, è perché solo nel primo caso, cioè nell’esercizio libero e consapevole della sessualità, il corpo entra in gioco secondo una logica di reciproca e simmetrica donazione.

La relazionalità può invece in altri casi acquistare modalità caratteristicamente asimmetriche, come nell’ipotesi del *trapianto di organi*: ma questa asimmetria sul piano materiale – poiché chi riceve il dono di un organo non potrà mai sdebitarsi compiutamente sul piano materiale con il donatore – non toglie giuridicità alla relazione stessa, che trova la sua più profonda ragion d’essere nella solidarietà interpersonale

tra donatore e ricevente. Insomma, quel che rileva per il diritto non è la modalità della donazione, ma la sua compatibilità col sistema universale della relazionalità: è su questo piano, e non su altri, che il diritto è chiamato a intervenire. Così, si spiegano i limiti istituzionali che il diritto può essere chiamato a porre alla stessa etica: ad esempio la donazione che giunga fino al sacrificio totale della persona potrà anche suscitare un'ammirazione sgomenta sul piano dell'etica o dei costumi, ma non potrà mai essere recepita e istituzionalizzata dal diritto, che della possibilità stessa della relazione e del suo perdurare è l'estremo custode.

Per quel che concerne in particolare la donazione di organi, il diritto è chiamato a interventi articolati e complessi. Deve in primo luogo *garantire* che i presupposti per la donazione di organi da cadavere (in primo luogo – ovviamente – il rigorosissimo accertamento della morte del donatore, quindi l'avvenuto consenso alla donazione e la sua gratuità, quindi ancora la correttezza dell'allocazione dell'organo donato, secondo criteri trasparenti e pubblicamente controllabili) esistano tutti, al di là di ogni dubbio, che si rivelerebbe rovinoso, psicologicamente almeno, per la stessa credibilità della trapiantologia. Deve in secondo luogo *favorire* la pratica dei trapianti, in considerazione del suo altissimo valore terapeuti-

co ed etico (ad esempio legittimando il cosiddetto *silenzio-assenso*: ritenendo cioè alla stregua di un positivo consenso la mancata esplicita manifestazione di volontà di un soggetto, al quale fosse stata rivolta da parte di un soggetto pubblico e a ciò legittimato la richiesta di essere annoverato negli elenchi dei potenziali donatori). E deve, in terzo luogo, gestire saggiamente le innumerevoli possibilità di uso arbitrario della pratica: possibilità che vanno da un'odiosa commercializzazione di organi a quelle ben più estreme, ma non rarissime, di vera e propria predazione omicida. Un *buon diritto*, consapevole della sua intrinseca eticità e della sua utilità sociale, non deve mai lasciarsi paralizzare dalle difficoltà di una sua corretta applicazione, anche se, come in questo caso, realmente rilevanti.

7. È ora possibile tornare conclusivamente alla questione fondamentale di queste pagine: secondo quali modalità il giurista deve oggi sentirsi provocato a qualificare il corpo umano? Se è corretta l'impostazione che regge queste riflessioni, la nuova tematizzazione del corpo implicherà per il giurista la tematizzazione non di nuove oggettualità (organi, tessuti, cellule ecc.), bensì di nuove possibilità relazionali, mai percepite in passato, perché fino a un recentissimo passato non solo non praticabili, ma spesso nemmeno imma-

ginabili. Quello che con una formula rapida chiamiamo lo statuto giuridico del corpo umano e che il giurista di oggi è chiamato a costruire è, a ben vedere, una nuova dimensione dello statuto delle persone umane, dato che il corpo che richiama il rinnovato interesse dei giuristi in nessun altro modo può essere inteso che come il luogo in cui si dispiegano nuove forme di incontro interpersonale.

Prof. FRANCESCO
D'AGOSTINO

Professore Ordinario
di Filosofia del Diritto
nella Facoltà di Giurisprudenza
dell'Università di Roma
"Tor Vergata"
Membro della Pontificia
Accademia per la Vita,
Italia

Note

¹ Cfr. S. RODOTÀ, *Ipotesi sul corpo "giuridificato"*, in RODOTÀ, *Tecnologie e diritti*, Bologna, Il Mulino, 1995, p. 191.

² Un'ultimissima sintesi del dibattito in materia è offerta in due articoli pubblicati su "Le Scienze", n. 88 (Febbraio 1996): il primo, di J. HARRIS, *Un mercato per gli organi* (pp. 81-83) è efficacemente controbattuto da G. BERLINGUER, *Contro il mercato degli organi* (pp. 84-85). Di BERLINGUER e di V. GARRAFA si veda anche *La merce finale, Saggio sulla compravendita di parti del corpo umano*, Milano, Baldini & Castoldi, 1996.

³ RODOTÀ, op.cit., pp. 191-192.

⁴ *Lezioni di etica*, tr. it., Bari, Laterza, 1971, p. 189.

⁵ Amplissimi i materiali raccolti da X. DIJON, *Le sujet de droit en son corps*, Bruxelles, Larcier, 1982.

⁶ Più diffusamente su questo punto D'AGOSTINO, *Bioetica, nella prospettiva della filosofia del diritto*, Torino, Giappichelli 1996.

