



DOLENTIUM HOMINUM

N. 76 – anno XXVI – N. 1, 2011

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

Atti della XXV Conferenza Internazionale

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

Caritas in veritate
*Per una cura della Salute
equa ed umana*

18-19 novembre 2010

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

DIREZIONE

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

COMITATO DI REDAZIONE

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

CORRISPONDENTI

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

TRADUTTORI

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



Direzione, Redazione, Amministrazione:

PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI (PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)
CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799 - Fax: 06.698.83139

e-mail: **opersanit@hlthwork.va**

http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/index_it.htm

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 32 € compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

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

Sommario

- 6 **Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI ai partecipanti alla XXV Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari**
- 8 **Preghiera iniziale**
Suor Marianna Caprio
- CARITAS IN VERITATE*
PER UNA CURA DELLA SALUTE
EQUA ED UMANA
- GIOVEDÌ 18 NOVEMBRE
- 10 **Indirizzo di saluto e discorso di apertura di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski**
- 12 **Indirizzo di saluto di Sua Eminenza il Cardinal Tarcisio Bertone**
- PROLUSIONE
- 15 ***Caritas in veritate***
La Buona Novella dell'assistenza sanitaria integrale
S.Em.za Card. Peter Kodwo Turkson
- 22 ***Euntes docete et curate infirmos (Mt 10,7-8)***
Urgenza e pertinenza biblica della missione per gli infermi
S.Em.za Card. Gianfranco Ravasi
- 26 ***La salus animarum***
nella cura pastorale del malato
S.Em.za Card. Angelo Amato, SDB
- 28 **Accesso alle cure sanitarie primarie: 32 anni dopo Alma Ata quali progressi sono stati raggiunti nel continente africano?**
Dott. Luis Gomes Sambo
- 33 **Mezzi di comunicazione e salute dei cittadini**
Dott. Mario Benotti
- 36 **Per una cura antropocentrica della salute: un sistema sanitario dal volto umano**
Prof. Enrico Garaci
- 38 **Diplomazia pontificia e promozione della salute per tutti**
S.E. Mons. Silvano M. Tomasi
- 43 **Etica e accesso alle tecnologie sanitarie**
Dott. Reinaldo A. Garcia
- 48 **Il contributo delle istituzioni socio-sanitarie cattoliche al miglioramento delle condizioni di salute dei popoli**
P. Renato Salvatore, MI
- 58 **L'iniziativa Vaticano-CMMB: cambiare la vita, portando salute e speranza**
Dott. John F. Galbraith
- 62 **Collaborazione dei diversi Ministeri di Governo nella Sanità**
On. Marek Jurek
- VENERDÌ 19 NOVEMBRE
- 65 **Il Buon Samaritano è la giustizia più grande**
S.E. Mons. Willem Eijk
- 70 **Il mondo avvenire: prospettive demografiche e bisogni di salute**
Prof. Massimo Petrini
- 77 **Tecnologie biomediche al servizio della vita nascente**
Prof. Antonio G. Spagnolo
- 83 **Salute, la salvaguardia della creazione e della giustizia**
Dott. John M. Haas
- 87 **DREAM – Curare l'AIDS in Africa: una sfida possibile**
Dott.ssa Paola Germano

- 91 **La medicina tradizionale**
Dott. Emilio La Rosa Rodríguez
- TAVOLA ROTONDA
CURE SANITARIE EQUE E UMANE
- 94 **1. Cure sanitarie eque e umane a domicilio**
Prof. Mario Falconi
- 95 **2. Cure sanitarie eque e umane negli Hospice: l'esperienza di Taiwan**
Dott. W. Henry Chiang
- 97 **3. Cure sanitarie eque e umane nelle prigioni**
Prof. Christoph von Ritter
- 99 **4. Cure sanitarie eque e umane nelle fabbriche**
Prof. Stanislaw Szczepan Gózdź
- 102 **L'operatore sanitario di fronte ad alcune questioni di carattere deontologico, etico e legislativo**
Prof. Jean-Marie Le Méné
- 106 **L'uso dei farmaci psichiatrici in pediatria**
Dott. Barry L. Duncan
- 112 **Il Beato Don Carlo Gnocchi**
Una figura eroica di carità del nostro tempo
P. Bonifacio Honings, OCD
- 116 **L'esempio di carità eroica del nostro tempo**
Suor Marta Wiecka, Figlia della Carità di San Vincenzo de' Paoli
Suor Anna Brzek
- 118 **L'accoglienza, nuovo paradigma dell'umanizzazione**
Fra Pascual Piles Ferrando, O.H.
- 122 **Il contributo dei volontari nell'umanizzazione della salute: la realtà portoghese**
Dott. Manuel de Lemos
- 124 **Centri sanitari e cura dei poveri**
Suor M. Benedicta, MC
- 127 **Una sfida appena cominciata**
Fra Mario Bonora
- 131 **Intervento conclusivo del Prof. Filippo Boscia**
- 135 **Considerazioni conclusive di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski**

*Le illustrazioni di questo numero
sono tratte dal libro:
Dove il cielo ha toccato la terra
di P. Girolamo Salvatico
Elledici - Editrice Velar, 2010*



Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI ai partecipanti alla XXV Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

*Al Venerato Fratello
Zygmunt Zimowski
Presidente del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari*

Con gioia desidero far giungere il mio cordiale saluto ai partecipanti alla XXV Conferenza Internazionale, che bene si inserisce nell'anno celebrativo dei 25 anni dalla istituzione del Dicastero, e offre un motivo ulteriore per ringraziare Dio di questo prezioso strumento per l'apostolato della misericordia. Un pensiero riconoscente verso tutti coloro che si adoperano, nei vari settori della Pastorale della Salute, per vivere quella diaconia della carità, che è centrale nella missione della Chiesa. In questo senso, mi è grato ricordare i Cardinali Fiorenzo Angelini e Javier Lozano Barragán, che hanno guidato in questi 25 anni il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e rivolgere un particolare saluto all'attuale Presidente del Dicastero, l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski, come pure al Segretario, al Sotto-Segretario, agli Officiali, ai collaboratori, ai relatori del Convegno e a tutti i presenti.

Il tema da voi scelto quest'anno "Caritas in veritate. *Per una cura della salute equa ed umana*" ri-

veste un interesse particolare per la comunità cristiana, in cui è centrale la cura per l'essere uomo, per la sua dignità trascendente e per i suoi diritti inalienabili. La salute è un bene prezioso per la persona e la collettività da promuovere, conservare e tutelare, dedicando mezzi, risorse ed energie necessarie affinché più persone possano usufruirne. Purtroppo, ancora oggi permane il problema di molte popolazioni del mondo che non hanno accesso alle risorse necessarie per soddisfare i bisogni fondamentali, in modo particolare per quanto riguarda la salute. È necessario operare con maggiore impegno a tutti i livelli affinché il diritto alla salute sia reso effettivo, favorendo l'accesso alle cure sanitarie primarie. Nella nostra epoca si assiste da una parte a un'attenzione alla salute che rischia di trasformarsi in consumismo farmacologico, medico e chirurgico, diventando quasi un culto per il corpo, e dall'altra parte, alla difficoltà di milioni di persone ad accedere a condizioni di sussistenza minimali e a farmaci indispensabili per curarsi.

Anche nel campo della salute, parte integrante dell'esistenza di ciascuno e del bene comune, è importante instaurare una vera giustizia distributiva che garantisca a tutti, sulla base dei bisogni oggettivi, cure adeguate. Di conseguenza, il mondo della salute non può sottrarsi alle regole morali che devono governarlo affinché non diventi disumano. Come ho sottolineato nell'Enciclica *Caritas in veritate*, la Dottrina Sociale della Chiesa ha sempre evidenziato l'importanza della giustizia distributiva e della giustizia sociale nei vari settori delle relazioni umane (n. 35). Si promuove la giustizia quando si accoglie la vita dell'altro e ci si assume la responsabilità per lui, rispondendo alle sue attese, perché in lui si coglie il volto stesso del Figlio di Dio, che per noi si è fatto uomo. L'immagine divina impressa nel nostro fratello fonda l'altissima dignità di ogni persona e suscita in ciascuno l'esigenza del rispetto, della cura e del servizio. Il legame fra giustizia e carità, in prospettiva cristiana, è molto stretto: "La carità eccede la giustizia, perché amare è donare, offrire del «mio» all'altro; ma non



è mai senza la giustizia, la quale induce a dare all'altro ciò che è «suo», ciò che gli spetta in ragione del suo essere e del suo operare [...] Chi ama con carità gli altri è anzitutto giusto verso di loro. Non solo la giustizia non è estranea alla carità, non solo non è una via alternativa o parallela alla carità: la giustizia è «inseparabile dalla carità», intrinseca ad essa. La giustizia è la prima via della carità» (*ibid.*, 6). In questo senso, con espressione sintetica e incisiva, Sant'Agostino insegnava che «la giustizia consiste nell'aiutare i poveri» (*De Trinitate*, XIV, 9: PL 42, 1045).

Chinarsi come il Buon Samaritano verso l'uomo ferito abbandonato sul ciglio della strada è adempiere quella «giustizia più grande» che Gesù chiede ai suoi discepoli e attua nella sua vita, perché l'adempimento della Legge è l'amore. La comunità cristiana, seguendo le orme del suo Signore, ha adempiuto il mandato di andare nel mondo a «insegnare e curare gli infermi» e nei secoli «ha fortemente avvertito il servizio ai malati e sofferenti come parte integrante della sua missione» (Giovanni Paolo II, *Motu Proprio Dolentium Hominum*, 1), di testimoniare la salvezza integrale, che è salute dell'anima e del corpo.

Il Popolo di Dio pellegrinante per i sentieri tortuosi della storia unisce i suoi sforzi a quelli di tanti altri uomini e donne di buona volontà per dare un volto davvero umano ai sistemi sanitari. La giustizia sanitaria deve essere fra le priorità nell'agenda dei Governi e delle Istituzioni internazionali. Purtroppo, accanto a risultati positivi e incoraggianti, vi sono opinioni e linee di pensiero che la feriscono: mi riferisco a questioni come quelle connesse con la cosiddetta «salute riproduttiva», con il ricorso a tecniche artificiali di procreazione comportan-

ti distruzione di embrioni, o con l'eutanasia legalizzata. L'amore alla giustizia, la tutela della vita dal suo concepimento al termine naturale, il rispetto della dignità di ogni essere umano, vanno sostenuti e testimoniati, anche controcorrente: i valori etici fondamentali sono patrimonio comune della moralità universale e base della convivenza democratica.

Occorre lo sforzo congiunto di tutti, ma occorre anche e soprattutto una profonda conversione dello sguardo interiore. Solo se si guarda al mondo con lo sguardo del Creatore, che è sguardo d'amore, l'umanità imparerà a stare sulla terra nella pace e nella giustizia, destinando con equità la terra e le sue risorse al bene di ogni uomo e di ogni donna. Per questo, «auspicio [...] l'adozione di un modello di sviluppo fondato sulla centralità dell'essere umano, sulla promozione e condivisione del bene comune, sulla responsabilità, sulla consapevolezza del necessario cambiamento degli stili di vita e sulla prudenza, virtù che indica gli atti da compiere oggi, in previsione di ciò che può accadere domani» (Benedetto XVI, *Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace 2010*, 9).

Ai Fratelli e Sorelle sofferenti esprimo la mia vicinanza e l'appello a vivere anche la malattia come occasione di grazia per crescere spiritualmente e partecipare alle sofferenze di Cristo per il bene del mondo, e a voi tutti impegnati nel vasto campo della salute il mio incoraggiamento per il vostro prezioso servizio. Nel chiedere la materna protezione della Vergine Maria, *Salus infirmorum*, imparto di cuore la Benedizione Apostolica che estendo anche alle vostre famiglie.

Dal Vaticano, 15 novembre 2010



Preghiera iniziale

O Dio Padre nostro, la cui tenerezza si espande su ogni creatura, a te, vero amante della vita, affidiamo le attese riposte in questi giorni di ascolto e di condivisione; sia tempo di grazia, spazio di fraternità, esperienza di comunione sincera per l'avvento del tuo Regno di giustizia e di pace. Benedici noi tutti, Padre misericordioso, e rendici degni di servirti nell'uomo, da te voluto a tua immagine e infinitamente amato.

Signore Gesù, Salvatore e Redentore dell'umanità, ancora oggi tu passi fra noi beneficiando tutti e proclamando l'inestimabile preziosità di ogni vita umana. Riconosciamo di essere stati risanati dalle tue piaghe, fortificati dal tuo Spirito, inviati ai fratelli dall'urgenza della tua compassione. Prendici per mano, Signore Gesù, e insegnaci a chinarci con te su ogni creatura malata nel corpo e nello spirito; fa' che sappiamo dare nuova speranza a tanti nostri fratelli privati dell'amore, della salute, della fiducia e della voglia di vivere a lode della tua gloria.

Spirito Santo di Dio, solo da te, che ti doni senza misura, noi riceviamo abbondanza di vita. Illumina le nostre menti e i nostri cuori perché sappiamo scorgere i segni del tuo passaggio nel mondo distratto che ci circonda. Effondi la tua benedizione su questa assemblea e conferma in noi il proposito di servirti nei fratelli più deboli con l'offerta umile e discreta della nostra presenza; benedici, o Spirito di carità, il nostro lavoro e le nostre famiglie, le nostre coscienze e l'intera comunità umana.

Ci accompagni la materna intercessione di Maria, lei, Conforto dei miseri perché Custode della speranza, Profezia dei tempi nuovi perché Testimone del tuo Vangelo. Per la sua totale dedizione alla Parola fatta carne, sorga presto l'alba di quel giorno in cui, asciugata ogni lacrima, sapremo lasciar risplendere in noi e fra noi la bellezza del tuo volto e la nostra dignità di figli. Amen.

Suor MARIANNA CAPRIO
Madre Abbadessa del Monastero del Monte Carmelo,
Viterbo, Italia



Caritas in veritate
*Per una cura
della Salute
equa ed umana*



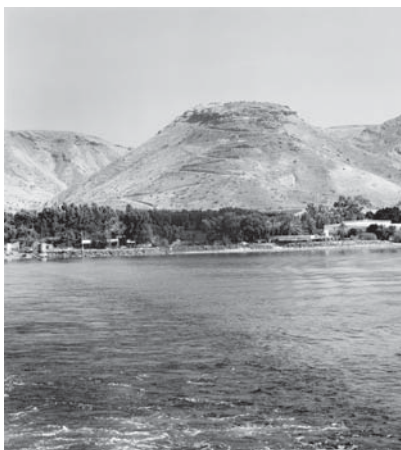
Indirizzo di saluto e discorso di apertura di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

Ringrazio Madre Marianna Caprio, Priora del Monastero carmelitano di Vetralla per questo intenso momento di preghiera e saluto tutti Voi, in arrivo da 60 Paesi diversi per l'apertura di questa XXV Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute) e dedicata al tema "*Caritas in veritate* – Per una cura della Salute equa ed umana".

Siete qui infatti oltre 600 partecipanti provenienti da:

Angola,
Argentina,
Austria,
Australia,
Bangladesh,
Belgio,
Benin,
Bielorussia,
Bolivia,
Brasile,
Burkina Faso,
Burundi,
Camerun,
Canada,
Repubblica Ceca,
Repubblica di Cina (Taiwan),
Colombia,
Repubblica del Congo,
Repubblica Democratica del Congo,
Corea del Sud,
Costa d'Avorio,
Croazia,
Ecuador,
Eire,
Francia,
Georgia,
Germania,
Ghana,
Grecia,
India,
Indonesia,
Italia,
Kenya,
Lesotho,
Liberia,
Lussemburgo,
Malta,
Messico,

Namibia,
Nigeria,
Paesi Bassi,
Panama,
Perù,
Polonia,
Portogallo,
Russia,
Santa Sede,
Slovacchia,
Slovenia,
Spagna,
Sudafrica,
Svizzera,
Thailandia,
Togo,
Ucraina,
Uganda,
UK,
USA,
Venezuela
e Zambia.



E pertanto, almeno in alcune lingue più diffuse:

Good morning and welcome to you all

Bonjour et bienvenue à tous les participants

Buenos Dias y bienvenidos a todos

Bom dia e benvindos a todos

Herzlich Willkommen

Sredecnie witam wszystkich uczestnikow z Polski

Jambo na Karibu kwetu

in questa fausta e partecipata occasione ho l'onore e il piacere di dare un benvenuto alle Loro Eminenze il Cardinale Tarcisio Bertone, Segretario di Stato, i Cardinali Raffaele Martino e Peter Kodwo Appiah Turkson, rispettivamente Presidente Emerito e Presidente del Pontificio Consiglio Giustizia e Pace, ai due Capi Dicastero che dopodomani riceveranno la "berretta" cardinalizia e ai quali porgo nuovamente e con grande gioia le mie felicitazioni: Sua Eccellenza Monsignor Angelo Amato S.d.B., Prefetto della Congregazione delle Cause dei Santi, e Sua Eccellenza Monsignor Gianfranco Ravasi, Presidente del Pontificio Consiglio per la Cultura.

Inoltre agli Ambasciatori presso la Santa Sede degli USA, Sua Eccellenza Miguel Diaz, del Benin, Sua Eccellenza Loko Comlanvi, della Repubblica di Cina, Sua Eccellenza Larry Yu-Yuan Yang, di Panama, Sua Eccellenza Delia Cardenas, e del Togo, Sua Eccellenza Felix Sagbo.

Abbiamo anche il piacere della partecipazione, in rappresentanza di Sua Eminenza il Cardinale Giovanni Lajolo, Presidente del Governatorato, dell'Archiatra, Dott. Patrizio Polisca, Direttore di Sanità e Igiene della Città del Vaticano, e del prof. Giovanni Minisola, Primario di reumatologia dell'Ospedale S. Camillo di Roma, e tutte le altre personalità presenti.

Siamo dunque tutti riuniti, in questa Aula Nuova del Sinodo che, nella giornata di sabato, sarà la sede dell'atteso Concistoro, per studiare e trovare le piste d'attuazione in ambito sanitario della terza e più recente Enciclica di Sua Santità Papa Benedetto XVI, la *Caritas in veritate*.

Non sarà certamente compito facile individuare e affrontare alcuni tra i principali mali che, come sottolineato nel documento papale,

oggi giorno minacciano la Salute, la *Salus*, della persona umana e quindi tracciare le prospettive basilari per promuovere l'equità e l'umanizzazione nella medicina e più in generale nel campo della sofferenza.

Ad aiutarci, come possiamo già constatare, vi saranno esperti provenienti da tutti i continenti, ecclesiastici, religiosi e religiose, laici e laiche.

Metteremo così a fuoco la missione della Chiesa a favore dei malati, la promozione dell'assistenza sanitaria "umanizzata", dunque antropocentrica, il ruolo degli operatori sanitari e della società civile e delle istituzioni nonché degli organismi privati nella promozione della giustizia, dell'equità e della solidarietà in ambito sanitario.

La salute è riconosciuta tra i diritti umani fondamentali, dalla comunità internazionale, ed è un di-

ritto naturale: siamo perciò chiamati a trattare ogni persona al pari nostro e rispettarne la dignità donando le stesse possibilità di crescere e vivere nel modo più sano possibile. Tutto ciò, per quanto sancito "sulla carta", stenta a trovare un'attuazione: nei Paesi meno industrializzati mancano ancora drammaticamente le strutture e i farmaci di base sono inaccessibili, in Occidente si rischia di perdere di vista i principi dell'assistenza alla persona malata in favore di un atteggiamento "tecnicista" che finisce coll'ignorare la persona del malato nella sua interezza e la sua dignità.

Dati i tempi ristretti degli interventi e nel rispetto delle molte personalità che si avvicenderanno a questi microfoni a partire da questa mattina, concludo il mio intervento ribadendo come questa Conferenza sia stata ideata e organiz-

zata per contribuire, in armonia e alla luce della *Caritas in veritate*, alla missione di verità e di giustizia che la Chiesa è chiamata a compiere promuovendo e, laddove necessario, difendendo una società realmente in sintonia con l'uomo, la sua dignità e la sua vocazione.

Non mi resta che affidare i nostri lavori alla protezione di Maria Santissima *Salus Infirmorum* e augurare a tutti:

Buon lavoro
Good work
Bon travail
Buenos trabajos
Bom trabalho
Gute Arbeit
Owocnej Pracy
Kazi njema

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



Indirizzo di saluto di Sua Eminenza il Cardinal Tarcisio Bertone

*Eminenze Reverendissime,
Confratelli nell'Episcopato,
Illustri Autorità,
Signore e Signori,*

Saluto con affetto tutti i partecipanti a questa XXV Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, sul tema: “*Caritas in veritate* – Per una cura della Salute equa ed umana”. Ringrazio S.E. l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski, Presidente di questo Pontificio Consiglio, per l'invito rivoltomi a parlare a questa augusta Assemblea. La mia sincera gratitudine va a tutti coloro che hanno lavorato insieme al Presidente nell'organizzazione di questa Conferenza, in particolare l'Ecc.mo Segretario e il Rev.mo Sotto-Segretario del Pontificio Consiglio, e tutti gli Officiali. Dò il benvenuto a tutti i partecipanti, giunti da ogni parte del mondo, e auguro che queste due giornate di studio possano dare risultati copiosi.

Desidero altresì estendere le mie più sentite congratulazioni ai nuovi Cardinali che interverranno a questa Conferenza: le loro Eminenze Cardinali Gianfranco Ravasi e Angelo Amato.

Il tema affrontato da questa Conferenza riguarda le questioni fondamentali della giustizia e della dignità umana nella cura della salute e invita a esaminarle dal punto di vista della carità nella verità, che è il principio attorno al quale ruota la dottrina sociale della Chiesa.

Per quanto riguarda il tema, vorrei soffermarmi su quattro questioni che l'Enciclica solleva e che devono essere prese in considerazione se si vuole garantire una cura della salute equa ed umana. Esse sono: la missione profetica della Chiesa, il dovere dello Stato, il bisogno di solidarietà e sussidiarietà, e il problema dei diritti di proprietà intellettuale.

1. La missione profetica della Chiesa

Papa Benedetto XVI osserva che “l'amore nella verità – *caritas in veritate* – è una grande sfida per la Chiesa in un mondo in progressiva e pervasiva globalizzazione” (*Caritas in veritate*, 9). Tale globalizzazione rende inevitabilmente interdipendenti persone e nazioni, con il rischio, però, che a ciò spesso “non corrisponda l'interazione etica delle coscienze e delle intelligenze, dalla quale possa emergere come risultato uno sviluppo veramente umano” (*ibid.*). Pertanto, di fronte a uno sviluppo che non è integrale, quando cioè non promuove il bene di ogni uomo e di tutto l'uomo, e di fronte a una società che non è in sintonia con l'uomo, con la sua dignità e la sua vocazione, la Chiesa ha una missione di verità da compiere.

La Chiesa, che è la famiglia di Dio nel mondo, non può restare a guardare e non interessarsi, ad esempio, delle persistenti ineguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari. Infatti “le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini d'oggi, dei poveri soprattutto e di tutti coloro che soffrono, sono pure le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce dei discepoli di Cristo” (GS, 1). Pur non avendo “soluzioni tecniche da offrire” e non pretendendo di intromettersi nella politica degli Stati, la Chiesa ha però una missione di verità da compiere, per una società a misura dell'uomo, della sua dignità e della sua vocazione (Cfr. *Caritas in veritate*, 9).

La privazione di un diritto è una violazione della dignità dell'uomo e ogni minaccia alla dignità e alla vita dell'uomo, deve necessariamente ripercuotersi nel cuore stesso della Chiesa; essa “non può non toccarla al centro della propria fede nell'incarnazione redentrice del Figlio di Dio, non può non coinvolgerla nella sua missione di annun-

ciare il Vangelo della vita in tutto il mondo e ad ogni creatura” (EV, 3).

2. Il dovere dello Stato

La *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948* (Art. 25) inserisce la salute tra gli elementi ai quali si deve poter avere accesso. Ciò ha aperto la strada alla sua proclamazione definitiva come diritto fondamentale nella *Dichiarazione di Alma-Ata del 1978* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La Dichiarazione afferma che “la salute [...] è un fondamentale diritto umano e che il raggiungimento del più alto livello possibile di salute è uno dei più importanti obiettivi sociali nel mondo, la cui realizzazione richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici oltre al settore sanitario”. Alla base della dottrina dei diritti vi è la necessità di orientare l'organizzazione sociale, al fine di garantire che tutti possano soddisfare i propri bisogni essenziali.

La salute è un fenomeno sociale che riguarda non solo la protezione dei singoli e dei loro diritti, ma anche la promozione del bene comune. Essa è un bene fondamentale al quale tutti devono poter avere accesso. Il diritto alla salute di ogni individuo rappresenta un elemento costitutivo della società civile e della sua legislazione¹. In altri termini, essa stabilisce importanti obblighi per gli Stati. Pertanto la “cura della salute dei cittadini richiede l'apporto della società perché si abbiano condizioni d'esistenza che permettano di crescere e di raggiungere la maturità”².

Il diritto alla salute esige che lo Stato assicuri l'equo accesso dei suoi cittadini ai servizi sanitari. E ciò in conformità con l'uguaglianza dei suoi cittadini come esseri umani, indipendentemente dal loro status sociale o fisico e dalla loro capacità. Perché, come ha afferma-

to il Venerabile Papa Giovanni Paolo II, “nulla, come il diritto alla salute, riconduce alla difesa del diritto prioritario alla vita e alla sua qualità nel contesto del rispetto della persona umana, creata a immagine e somiglianza di Dio”³. Purtroppo, nel mondo e per varie ragioni questo diritto non sempre è garantito a tutti i cittadini.

Nel mondo contemporaneo globalizzato, dove sembra che tutto sia ridotto a una discussione su temi sociali e su questioni meramente economiche e finanziarie, nasce un grave problema quando si fa riferimento alla salute e alla relativa questione economica e finanziaria. Accade così che questo diritto non è possibile se lo Stato non garantisce l’accesso alle cure sanitarie a tutti i suoi cittadini.

La *Caritas in veritate* afferma che “chi ama con carità gli altri è anzitutto giusto verso di loro. Non solo la giustizia non è estranea alla carità, non solo non è una via alternativa o parallela alla carità: la giustizia è inseparabile dalla carità, intrinseca ad essa. La giustizia è la prima via della carità [...] Dall’altra parte, la carità supera la giustizia e la completa nella logica del dono e del perdono” (*Caritas in veritate*, 6).

La giustizia esige che si garantisca l’accesso universale alle cure sanitarie. Oggi è comunemente accettato che i livelli minimi dei bisogni sanitari di base siano forniti come un diritto umano fondamentale. Pertanto, al fine di realizzare pienamente il diritto alla salute dei propri cittadini, lo Stato ha l’obbligo di adottare appropriate misure legislative, amministrative, finanziarie, giudiziarie e promozionali. Ciò comprende, tra l’altro, l’attuazione di una politica sanitaria nazionale con un piano dettagliato per la realizzazione del diritto alla salute. Inoltre, lo Stato deve garantire pari accesso a tutti i determinanti fondamentali della salute (sicurezza alimentare, acqua, alloggio, servizi igienici, e così via). È suo dovere altresì garantire che gli altri fornitori dei servizi sanitari (il settore privato) si conformino alle norme sui diritti umani, e che la privatizzazione non costituisca una minaccia per l’accessibilità, la disponibilità, e la qualità delle strutture, dei beni e dei servizi sanitari⁴.

3. Solidarietà e sussidiarietà

In generale tutti i Paesi industrializzati garantiscono ai loro cittadini l’accesso a un ampio servizio di salute pubblica e di interventi medici individuali. In questi Paesi, l’accesso alle cure è assicurato nonostante le differenze di reddito e ricchezza, attraverso sistemi universali di copertura sanitaria. Anche se questi sistemi sanitari garantiscono l’accesso universale a tutti i cittadini, i servizi forniti variano da Paese a Paese e da regione a regione. Inoltre, in alcune Nazioni, persistono ineguaglianze, con particolare riguardo ad alcuni gruppi svantaggiati, soprattutto adulti e bambini poveri, rifugiati e immigrati, che, per vari motivi, non possono essere coperti da regimi assicurativi esistenti. I diritti di tutte queste persone devono essere rispettati e promossi.



Nella maggior parte dei Paesi in via di sviluppo, soprattutto quelli caratterizzati da instabilità politica e da povere risorse economiche, la situazione è spesso critica. Molto spesso il rispetto e la protezione dei diritti dei cittadini, tra cui l’accesso alle cure sanitarie, specialmente per quel che riguarda la gente comune, è lungi dall’essere realtà.

Per garantire l’accesso dei cittadini ai servizi sanitari essenziali, si deve fare in modo che le risorse o i servizi disponibili siano gestiti non soltanto con umanità, ma anche con carità, avendo come obiettivo la protezione e la valorizzazione della dignità umana.

Alle situazioni ove le risorse sono minime, si deve rispondere in due modi: anzitutto, è necessario

che leader politici, medici, amministratori di ospedale e ricercatori, non sprechino le già limitate risorse esistenti, ma piuttosto, nel rispetto della dignità umana, le usino per promuovere il bene comune. Ciò richiede scelte concrete e quotidiane, che possono non essere facili ma, allo stesso tempo, non sono impossibili.

Secondo, tra Nazioni ricche e Nazioni povere è necessaria la solidarietà allo scopo di assicurare l’accesso universale alle cure mediche⁵. Nella *Caritas in veritate*, Benedetto XVI rivolge un forte appello per la “collaborazione della famiglia umana”. Egli sottolinea che “lo sviluppo dei popoli dipende soprattutto dal riconoscimento di essere una sola famiglia, che collabora in vera comunione ed è costituita da soggetti che non vivono semplicemente l’uno accanto all’altro” (*Caritas in veritate*, 53).

Al fine di evitare un’assistenza sociale paternalistica, umiliante per chi è nel bisogno, egli raccomanda che la solidarietà dei Paesi ricchi nei confronti di quelli poveri sia strettamente legata al principio di sussidiarietà.

Per assolvere al suo scopo, l’aiuto economico non deve perseguire secondi fini, ad esempio essere legato a determinate politiche sanitarie contrarie alla vita, come imporre l’aborto in cambio di aiuto (*Caritas in veritate*, 28). Gli aiuti economici devono “essere erogati coinvolgendo non solo i governi dei Paesi interessati, ma anche gli attori economici locali e i soggetti della società civile portatori di cultura, comprese le Chiese locali. I programmi di aiuto devono assumere in misura sempre maggiore le caratteristiche di programmi integrati e partecipati dal basso” (*Caritas in veritate*, 58).

A livello di ogni singola Nazione, occorre ricordare che “non c’è nessun ordinamento statale giusto che possa rendere superfluo il servizio dell’amore” (*Deus caritas est*, 28b). Ciò significa che anche nella società più giusta non si potrà fare a meno della *caritas*. Occorre dunque “uno Stato che generosamente riconosca e sostenga, nella linea del principio di sussidiarietà, le iniziative che sorgono dalle diverse forze sociali e uniscono spontaneità e vicinanza agli uomini

bisognosi di aiuto. La Chiesa è una di queste forze vive” *nel campo della salute (ibid.)*⁶. Anche perché “lo Stato che vuole provvedere a tutto, che assorbe tutto in sé, diventa in definitiva un’istanza burocratica che non può assicurare l’essenziale di cui l’uomo sofferente – ogni uomo – ha bisogno” (*ibid.*).

4. Il problema dei diritti di proprietà intellettuale

Infine, per garantire un accesso equo o universale alla sanità occorre che le medicine necessarie non solo siano disponibili, ma anche convenienti. È stato dimostrato che gli ostacoli principali a questo obiettivo sono i costi proibitivi e i limiti imposti dalle case farmaceutiche, titolari dei brevetti.

Così la *Caritas in veritate* denuncia l’esistenza di “forme eccessive di protezione della conoscenza da parte dei Paesi ricchi, mediante un utilizzo troppo rigido del diritto di proprietà intellettuale, specialmente nel campo sanitario” (n. 22). Vi è una guerra di interessi tra i proprietari delle industrie farmaceutiche e i Paesi in via di sviluppo la cui capacità economica è molto ridotta. Inoltre, i nuovi farmaci sono protetti da brevetti che lasciano il monopolio ai loro titolari. E ciò, di solito, si traduce in costi elevati per l’acquisto dei farmaci necessari.

L’esclusivo obiettivo del profitto “senza il bene comune come fine ultimo, rischia di distruggere ricchezza e creare povertà” (*Caritas in veritate*, 21). Se vuole essere autenticamente umano, lo sviluppo deve fare spazio al principio di gratuità, come espressione di fraternità. Sicuramente, l’argomento

finanziario deve essere preso in considerazione, ma solo come mezzo e non come fine. Questi squilibri economici e i conseguenti problemi sanitari possono essere frenati dalla crescente consapevolezza della dignità di ogni persona umana e della radicale interdipendenza degli uomini, da cui scaturisce una maggiore percezione della necessità di solidarietà.

Le industrie farmaceutiche non dovrebbero “far mai prevalere il profitto economico sulla considerazione dei valori umani, ma mostrarsi sensibili alle esigenze di quanti non godono di un’assicurazione sociale, ponendo in atto valide iniziative per favorire i più poveri ed emarginati. Occorre operare per ridurre e, se possibile, eliminare le differenze esistenti tra i vari continenti, esortando i Paesi più avanzati perché mettano a disposizione di quelli meno sviluppati esperienza, tecnologia e una parte delle loro ricchezze economiche”⁷. In questo modo essi saranno capaci di fornire ai loro cittadini servizi sanitari non solo accessibili ma anche di qualità.

Conclusione

Ogni persona umana ha diritto alla salute ed esige rispetto assoluto della sua vita fisica e spirituale. Riconoscendo la salute come un diritto fondamentale, il sistema giuridico afferma e considera la soggettività condivisa ed equa di tutti gli esseri umani. Le risorse dovrebbero essere conformi al piano di Dio in modo che nessuno si senta escluso dalla cura dovuta alla sua persona e alla sua salute, nel rispetto della pari dignità di tutti. Si tratta di un compito che tutte le

parti responsabili devono svolgere, a livello internazionale, nazionale e locale, settori pubblici e privati, così come individui, che devono essere guidati dall’impegno a promuovere il bene comune nel rispetto della dignità umana.

È mia viva speranza che in questi due giorni di riflessione, gli illustri relatori possano offrire un valido contributo ad approfondire queste e molte altre questioni sollevate dalla *Caritas in veritate*, riguardo alla promozione di una cura della salute equa e umana.

S.Em.za Card. TARCISIO BERTONE
Segretario di Stato
Santa Sede

Note

¹ CCC, n. 2273.

² CCC, n. 2288.

³ GIOVANNI PAOLO II, “Discorso ai partecipanti dell’Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari,” in *Insegnamenti XIII/1* (1990), n.5, p. 406.

⁴ Cf. UNCHR and WHO, *The Right to Health*, Fact Sheet N.31, pp. 25-27 (ISSN 1014-5567).

⁵ Cfr. Discorso di Giovanni Paolo II a Ouagadougou, 29 gennaio 1990, n. 4, in Giorgio Filibeck, *I diritti dell’uomo nell’insegnamento della Chiesa: da Giovanni XXIII a Giovanni Paolo II*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1992, p. 219. Il Santo Padre ha lanciato un solenne appello all’umanità e per conto dell’umanità, in particolare per i milioni di Africani che, tra gli altri, sono minacciati dal fatto di non godere mai di una buona politica sanitaria e di una vita degna, affinché non li si privi del diritto universale alla dignità umana e alla sicurezza di vita. Cfr. anche Giovanni Paolo II “Discorso al Corpo Costituzionale e Diplomatico a Yaunde in Cameroun,” 12 Agosto 1985, no. 9, in Giorgio Filibeck, *I diritti dell’uomo nell’insegnamento, op.cit.* p. 218.

⁶ Vedi anche Pio XI, *Quadragesimo Anno*, n. 79, Giovanni XXII, *Mater et Magistra*, n. 53.

⁷ GIOVANNI PAOLO II, Discorso alla XIV Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, 19 Novembre 1999, n.5.



PROLUSIONE

PETER KODWO TURKSON

Caritas in veritate La Buona Novella dell'assistenza sanitaria integrale

È un onore e un piacere essere con voi all'inizio di questa promettente XXV Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, sul tema: "Per una cura della salute equa ed umana alla luce dell'Enciclica *Caritas in veritate*". Se guardiamo con gratitudine ai 25 anni di esistenza del Pontificio Consiglio per la Salute, e se guardiamo a voi, delegati e partecipanti provenienti da 60 Paesi del mondo con la vostra ricca esperienza, o alle sfide di offrire servizi sanitari che siano in sintonia con la dignità dell'uomo e la sua sublime vocazione, ritengo che sia una grazia provvidenziale prendere in esame la *Caritas in veritate* e meditare assieme su ciò che essa significa per tutti i vari ministeri che operano sotto l'egida del Pontificio Consiglio. Auspico che questa Conferenza rappresenti un ringraziamento propizio per le innumerevoli grazie ricevute nei trascorsi 25 anni e sia un'invocazione all'aiuto di Dio affinché accresca la buona salute e perciò tutto il bene di ogni persona – uomo, donna e bambino –, ogni gruppo sociale e l'umanità tutta intera (cfr. *Caritas in veritate* [CV], 18).

L'Enciclica *Caritas in veritate*, un insegnamento pontificio¹

Annunciata nel 2007 per commemorare il 40° anniversario del-

l'enciclica *Populorum Progressio* di Paolo VI (1967) e il 20° anniversario della *Sollicitudo Rei Socialis* di Giovanni Paolo II (1987), originariamente la *Caritas in veritate* intendeva celebrare la memoria di queste due encicliche, specialmente perché trattano la questione del **vero sviluppo umano**. Poiché le *questioni sociali* che, ai giorni di Paolo VI e di Giovanni Paolo II, condizionavano lo sviluppo sono ora diventate interamente globali, la *Caritas in veritate* in origine era destinata a trattare lo sviluppo umano nella nuova situazione di un mondo che si globalizza rapidamente.

L'impressionante esplosione della crisi economica del 2008-2009, ha spinto il Sommo Pontefice a considerare con particolare attenzione il significato e l'etica dell'economia nel contesto dello sviluppo umano. Ciò, in qualche modo, ha ritardato la promulgazione dell'enciclica ma il 29 giugno 2009 (solennità dei Santi Pietro e Paolo), il Santo Padre ha firmato la sua enciclica sociale indirizzata "a tutte le persone di buona volontà" e l'ha promulgata il 7 luglio 2009 (mese di San Benedetto), poco prima dell'incontro del G8 a L'Aquila.

La *Caritas in veritate* è un'enciclica sociale, come molte altre prima di essa, iniziando con la *Rerum novarum* di Leone XIII (1891)². In essa sono state coerentemente imbrigliate le intuizioni della teolo-

gia, della filosofia, dell'economia, dell'ecologia e della politica per formulare un insegnamento sociale che pone la persona umana – il suo sviluppo integrale e pertanto la



sua salute reale – al centro di tutti i sistemi universali di pensiero e attività. La salvezza di ogni essere umano era al centro della missione e del ministero di Gesù Cristo, come la *rivelazione dell'amore del Padre* (Gv 3,16) e la *verità della creazione dell'uomo nell'immagine di Dio e della sua vocazione trascendente alla santità e alla felicità con Dio*. Questo è il contesto in cui si collocano i due concetti di **amore** e **verità**³ che guidano l'en-

ciclica. **Amore e verità** non solo sono al centro della missione e del ministero di Gesù, ma corrispondono anche al carattere e all'attività essenziale della vita dell'uomo sulla terra. La persona umana è "*dono e amore di Dio*" con una vocazione, una chiamata divina, anche a "*diventare dono e amore*". E questa dinamica di carità ricevuta e data è ciò che dà luogo alla Dottrina Sociale della Chiesa, che è *Caritas in veritate in re sociale*⁴.

Negli anni la *res socialis* o società umana, contesto e riferimen-

che emergono⁵ (CV, 12), ed è proprio quel che l'enciclica cerca di fare oggi.

Papa Benedetto XVI, quindi, è in piena armonia con oltre un secolo di insegnamento sociale cattolico sulla persona umana. La *Caritas in veritate* tratta le complesse condizioni che permettono alle persone di svilupparsi integralmente, in tutte le dimensioni e forme umane comprese la malattia e la guarigione, nelle difficili condizioni ideologiche del nostro mondo globalizzato. Ponendosi piena-

quella al ministero della *dispensazione delle cure sanitarie* sia da parte dei medici che degli operatori pastorali.

La Caritas in veritate come buona novella

Vorrei illustrare la *buona novella* che la *Caritas in veritate* si rivolge anche agli "afflitti e agli infettati" raccontandovi la storia vera di Rosanna. P. Michael Czerny, SJ, mio segretario personale al Pontificio Consiglio della Giustizia e della Pace, nel Palazzo San Calisto, è stato direttore di un programma dei Gesuiti a Nairobi riguardante l'HIV-AIDS. Egli volle condividere con me questa storia, che credo serva come parabola del nostro tema, cioè la promozione di una salute autentica e integrale alla luce della *Caritas in veritate*.

1. La storia

Rosanna è una madre abbandonata a trent'anni, HIV positiva e che lotta per sopravvivere in una bidonville di Nairobi. "Sei anni fa – dice – la mia famiglia non mi ha accettata, né mia madre né le mie sorelle o mio marito. Ho perso il lavoro perché sono HIV positiva". Ella ha perso anche una bambina a causa dell'AIDS, ma suo figlio di 10 anni – concepito prima che Rosanna contraesse il virus – è HIV negativo. Jomo è un ragazzo brillante e sano che ama disegnare e il calcio. Sua madre cerca di mantenerlo in buona salute e dice: "Voglio vedere mio figlio crescere".

Di volta in volta, programmi cattolici sull'AIDS invitano Rosanna a raccontare ai gruppi la storia della sua difficile vita, spiegando la sua condizione di persona infetta da HIV, incoraggiando i giovani a vivere bene e a evitare gli errori che portano all'infezione. Rosanna è grata per l'aiuto che le viene offerto ma cerca qualcosa di più. "Io sono giovane. Voglio avere un futuro anche se non ho finito la scuola secondaria. Voglio che mio figlio sia qualcuno". Non essendo in grado fisicamente di svolgere un lavoro impegnativo, ha poche possibilità di trovare qualcuno che l'assuma. Ma recentemente ha avuto un'idea intraprendente: poi-



to della Dottrina Sociale della Chiesa, è cambiata: dalla miseria degli operai durante la rivoluzione industriale e la nascita del marxismo (Papa Leone XIII), la grande depressione del 1929 (Papa Pio XI), la decolonizzazione e l'emergenza del *terzo mondo* (Papa Giovanni XXIII e Paolo VI), ai cambiamenti politici nell'Europa dell'Est prima e dopo la caduta del muro di Berlino (Papa Giovanni Paolo II), e ora la globalizzazione, il sotto-sviluppo, le crisi finanziarie, economiche, morali e antropologiche che Benedetto XVI affronta⁵. In queste situazioni notevolmente mutate, le encicliche sociali dei Pontefici hanno continuamente aggiornato e riapplicato i principi sociali fondamentali della Chiesa. Così "la dottrina sociale della Chiesa illumina con una luce che non muta i problemi sempre nuovi

mente nell'ambito degli insegnamenti sociali dei Pontefici che lo hanno preceduto, Benedetto XVI fa riferimento in special modo alla *Gaudium et spes* (1965) del Vaticano II, alla *Populorum Progressio* (1967) di Paolo VI e alla *Sollicitudo Rei Socialis* (1987) di Giovanni Paolo II:

– per sottolineare la centralità della persona umana, il suo benessere e il suo sviluppo totale, in tutte le attività dell'uomo;

– per mostrare che le attività dell'uomo, con le quali egli costruisce la *città terrena*, sono anticipazione della *città universale di Dio* quando, ispirate dall'amore e dalla giustizia, cercano il benessere della persona umana, tutta intera.

E questa è la *buona novella* centrale dell'enciclica *Caritas in veritate*, il contesto per ogni *vocazione* della persona umana, compresa

ché i padroni della sua baraccopoli hanno rifiutato l'erogazione dell'acqua, costringendo i poveri inquilini a trovarselo da soli, Rosanna, con l'aiuto di un'organizzazione cattolica, ha portato un serbatoio e una pompa e ha iniziato questo business. Le cose vanno bene, ed ella sta restituendo circa il 2% al mese del prestito.

Conoscendo Rosanna, il gesuita che dirige il programma cominciò a chiedersi cosa la *Caritas in veritate* potesse significare per lei e per Jomo quando, provvidenzialmente, ella si rivolse a lui. Egli quindi le diede un riassunto di quattro pagine e, dopo un'attenta lettura di un'ora, la donna tornò con idee molto chiare su come l'Enciclica si rivolge a Jomo e a suo figlio.

1.1 Rosanna e Benedetto XVI amano la vita e vedono la società piuttosto allo stesso modo. "So che l'Enciclica si riferisce al mondo intero" – ha detto – "ma quando ho letto le parole del Papa, ho pensato che egli stesse parlando esattamente del Kenya, perfino della mia baraccopoli. Egli dice che il mercato non deve diventare "il luogo della sopraffazione del forte sul debole", ma in effetti lo è. "Nel nostro villaggio globale – o possiamo parlare di una baraccopoli globale? –, miliardi di persone vivono gli uni accanto agli altri ma con rapporti troppo poco fraterni. Le autorità del Kenya vedono i poveri come un problema. Se non hai un lavoro, tentano di rimandarti indietro. I nostri politici si sentono sostenuti da aiuti stranieri e sfruttano i poveri". Di conseguenza, l'aiuto è mal distribuito, crea dipendenza, genera corruzione, abusa del povero e non risolve nulla. "Senza etica, viviamo in un caos totale".

1.2 Il pensiero del Papa "va nella giusta direzione", ha detto Rosanna, ma molti di noi sono scoraggiati e, francamente, pigri. Noi siamo dipendenti da slogan assordanti e ideologici, e quindi il quadro locale e globale sembra troppo complicato da comprendere. Sempre più rassegnati a un mondo frammentato, lasciamo semplicemente che a decidere siano gli altri ("il mercato"). E invece di leggere in profondità l'Enciclica e pensare al suo significato, diciamo facilmente che è troppo lunga e pesante.

Per contro, Benedetto XVI sem-

bra instancabile nel voler trovare la strada da seguire. Senza predicare ma mostrandoci il modo, il Papa ci invita a pensare con chiarezza sulla (nostra) società e sulla (nostra) economia. Egli ci mostra come mettere ordine nel nostro modo di pensare, come mantenere le cose al loro giusto posto. La scienza sociale cerca i fatti e le tendenze. La politica sociale attua le decisioni governative su cosa fare; ma solo *noi* (persone credenti e pensanti) possiamo pesare i pro e i contro, solo *noi* possiamo optare per i valori fondamentali e lavorare per ciò che è meglio, secondo Dio, per l'intera famiglia umana.

Ad esempio, quando Benedetto XVI mostra che il rispetto della vita e la sessualità responsabile sono essenziali per lo sviluppo, Rosanna concorda. L'onestà e la carità autentica non sono nati da un desiderio selettivo o sentimentale, ma si appoggiano su un quadro completo dell'uomo, che può venire solo da Dio. "La fede cristiana si occupa dello sviluppo non contando su privilegi o su posizioni di potere", afferma il Papa, "ma solo su Cristo", e Rosanna aggiunge: "Quindi esorto la Chiesa a mostrarci cosa vuol dire essere cristiani. Non è forse amare il prossimo, e amarlo sinceramente, nella verità?".

Il cuore dell'Enciclica è dono, gratitudine, grazia e gratuità. "Dono" e "gratuità" vi appaiono circa tre dozzine di volte, mentre "grazia" è la parola usata da Rosanna. Riconoscere l'abbondanza dei doni che riceviamo vuol dire essere pieni di gratitudine. È anche la verità fondamentale della nostra situazione. Quindi noi siamo *creature* prima di diventare investitori, capi o dipendenti, ognuno di noi con la sua *persona*, ma radicalmente *collegati* gli uni agli altri, *responsabili*, ma *senza il controllo totale*. Invece di fare tutto ciò che ci piace, come la cultura globale ci persuade a fare, senza riferimento all'umanità e a Dio, le cose andranno meglio solo se ciascuno di noi, benevolmente e gratuitamente, darà il meglio di sé: mente, cuore, beni, tempo ed energia anche al servizio di malati, anziani, portatori di handicap, ecc.

E così, la *Caritas in veritate* è davvero un'ottima novella per la

società, nel senso che il Santo Padre esorta i cristiani e le persone di buona volontà a ricordare il *meglio* di ciò che significa essere umani, a essere grati a Dio per la miriade di modi in cui Egli ci concede la sua grazia ogni giorno, e a usare i nostri doni e talenti, le nostre risorse, grandi e piccole, come *dono* per gli altri e per rendere il mondo un posto migliore.

Così, proprio come la *Caritas in veritate* ha fatto luce sulla situazione e sulle prospettive di Rosanna, ho fiducia che la sua storia apra per noi alcuni dei suoi modi di trattare le questioni che circondano l'assistenza sanitaria integrale della persona umana, a volte **direttamente** e spesso **obliquamente** inclusa nello sviluppo e nel benessere umano. Come Rosanna, vogliamo applicare l'Enciclica alla nostra situazione e alle nostre sfide.

La globalizzazione è avvicinamento delle persone, ma per ironia della sorte essa, al tempo stesso, ci rende estranei (come ha osservato anche Rosanna). A dispetto delle invenzioni e dei progressi della tecnologia, milioni di persone (1/6 della popolazione mondiale) vanno a letto ogni sera con la fame⁷. E a dispetto di tutte le strutture della finanza internazionale, dello sviluppo e della diplomazia, infuriano guerre, carestie e malattie.



La vita è il fondamento

Quando scrive sulla sua visione dello sviluppo umano, il Santo Padre riflette sulla necessità fondamentale di rispettare il *diritto alla vita*.

"L'apertura alla vita è al centro del vero sviluppo. Quando una società s'avvia verso la negazione e la soppressione della vita, finisce

per non trovare più le motivazioni e le energie necessarie per adoperarsi a servizio del vero bene dell'uomo" (CV, 28).

Purtroppo, le ideologie egoiste e miopi pretendono di ridurre i danni, ma di fatto attaccano la vita stessa e violano i componenti fondamentali della dignità umana, per non parlare della salute a lungo



termine e della felicità.

"Alcune Organizzazioni non governative operano attivamente per la diffusione dell'aborto, promuovendo talvolta nei Paesi poveri l'adozione della pratica della sterilizzazione, anche su donne inconsapevoli. Vi è inoltre il fondato sospetto che a volte gli stessi aiuti allo sviluppo vengano collegati a determinate politiche sanitarie implicanti di fatto l'imposizione di un forte controllo delle nascite. [Il ministero britannico per gli aiuti internazionali ha annunciato, poco prima della visita del Papa in Inghilterra e Galles, che la Gran Bretagna avrebbe dato priorità alla domanda di educazione alla salute riproduttiva nei suoi pacchetti di aiuto]. Preoccupanti sono altresì tanto le legislazioni che prevedono l'eutanasia quanto le pressioni di gruppi nazionali e internazionali che ne rivendicano il riconoscimento giuridico" (CV, 28).

La verità sulla persona umana richiede che le persone di fede e di buona volontà riconoscano le cose per quello che veramente sono – l'odio è odio, l'omicidio è omicidio, l'ingiustizia è ingiustizia – mentre le motivazioni politiche o ideologiche non possono servire come scusa per non riconoscere e affrontare questi problemi umani. Il lungo, doloroso processo di gua-

rigione e riconciliazione nelle famiglie, tra amici, e tra nazioni e popoli, può iniziare solo quando la verità sarà stata stabilita. Quando questa verità è oscurata o quando la vendetta domina i nostri pensieri e le nostre azioni, come individui e come comunità, vengono sempre gettati nuovi semi di conflitto. Solo quando il diritto fondamentale alla vita è rispettato, le esigenze della giustizia possono iniziare a essere soddisfatte.

La salute è tanto fisica quanto spirituale

La *Caritas in veritate* enfatizza sul fatto che lo sviluppo umano non è riducibile al mero sviluppo materiale e tecnologico. Per il Santo Padre "lo sviluppo dell'uomo e dei popoli si colloca a una simile altezza, se consideriamo la *dimensione spirituale* che deve connotare necessariamente tale sviluppo perché possa essere autentico" (77). Allo stesso modo, l'assistenza sanitaria e il benessere della persona umana non possono limitarsi al "**corpo**", alla componente puramente fisica della persona. Essi devono fare i conti anche con la **psiche** e la **componente spirituale** della persona, ed è in questo che il Santo Padre va al di là delle indicazioni degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e del NEPAD (New Partnership for African Development) sul controllo delle malattie e l'accesso alle cure sanitarie, il buon governo, la stabilità economica e la crescita, l'eradicazione della povertà e la sicurezza alimentare come percorso di sviluppo e benessere, in Africa, per richiamare l'attenzione sul "**cuore umano, sede di tutto ciò che destabilizza il continente**". La *Caritas in veritate* suggerisce quindi che l'assistenza sanitaria debba includere anche moralità e cura di spirito/anima: cioè *la malattia dell'anima*.

Guarire la malattia dello spirito

Infine, possiamo descrivere la *buona novella* dell'Enciclica come la *guarigione dello spirito dell'uomo* e la *liberazione della cultura umana*.

Poco dopo la promulgazione della *Caritas in veritate*, nell'ottobre 2009 il Santo Padre ha presieduto il Sinodo per l'Africa. Nell'omelia della Messa di apertura, Egli ha esortato l'Africa e la Chiesa in Africa a custodire il patrimonio culturale e spirituale di cui "*l'umanità ha bisogno ancor più che delle materie prime*". "*Da questo punto di vista* – ha continuato il Santo Padre – *l'Africa rappresenta un immenso «polmone» spirituale, per un'umanità che appare in crisi di fede e di speranza*". Il Papa ha rivolto un appello appassionato all'Africa affinché questo "polmone" spirituale non venga infettato da "due pericolose patologie": il fondamentalismo religioso in combinazione con l'interesse politico ed economico, e una malattia già diffusa nel mondo occidentale, vale a dire, "*il materialismo pratico, combinato con il pensiero relativista e nichilista*". Il Papa vi ha fatto riferimento parlando di "malattia dello spirito" e di "tossici rifiuti spirituali" che il cosiddetto primo mondo esporta contagiando i popoli di altri continenti.

Proprio lo scorso maggio, durante l'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia delle Scienze Sociali, eminenti studiosi e professionisti hanno descritto le *cause tecniche* della crisi economica, tecnologica e sociale, ma hanno anche segnalato "*cause remote*" molto importanti, individuandole come *spirituali* e *morali*⁸. Benché non quantificabile, il *fattore spirituale* è presente in ogni attività umana, distorcendola⁹. Così la Pontificia Accademia sembra affermare con Papa Giovanni Paolo II, che "«Peccato» e «strutture di peccato» sono categorie che non vengono spesso applicate alla situazione del mondo contemporaneo. Non si arriva, però, facilmente alla comprensione profonda della realtà quale si presenta ai nostri occhi, senza dare un nome alla radice dei mali che ci affliggono"¹⁰.

Di conseguenza, rivolgendosi all'Assemblea Plenaria dei Vescovi italiani (27 maggio), Papa Benedetto XVI ha anche fatto riferimento alla gravità della crisi economica attuale e ha affermato la presenza di un'altrettanto grave *crisi spirituale e culturale*¹¹ che non deve essere trascurata. Per il

Papa, questa crisi spirituale e culturale è **umana**. La crisi attuale può manifestarsi nell'ambito dell'economia, del mercato, del commercio e degli affari, della tecnologia, dell'ecologia e della politica, ma è fondamentalmente antropologica nel carattere.

È qui, in ultima analisi, che secondo il Santo Padre deve essere ubicata la crisi attuale: nell'uomo, nella *"malattia del suo spirito"*, nella sua *cultura e spiritualità*, contagiate da *"idee nuove e moderne"*, che egli chiama *"tossici rifiuti spirituali"* e *"patologie"*. Nella cultura dei nostri giorni, poi, come afferma il Papa, *"vi sono pesantezze da cui liberarsi, ombre a cui sottrarsi"* (CV, 59), e la *Buona Novella* è che, nell'incarnazione di Gesù, nell'amore del Padre e nella trascendente Parola di Dio (*logos*), nella **cultura umana** – ciascuna di essa –, compresa quella dei nostri giorni, è offerto lo strumento di liberazione per servire il benessere dell'umanità.

La *Caritas in veritate* articola questo *strumento di liberazione*, e ciò può essere visto come offerta di una dottrina sociale, radicata e originata dal ministero di Gesù, che rende libere tutte le cose, per continuare a *liberare la cultura dell'uomo, il suo stato d'animo e la sua anima dalle pesantezze*, e aiutarli a *sottrarsi alle ombre* delle cosiddette *"idee nuove e moderne"* che riducono la visione dell'uomo della verità e limitano il suo senso della guarigione agli organi del proprio corpo.

– Manifestazione della *malattia dello spirito* è un emergente **equivoco della persona umana, un errato senso dell'uomo**. Il Santo Padre analizza la concezione prevalente di uomo prodotto in questi cinquant'anni dalle scienze umane e dall'ingegneria umana. In nome della **scienza**, questi ambiti altrimenti benefici hanno ceduto a un'ideologia pervasiva, secondo la quale *l'uomo è solo il prodotto della cultura, e si evolve/si modella indipendentemente dalla natura umana e da ogni legge universale insita nel suo essere*. L'uomo è erroneamente convinto di essere il solo autore di se stesso, autore e padrone della sua vita e della società (CV, 34). Si considera autosufficiente, e non solo trascura o

mette da parte Dio, ma lo elimina completamente.

– Come conseguenza di questa malattia, l'uomo pensa di non dovere nulla a nessuno se non a se stesso, e crede di avere *solo* diritti (CV, 43) e non norme e responsabilità naturali. L'individuo è, dunque, *padrone della propria esistenza e interprete autonomo del suo significato*.

In effetti, vi è in tutto ciò una dinamica perversa nella continua domanda moderna di maggiori diritti, della cancellazione di ogni limite, e del progressivo allargamento del campo d'azione dell'uomo, fino a

acqua potabile, di istruzione di base o di cure sanitarie elementari in certe regioni del mondo del sottosviluppo e anche nelle periferie di grandi metropoli" (CV, 43).

– Scollegato così dal *bene comune* e dalla *dimensione universale della legge morale oggettiva* (la legge naturale incisa nel cuore degli uomini), l'uomo cerca ora nel *parere di maggioranza*, per quanto instabile possa essere, la base per determinare la moralità della legge. Ciò ha portato a una deregolazione morale e antropologica, dando l'impressione che *le norme vengono create unicamente per con-*



contemplare l'idea dell'auto-riproduzione. In realtà, questa dinamica, mentre chiude l'uomo in un'auto-produzione egoistica, gli impedisce anche di assumere tutti quei compiti senza i quali tutti i diritti sono risucchiati in una spirale auto-referenziale, che sradica ogni significato¹². Proprio come osserva Benedetto XVI, *"mentre, per un verso, si rivendicano presunti diritti, di carattere arbitrario e voluttuario, con la pretesa di vederli riconosciuti e promossi dalle strutture pubbliche, per l'altro verso, vi sono diritti elementari e fondamentali disconosciuti e violati nei confronti di tanta parte dell'umanità"* (CV, 43).

"Si è spesso notata una relazione tra la rivendicazione del diritto al superfluo o addirittura alla trasgressione e al vizio, nelle società opulente, e la mancanza di cibo, di

senso. La *legge morale*, la più alta istanza di regolamentazione di tutte le leggi, è stata secolarizzata e sostituita dalla *legge civile*, a cui è attribuito un **valore morale**, in ragione del fatto che è stata decisa dai governi **democraticamente eletti per consenso**. Ciò ha generato numerosi punti di vista, posizioni e ideologie totalitarie, e l'essere umano stesso ne è la prima vittima. Negata come realtà in sé, la persona umana è sempre più considerata autocreante e il **prodotto della cultura**.

– Un'altra falsa ideologia ha portato anche alla *falsa utopia di un ritorno all'originario stato naturale dell'umanità*. Ciò separa il progresso dalla sua valutazione morale e quindi dalla responsabilità dell'uomo (CV, 14), e rivela la volontà di *decostruire le concezioni sulla persona umana e le sue istituzioni*

(uomo, donna, famiglia, matrimonio, figli e loro educazione, ecc.). La verità sull'uomo sarebbe allora liberata da ogni modello e forma. L'uomo non sarebbe in alcun modo differenziato. Tutti sarebbero uguali, e tutto sarebbe lo stesso. Questo ci introduce nell'anticamera della **teoria di genere**!



Salute ecologica e salute umana integrale

In questi ultimi anni si è aperta alla consapevolezza umana una nuova dimensione della salute e della malattia che chiede ora interventi urgenti. Viene chiamata *ambiente o ecologia*, e riguarda la solidità e la sostenibilità del nostro habitat, la terra. I problemi emergenti – o addirittura le crisi – dell'ambiente sono stati in gran parte trascurati fino a oggi. “Le grandi novità, che il quadro dello sviluppo dei popoli oggi presenta, pongono in molti casi l'esigenza di *soluzioni nuove*. Esse vanno cercate insieme nel rispetto delle leggi proprie di ogni realtà e alla luce di una visione integrale dell'uomo, che rispecchi i vari aspetti della persona umana, contemplata con lo sguardo purificato dalla carità” (CV, 32). Nella fretta di affrontare le nuove urgenze, alcune linee di pensiero e di pianificazione si

spingono troppo lontano, elevando la natura al di sopra dell'uomo e trattando l'uomo come una minaccia per la natura. In maniera come sempre equilibrata, Papa Benedetto tratta l'ecologia nel più ampio contesto del Creato e del suo Creatore che è nostro Padre. La nostra attenzione intelligente è richiesta dallo “stato di salute ecologica del pianeta; soprattutto lo richiede la crisi culturale e morale dell'uomo, i cui sintomi da tempo sono evidenti in ogni parte del mondo” (CV, 32). Nelle discussioni che avranno luogo durante questa conferenza, le questioni ecologiche dell'inquinamento, la mancanza di acqua potabile, i mezzi di sussistenza dell'agricoltura rovinati dallo sfruttamento sconsiderato delle risorse e altre questioni propriamente ambientali si impongono come condizioni importanti e fondamentali per la salute umana, soprattutto dei poveri e degli emarginati.

Salute psico-spirituale

Come per aiutarci a collocare tutte le considerazioni precedenti in un contesto più ampio, verso la fine dell'Enciclica il Santo Padre tratta di quelle che potremmo chiamare le minacce ultime per la salute umana, vale a dire la malattia mentale collettiva nata da ingannevoli ideologie e il falso sviluppo che minacciano il nostro benessere. Nella seguente citazione notiamo come Papa Benedetto riunisce le tante correnti dello sviluppo umano nella considerazione della **salute** e del **benessere** di “tutto l'uomo e di ogni uomo” (Paolo VI):

“Uno degli aspetti del moderno spirito tecnicistico è riscontrabile nella propensione a considerare i problemi e i moti legati alla vita interiore soltanto da un punto di vista psicologico, fino al riduzionismo neurologico. L'interiorità dell'uomo viene così svuotata e la consapevolezza della consistenza ontologica dell'anima umana, con le profondità che i Santi hanno saputo scandagliare, progressivamente si perde. *Il problema dello sviluppo è strettamente collegato anche alla nostra concezione dell'anima dell'uomo*, dal momento

che il nostro io viene spesso ridotto alla psiche e la salute dell'anima è confusa con il benessere emotivo. Queste riduzioni hanno alla loro base una profonda incomprensione della vita spirituale e portano a disconoscere che lo sviluppo dell'uomo e dei popoli, invece, dipende anche dalla soluzione di problemi di carattere spirituale. *Lo sviluppo deve comprendere una crescita spirituale oltre che materiale [e della salute]*, perché la persona umana è un'«unità di anima e corpo», nata dall'amore creatore di Dio e destinata a vivere eternamente. L'essere umano si sviluppa quando cresce nello spirito, quando la sua anima conosce se stessa e le verità che Dio vi ha germinamente impresso, quando dialoga con se stesso e con il suo Creatore. Lontano da Dio, l'uomo è inquieto e malato. L'alienazione sociale e psicologica e le tante nevrosi che caratterizzano le società opulente rimandano anche a cause di ordine spirituale. Una società del benessere, materialmente sviluppata, ma opprimente per l'anima, non è di per sé orientata all'autentico sviluppo. Le nuove forme di schiavitù della droga e la disperazione in cui cadono tante persone trovano una spiegazione non solo sociologica e psicologica, ma essenzialmente spirituale. Il vuoto [*o malessere*] in cui l'anima si sente abbandonata, pur in presenza di tante terapie per il corpo e per la psiche, produce sofferenza. *Non ci sono sviluppo plenario e bene comune universale senza il bene spirituale e morale delle persone*, considerate nella loro interezza di anima e corpo” (CV, 76).

Conclusione

La *buona novella* per l'assistenza sanitaria integrale radicata nella *Caritas in veritate* è ben riassunta da queste parole del nostro Santo Padre:

“In ogni verità c'è più di quanto noi stessi ci saremmo aspettati, nell'amore che riceviamo c'è sempre qualcosa che ci sorprende. Non dovremmo mai cessare di stupirci davanti a questi prodigi. In ogni conoscenza e in ogni atto d'amore l'anima dell'uomo sperimenta un «di più» che assomiglia molto a un

dono ricevuto, ad un'altezza a cui ci sentiamo elevati. Anche lo sviluppo dell'uomo e dei popoli si colloca a una simile altezza, se consideriamo la *dimensione spirituale* che deve connotare necessariamente tale sviluppo perché possa essere autentico. Esso richiede occhi nuovi e un cuore nuovo, in grado di *superare la visione materialistica degli avvenimenti umani* e di intravedere nello sviluppo un «oltre» che la tecnica non può dare. Su questa via sarà possibile perseguire quello sviluppo umano integrale che ha il suo criterio orientatore nella forza propulsiva della carità nella verità" (CV, 77).

Permettetemi di concludere nel modo in cui ho cominciato. Per Rosanna, che ha perdonato i suoi parenti, che vive per Jomo e per il suo futuro, che insegna ai giovani a essere responsabili di fronte all'AIDS, che guida un piccolo gruppo di sostegno per le donne HIV positive, che vende acqua ai suoi vicini di casa – tutto ha contribuito a prepararla a leggere e apprezzare la *Caritas in veritate*. Sono sicuro che ella ci ha aiutato anche a entrare nell'Enciclica. Il messaggio è nel titolo, PENSARE! AMARE!

Dobbiamo fare entrambe le cose se Rosanna, Jomo e tutti noi vogliamo avere uno sviluppo umano e una salute autentici.

Grazie per la cortese attenzione!

S.Em.za Card. PETER KODWO
TURKSON
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Giustizia e la Pace
Santa Sede

Note

¹ L'accoglienza dell'Enciclica è stata grande, poiché tutti avevano qualcosa con cui identificarsi. A 30 giorni dalla sua pubblicazione, la Radio vaticana ha calcolato circa 4.300 articoli sul web in inglese, francese, italiano, spagnolo e portoghese riguardanti l'Enciclica. Il *Meltwater Group*, allargando la ricerca ad altre lingue, ne ha contati 6.000 (cfr. Gianpaolo Salvini, SJ, "Enciclica 'Caritas in veritate', in *La Civiltà cattolica* #3822, 19 settembre 2009, 458).

² Considerando la lettera della *Sacra Congregazione Concistoriale* a Mons. Liénart, Vescovo di Lille, del 5 giugno 1929, la *Gaudium et Spes* e la *Dignitatis Humanae* del Concilio Vaticano II, la seconda metà della *Deus caritas est* e l'istruzione *Dignitas Personae*, su alcune questioni di bioetica dalla Congregazione per la Dottrina della Fede (8 dicembre 2008), si possono contare 22 documenti ufficiali sulla Dottrina Sociale della Chiesa (cfr. *Le Discours social de l'Eglise*

Catholique: De Léon XIII à Benoit XVI, Bayard Montrouge 2009).

³ L'introduzione all'Enciclica è dedicata al senso di questi due concetti: *amore* e *verità*, alla loro connessione, al loro radicarsi nella vita del Dio uno e trino, alla loro rivelazione all'uomo attraverso Cristo, e alle loro distorsioni per mano degli uomini e nella storia umana. Gesù che rivela e condivide con gli uomini è anche l'unico che possa affrancarli e liberarli dalle distorsioni umane.

⁴ *Caritas in veritate*, n. 5.

⁵ Cfr. *ibid.*, n. 75.

⁶ Cfr. *ibid.* n. 12; *Sollicitudo Rei Socialis*, n. 3.

⁷ United Nations 2009 World Hunger Report.

⁸ Esse riguardano la cupidigia e le presunzioni ideologiche/teoriche.

⁹ Così i ragionamenti sull'essere umano e la sua vocazione perdono di vista il suo essere e carattere interiore: *spirito (anima) e corpo, natura corporale e spirituale*, che è specifica dell'uomo (cfr. *Sollicitudo Rei Socialis*, n. 29), mentre anche l'economia e la finanza sono distorte dalla presunzione sull'infallibilità di false teorie economiche, mentre, per avidità, il lavoro umano viene sostituito al centro della creazione della ricchezza da *attività finanziarie*, effettuate non come mezzo, ma come fine (Cfr. S. ZAMAGNI, "The Lesson and Warning of a crisis foretold: a View from Social catholic Thought", Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia delle Scienze Sociali, Città del Vaticano, 1 maggio 2010).

¹⁰ *Sollicitudo Rei Socialis*, n. 36.

¹¹ "...una crisi culturale e spirituale, altrettanto seria di quella economica". E ha aggiunto: "Sarebbe illusorio – questo vorrei sottolinearlo – pensare di contrastare l'una, ignorando l'altra" (BENEDETTO XVI, Discorso all'Assemblea della Conferenza Episcopale Italiana, 27 maggio 2010).

¹² Cfr. FONTANA, S., *Per una politica di doveri*, Siena, Cantagalli, 2006, p. 12.



GIANFRANCO RAVASI

Euntes docete et curate infirmos (Mt 10,7-8) **Urgenza e pertinenza biblica della missione per gli infermi**

Le labbra e le mani di Gesù sono due presenze capitali nei Vangeli. Da un lato, vi è la sua parola che inquieta e consola, che annuncia l'“evangelo”, la buona novella della salvezza, che provoca alla conversione, alla sequela, all'impegno per l'edificazione del Regno di Dio. D'altro lato, però, ecco i suoi atti di guarigione, il suo chinarsi sulle carni malate, il suo “toccare” i corpi devastati o inerti di tanti emarginati. Infatti, nel Nuovo Testamento, il verbo greco *áptein*, “toccare” (nella forma “media”), risuona 39 volte, mentre la “mano”, *chéir*, appare ben 177 volte.

Le mani di Gesù

Scegliamo solo a caso qualche esempio. Emblematico è il caso dei lebbrosi: “Gli venne incontro un lebbroso. Lo supplicava in ginocchio dicendogli: Se vuoi, puoi guarirmi! Gesù, mosso a compassione, stese la mano, lo toccò e gli disse: Io lo voglio, guarisci! E subito la lebbra scomparve ed egli guarì” (Mc 1,40-41). Questa affezione in Israele era considerata, per la famosa “tesi della retribuzione” (delitto-castigo, quindi malattia-peccato), una vergogna ineliminabile. Il lebbroso non era, perciò, soltanto un malato, ma soprattutto uno scomunicato. Egli era ritenuto come se fosse stato punito da Dio per una colpa gravissima, era costretto a vivere alla periferia dei centri abitati, solitamente in caverne-ghetto o, come Giobbe, in immondezze e doveva segnalare la sua presenza appena all'orizzonte si profilasse un cittadino sano e normale. Si legge, infatti, nel libro biblico del Levitico: “Il lebbroso colpito dalla lebbra indosserà vesti stracciate, avrà il capo scoperto e la barba velata. Andrà, gridando: Immondo! Immondo!... E se ne starà fuori dell'accampamento” (13,45-46). Era, di conseguenza, un uomo socialmente morto, schivato con orrore da tutti i fedeli, timorosi di essere infettati non solo fisiologicamente, ma anche e soprattutto moralmente e sacramentalmente.

broso colpito dalla lebbra indosserà vesti stracciate, avrà il capo scoperto e la barba velata. Andrà, gridando: Immondo! Immondo!... E se ne starà fuori dell'accampamento” (13,45-46). Era, di conseguenza, un uomo socialmente morto, schivato con orrore da tutti i fedeli, timorosi di essere infettati non solo fisiologicamente, ma anche e soprattutto moralmente e sacramentalmente.

Gesù, invece, si mette sulla sua strada, lo accosta e giunge al punto di toccarlo. Non soltanto non lo condanna, ma, come nota Marco, si commuove profondamente (*splanchnisthéis*), lo guarisce e lo invia dai sacerdoti, quasi con una punta di ironia, per farsi rilasciare l'attestazione ufficiale di guarigione e di riammissione nella società civile. Abolendo tutti i tabù della casistica etico-giudiziaria di allora, questo atto miracoloso presenta le caratteristiche di un comportamento originale e fin provocatorio di Cristo che privilegia la cura del sofferente sul rispetto del ritualismo sacrale. Altre volte, invece, è la pura e semplice quotidianità a essere affidata alle mani di Gesù. Pensiamo al caso della suocera febbricitante di Pietro. Le due mani, quella del Salvatore e della malata, s'intrecciano tra loro: «La fece alzare, prendendola per mano e la febbre la lasciò» (Mc 1,31; in Mt 8,15 si legge: “Le toccò la mano”, quasi tastandole il polso come si fa per misurare le pulsazioni accelerate dalla febbre).

Altre volte il gesto è ancor più concreto e diretto, come quando Cristo “pone le dita negli orecchi e con la saliva tocca la lingua del sordomuto” (Mc 7,33), rimandando a una prassi terapeutica arcaica, quel-

la che riconosceva un potere efficace in alcune sindromi alla saliva, atto che viene ripetuto nel caso del cieco nato quando Gesù “sputa per terra, fa del fango con la saliva e lo spalma sugli occhi del cieco” (Gv 9,6). Altre volte semplicemente “tocca gli occhi ai ciechi” (Mt 9,29; 20,34), liberandoli da un'affezione, quella delle sindromi oftalmiche, quasi endemica nell'antico Vicino Oriente, causata da diversi motivi igienici e ambientali.

Cristo rifiuta di indossare i panni di un mago o di un santone di stampo apocalittico. I suoi gesti miracolosi ignorano, infatti, il ricorso agli incantesimi, alle tecniche preternormali, alle scenografie esaltanti, alle eccitazioni oracolari, come avrebbe sognato (ed eventualmente inventato) un seguace in vena di celebrazione del suo maestro e come ancor oggi vediamo accadere in certi movimenti religiosi esasperati e nella curiosità “misterica” popolare. I suoi atti sono, al contrario, elementari. Come si è visto, tocca gli occhi o le orecchie, impone le mani, prega, dialoga col malato. In un'occasione non riesce neppure a guarire subito un malato: è il caso del cieco di Betsaida, sanato in due tappe (nella prima costui riesce solo a vedere “gli uomini come alberi che camminano” in modo confuso; nella seconda “vede chiaramente e a distanza ogni cosa”: Mc 8,22-25). A Gesù, più che il suo personale trionfo e il successo del suo movimento, interessano la fede, la conversione individuale e la liberazione dal male, al punto che può persino guarire in disparte dalla folla per evitare pubblicità. L'anima della sua azione è religiosa e non propagandistica o apologetica.

Cristo rifiuta di cavalcare il febbrile entusiasmo messianico-politico dei suoi contemporanei; egli si premura soprattutto di annunziare la venuta del Regno di Dio. Infatti, i miracoli sono quasi una predicazione in atto del Regno, ne sono una rappresentazione efficace e “simbolica”, ne sono una conferma “sperimentale”. In una frase, considerata dagli studiosi come trasmessa da un’antica tradizione aramaica pre-evangelica, Gesù esclama: “Guai a te, Corazin! Guai a te, Betsaida! Perché, se a Tiro o a Sidone fossero stati compiuti i miracoli operati in mezzo a voi, già da tempo avrebbero fatto penitenza, rinvolti nel cilicio e nella cenere!” (Mt 11,21). I miracoli, nelle intenzioni di Gesù, s’intrecciano intimamente con la sua parola e diventano un appello “visibile” alla conversione e alla fede, in coerenza col suo comportamento generale, e non grandi segni pubblicitari e promozionali di un messianismo politico e magico, come avrebbe voluto Satana nel celebre racconto delle tentazioni quando gli propone scelte clamorose e spettacolari (Mt 4,1-11; Lc 4,1-13). Il legame intimo tra miracoli e fede nel Regno di Dio è formalizzato da Gesù stesso quando dichiara: “Se io scaccio i demoni per virtù dello Spirito di Dio, è certo giunto tra voi il Regno di Dio” (Mt 12,28).

In “continuità” col suo stile costante di predicazione e di azione in favore dei poveri, degli emarginati e degli esclusi da parte dell’“ufficialità” del suo tempo, Cristo destina soltanto a costoro la sua parola miracolosa, efficace e salvatrice. Per questo, dobbiamo affermare che Regno di Dio, morte e risurrezione e miracoli fanno parte di un unico sistema coerente che definisce il Gesù storico nella sua costante personalità, ma anche della sua originalità. Un capitolo a sé stante in questo senso – che però non possiamo affrontare all’interno della nostra trattazione molto semplificata e specifica – è quello dei racconti evangelici nei quali Cristo si erge a fronteggiare il demoniaco attraverso la liberazione degli ossessi.

Si tratta di un esplicito confronto con la radice oscura del male che ha in sé una dimensione anche morale e trascendente e che, quin-

di, non è riducibile solo alla malattia. Certo, in alcuni casi, ci ritroviamo semplicemente di fronte a rivestimenti “satanici” di pure e semplici sindromi gravi psico-fisiche: pensiamo al ragazzo “indemoniato” guarito ai piedi del monte della Trasfigurazione che rivela la tipica sintomatologia dell’epilessia (“Quando lo spirito muto lo afferra, lo getta a terra ed egli schiuma, digrigna i denti e si irrigidisce... Preso dalle convulsioni, cade a terra e vi si rotola schiumando” Mc 9,18.20). Altre volte, però, è esplicitamente in causa il mistero di Satana che travolge la persona, persino quando essa è in preghiera in sinagoga (Mc 1,21-26): anche su questo male morale, come su tutto l’orizzonte tenebroso del peccato, la mano di Cristo non esita a posarsi divenendo sorgente di liberazione e salvezza.



In questa luce i miracoli di Gesù, che occupano ampio spazio del suo ministero pubblico (all’incirca il 45% del racconto marciano dell’attività ufficiale di Cristo – escluse la Passione e la Risurrezione – è fatto di narrazioni di miracoli), sono un elemento fondamentale del suo ritratto, a tal punto che non è solo Gesù a “toccare” i malati per sanarli, ma sono loro che lo cercano per essere guariti: “Quanti avevano qualche male si gettavano su di lui per toccarlo... Lo supplicavano di poter toccare almeno il lembo del suo mantello e quanti lo toccavano venivano salvati” (Mc 3,10; 6,56; si ricordi l’episodio dell’emorroissa in Mc 5,27-31). È per questo realismo – come notava uno scrittore italiano, Luigi San-

tucci, nella sua “vita di Gesù” intitolata *Volete andarvene anche voi?* (1969) – che “noi raccontiamo i miracoli di Cristo come cose capitate a noi, perché ognuno di noi, solo che pensi alla sua storia, è stato a Cafarnaon, sul lago di Tiberiade, ha conosciuto la paralisi, la febbre, la follia, le tempeste, la morte. Mille volte ci è stato detto: «Sii guarito!» e il nostro essere è rinato, «Sii mondato!» e le nostre piaghe sono scomparse, «Vieni fuori!» e la pietra del sepolcro si è spalancata sul nostro buio”.

Le mani dei discepoli

Vi è, però, a questo punto un elemento decisivo da aggiungere, quello dell’*imitatio Christi* da parte del discepolo. E questo avviene sulla base di una precisa missione

che risale allo stesso Gesù storico. Infatti, come è noto, durante il suo ministero pubblico al gruppo dei discepoli egli assegna un preciso mandato che ha la sua formulazione lapidaria all’interno del secondo dei cinque discorsi incastonati nella struttura del Vangelo di Matteo, il cosiddetto “Discorso missionario”. In questo testo si formula in modo netto lo stesso incrocio tra parola e atti, tra labbra e mani che aveva delineato il ritratto del volto del Maestro e Signore: “Predicate, dicendo che il Regno dei cieli è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, purificate i lebbrosi, scacciate i demoni” (10,7-8).

Da un lato, si ha dunque il *kérygma*, l’“annuncio” (*keryssete*, “predicate”) che ha – come per la

stessa predicazione di Cristo (Mt 4,17) – il suo programma nella proclamazione del Regno, ossia del progetto di salvezza di Dio. D'altro lato, ecco i segni del Regno in azione, espressi nei quattro imperativi che definiscono altrettante categorie di persone da liberare dal male, sul modello del comportamento di Cristo nel suo agire pubblico: i malati (*asthenountes*) da curare (*therapéuete*), i morti (*nekroús*) da risuscitare (*eghéirete*), i lebbrosi (*leproús*) da purificare sia fisicamente sia socialmente, come sopra si è detto (*katharízete*), e infine la vittoria sui *daimónia*. Ebbene, questo programma è messo in opera subito dopo, attraverso la prima missione apostolica allorché Gesù “mandò [i suoi discepoli] a due a due, dando loro il potere sugli spiriti impuri” (Mc 6,7).

La loro attività missionaria è esplicitamente modulata sia sull'annuncio, quindi sulla parola: “Proclamavano che la gente si convertisse”, sia sull'opera taumaturgica perché le loro mani “scacciavano molti demoni e ungevano di olio gli infermi, guarendoli” (Mc 6,13). È ciò che si ribadirà anche nella missione post-pasquale dei discepoli, allorché il Cristo risorto dichiara che i suoi discepoli “nel mio nome scacceranno demoni, imporranno le mani ai malati e questi guariranno” (Mc 16,17-18). In pratica, abbiamo in questi passi sinottici l'anticipazione della promessa giovannea dei discorsi dell'ultima cena: “Chi crede in me, anch'egli compirà le opere che io compio e ne compirà di più grandi di queste, perché io vado al Padre” (Gv 14,12). Il ministero di rivelazione e di salvezza, di cui i miracoli sono segni, da Cristo proseguirà nei discepoli, ossia nella Chiesa, suo corpo glorioso operante nella storia.

Se volessimo cercare un modello esemplare di quest'azione di liberazione e di amore svolta dal discepolo, potremmo rimandare alla figura parabolica del Buon Samaritano che, non solo si commuove “visceralmente” (*splanchnísthe*), partecipando alla sofferenza dello sventurato, ma anche lo cura con premura e con carità operosa: “Gli fasciò le ferite, versandovi vino e olio; poi lo caricò sulla sua caval-

catura, lo portò in un albergo e si prese cura di lui” (Lc 10,33-34). È ciò che è compiuto dagli Apostoli nel loro ministero pubblico. Significativa è, al riguardo, la testimonianza delle due colonne della cristianità delle origini, Pietro e Paolo, all'interno del racconto degli Atti.

Al paralitico Enea di Lidda – come era già accaduto per lo storpio della Porta Bella del tempio di Gerusalemme, sanato da Pietro e Giovanni (At 3,1-10) – Pietro proclama: “Enea, Gesù Cristo ti guarisce; alzati...!” (At 9,32-35). L'opera del discepolo si fonda, perciò, sulla salvezza offerta da Cristo. Similmente, a Giaffa è ancora Pietro a ripetere gli stessi atti di Gesù nei confronti della figlia di Giairo (Mc 5,41: “Prese la mano della bambina e le disse: *Talità kum*, Fanciulla, io ti dico, alzati!”). Infatti, a Tabità adagiata sul letto funerario dichiara: “Tabità, alzati! Ed ella aprì gli occhi, vide Pietro e si mise a sedere. Egli le diede la mano e la fece alzare” (At 9,40-41).

Una scena, per certi versi, analoga anche se molto più “quotidiana”, vede per protagonista l'apostolo Paolo. Alle spalle egli ha l'impressionante vicenda del naufragio che l'ha scaraventato sulle coste dell'isola di Malta. Là il governatore romano locale (*prótos*) di nome Publio soccorre e ospita con benevolenza l'apostolo che gli ricambia il gesto in modo inatteso. “Avvenne, infatti, che il padre di Publio giacesse a letto, colpito da febbri e dissenteria. Paolo andò a visitarlo e, dopo aver pregato, gli impose le mani e lo guarì. Di fronte a questo fatto, anche gli altri abitanti dell'isola che avevano malattie accorrevano e venivano guariti” (At 28,8-9).

Preghiera e malattia

È significativo che anche l'Apostolo metta in pratica l'appello di Cristo a imporre le mani e a sanare. Ma sempre si ha l'attenzione a evitare di concepire questi atti come puri e semplici eventi taumaturgici. Infatti, o si invoca esplicitamente il nome di Cristo oppure si intreccia il gesto con la preghiera. È su questo duplice elemento che possiamo introdurre un'ultima

considerazione che unisce labbra e mani in una forma particolare, quella della preghiera e della guarigione. Leggiamo innanzitutto il testo di riferimento che abbiamo scelto e che è desunto dalla *Lettera di Giacomo*, un passo meritevole di essere meditato sia dai malati sia dagli operatori pastorali nel campo della sofferenza. “Chi tra voi è nel dolore, preghi; chi è nella gioia, canti salmi. Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghi su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato: il Signore lo rialzerà e se ha commesso peccati, gli saranno perdonati. Confessate perciò i vostri peccati gli uni agli altri e pregate gli uni per gli altri per essere guariti. Molto vale la preghiera del giusto fatta con insistenza” (Gc 5,13-16).

Come è noto, è stato proprio sulla base di questo passo che la tradizione cristiana ha celebrato il sacramento dell'unzione degli infermi, purtroppo in passato degenerato spesso in “estrema unzione”, quasi fosse solo un atto sacro riservato ai moribondi. Il Concilio di Trento ha stabilito solennemente che si tratta di un “sacramento istituito da Cristo nostro Signore e promulgato dal beato Giacomo apostolo”. Come già si è detto, nel Vangelo di Marco si racconta che i discepoli, inviati da Gesù per una prima missione, “ungevano con olio molti infermi e li guarivano” (6,13). Ora, nell'antico Vicino Oriente l'olio era considerato come un tonificante dei tessuti dell'organismo, tant'è vero che lo si spalmava sugli atleti. Tuttavia, l'olio sacro era anche la materia delle consacrazioni regali e sacerdotali perché esso aveva la funzione di irradiare nell'eletto la stessa forza ed energia di Dio. Famosa è la frase che il profeta Isaia dichiara per se stesso e per la sua vocazione profetica, ma che Cristo applica alla sua consacrazione messianica: “Lo Spirito del Signore è sopra di me, perché il Signore mi ha consacrato con l'unzione...” (Is 61,1; Lc 4,18-19).

Ebbene, ritorniamo ora al testo della *Lettera di Giacomo* ove troviamo vari elementi che ci permettono di poter intuire la realtà del sacramento: la sofferenza, la pre-

ghiera, il malato, il suo appello, i presbiteri della Chiesa, cioè i capi della comunità, l'unzione con l'olio, l'invocazione del nome del Signore, la guarigione e il perdono dei peccati. Cerchiamo, allora, di definire la fisionomia di quel sacramento, cioè di quel dono della grazia divina offerto nella Chiesa a chi crede nel Signore Gesù, che viene spesso amministrato nei nostri ospedali e che, non di rado, è celebrato in modo comunitario, proprio come si conviene a un vero sacramento e come suggerisce la stessa *Lettera di Giacomo*. Si hanno innanzitutto i ministri del sacramento: essi sono i presbiteri. Si indicano poi i destinatari: sono i malati (il verbo greco *asthenein* parla di "essere infermo, debole"), non i moribondi. Infatti, si ricorda che devono essere in grado di chiamare loro stessi i presbiteri, cioè di avere una coscienza e un segno di libertà e di adesione, come è richiesto – almeno implicitamente – da ogni sacramento perché non si trasformi in un atto quasi magico.

In questa linea si è mossa la recente Pastorale della Sofferenza che conferisce l'unzione ai malati consapevoli, senza certamente escludere quelli che, in situazione critica o in agonia, hanno, con la loro vita o almeno con un loro orientamento generale, mostrato un'apertura alla grazia nella fede. Purtroppo, come si diceva, per taluni cristiani l'unzione dei malati è ancora soltanto l'"estrema unzione" del malato terminale, per non dire appena spirato: una volta, in-

fatti, si amministrava spesso il sacramento *sub conditione*, vale a dire in modo condizionato alla sua reale capacità di vita, non verificabile esteriormente. Passiamo poi, dopo il ministro e il soggetto del sacramento, a quella che si usava chiamare la "materia" del sacramento.

Due sono gli elementi da considerare nel rito. Da un lato, l'unzione con l'olio santo secondo quel simbolismo a cui sopra abbiamo fatto riferimento; dall'altro lato, vi è la preghiera che comprende una vera e propria formula di unzione, tant'è vero che si fa riferimento al "nome del Signore" secondo una dimensione liturgica ben nota e collegata a questa espressione. Si passa, infine, agli effetti del sacramento che sono di due tipi. Vi è la salvezza fisica, la salute offerta dal Dio della vita al malato che, così, potrà rialzarsi dal letto ove prima era giacente. Ma vi è anche la salvezza spirituale che è la liberazione dal peccato, qualora il malato fosse ancora coinvolto nel suo male interiore o comunque riconoscesse di aver bisogno della misericordia divina per la sua fragilità di creatura debole e infedele. Si intravede in questa unione tra malattia e peccato già la citata antica tradizione biblica detta "della retribuzione" che cercava di individuare alla radice di ogni malattia una colpa (si legga, ad esempio, il salmo 38).

Gesù ridimensionerà di molto questa concezione. Basti leggere l'inizio del racconto del cieco nel

Vangelo di Giovanni: "Passando Gesù vide un uomo cieco dalla nascita e i suoi discepoli lo interrogarono: «Rabbì, chi ha peccato, lui o i suoi genitori, perché nascesse cieco?». Rispose Gesù: «Né lui ha peccato né i suoi genitori, ma è così perché si manifestassero in lui le opere di Dio»" (9,1-3). Si può, comunque, intravedere in questa menzione del perdono dei peccati un'affermazione più generale sulla funzione di salvezza di ogni sacramento, quella cioè di liberare l'uomo dal male e di inserirlo nella vita stessa di Dio. Dicevamo sopra che è necessaria la risposta dell'uomo al dono di Dio: essa si manifesta nella fede del malato che accoglie la grazia offerta da Cristo. Nel passo di Giacomo si parla appunto in modo esplicito di fede: "La preghiera fatta con fede salverà il malato". Si incrociano, così, le due dimensioni del sacramento: da un parte, ecco l'azione efficace di Dio che salva, dall'altra, ecco la scelta libera dell'uomo che si affida al Signore nella fede e nella preghiera e partecipa alla vita e al culto della comunità ecclesiale, luogo di salvezza. Possiamo, quindi, riportare questo sacramento al suo ambito ecclesiale, alla sua celebrazione solenne e alla sua funzione di segno efficace di salvezza e di speranza per quanti vivono nella tenebra del dolore.

S. Em.za Card. GIANFRANCO
RAVASI
*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Cultura
Santa Sede*



ANGELO AMATO

La *salus animarum* nella cura pastorale del malato

1. La persona che soffre non lascia indifferenti, interpella. Il malato, nella sua debolezza e impotenza, è portatore di una invocazione di aiuto, di assistenza, di vicinanza, di condivisione. La sua dolorosa situazione evidenzia la fragilità e la debolezza della nostra umanità e il suo impellente bisogno di guarigione fisica e di redenzione spirituale.

La sua "voce" fa risuonare in noi una verità spesso celata e cioè la realtà della nostra finitezza, limitatezza e delle conseguenze di quel peccato originale, che porta con sé sofferenza, malattia e morte.

Anche nella sua fragilità, però, il malato resta pur sempre una persona creata a immagine somigliantissima a Dio e redenta dal sangue prezioso del suo Figlio Gesù Cristo.

Nel Vangelo Gesù ha prediletto i poveri, gli emarginati, gli infermi. Oltre, che medico delle anime, egli si è presentato anche come medico dei corpi, guarendo sordomuti, lebbrosi, paralitici e risuscitando i morti. Per lui l'uomo era ferito sia dal peccato sia dalle infermità. A entrambi questi suoi limiti egli poneva rimedio, rimettendo i peccati e restituendo la salute fisica. Per lui, la guarigione era come la porta santa per immettere nel cuore dell'ammalato l'abbondanza della grazia divina. L'infermo veniva così restituito alla salute fisica e spirituale. La guarigione fisica costituiva l'immagine visibile della guarigione spirituale invisibile. Questa relazione tra cura della malattia e cura dell'anima è una indicazione importante, per i percorsi pastorali degli operatori cristiani della salute.

Le cure mediche possono essere accompagnate, nella libertà e nel sacro rispetto della coscienza altrui, dalle medicine spirituali, per guarire altre infermità invisibili, ma reali, come l'ignoranza del proprio es-

sere cristiano, la trascuratezza della propria condotta di vita, l'oscuramento della propria esistenza di fede. L'invocazione della guarigione fisica può essere unita alla cura della salute spirituale.

2. Di qui l'urgenza di un servizio che possono e devono prestare quanti operano nel campo della Pastorale della Salute, siano essi parroci, cappellani ospedalieri, religiosi, suore, ministri straordinari della comunione o volontari a vario titolo. Si tratta di un accompagnamento spirituale che può integrare con prudenza la catechesi, l'amministrazione dei sacramenti e anche, all'occorrenza, il primo annuncio del Vangelo di Gesù Cristo. Nella nostra società multirazziale e multireligiosa, non si può non proporre la buona notizia della salvezza in Gesù Cristo, senza alcuna costrizione alcuna e nella più rigorosa attenzione al rispetto della coscienza altrui.

Per i cristiani che spesso, frastornati da una società distratta e superficiale, dimenticano la cura della propria anima, gli operatori di pastorale non possono non valorizzare i sacramenti, soprattutto quelli della Riconciliazione e dell'Eucaristia. Con il primo si libera l'anima dei malati dalle angosce e dalle paure che accompagnano sempre, consciamente o inconsciamente, una situazione peccaminosa, restituendo serenità e gioia di vivere. Con l'Eucaristia si immette nel cuore dell'infermo quella grazia divina, che impregna di carità e di santità la sua persona, i suoi sentimenti, i suoi pensieri, le sue azioni, donando il coraggio e la forza necessari per poggiare il proprio capo sul petto del Crocifisso, per condividere con lui sofferenze e umiliazioni che spesso la malattia porta con sé.

3. Particolare attenzione, gli operatori di pastorale devono portare all'uso del sacramento degli infermi. La Chiesa, infatti, avendo ricevuto dal Signore l'imperativo di guarire gli infermi, si impegna ad attuarlo con le cure verso i malati e con le preghiere di intercessione: "Essa soprattutto possiede un Sacramento specifico in favore degli infermi, istituito da Cristo stesso e attestato da san Giacomo: «Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio nel nome del Signore» (Gc 5,14-15)".¹

Questo sacramento, come si sa, può essere reiterato più volte, ogni qualvolta si verifica un aggravarsi della malattia. Forse conviene ricordare, che questo sacramento può essere amministrato solo da sacerdoti, siano essi vescovi o presbiteri².

Gli effetti di questo sacramento sono particolarmente importanti. Anzitutto esso conferisce una grazia particolare, che unisce più intimamente il malato alla passione di Cristo, per il suo bene e per quello di tutta la Chiesa. Gli dona, inoltre, conforto, pace, coraggio e anche il perdono dei peccati, se il malato non ha potuto confessarsi. Questo sacramento consente talvolta, se Dio lo vuole, anche il recupero della salute fisica. Infine, l'unzione prepara il malato al passaggio nella Casa del Padre³.

4. La grazia divina dà alla malattia e alla sofferenza un particolare valore di purificazione e di redenzione. Il *Compendio del Catechismo della Chiesa Cattolica* insegna: "La compassione di Gesù verso gli ammalati e le sue numerose guarigioni di infermi sono un chiaro segno che con lui è venuto il Regno di Dio e quindi la vittoria sul peccato, sulla sofferenza e sulla

morte. Con la sua passione e morte, egli dà un nuovo senso alla sofferenza, la quale, se unita alla sua, può diventare mezzo di purificazione e di salvezza per noi e per gli altri” (n. 315).

La stessa infermità, con il suo fardello di debolezza fisica, può diventare anche un’opportunità di maturazione religiosa e, talvolta anche una vocazione alla perfezione cristiana e alla stessa santità. È questa l’esperienza consueta non solo di consacrati e consacrate e di ministri di Dio, ma anche di laici e laiche, che, colpiti dalla malattia, sono diventati testimoni eroici di fede, di speranza e di carità.

Cito solo due esempi di laici, beatificati solennemente quest’anno di grazia 2010. Sono ammalati che hanno fatto del letto di sofferenza un altare per offrire al Signore le loro pene fisiche e una cattedra per educare i sani a ringraziare Dio per la loro salute fisica. Si tratta del Beato Manuel Lozano Garrido, detto “Lolo”, giornalista e scrittore, beatificato a Linares in Spagna, il 12 giugno scorso, e della giovane focolarina, Chiara Badano, beatificata qui a Roma, il 25 settembre 2010.

Saliti sulla croce della sofferenza accanto a Gesù, la grazia divina ha fortificato le loro anime trasformando il loro Calvario nel Tabor della trasfigurazione. Colpiti da malattie gravi e invalidanti, entrambi, nutriti di grazia divina mediante i sacramenti della Riconciliazione e dell’Eucaristia, sono stati maestri di serenità, di forza cristiana, convertendo la loro malattia in missione di evangelizzazione e di conversione.

Lolo, con gli occhi spenti del corpo, affinché gli occhi della fede per poter scorgere in lui e nel prossimo la luce dello Spirito Santo. Per questo soleva dire che le stelle si vedono di notte. Nonostante gli arti rattappiti, egli si spostava agilmente col cuore e con la mente, viaggiando nei cieli della verità e della bellezza. I suoi malanni fisici lo resero più sensibile alle armonie spirituali, diversamente da noi, che, storditi dalla marea di futili immagini quotidiane e intontiti dal frastuono dei loro suoni, non riusciamo più a percepire il canto del creato, finendo per diventare, noi sì, ciechi e sordi. Lolo vedeva e capiva

le mille presenze benefiche della Divina Provvidenza nella sua vita personale e nella storia dell’umanità. Per questo la sua esistenza non fu segnata dalla tristezza, ma dalla gioia; non dai rimpianti ma dall’intraprendenza apostolica; non dalla solitudine ma dalla comunicazione e dall’amicizia con tutti, grandi e piccoli, sani e malati, poveri e ricchi. La sua fu una esistenza di autentica santità evangelica.



Un secondo esempio è dato dalla diciottenne focolarina Chiara Badano. L’amore a Gesù Abbandonato le infuse quell’energia spirituale, quella grazia capace di sopportare ogni avversità. Colpita a 16 anni da osteosarcoma, accetta la croce con dolore, ma con serena forza: “Non ho più le gambe e mi piaceva tanto andare in bicicletta, ma il Signore mi ha dato le ali”¹. Soffriva, ma l’anima cantava. Rifiuta la morfina perché – diceva – “mi toglie lucidità e io posso offrire a Gesù soltanto il mio dolore”. Alla fine di dicembre del 1989, quando la malattia la stava divorando, riceve da Chiara Lubich un messaggio di Vita: “Chi rimane in me ed io in lui, questi porta molto frutto” (Gv 15,5). Il 26 luglio del 1990, la Lubich le dà un nome nuovo, “Luce”. Nome indovinatissimo, perché Chiara diventò un’esplosione di luce divina, che sorprende tutti, giovani e adulti. Diceva spesso: “Gesù è da amare e basta”. Coloro che la visitavano credevano di portarle affetto e consolazione, ma in realtà erano loro a ricevere conforto e incoraggiamento. Il suo apostolato era unire armonicamente questa valle di lacrime con la Gerusalemme celeste. L’incontro con Chiara –

arriva a dire un teste – dava “la sensazione di incontrare Dio”.

5. Nell’Enciclica *Spe salvi* il Santo Padre Benedetto XVI nota che: “La misura dell’umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente. Questo vale per il singolo come per la società” (n. 30). In questo senso la Chiesa continua a offrire un contributo di incalcolabile valore per promuovere un mondo più capace di accogliere e curare i malati come persone.

Concludo, con un richiamo al Venerabile Papa Giovanni Paolo II, che, all’apice della sua personale sofferenza fisica, non nascosta ma mostrata al mondo con umiltà e forza, nel messaggio per la XIII Giornata Mondiale del Malato, invitò a valorizzare meglio la Pastorale della Salute, affermando: “Nella nostra epoca, segnata da una cultura imbevuta di secolarismo, si è talora tentati di non valorizzare appieno tale ambito pastorale. Si pensa che altri siano i campi in cui si gioca il destino dell’uomo. Invece, è proprio nel momento della malattia che si pone con più urgenza il bisogno di trovare risposte adeguate alle questioni ultime riguardanti la vita dell’uomo: le questioni sul senso del dolore, della sofferenza e della stessa morte, considerata non soltanto come un enigma con cui faticosamente confrontarsi, ma come mistero in cui Cristo incorpora a Sé la nostra esistenza, aprendola ad una nuova e definitiva nascita per la vita che mai più finirà. In Cristo sta la speranza della vera e propria salute, la salvezza che Egli porta è la vera risposta agli interrogativi ultimi dell’uomo. Non c’è contraddizione fra salute terrena e salute eterna, dal momento che il Signore è morto per la salute integrale dell’uomo e di tutti gli uomini”.

S.Em.za Card. ANGELO AMATO,
SDB
Prefetto della Congregazione
delle Cause dei Santi
Santa Sede

Note

¹ *Compendio del Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 315.

² *Ivi*, n. 317.

³ *Ivi*, n. 319.

⁴ *Informatio Relatoris*, p. 2.

LUIS GOMES SAMBO

Accesso alle cure sanitarie primarie: 32 anni dopo Alma Ata quali progressi sono stati raggiunti nel continente africano?

È un grande onore e un privilegio per me essere qui in Vaticano, e rivolgermi a questa augusta assemblea di eminenti personalità. Vorrei esprimere profondo apprezzamento e gratitudine a Sua Santità Benedetto XVI per la sua ultima Enciclica, *Caritas in veritate*, in cui ci fornisce profonde riflessioni su questioni sociali ed economiche legate alle ineguaglianze e al sottosviluppo del mondo oggi. Portando avanti concetti quali *sviluppo umano integrale* e *sviluppo come vocazione*, e promuovendo il *rispetto per la dignità umana* e l'*uguaglianza tra gli uomini*, il Pontefice ricorda alla comunità internazionale e ai suoi leader i loro doveri e le loro responsabilità nel fronteggiare la condizione di miliardi di persone che vivono oggi in povertà.

Una delle caratteristiche fondamentali della salute pubblica è la filosofia alla base della giustizia sociale. Fattori significativi nella società quali distinzione di classe sociale, razzismo, etnia, cultura e differenze di norme e valori, compromettono l'equa distribuzione dei benefici e degli oneri sociali. Tali differenze creano spesso tensioni e conflitti tra le persone e le istituzioni che hanno vedute e interessi opposti. Le tensioni, poi, si ripercuotono sulla salute, come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

Come movimento sociale, l'assistenza sanitaria primaria è di natura pubblica e politica, ma è fondata sulle scienze biologiche, fisiche, sociali e comportamentali. L'approccio dell'assistenza sanitaria primaria ha fornito un nuovo pensiero per la salute pubblica che abbraccia conoscenza e risposte alle nuove minacce alla salute pub-

blica e ai loro determinanti. La sua pratica coinvolge una vasta gamma di soggetti e iniziative all'interno dei sistemi sanitari.

Il tema che mi è stato chiesto di trattare a questo incontro, "Accesso alle cure sanitarie primarie: 32 anni dopo Alma Ata quali progressi sono stati raggiunti nel continente africano?", è tempestivo e pertinente soprattutto se collocato nel contesto degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e il loro raggiungimento entro il 2015. Questa Conferenza internazionale è quindi un momento propizio per riflettere e fare il punto della situazione.

Nel mio intervento, passerò prima brevemente in rassegna il concetto di assistenza sanitaria di base e quanto è stato realizzato dopo la Conferenza di Alma Ata del 1978. Sulla base delle ultime statistiche disponibili, farò poi una panoramica dell'implementazione dell'assistenza sanitaria e dei fattori che ostacolano il progresso verso il conseguimento di un accesso universale alle cure sanitarie. Nella sezione finale del mio intervento mi concentrerò sul ruolo della Chiesa.

Il concetto di assistenza sanitaria di base

Permettetemi di ricordare gli sviluppi storici che hanno portato alla nascita del concetto di *assistenza sanitaria primaria*. A mio parere, tre eventi principali hanno gettato le basi per l'assistenza sanitaria primaria. In primo luogo, nel 1973, un studio globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) su "Metodi per promuovere lo sviluppo dei servizi sanitari di base", che ha rivelato l'incapacità dei servizi sanitari di soddisfare le aspettative

della maggioranza della popolazione a causa dei costi crescenti e delle disparità di accesso alle cure sanitarie. In secondo luogo, la 30ª Assemblea Mondiale della Sanità, del 1977, che ha convenuto che il principale obiettivo sociale da attuare entro il 2000 sarebbe stato il raggiungimento da parte di tutti i popoli di un livello di salute che permetta loro di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. Terzo, la Conferenza internazionale del 1978 sull'Assistenza Sanitaria Primaria, tenutasi ad Alma Ata nell'ex Unione Sovietica, che ha ribadito l'obiettivo della "salute per tutti" e ha adottato l'assistenza sanitaria primaria come strategia per raggiungere questo obiettivo entro il 2000.

Da un lato, a causa della sua attenzione primaria alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, l'*assistenza sanitaria primaria* fu avanzata e accettata come strategia di costo-efficacia per conseguire la *salute per tutti*. Dall'altro, sono stati confermati i principi alla base dell'assistenza sanitaria primaria, come giustizia sociale, equità, diritti umani, accesso universale ai servizi, coinvolgimento comunitario, e priorità per i più vulnerabili. Questi principi hanno suscitato interesse e sono stati ampiamente accettati all'interno della comunità internazionale e tra le persone di buona volontà.

La necessità di una copertura universale dei servizi sanitari è fondamentale oggi come lo era ad Alma Ata 32 anni fa. L'attuale clima sociale, economico, politico e ambientale, l'impatto della globalizzazione, e i progressi della scienza della salute e della tecnologia, richiedono riforme del settore sanitario per ottenerne un conti-

nuo adattamento alla complessità e al cambiamento. Tali riforme dovrebbero essere guidate da politiche sanitarie basate sull'evidenza che tengano conto anche di valori fondamentali come l'equità, i diritti umani e la giustizia sociale.

Oggi, nell'Africa sub-sahariana persistono un certo numero di sistemi sanitari e di sfide alla sanità pubblica. Queste sfide compromettono lo stato di salute delle persone e la loro capacità di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva.

Le attuali carenze nei sistemi sanitari possono essere raggruppate in cinque categorie.

In *primo* luogo, vi è una situazione apparentemente paradossale per cui quelle persone che, nella società, hanno maggiori possibilità finanziarie e relativamente meno probabilità di avere bisogno di servizi di assistenza sanitaria ne consumano di più rispetto a coloro che hanno meno mezzi e maggiore bisogno di tali servizi. Ciò riflette un *accesso iniquo alle cure sanitarie*.

In *secondo* luogo, la stragrande maggioranza delle persone nella regione mancano di protezione sociale, e una gran parte dei pagamenti per i servizi sanitari avvengono inevitabilmente di tasca propria. La maggior parte di queste persone vive con scarse risorse e in condizioni precarie, quasi sull'orlo della povertà. Milioni di loro, di fronte alle malattie più importanti e alle spese sanitarie catastrofiche, scivolano facilmente e rapidamente nella povertà. Questa situazione riflette *sistemi sanitari impoveriti* che devono essere affrontati.

Terzo, dopo aver guadagnato ampi consensi, l'approccio olistico alle cure sanitarie per le persone e le famiglie si insegna nelle scuole di medicina e di salute pubblica in tutto il mondo. Tuttavia, in pratica, nelle strutture sanitarie l'eccessiva specializzazione e un approccio eccessivamente incentrato sui programmi di controllo verticale della malattia creano quasi ovunque situazioni di *assistenza sanitaria frammentata* in cui le malattie sono gestite a prescindere dalla dimensione sociale e mentale.

Quarto, i sistemi sanitari nella regione africana dispongono di risorse insufficienti. Pertanto, in una situazione del genere garantire si-

curezza ottimale, standard igienici e protezione dai farmaci contraffatti è davvero un compito titanico. Tali *cure non sicure*, come vengono chiamate, porta ad alti tassi di infezioni ospedaliere evitabili, e a molte altre complicazioni.

In *quinto* luogo, è una conoscenza epidemiologica comune che l'onere della malattia si affronta meglio attraverso la promozione della salute e la prevenzione e il controllo delle malattie. Tuttavia, le priorità dei finanziamenti di solito destinano maggiori risorse agli ospedali e altri servizi curativi. Tali deformazioni nella distribuzione delle risorse all'interno del sistema sanitario porta a ciò che è ormai noto come *misdirected care*, cioè una cattiva assistenza.

L'attuazione dell'approccio dell'assistenza sanitaria primaria per rafforzare i sistemi sanitari ha il potenziale per allargare i guadagni derivanti da investimenti sanitari per assistere un numero maggiore di persone nel mondo. Le caratteristiche essenziali dell'assistenza sanitaria primaria comprendono:

Centralità della persona – che significa focalizzare le esigenze dei singoli individui, delle famiglie e delle comunità a livello locale.

Pieno coinvolgimento degli individui, delle famiglie e delle comunità nel processo decisionale riguardante la propria salute e l'assistenza sanitaria.

Completezza – oltre a offrire servizi di cura, l'assistenza sanitaria primaria offre opportunità per la promozione della salute, le cure preventive e la riabilitazione.

Integrazione – dato che coinvolge il lavoro di squadra da parte di professionisti sanitari di varie discipline e vari livelli, tale assistenza fornisce un ottimo approccio per migliorare le risposte multidisciplinari e intersettoriali alla salute e ai bisogni a essa collegati.

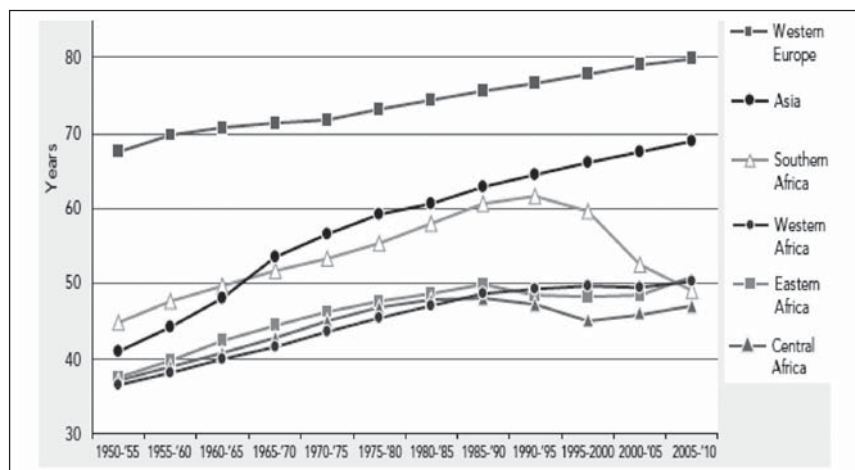
L'assistenza sanitaria primaria è quindi una strategia utile per affrontare temi di attualità legati al sistema sanitario e alla gestione, alle risorse umane per la salute, al finanziamento della sanità, all'accesso alle tecnologie sanitarie, alla qualità dell'assistenza sanitaria, ai determinanti sociali della salute, alla promozione della ricerca e alla gestione dell'informazione e della conoscenza.

Accesso all'assistenza sanitaria primaria

Dalla Conferenza di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, i Paesi della regione africana hanno compiuto alcuni progressi. L'eradicazione del vaiolo è un grande risultato condiviso con tutti i Paesi del mondo. Esempi più recenti includono il controllo del morbillo, i progressi nella eradicazione della poliomielite, l'eliminazione della malattia del verme di Guinea e della lebbra, e il controllo della cecità da fiume in molte aree del continente.

Vi è stata anche una riduzione della mortalità infantile e materna, anche se questi indicatori sono i peggiori al mondo e rappresentano una fonte di grande preoccupazione (vedi Figura 1).

Figura 1 – Tendenze nell'aspettativa di vita alla nascita, in regioni selezionate, 1950-2010



La tendenza dell'aumento della speranza di vita nella regione africana negli anni '70 e '80 si è invertita negli anni '90 con l'avvento della pandemia dell'AIDS/HIV che ha devastato diversi Paesi africani.

A causa dell'assenza di un miglioramento nello sviluppo umano e nella sanità in particolare, e memore delle attuali conoscenze e ricchezza nel mondo, i leader mondiali, nel 2000, approvarono la Dichiarazione del Millennio e gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per affrontare povertà, fame, ignoranza, squallore e malattie. Questo ha portato una rinnovata speranza per milioni di persone.

Come sapete, tre di questi obiettivi (4, 5 e 6) riguardano la salute dei bambini e delle donne e malattie gravi quali l'AIDS, la tubercolosi e la malaria. Come mostrerò in diapositive successive, il progresso verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio è stato variabile.

Il tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni è sceso dal 182 per mille di nati vivi nel 1990 a 142 nel 2008. Tuttavia, sta diminuendo a un tasso medio dell'1,4% l'anno, molto più lento dell'8% annuo necessario per raggiungere l'obiettivo 4 entro il 2015.

La chiave del progresso verso la realizzazione di questo obiettivo entro il 2015 è di raggiungere ogni

neonato e bambino con una serie di interventi prioritari. Tali interventi includono: allattamento dei neonati e pratiche di alimentazione infantile appropriate, prevenzione delle malattie prevenibili con vaccino attraverso la vaccinazione efficace, e la prevenzione e gestione di malattie infantili comuni come polmonite, diarrea, malaria, malnutrizione e HIV (vedi Figura 2).

Per esempio, se si considera la copertura vaccinale tra i bambini di un anno di età per la terza dose di difterite/pertosse/tetano (DPT3), notiamo che nella regione africana questa copertura è aumentata dal 57% nel 1990 al 72% nel 2008.

Il tasso di mortalità materna è diminuito da 910 per 100.000 nati vivi nel 1990 a 620 nel 2008. La percentuale di declino del tasso di mortalità materna è tale che raggiungere l'obiettivo 5 entro il 2015, è improbabile nella maggior parte dei Paesi della regione africana (vedi Figura 3).

Abbiamo le conoscenze e le tecnologie per offrire interventi collaudati e costo-efficaci per evitare la grande maggioranza dei decessi materni se ogni donna ha accesso a validi servizi di salute riproduttiva. Essi includono assistenza qualificata durante la gravidanza, il parto e il puerperio, cure ostetriche di emergenza e pianificazione familiare. Inoltre, è necessario promuovere la condizione sociale ed economica delle donne e rafforzare la

Figura 2 – Percentuale di copertura e immunizzazione vaccinale DPT3 tra i bambini di 1 anno, 2008 e 1990

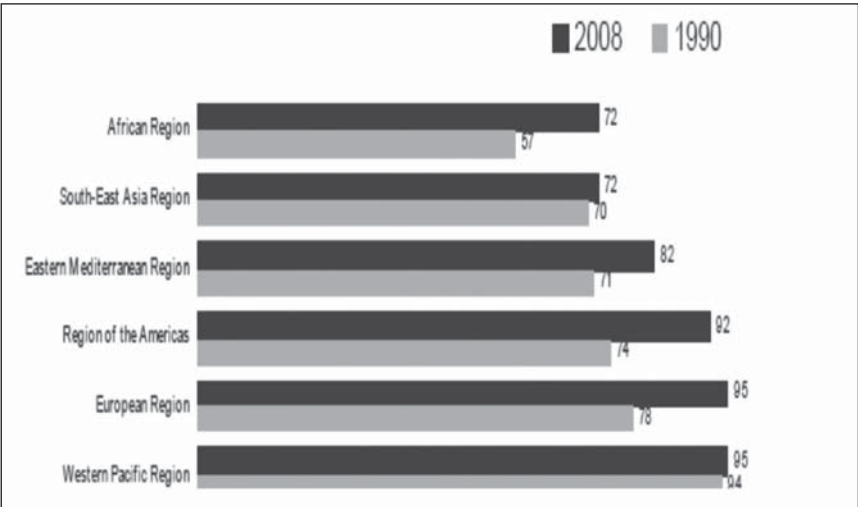


Figura 3 – Percentuale di nascite seguite da personale sanitario esperto, 2000-2008

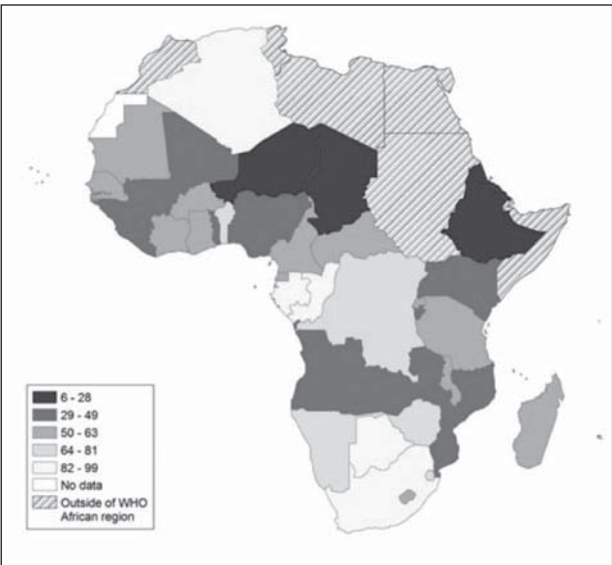
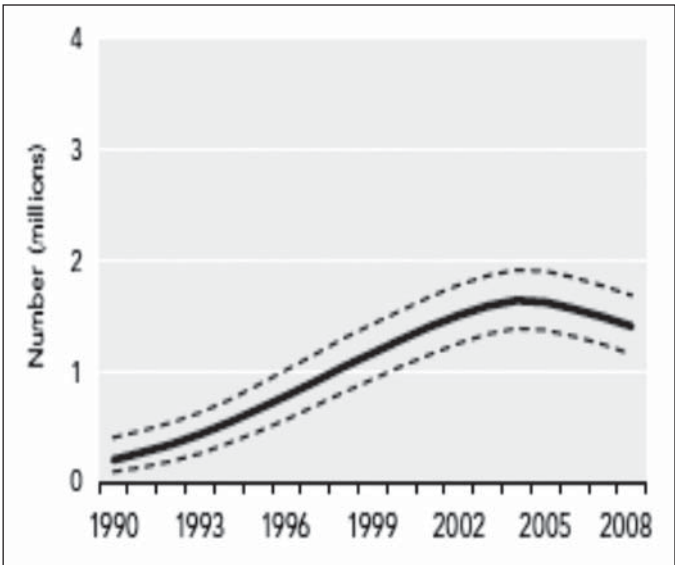


Figura 4 – Numero di decessi di adulti e bambini a causa dell'AIDS (in milioni) nell'Africa sub-sahariana



capacità e il coinvolgimento delle famiglie e delle comunità.

La copertura di assistenza qualificata al parto nella regione africana rimane bassa al 47%, con un'ampia variazione di percentuale tra i Paesi. Solo una piccola parte di donne in gravidanza che necessitano di cure ostetriche di emergenza o di adeguate cure prenatali le ricevono effettivamente.

La comunità globale ha deciso di arrestare e invertire l'incidenza di HIV/AIDS, malaria e tubercolosi entro il 2015 come parte degli sforzi per raggiungere l'obiettivo 6. Eppure, considerando che la regione africana è la patria di poco più del 10% della popolazione mondiale, essa comprende l'incredibile cifra di due terzi (67%) delle persone colpite da HIV/AIDS nel mondo, due terzi (68%) di tutte le nuove infezioni da HIV negli adulti, oltre il 90% delle nuove infezioni da HIV nei bambini, e oltre il 70% delle morti per AIDS (vedi Figura 4).

Anche se la lotta per contenere l'HIV/AIDS è lungi dall'essere terminata, esistono segnali che l'epidemia sta diminuendo notevolmente. Negli ultimi due anni vi è stato un declino nel numero di decessi per AIDS. Il numero di nuove infezioni da HIV l'anno è mediamente in declino, ma in generale il tasso di incidenza è ancora molto elevato e richiede un rafforzamento delle misure di prevenzione tra la popolazione.

I metodi di prevenzione primaria non sono ancora ampiamente applicati tra la popolazione. Anche l'accesso ai servizi di prevenzione è limitato, pur se negli ultimi anni la copertura dei servizi per la prevenzione della trasmissione da madre a figlio è migliorata. Anche se l'Africa ha compiuto progressi significativi nel migliorare l'accesso al trattamento anti-retrovirale, oltre la metà delle persone che hanno bisogno del trattamento anti-retrovirale non vi accedono ancora.

La regione africana comprende anche più di un terzo (31%) di tutti i casi di tubercolosi; la situazione è aggravata dalla combinazione letale del virus HIV con la TBC e pone nuove sfide al controllo di entrambe le malattie.

La malaria in Africa costituisce

l'85% di tutti i casi di malaria e l'89% di tutte le morti per malaria nel mondo. Mentre non vi sono molti progressi nel controllo della tubercolosi, la lotta contro la malaria sta progredendo in modo significativo in alcuni Paesi fornendo una buona copertura di interventi essenziali anti-malaria, come la terapia di combinazione con i derivati dell'artemisinina, il controllo vettoriale compreso l'uso di zanzariere trattate con insetticidi (ITN) e di spray insetticidi residui per interno (IRS), e il trattamento preventivo intermittente della malaria in gravidanza.



Rafforzare i sistemi sanitari e affrontare i determinanti sociali della salute

È ormai chiaro ai governi e ai partner che i progressi nel raggiungimento degli Obiettivi del Millennio sarà lento fintanto che l'accesso agli interventi essenziali resta limitato. Vi è anche la crescente consapevolezza che la realizzazione costo-efficace ed equa di questi interventi richiede il rafforzamento dei sistemi sanitari, utilizzando l'approccio dell'assistenza sanitaria primaria. Non c'è da meravigliarsi, quindi, che la necessità di rinnovare l'assistenza sanitaria primaria va ottenendo sempre più riconoscimenti a tre decenni dalla sua prima formulazione.

Come parte di questo sforzo globale per rinnovare l'assistenza sa-

nitaria primaria, l'Ufficio Regionale per l'Africa dell'OMS ha organizzato una "Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria primaria e sui sistemi sanitari in Africa" in Burkina Faso nel 2008. La conferenza ha esaminato le esperienze passate in materia di assistenza sanitaria primaria e ha approvato la "Dichiarazione di Ouagadougou" che ridefinisce la strategia africana per delineare gli interventi essenziali per il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio per la salute.

La Dichiarazione di Ouagadougou si era concentrata su nove grandi settori prioritari, vale a dire leadership e governance in materia di salute, erogazione dei servizi sanitari, risorse umane per la sanità, finanziamento, sistemi informativi sanitari, tecnologie sanitarie, proprietà e partecipazione comunitaria, partnership per lo sviluppo della salute e ricerca.

I determinanti sociali della salute vengono affrontati mediante un quadro di interventi elaborato dalla Commissione dell'OMS sui determinanti stessi. Tali interventi mirano ad agire sulle circostanze della vita quotidiana e dei "portatori" strutturali di ingiustizia. Sul *miglioramento delle condizioni di vita quotidiana*, la Commissione invita i Paesi e i loro partner a migliorare il benessere delle ragazze e delle donne e le circostanze in cui sono nati i loro figli, e a creare le condizioni per una vecchiaia fiorente. Per affrontare la *distribuzione iniqua del potere, del denaro e delle risorse*, la Commissione raccomanda ai Paesi e ai loro partner di porre la responsabilità per l'azione circa "salute ed equità della salute" al più alto livello governativo, e a garantirne una considerazione coerente in tutte le politiche.

Quando fu fondata sessanta anni fa, l'OMS mise i diritti umani al centro della salute, della giustizia sociale e dei suoi valori. Il Preambolo della sua Costituzione dichiara che "il godimento del livello di salute più alto possibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizioni economiche o sociali". Questi valori sono stati ribaditi 32 anni fa, ad Alma Ata e inoltre sono alla ba-

se dell'attuale 11° *Programma Generale di Lavoro dell'OMS*, per il periodo 2006-2015.

Prima di concludere il mio intervento, vorrei fare riferimento al ruolo importante che la Chiesa cattolica ha svolto nel campo della medicina e della salute pubblica in tutta la sua lunga storia. All'inizio del Medioevo, furono create istituzioni ecclesiali come gli ospedali dei monasteri per fornire carità e cure per alleviare le sofferenze di malati e morenti. Nell'epoca dell'Illuminismo, ideali quali autonomia dell'uomo, ragionamento, uguaglianza e progresso iniziarono a influenzare la governance del genere umano e gradualmente permearono nuovi sviluppi nella salute e nei sistemi sanitari.

In realtà, attraverso la sua voca-

zione, la Chiesa è rimasta un attore importante nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Ciò è dimostrato dal lavoro degli ospedali delle missioni, dalle organizzazioni basate sulla fede, e dagli operatori sociali e sanitari che prestano assistenza sanitaria con la carità, con particolare attenzione alle persone più bisognose e che generalmente vivono in contesti poveri di risorse.

La *Caritas in veritate* si concentra sulle attuali questioni globali del sottosviluppo, dell'inequità, della fame e dell'ambiente. Si tratta di questioni fondamentali per la salute e i sistemi sanitari e sono importanti determinanti sociali della salute, che influenzano la comprensione e l'attuazione dell'assistenza primaria.

Quindi, 32 anni dopo Alma Ata,

dovrei dire che la regione africana ha compiuto alcuni progressi nella riforma dei sistemi sanitari e nel miglioramento dello stato di salute delle persone. Tuttavia, le comunità e i Governi africani e i partner hanno ancora una lunga strada da percorrere prima di raggiungere il più alto livello possibile di salute.

È mia grande speranza che la XXV Conferenza internazionale dal tema "Per una cura della salute equa ed umana alla luce della *Caritas in veritate*" darà un'idea più chiara e porterà nuovo slancio all'applicazione dei suoi valori per una salute e una dignità migliori di ogni essere umano.

Dott. LUIS GOMES SAMBO
*Direttore Regionale per l'Africa,
Organizzazione Mondiale della Sanità*



MARIO BENOTTI

Mezzi di comunicazione e salute dei cittadini

Ringrazio il Presidente e i Superiori del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari per l'attenzione che in questa Conferenza – ricca di spunti importanti di riflessione per le classi dirigenti e per la politica – ha voluto riservare al ruolo dell'informazione e della comunicazione. Viviamo in un mondo globalizzato ed è evidente che la globalizzazione è un fenomeno che va governato, così come appare sempre più evidente che il fattore economico nel pensiero di Benedetto XVI e di tutta la dottrina sociale della Chiesa va analizzato, ripensato, messa a fattor comuni. E molto spesso, anzi sempre più spesso, i temi della sanità sono strettamente legati a quelli dell'economia, in un meccanismo che non sempre tiene in conto un fattore importante, anzi il più importante della globalizzazione, quello della globalizzazione dei diritti. Ma in che ambito si muove l'informazione, in che ambito si muovono gli strumenti culturali che presiedono a questo meccanismo che anche il Papa richiama nella *Caritas in veritate* quando dice che “connessa con lo sviluppo tecnologico è l'accresciuta pervasività dei mezzi di comunicazione sociale”? Parliamo dei temi che strettamente riguardano la sanità e la salute: a volte i media si sostituiscono nei confronti dei cittadini ai medici; i nuovi media e i social network fanno sì che a volte il passaparola assuma un senso di credibilità, le persone costruiscono autonomamente ormai, soprattutto i giovani, i loro palinsesti informativi attraverso internet e le web tv. Ma cosa raccontano o cosa dovrebbero raccontare i media nel campo che oggi analizziamo?

È un dovere di tutte le società organizzate farsi carico delle proprie fasce deboli; e il malato è soggetto particolarmente fragile per definizione e condizione. Non è

pensabile che l'accesso alla salute sia regolato sul censo e che ci sia discriminazione interna alla società ed esterna a esse. All'interno, tra ricchi e poveri. All'esterno tra nazioni sviluppate con facilità di accesso alle cure e nazioni in ritardo di sviluppo dove è impresa perfino il fruire cure base e di medicinali che nel resto del mondo sono ambulatoriali o da banco.

Né è concepibile un approccio alla politica sanitaria dei Paesi più sviluppati con strutture ospedaliere premiate da finanziamenti aggiuntivi, in base a quanto risparmiano indiscriminatamente sulle spese. Ma quante volte i media divengono pungolo anche verso i Governi di queste necessità? Quasi mai. Forse noi giornalisti dovremmo cominciare a dire a chiare lettere – perché la stampa può e deve farlo – che sarebbe opportuno premiare le strutture ospedaliere in base a quante vite salvano. In base ai risultati della ricerca svolta. In base ai servizi di assistenza. Non in base ai risparmi tout court. Così succede che si prescrivano cure meno costose ma a volte devastanti ad esempio per il fegato tra il plauso generale della politica e dell'opinione pubblica.

Il punto dove occorre agire non è nelle strutture di vertice. È negli standard di base. E questo non riusciamo a comunicarlo. Occorre elevare gli standard base a un livello adeguato al rispetto dell'individuo, alla cura dei suoi bisogni, alle necessità anche psicologiche di accoglienza e assistenza. Una volta che questi standard di base raggiungono un livello di soddisfacente eccellenza, il problema degli standard apicali è secondario, a condizione che in situazioni salva vita non vi sia alcuna discriminazione alle cure per la ricchezza relativa dei soggetti. Non vorrei mai più sentire raccontare dai miei colleghi la storia di un afroameri-

cano di ceto medio obbligato a sequestrare con le armi il medico dell'ospedale perché la sua carta di credito non era sufficiente a pagare l'intervento d'urgenza necessario a salvare la vita del figlio di 5 anni. Lui è stato arrestato ma il figlio è stato operato. Ma si deve arrivare a questo?

Non deve succedere.

Così come non deve succedere che malattie gravi ma curabili e controllabili, come malaria, Tbc o l'AIDS, debellate o messe sotto controllo nel mondo sviluppato continuino a fare stragi nel terzo mondo per carenza di assistenza infermieristica, ospedaliera e farmaceutica. Se parlare di AIDS – anche se in misura ridotta rispetto al passato – va di moda e il tema è affrontato anche sui grandi giornali economici come il “Financial Times”, dimentichiamo di parlare di temi e di malattie importanti di cui non parla quasi più nessuno nel mondo “sviluppato” ma che esistono anche se non desideriamo vederle. Qualche dato sulla malaria di cui purtroppo o per fortuna parla e richiama l'attenzione soltanto la Santa Sede e l'OMS: 247 milioni i casi di malaria nel mondo, 212 milioni solo in Africa, 21 milioni in Asia, 8,1 milioni in Medio Oriente, 2,7 milioni nelle Americhe. I decessi sono ogni anno 881.000, 801.000 sono di nuovo in Africa, 38.000 in Medio Oriente, 36.000 in Asia, ma anche 3.000 nelle sviluppate Americhe. E l'85% delle morti riguarda in Africa bambini con meno di 5 anni di età. Ma sui media questo lo raccontiamo poco o non lo raccontiamo affatto, così come non raccontiamo affatto che metà della popolazione mondiale, 3,3 bilioni di persone, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, continua a essere a rischio di malaria. E poi, ancora.

In Europa diamo per scontato

che ogni parto sia assistito da personale medico o paramedico qualificato. Non è così ovunque. In Etiopia o nel Laos, il caso è l'eccezione. Novanta donne su cento, a spanne, danno alla luce i figli da sole o con l'aiuto di vicine o parenti.

È questo il problema su cui è dovere delle istituzioni nazionali e multilaterali intervenire. Se chi ha la possibilità di sperperare, decide di curarsi comperandosi un monastero in Tibet, è problema suo. Se lo ritiene intelligente, faccia pure. Il punto vero è garantire a tutti un accesso ragionevolmente facile alle cure necessarie in strutture adeguate. È questa la sfida. E non a caso il concetto è alla base dei *Millennium Development Goals delle Nazioni Unite*.

Ma se della salute non si deve fare mercato la politica sanitaria nel mercato ci vive. E non sarebbe serio da parte mia affrontare il problema solo dal punto di vista delle teorizzazioni, senza toccare affatto la questione che "sì è tutto molto condivisibile e bello ma i soldi chi ce li mette e la ricerca come la si finanzia?". Credo che anche questo sia un dovere dei giornalisti, che sono uomini di cultura e che debbono raccontare ma anche studiare e fare delle proposte a chi deve decidere. E mi permetto anche io di provarci, partendo dal fatto che parlo in un consesso promosso dalla Santa Sede che attraverso le Chiese locali, le Missioni, le Congregazioni Religiose, la Fondazione il Buon Samaritano, le Nunziature Apostoliche fa la sua parte ogni giorno, mettendo a disposizione 117.000 strutture sanitarie cattoliche nel mondo che non si possono però sostituire alla responsabilità degli Stati.

Il problema va affrontato a mio avviso su due fronti paralleli.

– Le politiche interne dei Paesi sviluppati.

– Le politiche di aiuto ai Paesi in ritardo di sviluppo.

Sul primo versante, non vedo alternative all'uso della leva della fiscalità generale all'interno di un quadro chiaro e razionale di politica sanitaria che impedisca duplicazioni e sprechi, e con la contribuzione ragionevole e progressiva dei cittadini alle spese. Ma la politica deve essere chiara e chiari de-

vono essere i controlli. Perché sprechi e abusi non sono problemi di responsabilità civile personale, sono azioni deliberate contro il bene comune e come tali vanno perseguite. E con estrema durezza e bisogna portarle all'attenzione sui media.

La politica di premio finanziario alle situazioni virtuose deve inoltre essere modulata non su parametri occhiuti di ragioneria degni di Mister Scroogle. Deve basarsi su di un mix trasparente di parametri, che abbiano come priorità assistenza, accoglienza e trattamento del paziente, l'efficienza nel salvare vite, l'eccellenza nella ricerca. E, come fanno negli Stati Uniti – dove peraltro è in corso un grande dibattito sulla riforma del Sistema Sanitario voluta dal Presidente Obama e dove anche il cittadino medio sempre più inserisce il tema dell'Health Care al terzo posto fra i sei più importanti per il Paese – si può pensare a sgravi fiscali sulle grandi rendite quando porzioni di queste vengono devolute a progetti finalizzati ad accrescere il bene comune. Privati e volontariato sono i benvenuti. Contribuiscono a migliorare il servizio, a completarlo. Ma uno Stato serio non può pensare di vedere i suoi doveri sostituiti da interventi esterni, della Chiesa o di qualcun altro. Dobbiamo avere il coraggio di dire e di scrivere noi giornalisti che uno Stato serio sussidia l'intervento dei privati e integra quello dei volontari. Non si affida a loro per costruire la politica sanitaria; non cede loro quello che è suo dovere offrire. *Se uno Stato non garantisce i servizi di base, perché i cittadini devono pagare le tasse?* E non lo dico perché a volte può apparire semplice fare del populismo. Lo dico perché la gente me lo scrive, la gente me lo dice andando in giro per il mondo.

Più difficile il problema per il Terzo Mondo, dove non esistono strutture centrali in grado di occuparsi di una politica organica. Occorre quindi rifarsi ancora alla logica dell'aiuto. Il nuovo approccio politico dell'Unione Europea è convincente. Non più aiuti al progetto ma sussidi di bilancio, con l'Unione Africana che si fa carico del ruolo del garante e dei controlli necessari per impedire che finan-

ziamenti allo sviluppo vadano a finanziare lo sviluppo di pochi potentati e l'acquisto di armi. In sintesi non si tratta più di finanziare il singolo ospedale o la singola ricerca. Si sostiene il bilancio affinché lo Stato paghi gli stipendi delle infermiere o investa nell'acquisto di macchinari. A fianco di questo vi è un'impressionante mole di aiuti dalle ONG, alle associazioni religiose, alle iniziative private. Una massa di denaro che però non ha prodotto quasi nulla di radicato. Forse perché alla fine non si sa cosa succede realmente perché i giornali e le TV di queste cose non parlano se si escludono mezzi di comunicazione che afferiscono alle Missioni o al nostro ambiente. E poiché i giornalisti a volte hanno bisogno di avere notizie fresche, occorre che sempre più la Chiesa faccia uno sforzo importante per essere presente nella grande comunicazione, quella che arriva nelle case di milioni di cittadini e di centinaia di migliaia di decisori con un vero e proprio intervento d'emergenza sovrastrutturale volto a creare consenso non su un capriccio o una lamentela della Chiesa ma a creare consenso sull'Uomo. È un poco come quando tutti invocavano la "crescita", dimenticando l'Uomo e producendo poi la drammatica crisi in cui è precipitato il mondo sviluppato. Lo ha ricordato stamane il Prof. Gotti Tedeschi che è un esempio vivente di quello che un laico impegnato deve fare senza apparire piagnucoloso: scrivere ogni giorno o quasi sull'"Osservatore Romano" certo, ma anche sul "Foglio", sul "Sole 24 Ore", andare in televisione, parlare con la chiarezza dell'economista che racconta non una fantasia ma una cosa concreta, forse fra le più concrete e di buon senso, la dottrina sociale della Chiesa. E continuando nella nostra riflessione occorrerebbe una centralizzazione delle politiche sanitarie a un livello sovranazionale e una certezza dei finanziamenti. Un impegno del genere non può essere assunto altro che da istituzioni multilaterali: le Nazioni Unite con l'assistenza della Banca Mondiale. E si potrebbe pensare a una sorta di *tobin tax* per l'emergenza sanitaria, calcolabile in una percentuale minima di contribuzione sulla base dei diritti speciali di

prelievo del Fondo Monetario Internazionale. Naturalmente a condizione che questi soldi vengano utilizzati per lo scopo condiviso; non per la villa del direttore o il fuoristrada del capo progetto.

Per tutto questo il ruolo dei media e della comunicazione è fondamentale, sia in termini di contributo alla formazione dell'opinione pubblica che di sensibilizzazione e informazione. Ma siamo chiari su cosa intendiamo per media e su quali sono le responsabilità del giornalista e quali invece non sono nostre.

I media sono quelli generalisti, che parlano a tutti.

La stampa scientifica e settoriale è una struttura di informazione e comunicazione interna agli addetti ai lavori che talvolta amano utilizzarla per litigare tra loro. Il ruolo di questa informazione specializzata è importante e cruciale ma la sensibilizzazione non passa attraverso questo strumento.

I media generalisti anche nelle pagine specializzate sono obbligati alla semplificazione e all'uso di un linguaggio comprensibile ai più. Non sono perfetti, vi sono errori e omissioni; a volte non si fa l'adeguato incrocio di verifiche e spesso si cerca il sensazionalismo. Ma, in linea di massima, una cosa è certa: un giornalista racconta

quanto gli viene raccontato. Più è scrupoloso nel verificare e più è bravo. Ma se talvolta si vede lanciata sui giornali la clamorosa notizia della scoperta della molecola panacea di tutti i mali, prima di criticare il giornalista occorre andare a vedere cosa gli ha detto il ricercatore o l'istituto di ricerca, spesso orientati o alla notorietà o all'acquisizione di nuovi finanziamenti. Occorre sempre valutare cosa la fonte abbia fatto uscire per la divulgazione. E se la lingua fosse collegata al cervello, le cose verrebbero meglio.

Una volta chiarito questo, siamo d'accordo che è dovere del giornalista farsi carico di un'informazione corretta e approfondita e di un'adeguata opera di sensibilizzazione. E nel mio ruolo di Direttore di canali televisivi del più grande servizio pubblico europeo e uno dei più grandi del mondo me ne assumo l'impegno qui davanti a voi.

Sensibilizzazione non significa però aprioristico schieramento partigiano per una tesi contro l'altra. A parte che non è nell'etica della professione, è pericoloso e controproducente. È bello avere giornalisti amici che ti sostengono a prescindere nelle tue battaglie. Ma, attenzione, nella logica perversa del giornalista amico, vi è quella altrettanto perversa del gior-

nalista nemico. E quando cambia il vento non è bello vedersi attaccati aprioristicamente perché il pensiero comune è improvvisamente mutato e non contano giusto e sbagliato o bene e male, ma solo la dicotomia amico/nemico. E i presenti immagino capiscano a cosa mi riferisco a livello mondiale e nazionale.

Un giornalista è un testimone. È gli occhi dell'opinione pubblica. E deve mantenere, per il possibile delle capacità umane, una posizione imparziale nella cronaca ed equilibrata e responsabile nei commenti. Allora il sistema funziona. Altrimenti è il delirio della stampa schierata e di parte e della disinformazione.

In conclusione, le fonti facciano la loro parte con trasparenza, serietà e determinazione. I giornalisti faranno la loro se si avrà la capacità di avvicinarli, di parlare con loro, di offrire con chiarezza una notizia o un punto di vista. La chiarezza che contraddistingue il messaggio della Chiesa e la capacità di ascoltare anche un giornalista che oggi avete voluto chiamare qui a discutere con Voi.

Vi ringrazio.

Dott. MARIO BENOTTI
*Direttore Generale di Rai International
Roma, Italia*



ENRICO GARACI

Per una cura antropocentrica della salute: un sistema sanitario dal volto umano

Qual è lo stato odierno della Medicina: una Medicina della malattia o una Medicina della persona globale? Il progresso ha mantenuto il compito fondamentale della Medicina (in vigore sin dal Concilio di Nicea del 325, nel quale si stabiliva che le curie vescovili dovevano dare accoglienza e ricovero ai pellegrini), che è quello di curare talvolta, dare sollievo spesso e confortare sempre? Quante criticità sono purtroppo presenti. C'è qualcosa che nella Medicina non ha funzionato! Le grandi conquiste medico-scientifiche, se da un lato hanno risolto problemi di grandissima rilevanza legati a patologie altrimenti mortali, hanno anche introdotto elementi di criticità insinuando nel medico un atteggiamento di disimpegno clinico e umano. Lo stesso succede con le nuove apparecchiature scientifiche. Il malato viene sezionato, fotografato, indagato fin nei più intimi dettagli e poi lasciato solo nella povertà della solitudine tipica di chi mancando di una visione dell'esistenza umana si smarrisce in un oceano di aspettative – la più grave di tutte che la salute sia sempre a portata di farmaco e il benessere una faccenda del medico.

Come bisogna intervenire per correggere la situazione?

La causa fondamentale nel determinare la criticità del processo di umanizzazione è la perdita della visione olistica della persona come conseguenza di un riduzionismo scientifico che mal si concilia con l'emergente complessità della Medicina. Lo scientismo è una posizione filosofica che esalta i metodi delle scienze naturali al di sopra degli altri metodi di investigazione umana, abbraccia il pensiero materialistico-meccanicistico con la pretesa di avere lo strumento per

spiegare tutti i fenomeni fisici, sociali, culturali e psicosociologici. Ciò equivale a una istanza di positivismo dogmatico che trasforma la filosofia della scienza da razionale a irrazionale. Questa visione preclude una reale comprensione del pensiero umano, della sofferenza e della morte, della bellezza delle arti visive, della musica, della letteratura, della filosofia, della religione e spiritualità, delle emozioni (Andrew Miles).

Dobbiamo pertanto distinguere lo scientismo che non ammette limiti dalla scienza che, in quanto riconosce i suoi limiti, diventa strumento reale di promozione.

Applicando questi concetti alla Medicina vediamo che la posizione scientifica è quella che disaggrega la cura e il miglioramento dalla assistenza ai pazienti, configurando un modello di pratica clinica radicalmente incompleto che non porta beneficio né al paziente né al dottore. In questa visione il paziente diventa un caso clinico, un codice diagnostico, un individuo anonimo al quale si somministrano farmaci e si applicano i risultati delle conoscenze biomediche.

Una più corretta posizione scientifica è quella che si basa su un modello olistico di assistenza basato sulla persona e sulle relazioni interpersonali.

Una persona malata richiede disponibilità clinica, presenza, attenzione, comprensione, benevolenza, pazienza, dialogo e dignità. L'esperienza scientifica è necessaria ma da sola non basta. Inoltre l'assistenza ai malati non deve perdere di vista la profonda unità corporale, affettiva, intellettuale, spirituale, sociale e ambientale degli esseri umani. La malattia e la sofferenza non sono esperienze che colpiscono solo la parte corporale degli esseri

umani, ma anche nella sua interezza l'unità somatico-spirituale.

Inoltre la persona malata ha una famiglia e gli amici. Anche questi possono avere necessità di trattamento, consultazione e supporto.

In ultima analisi, il medico dovrebbe fare proprie le questioni e le ansietà della persona malata e della famiglia.

Ecco quindi che il modello incompleto di una Medicina basata sulle malattie deve trasformarsi nella Medicina della persona globale, una Medicina centrata sulla persona (Andrew Miles).

Il Santo Padre Papa Benedetto XVI nell'Enciclica *Caritas in veritate* dichiara che lo sviluppo autentico deve essere centrato sulla persona e promuovere il progresso di ogni uomo, di ogni gruppo di uomini e di tutta l'umanità.

Un sistema sanitario dal volto umano deve promuovere questa cultura nuova, la quale non necessariamente si rivolge al paziente ma anche alla persona sana al fine di prevenire patologie. Il nostro Sistema Sanitario Nazionale è il secondo nel mondo quanto ad aspettativa di vita (81 anni donne, 78 anni uomini), ma l'aspettativa in salute, priva cioè di disabilità, è molto più bassa.

La ricerca in questi ultimi anni ha dimostrato che i corretti stili di vita (alimentazione, attività fisica) possono efficacemente combattere l'obesità (epidemia di vaste dimensioni), diminuire il rischio per molte patologie (cardiovascolari, neurodegenerative), aumentare l'aspettativa di vita in salute senza disabilità e quindi risparmiare risorse che potrebbero essere impiegate in altre patologie non prevenibili. Questa è anche una Medicina centrata sulla persona. Questa è anche la dimostrazione che la scienza e la

ricerca correttamente applicate possono essere uno strumento formidabile di promozione della salute. Per promuovere la cultura della "Person Centered Medicine" è necessario istituire corsi di formazione, master universitari che prendano in considerazione: la medicina narrativa, l'assistenza spirituale e religiosa, l'assistenza psicosociale, la medicina personalizzata, l'assistenza sociale e riabilitativa, l'importanza per la medicina delle scienze umane, arte, musica, letteratura, la complessità e il riduzionismo nell'assistenza medica, condisione nelle decisioni.

Come conseguenza di una scarsa attenzione e di una imperfetta concettualizzazione (manca un

essere interlocutori privilegiati nella valutazione qualitativa dell'umanizzazione della struttura e degli operatori, sia nella definizione dei percorsi e setting, sia nella valutazione della qualità, attraverso strumenti standardizzati (basati su report e rating).

Il sistema "ospedale" cambia radicalmente se al suo centro torna il malato, diventa facile capire l'importanza rivoluzionaria dell'umanizzazione sia ai fini dell'organizzazione strutturale dell'ospedale, sia ai fini del comportamento professionale degli operatori. L'umanizzazione non è qualcosa da fare in più, un'aggiunta è connaturata all'organizzazione stessa dell'ospedale. I rapporti, i poteri, le co-

nente. Il rischio di incompetenza tecnica e manageriale è elevato. Oggi occorre più metodo e una professionalità più articolata.

Molto più articolata e stimolante appare la definizione del Papa Giovanni Paolo II in un celebre convegno "Umanizzazione della Medicina", tenutosi a Roma nel 1987: "Nell'ambito del rapporto individuale, ove umanizzazione significa apertura a tutto ciò che può predisporre a comprendere l'uomo, la sua interiorità, il suo mondo, la sua cultura. Umanizzare questo rapporto comporta insieme un dare e un ricevere, il creare cioè quella comunione che è totale partecipazione".

"Sul piano sociale l'istanza dell'Umanizzazione si traduce nell'impegno diretto di tutti gli operatori sanitari a promuovere, ciascuno nel proprio ambito e secondo la sua competenza, condizioni idonee per la salute, a migliorare strutture inadeguate, a favorire la giusta distribuzione delle risorse sanitarie, a far sì che la politica sanitaria nel mondo abbia per fine soltanto il bene della persona umana".

In questo modo l'intelligenza e la razionalità del popolo di Dio sono chiamati ad attuare l'Umanizzazione come modo di relazionarsi con il malato.

Il modo migliore per umanizzare la medicina consiste sinteticamente nel trattare i pazienti come persone, rispettare la loro dignità, renderli partecipi delle decisioni che riguardano la loro vita e la loro salute.

Ho tracciato un quadro generale relativo alle prospettive di umanizzazione della medicina nell'Occidente. Anche nel sud del mondo, e forse a maggior ragione, vi è necessità di un rapporto fortemente umanizzato con i malati, ma esiste una profonda disuguaglianza all'accesso alle cure.

Le cosiddette malattie correlate alla povertà (AIDS, malaria, tubercolosi) provocano milioni di morti all'anno e esigono, come fa appello il Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari Zygmunt Zimowski, azioni coraggiose e interventi di urgenza.

Prof. ENRICO GARACI
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità,
Italia



framework condiviso), si è rilevata la totale assenza in Sanità di indicatori in grado di valutare (cioè di misurare la presenza e intensità di un fenomeno e giudicarne le dimensioni e la qualità) il livello di umanità (umanizzazione). È indispensabile sviluppare indicatori di struttura (cosa è disponibile), di processo (cosa si fa) e di outcome (cosa si ottiene), per verificarne la qualità, l'adeguatezza e aumentare la possibilità di fare confronti tra medici, centri e setting di cura.

Fondamentale definire lo "human impact factor", strumento per valutare la qualità dell'umanizzazione degli operatori, che potrebbe costituire l'elemento discriminante nella scelta del personale e degli operatori.

I pazienti e i familiari devono

municazioni sono rivolti al malato.

Il malato al centro dell'ospedale umanizzato deve ricevere risposte non solo scientifiche e tecniche, ma anche umane.

Alcune caratteristiche dell'ospedale umanizzato: deve essere spalancato, aperto, disponibile a modifiche puntuali e costruttive.

L'ospedale trasparente chiama attorno al malato i parenti, gli infermieri, i medici, la chiesa locale, i valutatori, in modo che si crei un costante flusso di umanità senza troppi filtri e precauzioni.

L'ospedale umanizzato presenta una mappa del potere ben precisa e trasparente ed è caratterizzato dalla costante valorizzazione del lavoro di gruppo.

Nell'ospedale umanizzato si deve praticare la formazione perma-

SILVANO M. TOMASI

Diplomazia pontificia e promozione della salute per tutti

Globalizzazione e cooperazione

1. Nel 1929, alla posa della prima pietra del Palazzo delle Nazioni, a Ginevra, parteciparono soltanto 53 Stati di un mondo di circa 2 miliardi di persone. Essi, però, avevano in comune con i 192 Stati attualmente membri delle Nazioni Unite, e che rappresentano oltre 6,5 miliardi di cittadini globali, il fatto di comprendere chiaramente la nostra interdipendenza. Viviamo in un momento di molteplici crisi, comprese quelle relative all'economia, alla finanza, all'alimentazione, al mantenimento della pace e alla salute. Nessuna di queste sfide può essere affrontata con successo da un'unica nazione che agisca da sola. Queste minacce richiedono strategie collettive. Quindi il multilateralismo delle Nazioni Unite affronta questioni quali il disarmo, il cambiamento climatico, lo sviluppo economico e sociale, la salute pubblica globale e la sicurezza alimentare. Si lavora alla costruzione del consenso come base indispensabile di una efficace azione multilaterale. La ricerca del bene comune globale viene perseguita, al di là dei confini nazionali e istituzionali, attraverso il consolidamento dei partenariati, i negoziati, e l'impegno operativo sul campo. In realtà, però, il sistema internazionale è spesso paralizzato pur perseguendo nobili ideali. Le difficoltà all'interno del multilateralismo sono evidenti nell'insuccesso, nel Doha Round, dei negoziati sul commercio mondiale e nei colloqui sui cambiamenti climatici. Lo sforzo di condividere benefici e responsabilità reciproci tra Paesi sviluppati e in via di sviluppo nei confronti di allarmanti sfide che appaiono all'orizzonte, quali l'acqua, le malattie, le migrazioni, la demografia e le situazioni post-

belliche, sembra essere spesso un compito difficile. Ma l'appello a un'architettura efficace a livello mondiale e di un sano "nuovo multilateralismo" si ripete continuamente¹. Le istituzioni multilaterali devono essere inclusive, veloci, flessibili e responsabili, e fungere da tessuto di interconnessione per il bene di tutti nel nostro sistema multipolare.

2. Durante la visita alle Nazioni Unite nel 2008, Sua Santità Benedetto XVI ha offerto una visione altrettanto convincente delle sfide che la comunità internazionale deve affrontare². Egli ha ricordato a quanti erano riuniti in tale occasione che i popoli là rappresentati "attendono da questa Istituzione che porti avanti l'ispirazione che ne ha guidato la fondazione, quella di un «centro per l'armonizzazione degli atti delle Nazioni nel perseguimento dei fini comuni, la pace e lo sviluppo»"³. Ha ricordato l'appello rivolto all'Organizzazione dal suo predecessore, Papa Giovanni Paolo II, a fungere da "centro morale, in cui tutte le nazioni del mondo si sentano a casa loro, sviluppando la comune coscienza di essere, per così dire, una «famiglia di nazioni»"⁴. Ha invitato quindi "tutti i responsabili internazionali [ad agire] congiuntamente e [a dimostrare] una prontezza a operare in buona fede, nel rispetto della legge e nella promozione della solidarietà nei confronti delle regioni più deboli del pianeta". Ha insistito sul fatto che "nel contesto delle relazioni internazionali, è necessario riconoscere il superiore ruolo che giocano le regole e le strutture intrinsecamente ordinate a promuovere il bene comune, e pertanto a difendere la libertà umana" e ha chiamato a una "rinnovata accentuazione nel principio della responsabilità di

proteggere". Ha respinto le pressioni "per reinterpretare i fondamenti della *Dichiarazione [Universale dei Diritti Umani]* e di comprometterne l'intima unità, così da facilitare un allontanamento dalla protezione della dignità umana per soddisfare semplici interessi, spesso interessi particolari". Il Pontefice ha poi messo in guardia contro i tentativi di collegare troppo facilmente "nuove situazioni" a "nuovi diritti", e ha consigliato che "dato che vi sono coinvolte situazioni importanti e realtà profonde, il discernimento è al tempo stesso una virtù indispensabile e fruttuosa". Nelle osservazioni di chiusura al suo discorso all'Assemblea Generale, il Santo Padre ha identificato le Nazioni Unite come "un luogo privilegiato nel quale la Chiesa è impegnata a portare la propria esperienza «in umanità», sviluppata lungo i secoli fra popoli di ogni razza e cultura, e a metterla a disposizione di tutti i membri della comunità internazionale".

La tendenza a universalizzare il diritto alla salute

3. La diplomazia pontificia risponde agli sforzi della Chiesa di incarnare il suo messaggio e testimonianza le sue buone opere nel contesto storico di oggi e ciò aggiunge un contributo originale e necessario, l'approccio di sussidiarietà, che dà a Stati, ONG, imprese e società civile in generale il giusto posto nella costruzione di un sistema globale. L'ambito della salute è parte della sollecitudine per il bene comune globale. Diverse agenzie delle Nazioni Unite a Ginevra, hanno il compito di lavorare sui temi della salute e la diplomazia pontificia coopera con loro come pure con ONG cattoliche impe-

gnate nella difesa di tutti coloro che hanno problemi di salute.

Le politiche relative alla salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) e dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL), rappresentano un tentativo crescente di universalizzare la tutela della salute attraverso il rafforzamento delle infrastrutture sanitarie, l'affermazione di norme relative al diritto alla salute, la prevenzione delle pandemie, ecc. Il rafforzamento dei diritti di proprietà intellettuale e il conseguente problema dell'accesso ai medicinali hanno condotto Stati, organizzazioni internazionali, organizzazioni non governative e università a esprimere la loro preoccupazione in un numero crescente di consessi nell'ambito della comunità internazionale. Le questioni relative alla proprietà intellettuale sono attualmente ai primi posti nell'agenda delle organizzazioni internazionali, come l'OMS e la Food and Agriculture Organization (FAO), e sono discusse da organismi quali la Conferenza delle Parti alla Convenzione sulla diversità biologica del 1992 e il Consiglio delle Nazioni Unite sui Diritti Umani. Gli Stati e gli altri attori politici della comunità internazionale stanno portando avanti i negoziati in zone diverse da quelle relative alla proprietà intellettuale, comprese le aree connesse ai diritti fondamentali o alla biodiversità. Questi problemi e obiettivi sono molto più vicini agli interessi dei Paesi in via di sviluppo e mettono in discussione norme e obblighi già stabiliti nelle convenzioni internazionali, mentre creano con successo nuovi approcci e nuovi standard per facilitare il processo di accesso alla medicina. Il progresso di oggi ha radici nella storia e porta con sé una lunga tradizione.

La cura della Chiesa per i malati: un approccio integrale

4. La sollecitudine per i malati e i sofferenti non è certo uno sviluppo recente del ministero ecclesiale. Sulla base dell'esperienza e della testimonianza della costante preoccupazione e risposta di Gesù a quanti soffrono di problemi fisici,

mentali e spirituali, San Pietro, il nostro primo Papa, accompagnato da San Giovanni, rispose alla richiesta di elemosina da parte del mendicante: "Non possiedo né argento né oro, ma quello che ho te lo do". Di colpo, secondo gli Atti degli Apostoli, "i suoi piedi e le caviglie si rinvigorirono e balzato in piedi camminava"⁵⁵. La tradizione ecclesiale di cura dei malati è stata mantenuta con amore e fedeltà attraverso i secoli. Oggi, la stessa risposta pastorale è attentamente promossa da questo Pontificio Consiglio, istituito dal Servo di Dio Papa Giovanni Paolo II, 25 anni fa, per servire "da organismo di coordinamento di tutte le istituzioni cattoliche, religiose e laiche, impegnate nella pastorale degli infermi"⁵⁶, e dalla testimonianza quotidiana di tenerezza e di cura offerti da un apostolato molto diversificato.

A livello di diplomazia pontificia, la Santa Sede fu rappresentata, in qualità di Stato osservatore, alla "World Health Assembly" nel 1952, mentre era stata invitata, prima ancora, alla Seconda Assemblea della Salute tenutasi a Roma nel 1949. I partecipanti a quest'ultimo evento furono ricevuti in udienza da Papa Pio XII, che dichiarò, "[la salute] comprende il positivo benessere spirituale e sociale dell'umanità e, per questo, è una delle condizioni richieste per la pace universale e la sicurezza comune"⁵⁷.

Le differenze etiche tra Santa Sede e comunità internazionale sono diventate stridenti nel campo della salute, con particolare riferimento ad alcune aree del comportamento umano, e i media si concentrano su di esse in maniera prepotente. Le radici di tali differenze includono l'antropologia soggiacente di individualismo estremo, così come la mancanza di rispetto e comprensione per la legge naturale. In particolare, le mancanze etiche di un tale approccio sono evidenti in una definizione di libertà, senza alcun riferimento al bene comune, ai criteri errati per la comprensione della famiglia o del diritto alla vita, e ai tentativi di formulare politiche di ricerca e di accesso ai medicinali dal solo punto di vista del profitto.

All'interno di un contesto culturale di questo tipo, la rappresentan-

za della Santa Sede si trova, talvolta, in convergenza, come nel caso di sforzi per ottenere l'accesso universale alle cure sanitarie e ai medicinali, e, altre volte, in contrasto, come nel caso della sua difesa dell'etica della vita e della famiglia. In particolare, la nostra attività diplomatica persegue il dialogo informale e interviene pubblicamente per orientare lo sviluppo di una cultura della salute pubblica per soddisfare le esigenze di tutti, poveri e ricchi, attraverso la sua "advocacy" per la cura universale sulla base di una antropologia cristiana orientata sulla giustizia: la persona al centro delle preoccupa-



zioni, ma anche in relazione agli altri. Questo tipo di dialogo con aspetti concreti della cultura post-moderna e con i "produttori" di tale cultura (agenzie, gruppi di ricerca, funzionari internazionali, ecc.) non è facile, poiché richiede una preparazione competente, informazioni aggiornate, conoscenze adeguate della ricerca scientifica e delle sue conseguenze per il bene comune, così come dell'applicazione dei suoi risultati. Ma il compito indicato dal Concilio Vaticano II e dal Santo Padre è chiaro: la carità della Chiesa – il suo amore per la gente – non le permette di esimersi dalla presenza e dal servizio alla società attuale, soprattutto per i suoi segmenti più vulnerabili quali sono i malati.

5. In questa vasta area di interesse umano, esiste un potenziale significativo di collaborazione tra la Santa Sede e la comunità internazionale su molte questioni che riguardano la salute delle persone, dalle malattie legate alla povertà, croniche e non trasmissibili, alle pandemie come l'HIV/AIDS, la malaria, la tubercolosi, e varie forme di influenza.

Attraverso i suoi rappresentanti nel sistema multilaterale e le loro attività in materia di preoccupazioni per la salute, la Santa Sede assume un ruolo particolare insistendo sul fatto che la dignità della persona umana e il rispetto della vita, dal concepimento alla morte naturale, devono essere promosse e mantenute al centro di tali attività e che tutte le persone dovrebbero avere parità di accesso a cure decenti, ai farmaci e alla tecnologia che salva e migliora la vita.

Questioni specifiche

6. Rivediamo ora alcuni di questi temi specifici, nonché la risposta della Santa Sede, alla luce della *Caritas in veritate*.

a) *“L'apertura moralmente responsabile alla vita è una ricchezza sociale ed economica” (Caritas in veritate, 44)*

L'affermazione della sacralità e della dignità della vita umana, dal primo momento del concepimento fino alla morte naturale, costituisce il fondamento essenziale dell'impegno della Santa Sede in diplomazia presso le Nazioni Unite e in altri consessi inter-governativi e globali. Papa Benedetto XVI lo ha spiegato in maniera rigorosa quando ha scritto *“L'apertura alla vita è al centro del vero sviluppo. Quando una società s'avvia verso la negazione e la soppressione della vita, finisce per non trovare più le motivazioni e le energie necessarie per adoperarsi a servizio del vero bene dell'uomo. Se si perde la sensibilità personale e sociale verso l'accoglienza di una nuova vita, anche altre forme di accoglienza utili alla vita sociale si inaridiscono”*⁸. Il Santo Padre indica *ulteriori tendenze preoccupanti in questo senso*: “Alla diffusa, tragica, piaga dell'aborto si potrebbe aggiungere

in futuro, ma è già surrettiziamente *in nuce*, una sistematica pianificazione eugenetica delle nascite”⁹.

Così le rappresentanze pontificie presso le Nazioni Unite colgono ogni occasione rilevante per insistere sul rispetto della sacralità della vita umana in ogni sua fase, dal concepimento alla morte naturale, e per resistere a qualsiasi tentativo di inserire un'ideologia legata alla “cultura della morte” come componente “ufficiale” delle politiche o prassi internazionali. Ci scontriamo con costanti tentativi di inserire nei documenti delle Nazioni Unite un linguaggio che in seguito potrebbe essere interpretato come riconoscimento della cosiddetta “salute e diritti sessuali e riproduttivi” o il cosiddetto “diritto all'aborto «legale e sicuro»”, o a “servizi globali di salute riproduttiva e sessuale” (tra cui presumibilmente l'aborto).



Per esempio, molto avanti nel processo preparatorio per l'Assemblea Mondiale della Sanità del 2009, uno Stato ha introdotto una Risoluzione sui difetti di nascita; tale mozione fu rinviata all'esame della riunione del Comitato Esecutivo dell'OMS, che si sarebbe tenuta nel mese di gennaio 2010. A quel tempo, il Segretariato dell'OMS considerò “l'interruzione selettiva della gravidanza” come uno dei mezzi, *inter alia*, per prevenire i difetti di nascita. La delegazione della Santa Sede presente all'incontro reagì con decisione¹⁰

sottolineando che “...la vita umana inizia al momento del concepimento e va difesa e protetta. L'aborto e le politiche che favoriscono l'aborto non devono essere accettati. La Santa Sede non potrà mai tollerare l'aborto o le politiche che favoriscono l'aborto [...] La Santa Sede afferma inoltre che il diritto di coscienza dei prestatori dei servizi sanitari è assicurato, tra l'altro, dall'articolo 18 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani”¹¹. La delegazione richiamò l'attenzione, inoltre, sull'articolo X della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che dichiara che: “Gli Stati Parti riaffermano che il diritto alla vita è connesso alla persona umana ed adottano tutte le misure necessarie a garantire l'effettivo godimento di tale diritto da parte delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri”¹². Nella sua relazione all'Assemblea Mondiale della Sanità del 2010, il Segretariato dell'OMS ha mantenuto il riferimento alla “interruzione selettiva di gravidanza”, come un mezzo per prevenire i difetti di nascita, ma la risoluzione approvata dall'Assemblea non vi ha fatto alcun riferimento.

Tali preoccupazioni vanno oltre quelle inerenti l'inizio della vita umana. Così Papa Benedetto XVI ha osservato nella *Caritas in veritate*: “Sul versante opposto, va facendosi strada una *mens eutanasi*, manifestazione non meno abusiva di dominio sulla vita, che in certe condizioni viene considerata non più degna di essere vissuta. Dietro questi scenari stanno posizioni culturali negatrici della dignità umana”¹³.

In relazione a questo problema, la Santa Sede segue con attenzione le discussioni sulla proposta di preparare una “Convenzione” o altra forma di accordo internazionale vincolante su persone di età avanzata o anziane. In modo simile, abbiamo sollecitato un'attenta considerazione delle questioni etiche insite in considerazione delle “Linee guida ampliate sul trapianto di organi e tessuti umani”, alzando la cautela, presso le riunioni del comitato esecutivo dell'OMS nel maggio 2008 e nel gennaio 2009, circa l'uso di organi da do-

natori cadaveri: “Particolare attenzione deve essere incoraggiata e adottata per assicurare che, in tutti i casi, la cessazione delle funzioni vitali sia veramente irreversibile e sia certificata da criteri validi”.

b) *“Il problema dello sviluppo è strettamente collegato anche alla nostra concezione dell’anima dell’uomo”* (Caritas in veritate, n. 76)

In questa significativa Enciclica, il Santo Padre mette in guardia contro le “riduzioni” che “hanno alla loro base una profonda incomprendimento della vita spirituale”, e avverte che queste nozioni errate “portano a disconoscere che lo sviluppo dell’uomo e dei popoli, invece, dipende anche dalla soluzione di problemi di carattere spirituale”. Egli sostiene inoltre che “lo sviluppo deve comprendere una crescita spirituale oltre che materiale, perché la persona umana è un’«unità di anima e corpo»”¹⁴. Questo punto è particolarmente rilevante per quanto riguarda la definizione di “salute” dell’OMS. Nel gennaio 1998 uno speciale gruppo di lavoro del comitato esecutivo dell’OMS sulla Revisione della Costituzione dell’Organizzazione, e il Comitato esecutivo stesso, raccomandarono alla 51ª Assemblea Mondiale della Sanità che il preambolo della Costituzione dell’OMS fosse modificato per includere la seguente definizione di “salute” come “uno stato di completo benessere fisico, mentale, spirituale e sociale e non semplicemente l’assenza di malattie o infermità”¹⁵. Tuttavia, a oggi, la definizione è priva di qualsiasi riferimento alla dimensione spirituale della salute e si discute pochissimo su questo argomento nel corso dei dibattiti dell’OMS. Chiaramente, gli sforzi della diplomazia pontificia nel campo della salute devono essere rafforzati al fine di aiutare gli esperti, così come il pubblico in generale, a comprendere la dichiarazione di Papa Benedetto XVI: “[...] tra fede e scienza non v’è opposizione, nonostante alcuni episodi di incomprensione che si sono registrati nella storia”, poiché “[un] uomo di fede e di preghiera [...] può coltivare serenamente lo studio delle scienze naturali e progredire nella conoscenza del micro e del macrocosmo, scoprendo le

leggi proprie della materia, poiché tutto questo concorre ad alimentare la sete e l’amore di Dio”¹⁶.

La Santa Sede e l’accesso alle medicine nell’ambito dell’OMS

7. Un altro importante campo di attività riguarda l’accesso ai farmaci. Una distinzione fondamentale dei diritti umani è quella tra diritti civili e politici (diritti di “prima generazione”) e diritti socio-economici (diritti di “seconda generazione”). I primi sono diritti “negativi” che imbrigliano il potere dello Stato attraverso l’imposizione di non ingerenza; i secondi sono “diritti positivi” che impongono obblighi sullo Stato per assicurare ai propri cittadini un set base di beni sociali: istruzione, assistenza sanitaria, cibo e acqua.

Il più importante strumento internazionale in materia di diritti socio-economici è il Patto Internazionale sui Diritti economici, sociali e culturali (ICESCR)¹⁷ del 1966, ratificato da circa 130 Stati. Uno dei diritti sostanziali riconosciuti dal Patto è “il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire”¹⁸. Le parti sono tenute, in particolare, a prendere le misure necessarie per “la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d’altro genere”¹⁹, e “la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia”²⁰.

La crisi dell’AIDS, assieme al diffondersi preoccupante e continuo delle malattie infettive più note, come la malaria e la tubercolosi, costituisce una catastrofe globale di drammatica portata. La maggior parte delle persone povere che soffrono di queste malattie riceve un’assistenza sanitaria molto inadeguata. In moltissimi Paesi poveri, la mancanza di farmaci essenziali, assieme a infrastrutture sanitarie precarie, impedisce di rispondere adeguatamente ai bisogni urgenti di salute pubblica. La tutela giuridica della proprietà intellettuale, specialmente attraverso i brevetti, dà al titolare del brevetto diritti di monopolio sul prodotto o

sul processo, durante la durata di vita del brevetto stesso. “Un tale diritto può infatti consentire al titolare del brevetto di produrre e fornire il prodotto solo quando e dove è possibile recuperare, attraverso politiche di prezzo, i costi degli investimenti contenuti nel suo sviluppo, così come le entrate previste, trascurando quelli che non possono permettersi i prezzi del prodotto. All’interno di un sistema di libero commercio, i diritti di proprietà intellettuale costituiscono un regime di monopolio eccezionale”²¹.

L’ultima Enciclica di Benedetto XVI ci ricorda che: “[...] nell’ambito delle cause immateriali o culturali dello sviluppo e del sottosviluppo possiamo trovare la medesima articolazione di responsabilità. Ci sono forme eccessive di protezione della conoscenza da parte dei Paesi ricchi, mediante un utilizzo troppo rigido del diritto di proprietà intellettuale, specialmente nel campo sanitario. Nello stesso tempo, in alcuni Paesi poveri persistono modelli culturali e norme sociali di comportamento che rallentano il processo di sviluppo”²².

L’attuale sistema interferisce con il diritto alla salute in due modi, almeno dal punto di vista generale e teorico. Prima di tutto, le persone provenienti dai Paesi meno sviluppati (PMS) non possono permettersi il costo molto elevato di farmaci brevettati, che può essere ricondotto al diritto del brevetto richiesto per la produzione di tali farmaci. Tuttavia, anche nei Paesi in via di sviluppo, l’elevato costo dei farmaci brevettati mina il bilancio destinato alla spesa pubblica per l’assistenza sanitaria. Il secondo ostacolo riguarda la ricerca e lo sviluppo (R & S): la tutela del brevetto, infatti, non funziona come incentivo alla ricerca sui cosiddetti trattamenti “non di mercato”, compresi quelli per l’HIV, la tubercolosi o la malaria. In altre parole, il mercato che tali farmaci devono affrontare, anche se è grande, è presente soprattutto tra i poveri e quindi non è in grado di garantire un ritorno sugli investimenti in materia di ricerca e sviluppo da parte delle aziende farmaceutiche. Un gruppo particolarmente privo di accesso ai farmaci è quello dei bambini. “Molti far-

maci essenziali non sono stati messi a punto in formulazioni appropriate o in dosaggi specifici per uso pediatrico. Per questo motivo, le famiglie e gli operatori sanitari sono spesso costretti a «indovinare» come dividere al meglio le pillole per adulti al fine di somministrarle ai bambini. Questa situazione può sfociare nella morte tragica o in malattie croniche di questi bambini bisognosi²³. A causa di un'eccessiva focalizzazione sul profitto, quindi, assistiamo a un orientamento della ricerca farmaceutica verso aree strategiche di minore importanza, come i trattamenti per dimagrire o i rimedi per l'impotenza, che hanno un maggiore potenziale di mercato nei Paesi industrializzati più ricchi. In relazione a questo tema la Santa Sede segue con attenzione il dibattito sulla proprietà intellettuale e la sanità pubblica nel Consiglio per i Diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio (TRIPS) dell'OMC. Come Membro Osservatore, la Santa Sede sottolinea l'impulso molto creativo e innovativo offerto dal sistema dei diritti di proprietà intellettuale – in particolare nel settore sanitario – così come la sua funzione primaria, che è quella di servire il bene comune della comunità umana.

8. In conclusione, gli esempi forniti dovrebbero indicare che la prospettiva della Chiesa trascende i confini e le categorie di persone e abbraccia l'intera famiglia umana. Nel settore della salute, la sua prospettiva è mantenuta viva in modo

da servire come voce della coscienza. La diplomazia della Santa Sede promuove con pazienza la vita e il bene comune in risposta agli «alti e bassi» delle attuali circostanze. L'attività diplomatica della Santa Sede è stata, e rimane, una parte reale della comunità internazionale, una presenza a livello multilaterale che testimonia che il suo lavoro è un servizio di amore per tutta la famiglia umana.

S.E. Mons. SILVANO M. TOMASI
Nunzio Apostolico,
Osservatore Permanente della Santa Sede
presso le Nazioni Unite e altre
organizzazioni internazionali a Ginevra.

Note

¹ U.N. Secretary General, Princeton Colloquium, 17 April 2009. "The Imperative for a New Multilateralism."

² BENEDETTO XVI, *Discorso all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite*, New York, 18 Aprile 2008, http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2008/april/documents/hf_ben-xvi_spe_20080418_un-visit_en.html

³ *Carta delle Nazioni Unite*, art. 1.2-1.4.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso all'Assemblea generale delle Nazioni Unite in occasione del 50° anniversario della sua fondazione*, 5 Ottobre 1995, http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1995/october/documents/hf_jp-ii_spe_05101995_address-to-uno_en.html

⁵ Atti 3, 6-8.

⁶ GIOVANNI PAOLO II, *Dolentium Hominum*, 11 Febbraio 1985, Città del Vaticano, http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/motu_proprio/documents/hf_jp-ii_motu-proprio_11021985_dolentium-hominum_en.html

http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20090629_caritas-in-veritate_en.html

⁷ Pio XII, *Discorso all'Assemblea Mondiale della Sanità*, 1949.

⁸ Benedetto XVI, Lettera Enciclica *Caritas in veritate*, Città del Vaticano, 29 giugno 2009, #28, http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20090629_caritas-in-veritate_en.html

⁹ *Ibid.*, n. 75.

¹⁰ Intervento della Santa Sede al 126° Incontro del Comitato Esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul rapporto del Segretariato sui "Difetti di nascita" – EB126/10, 18-23 gennaio 2010

¹¹ Dichiarazione della Santa Sede alla Sessione conclusiva della 21ª Sessione Speciale dell'Assemblea Generale sulla revisione e valutazione dell'implementazione del Programma d'Azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo, New York, 2 luglio 1999, http://www.un.org/pop_in/unpop/com/32ndsess/gass/state/holysee.pdf

¹² <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

¹³ *Caritas in veritate*, n. 75.

¹⁴ *Ibid.*, n. 76.

¹⁵ World Health Organization (1998) Executive Board 101st Session, Resolutions and Decisions, EB101.1998/REC/1, pp. 52-53.

¹⁶ Benedetto XVI, Udienza Generale, 24 Marzo 2010, Città del Vaticano, http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/audience_s/2010/documents/hf_ben-xvi_aud_20100324_en.html

¹⁷ GA res. 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp. (No. 16) at 49, UN Doc. A/6316 (1966); 993 U.N.T.S. 3; 6 I.L.M. 368 (1967) [hereinafter "ICESCR"]. It entered into force on 3 January 1976, in accordance with Article 27.

¹⁸ ICESCR, Art. 12(1).

¹⁹ ICESCR, Art. 12(2)(c).

²⁰ ICESCR, Art. 12(2)(d).

²¹ Intervento dell'Osservatore della Santa Sede alla sessione plenaria del Dicembre 2002 dell'Organizzazione Mondiale del Commercio sugli aspetti dei Diritti di Proprietà Intellettuale legati al commercio, Ginevra. http://www.vatican.va/roman_curia/secretariat_state/documents/rc_seg-st_doc_20010620_wto_en.html

²² Benedetto XVI, Lettera enciclica *Caritas in veritate*, n. 22.

²³ Intervento di S.E. Mons. Silvano M. Tomasi alla 14ª Sessione del Consiglio dei Diritti Umani.



REINALDO A. GARCIA

Etica e accesso alle tecnologie sanitarie

Introduzione

Sono particolarmente grato dell'opportunità offertami di condividere con voi alcune riflessioni su "Etica e accesso alle tecnologie sanitarie", ma vorrei fare un'aggiunta piccola, ma significativa al titolo.

In riconoscimento dei rapidi progressi compiuti dal settore della tecnologia medica e di altro tipo, e in considerazione del fatto che le sfide sanitarie che i Paesi del mondo devono affrontare sono diverse, credo che sia più rilevante per noi prendere in considerazione il seguente titolo: "Etica e accesso a una tecnologia sanitaria **adeguata**".

A mio parere, quando si parla di etica e di accesso alla tecnologia sanitaria è essenziale comprendere appieno le problematiche sanitarie locali o regionali che si sta tentando di affrontare, come pure le condizioni culturali, economiche e sociali locali.

Le sfide che riguardano l'"accesso alle tecnologie sanitarie" che attendono l'uomo d'affari a Roma, la madre di cinque figli in Botswana, o il lavoratore rurale in Brasile, sono molto diverse. E così, non dovrebbe sorprendere che anche le soluzioni tecnologiche a queste sfide siano diverse. Pertanto, gli interrogativi chiave sull'"accesso alla tecnologia" dovrebbero essere: "Accesso a cosa?" e "per cosa?".

Troppo spesso nel passato, le discussioni in merito all'"accesso alla tecnologia" sono state generalizzate con discussioni condotte senza tener conto delle esigenze locali. Sono state sviluppate tecnologie che hanno trascurato quelle aree che pongono le sfide maggiori, come le comunità rurali, le popolazioni socialmente svantaggiate e, naturalmente, le nazioni in via di sviluppo.

Sono lieto di comunicare che non è più così e che, certamente nel caso della *GE Healthcare*, "in

loco, in loco, in loco" è il mantra di come oggi sviluppiamo le tecnologie mediche. Questo approccio, che abbiamo denominato "nel paese per il paese", sta già migliorando l'accesso alla tecnologia in tutto il mondo.

L'andatura del cambiamento

Come fornitori di tecnologia medica siamo molto orgogliosi dei progressi raggiunti dalla comunità medica attraverso l'uso della diagnostica per immagini ad alta tecnologia come la risonanza magnetica (MRI), la tomografia a raggi-X (CT) e quella a emissione di positroni (PET). Questi programmi hanno fornito specificità e sensibilità diagnostica sempre maggiori, a beneficio di milioni di pazienti in Europa e nel resto del mondo.

La comunità di ricerca ha utilizzato anche la diagnostica accoppiata all'informatica per comprendere meglio le cause del cancro, delle malattie cardiache e di molte altre malattie croniche che dovremo affrontare nei prossimi anni. La nostra società infatti invecchia e il numero di professionisti medici e operatori sanitari diminuisce – un problema importante, di per sé, in materia di accesso, ma che non affronterò oggi in questa sede.

Eppure, per quanto questi risultati siano notevoli, i loro effetti sono stati distribuiti in modo disforme tra la popolazione mondiale. Oggi l'80% della spesa sanitaria è riservata al 10% della popolazione mondiale. È una questione che dobbiamo affrontare. Occorre sviluppare tecnologie innovative che rispondano non solo a esigenze differenti, ma anche a bilanci diversi.

Spero di potervi dimostrare che abbiamo la capacità tecnica e stiamo facendo grandi progressi, soprattutto in un maggiore accesso per più persone a un'assistenza sa-

nitaria di qualità a prezzi accessibili che risponda alle loro esigenze in ogni parte del mondo e in ogni circostanza.

Rivoluzione digitale

In questi ultimi decenni abbiamo assistito a un mutato scenario della tecnologia di comunicazione: la digitalizzazione, la miniaturizzazione e la banda larga hanno avuto come risultato l'onnipresente telefono cellulare.

Queste stesse influenze hanno favorito lo sviluppo di tecnologie sanitarie, dove la forza delle immagini mediche, della tecnologia informatica e della biologia si fondono insieme, dando vita a una nuova ondata di prodotti che stanno trasformando l'assistenza sanitaria.

È emozionante quando si può tenere in mano un apparecchio a ultrasuoni, non più grande di un iPod, che usa niente altro che le onde sonore per rendere immagini del corpo altamente specifiche e sensibili. Dispositivi come questo hanno il potenziale di diventare la tecnologia per immagini più utilizzata al mondo.

Abbiamo tutti un ruolo da svolgere nello sfruttare la potenza di questa rivoluzione digitale per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria. Proprio in questo momento in tutto il mondo, governi, imprese, ONG e mondo accademico lavorano insieme per ridurre le disuguaglianze sanitarie e rendere l'assistenza sanitaria più sostenibile.

La *GE Healthcare* collabora con loro, come fanno anche la Chiesa cattolica e le altre organizzazioni religiose che vantano una storia lunga e orgogliosa di assistenza sanitaria in alcune delle regioni e delle popolazioni più svantaggiate del mondo. Il tipo di tecnologia che stiamo sviluppando sarà di scarsa utilità se non potrà essere

messa in pratica nelle zone che più ne hanno bisogno. Quindi, dobbiamo lavorare a stretto contatto con le organizzazioni di distribuzione per garantire il soddisfacimento delle loro esigenze. Permettetemi di spiegare come procediamo in questo senso.

“Healthymagination” – migliorare l’accesso, la qualità e il costo

Come soluzione manageriale globale, basata sulla tecnologia, la diagnostica e l’assistenza sanitaria, la *GE Healthcare* considera il suo ruolo di particolare importanza nel rendere la tecnologia salvavita produttiva e più accessibile nelle aree semi-urbane, rurali e in via di sviluppo che spesso sopportano il peso delle malattie.

Ciò è esemplificato dal programma *healthymagination* della *General Electric*, che mira a fornire tecnologie e soluzioni che migliorano la qualità, l’accesso e i costi della salute in tutte le parti del mondo, con un impegno di metriche che siano convalidate da una terza parte.

Il nostro impegno *healthymagination* si applica ai Paesi più poveri così come a quelli più ricchi: a quei luoghi con sistemi sanitari meno abbienti, dove la tecnologia può migliorare l’accesso e i risultati dei pazienti, e a quelli in cui la tecnologia fa lievitare i costi sanitari e dove, invece, dovrebbe essere utilizzata per incrementare l’efficienza e migliorare l’assistenza.

Quindi, come si applica *healthymagination* a, per esempio, zone rurali dell’Africa, dell’America Latina o del Sud-est Asiatico?

Quando questo programma fu lanciato nel maggio 2009, Jeff Immelt, Amministratore Delegato della *General Electric*, evidenziò due prodotti destinati al futuro: l’elettrocardiografo MAC 400 e il VENUE 40, scanner a ultrasuoni portatile.

Questi dispositivi sono alimentati a batteria, sono portatili, autosufficienti e semplici da usare. Sono esempi di uso del boom dell’elettronica di miniaturizzare e adattare la tecnologia che una volta era possibile solo in ospedale, e portarla in cliniche e zone rurali

lontane dalle principali strutture mediche.

Entrambe le tecnologie permettono di portare l’assistenza sanitaria al paziente invece di dover essere il paziente a ricorrere al medico, e tutte e due sono state sviluppate e prodotte nei mercati ai quali sono destinate.

Anche nei mercati poveri emergenti, la malattia cronica resta la principale causa di morbidità sanitaria e di mortalità. Il MAC 400 consente all’infermiere o all’assistente sanitario del distretto di eseguire un ECG in località remote, ma sempre utilizzando gli algoritmi migliori e più aggiornati, per lo screening e il trattamento di pa-

soprattutto ad aumentare l’accesso alle cure sanitarie.

Nuova mentalità nel Paese per il Paese

Per sviluppare queste tecnologie, la *General Electric* ha dovuto cambiare la propria mentalità.

Il tradizionale modello di “globalizzazione” della *General Electric*, dove i prodotti erano sviluppati in mercati nazionali come gli Stati Uniti e in Europa, e poi adattati per la vendita in altri Paesi – spesso riducendo le specificazioni e la produzione a livello locale – ha funzionato fino a una certa mi-



zienti affetti da malattie cardiache. Il solo fatto di essere poveri e di vivere in luoghi remoti, non deve condannare le persone a un servizio diagnostico inferiore. Il MAC 400 permette alla moderna tecnologia di essere portata al capezzale di chi vive lontano.

Il VENUE 40 viene utilizzato in una vasta gamma di applicazioni come l’anestesia, un esame addominale e cardiaco rapido, o un trauma, e consente procedure ag guidate più sicure. Per drenare un versamento pleurico, il paziente non deve più recarsi in un ospedale distante, ma l’assistente sanitario, l’infermiere o il medico locale, potranno fare questa procedura a casa del paziente o nella locale clinica rurale.

Questi esempi di prodotti di nuova generazione contribuiscono a salvare le vite, a migliorare la produttività dell’assistenza sanitaria, e

sura. Spesso i prodotti non erano adatti per le condizioni locali perché troppo grandi, troppo complicati, esposti alle variazioni di corrente e difficili da usare e mantenere in ambienti fisici molto diversi da quelli in cui erano stati originariamente concepiti. Nonostante la riduzione del costo capitale delle attrezzature, dei modelli finanziari per il loro utilizzo e la manutenzione basata su un’esperienza di mercato locale, questi prodotti non hanno funzionato e non erano sostenibili.

La compagnia ormai ricerca, sviluppa e produce sempre più la tecnologia giusta per le esigenze locali nel Paese o nella regione, da utilizzare come parte del nostro approccio “nel Paese per il Paese” allo sviluppo di nuove tecnologie.

In breve, le équipe della *General Electric*, grazie alla profonda conoscenza locale e a un’autonomia

senza precedenti in America Latina, in India, nel Sud-est Asiatico e in una dozzina di altri Paesi, ora gestiscono lo sviluppo e la produzione di nuovi prodotti per soddisfare le esigenze locali.

Una svolta molto interessante, poiché questi nuovi prodotti non rinunciano alla qualità, sta nel fatto che alcuni di essi trovano un uso di "ritorno" nei mercati sviluppati. Tale processo è diventato noto come "innovazione inversa".

Innovazione inversa

Tecnologie progettate per soddisfare le specifiche esigenze e circostanze mediche dei Paesi in via di sviluppo, si stanno rivelando popolari in mercati più sviluppati, in particolare dove vi sono vaste popolazioni rurali svantaggiate.

Ne è un buon esempio la serie MAC di elettrocardiogrammi. Originariamente sviluppate in India, la loro facilità d'uso e portabilità li rende ugualmente attraenti per medici di base e infermieri nelle cliniche e nelle visite a domicilio in altri Paesi, compresi gli Stati Uniti.

Questi macchinari sono utilizzati anche da "dottori volanti" che curano le popolazioni Inuit nel Canada settentrionale, e i risultati degli esami possono essere visualizzati sul posto o trasmessi a specialisti nei centri urbani per analisi o un secondo parere.

In tempi di restrizione economica come quelli di oggi, la tecnologia che consente di effettuare maggiori test diagnostici al di fuori dell'ambiente ospedaliero o al letto del paziente, piuttosto che mandare un paziente da uno specialista e trasportarlo fisicamente, probabilmente attira di più per migliorare l'accesso e guidare l'efficienza del sistema sanitario.

La commercializzazione di queste tecnologie nei mercati sviluppati e in quelli emergenti, permette di distribuire più ampiamente i costi di sviluppo e quindi di fissare il prezzo di vendita nei mercati in via di sviluppo a un livello accessibile. Ciò consente al Paese di acquistare e mantenere la tecnologia, rispettando gli impegni della *healthymagination* in materia di qualità, accesso e costi, e contribuisce a creare sistemi sanitari sostenibili che

funzionino nell'ambito delle condizioni economiche locali e non debbano fare affidamento su contributi internazionali o di organizzazioni caritative a lungo termine.

Soluzioni tecnologiche "appropriate"

Tecnologie mediche innovative sono ora in fase di sviluppo per quasi tutte le malattie e le condizioni riscontrate nelle nazioni in via di sviluppo. Fino a tempi relativamente recenti l'attenzione predominante era rivolta ai farmaci, ai vaccini e alle campagne di prevenzione e sensibilizzazione. Questo lavoro è stato fondamentale per affrontare la grossa sfida di malattie trasmissibili come la malaria, la tubercolosi, l'HIV/AIDS e altre malattie tropicali.

È ormai chiaro, tuttavia, che le popolazioni delle nazioni in via di sviluppo soffrono di un massiccio incremento delle stesse condizioni croniche che interessano tutti i Paesi: cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie e le numerose conseguenze mediche dell'obesità e del diabete.

Per aiutare ad affrontare queste sfide, è in atto un cambiamento verso tecnologie nuove e migliori per lo screening, la diagnosi precoce, la valutazione del trattamento e il monitoraggio delle malattie croniche e il relativo equipaggiamento del sistema sanitario. Vi è anche una rinnovata attenzione per risolvere il carico globale della mortalità e della malattia nella salute materna e neonatale.

Salute materna e neonatale

Le Nazioni Unite si sono riunite a New York nel mese di settembre per esaminare i progressi finora conseguiti nella realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, fissati nel 2000, da raggiungere entro il 2015. Tra questi sono state predominanti le sfide relative alla salute materna e neonatale.

Il dispositivo MDG 4 mira a ridurre di due terzi il tasso di mortalità tra i bambini al di sotto dei cinque anni entro il 2015. Dei 139 milioni di bambini nati ogni anno nel

mondo, oltre 3 milioni muoiono nel periodo neonatale, principalmente per parto prematuro, gravi infezioni e asfissia.

La vera tragedia è che la maggior parte di queste morti sono prevenibili. Raggiungere gli obiettivi di Sviluppo del Millennio in solo cinque anni, richiederà nuovi livelli di cooperazione tra tutti gli interessati, dai medici alle ostetriche, dai governi alle ONG e dai ricercatori alle imprese. Sarà inoltre necessario un ripensamento dei modi con cui sono sviluppate e distribuite le tecnologie sanitarie, soprattutto nelle zone dove i tassi di mortalità neonatale sono più alti.

Come parte dell'impegno globale di *healthymagination* della GE, allargheremo il nostro portafoglio di cura materno-infantile per offrire tecnologie mirate a oltre 80 Paesi a più basso reddito e aumentare l'accesso locale alle cure. Sono inclusi prodotti per bambini già testati, accessibili e facili da usare, che forniscono calore per i neonati, fototerapia per il trattamento di neonati itterici e incubatrici per quelli prematuri.

Molti di questi prodotti sono progettati e realizzati in India e Turchia. La *General Electric* sta lavorando allo sviluppo di strumenti per riscaldamento e di dispositivi di fototerapia per le nazioni in via di sviluppo a costi notevolmente ridotti. È inoltre in esame un nuovo metodo per fornire ossigeno alle madri durante il parto e ai neonati.

Un altro nuovo prodotto molto entusiasmante, che vi ho mostrato in precedenza, è il VScan – il nostro scanner portatile a ultrasuoni – sviluppato nei mercati emergenti. Le sue applicazioni cliniche sono attualmente valutate sia nei mercati emergenti sia in quelli sviluppati per una vasta gamma di malattie e condizioni. Queste includono accertare la sua capacità e i protocolli clinici per il suo utilizzo in applicazioni di assistenza materna e neonatale nei mercati emergenti.

Immaginate di essere un medico o un operatore sanitario in una delle regioni più arretrate dell'Africa. A 40 miglia dalla vostra clinica, una donna nel secondo trimestre di gravidanza sta male. Vi recate al suo villaggio. Quando arrivate, aprite l'ultrasuoni portatile. Pesa

solo 390 grammi, ma è potente quanto il grande macchinario degli ospedali più avanzati. Esso vi permette rapidamente di vedere che il bambino si è girato e il battito cardiaco è lento e quindi la madre ha bisogno di andare in clinica per essere curata. Oppure la scansione mostra che il bambino sta bene e il dolore è causato da una colecisti estesa e la madre può essere trattata con antibiotici a casa ed evitare l'arduo viaggio. È solo una visione? In questo momento sì, ma già ora stiamo lavorando con diverse ONG a livello mondiale per programmi piloti di formazione per operatori sanitari in diverse nazioni africane per usare il VScan a questo scopo. La visione potrebbe quindi diventare presto realtà.

In definitiva, la nostra visione è che il VScan sia presente ovunque come lo stetoscopio e per questo deve avere una portata veramente globale. Come per gli strumenti elettronici, i costi unitari saranno ridotti se saranno approvate più applicazioni cliniche, se verrà aumentata la produzione e se saranno diffuse altre innovazioni di design.

L'obiettivo è quello di raggiungere un punto in cui i costi di acquisto, di formazione e manutenzione possano essere recuperati mediante un modello di prezzo sostenibile anche nei Paesi a più basso reddito. Questo obiettivo era semplicemente inimmaginabile solo pochi anni fa e ora promette di portare a tecnologie diagnostiche potenti precedentemente di dominio esclusivo della struttura ospedaliera.

Lavorare con le ONG e le organizzazioni di distribuzione

Dopo aver progettato le nuove tecnologie, la prossima sfida per garantire un migliore accesso è quella di verificare, perfezionare e implementarle sul terreno. Ciò è stato appreso grazie al programma filantropico della Fondazione *General Electric*: "Sviluppare la salute a livello globale" che sta migliorando la capacità di assistenza sanitaria in Africa, Sud-est Asiatico e America Latina dotando ospedali e cliniche della tecnologia di cui hanno bisogno e garantendo che il personale sia adeguatamente formato per il loro utilizzo. In questo

programma ci basiamo sulle risorse di tutte le varie aziende della *General Electric*, come *GE Energy* per la produzione di energia elettrica e *GE Water* per gli impianti di depurazione.

Mediante l'utilizzo di volontari della *General Electric* e della *GE Healthcare*, il programma ha dimostrato che ciò che è effettivamente richiesto sul terreno, spesso non è ciò che è percepito da lontano e quel che funziona a Roma può non funzionare in Ruanda. In breve, si è appreso che non nulla è meglio dell'avere personale in loco.



È qui che cerchiamo attivamente la partnership con i governi, le organizzazioni professionali e un numero sempre maggiore di ONG presenti nei mercati emergenti. Anche se possiamo avere team di progettazione e di vendita e competenze in materia di marketing in molti Paesi, talvolta ci mancano le infrastrutture sul terreno per portare le nuove tecnologie ai pazienti.

Un altro esempio del nostro approccio di partnership è un progetto che abbiamo appena completato in Namibia. Tale progetto è stato condotto per il Ministero della Sanità della Namibia con un prestito di 13 milioni di euro di credito speciale da parte del governo finlandese. Insieme abbiamo ristrutturato 46 ospedali principali concentrandoci sull'assistenza materna e infantile. Il programma riguardava il mettere a disposizione un pacchetto di "soluzioni sanitarie" che comprende la fornitura di tecnologie appropriate, la logistica, l'installazione, la manutenzione, e un ampio programma di educazione e insegnamento.

Questo è solo un esempio dei progetti che la *GE Healthcare* sta

promuovendo per indirizzare i finanziamenti dai Paesi sviluppati verso quelli più poveri.

Vi sono anche molte organizzazioni non governative locali e globali con esperienza in questo tipo di lavoro e siamo desiderosi di unirvi a loro per fornire programmi di formazione e responsabilizzazione nel Paese per testare le nuove tecnologie. Sarei interessato a sapere da voi, nella discussione che seguirà, se vi possono essere opportunità di lavoro anche attraverso reti simili gestite dalla Chiesa nei Paesi in via di sviluppo.

Tramite questo tipo di partnership possiamo meglio raggiungere gli utenti finali per determinare se l'accesso a una nuova tecnologia sarà davvero effettivo. In questo caso, lavorando in partnership potrebbe inoltre permetterci di sviluppare protocolli clinici e usi appropriati delle tecnologie, accelerare l'erogazione, fornire la giusta formazione, sostenere le esigenze e minimizzare i costi.

È solo l'inizio

Resta ancora molto da fare. La *General Electric* non pretende di avere tutte le risposte per assicurare che il mondo intero abbia accesso a tecnologie innovative che migliorano la salute. Tuttavia, comprendiamo i problemi e possiamo vedere molti degli ostacoli che si frappongono.

Spero di avervi convinti che "sì, è importante aumentare l'accesso della popolazione alla tecnologia sanitaria", ma i benefici sanitari seguiranno solo se questa tecnologia è necessaria per risolvere i problemi locali, e questo non può essere un approccio tecnologico universale. Abbiamo bisogno di adattare le nostre soluzioni tecnologiche alle circostanze locali e utilizzarle in un modo che diventino importanti motori di cambiamento.

Dopo aver dedicato la maggior parte del tempo a mia disposizione per parlare di questioni sanitarie e della tecnologia per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria nei Paesi in via di sviluppo, non dobbiamo dimenticare che, vicino a casa nostra, anche i sistemi sanitari europei sono sotto forte pressione. Alla luce della crisi finan-

ziaria, i responsabili politici stanno già tentando di bilanciare la spesa sanitaria, migliorando la qualità e l'efficienza delle cure sanitarie.

Anche in questo caso la *General Electric* ha mobilitato la propria esperienza per aiutare i nostri clienti qui in Europa e in tutto il mondo sviluppato, a riprogettare le proprie attività e a rispondere a queste richieste di cure sanitarie di maggiore qualità e efficienza. Le nostre équipes in "Hospital e Healthcare Solutions" (HHS) forniscono servizi che aiutano i nostri clienti in tre ambiti principali:

1) Aumentare la qualità e la sicurezza della cura dei pazienti mediante protocolli di trattamento e sistemi di supporto alle decisioni cliniche.

2) Capire meglio come le loro prestazioni influiscono sulla fornitura di assistenza sanitaria efficiente e di alta qualità attraverso il continuum della cura.

3) Sviluppare organizzazioni sa-

nitare integrate che funzionino in modo più efficiente attraverso operazioni manageriali migliorate.

La potente combinazione unica della nostra esperienza clinica e della tecnologia, assieme all'eccellenza dei processi della *General Electric* e degli strumenti per il cambiamento della leadership, aiutano i nostri clienti globali a trovare nuove forme di organizzazione, misurazione e gestione di prestazione dei servizi sanitari nel ciclo completo di cura per guidare meglio i costi, la qualità e l'accesso.

Per riassumere

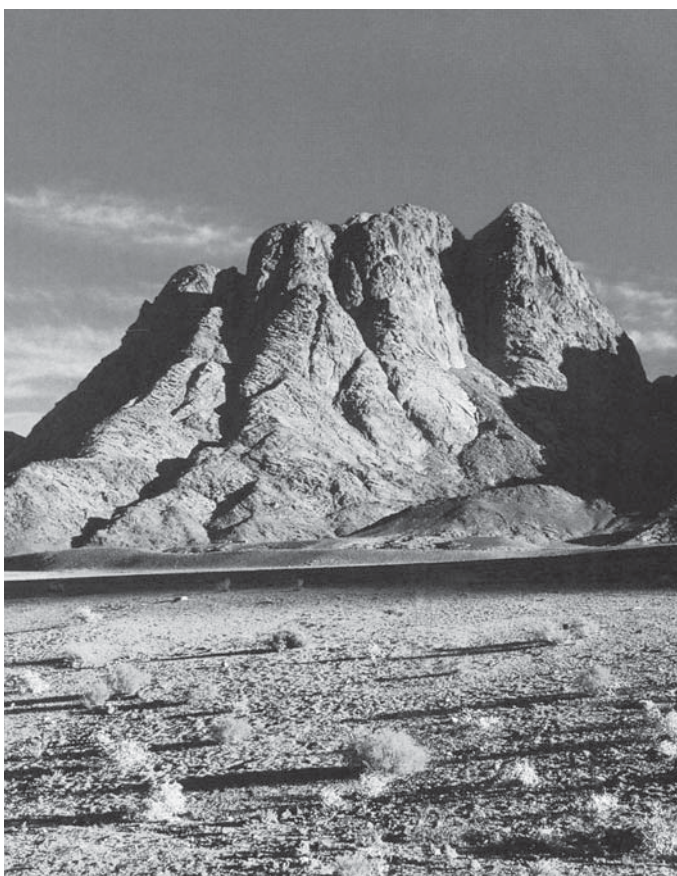
Ovunque siamo nel mondo dobbiamo essere tutti più ingegnosi. Dobbiamo usare la tecnologia per trasformare la sanità. Non possiamo permetterci di non farlo. Tutti noi conosciamo i problemi oggi esistenti in materia di sanità: im-

pennata dei costi, diminuzione di accesso, trattamento inefficace, amministrazione inefficiente, errori medici crescenti, e così via. E questi problemi non si limitano a un Paese o a un continente.

Attraverso la *healthymagination* e lo sviluppo di nuove tecnologie, ci siamo impegnati a lavorare per contribuire a superare le sfide. Sono necessari maggiore collaborazione, partnership, idee chiare e il coraggio di agire diversamente.

La trasformazione dei servizi sanitari è senza dubbio una delle sfide più difficili che dovremo affrontare in questo secolo. Ma sono ottimista sul fatto che la supereremo utilizzando la tecnologia innovativa. E quando lo faremo, la storia registrerà il nostro successo come uno dei grandi trionfi di questo secolo.

Dott. REINALDO A. GARCIA
Presidente e Amministratore Delegato
General Electric Health Care



RENATO SALVATORE

Il contributo delle istituzioni socio-sanitarie cattoliche al miglioramento delle condizioni di salute dei popoli

L'argomento affidatomi, per essere trattato in modo compiuto, richiede una esposizione che andrebbe oltre i limiti temporali opportunamente stabiliti. Non mi prolungherò su quanto di encomiabile le istituzioni socio-sanitarie cattoliche (ISSC) realizzano da decenni in tutti i continenti, ma sulle loro specifiche finalità in quanto opere di Chiesa.

A mio avviso, il punto cruciale è rappresentato dal concetto di salute che le suddette strutture dovrebbero promuovere. È noto a tutti che vi sono molteplici definizioni della salute e, di conseguenza, differenti strategie a seconda di come essa, di volta in volta, viene intesa. Il concetto cristiano di salute è differente dagli altri poiché deriva da una visione propria che la Rivelazione ha dato dell'uomo: un essere creato a immagine e somiglianza di Dio, redento da Cristo, aperto alla trascendenza.

Un secondo aspetto da mantenere in evidenza è che le ISSC hanno lo scopo di "analizzare la cause strutturali che provocano dolore, povertà, e disagio e di saper progettare degli interventi adeguati che mirino a rimuoverle, promuovendo sinergie e collaborazione con tutti coloro che sono sinceramente interessati al bene dell'uomo"¹.

1. L'uomo sofferente: via speciale della Chiesa

Le pagine dei vangeli ci mostrano la tenera misericordia di Gesù verso le persone "malate" nel corpo, nello spirito, nelle relazioni sociali... Per costoro ha parole e atteggiamenti che esprimono com-

passione, comprensione, perdono, accoglienza e si trasformano, frequentemente, in "segni" potenti. Lui, visibile manifestazione dell'infinito amore del Padre, non è venuto solo per salvare le "anime" ma a offrire a ogni persona la "vita piena", in tutte le sue dimensioni (spirituale, psicologica, fisica, relazionale)². Così, ha congiunto in modo inscindibile non solo i concetti ma la stessa vera e definitiva realizzazione della salute e della salvezza: in Lui ci viene donata una "salvezza salutare" e una "salute salvifica".

La Chiesa cattolica, per non tradire il mandato di Gesù Cristo deve prendersi cura di tutti senza alcuna discriminazione; l'unica particolarità è una speciale attenzione per i più poveri. Inoltre, in quanto corpo mistico di Cristo e quale comunità da Lui sanata, diviene a sua volta sanante, ossia strumento di salute e di salvezza.

La fattiva e costante attività caritativa della Chiesa, nei secoli, non è da interpretare primariamente come la risposta a bisogni sociali³, ma come fedeltà all'esempio di Gesù e al mandato di Cristo Risorto: "E strada facendo predicate che il regno dei cieli è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi, cacciate i demoni" (Mt 10,8). Sono tanti i documenti che ribadiscono questa convinzione di fondo: "*L'uomo sofferente è via della Chiesa perché egli è, anzitutto, via di Cristo stesso, il buon samaritano che «non passa oltre», ma «ne ha compassione, si fa vicino... gli fascia le ferite... si prende cura di lui» (Lc 10,32-34)*"⁴.

La Chiesa pone in campo iniziative in consonanza con la sua propria visione dell'uomo. In verità,

chi conosce l'uomo è nelle condizioni per dare le "indicazioni" ottimali per il raggiungimento delle finalità umane più profonde. Gesù Cristo, rivelandoci il Padre e se stesso, rivela agli uomini la loro identità, i loro veri bisogni e il modo per appagarli.

Il coinvolgimento della Chiesa nel socio-sanitario è molto significativo dal punto di vista quantitativo e qualitativo, ed è anche universalmente molto apprezzato. Essa si prende cura di un grande numero di persone con l'apporto di migliaia di operatori socio-sanitari, pastorali e volontari, e avvalendosi di diversificate tipologie di strutture.

Per capire quanto sia rilevante il ruolo svolto dalla Chiesa è sufficiente prendere visione delle sue innumerevoli attività: ad esempio, la Chiesa nell'area sub-sahariana costituisce il primo partner degli Stati, erogando anche il 60% delle prestazioni sanitarie!

L'*Annuario Statistico della Chiesa* riporta i seguenti dati, relativi al 2008, circa l'attività socio-sanitaria della Chiesa nel mondo.

Ospedali: 5.428 (di cui 1.137 in Africa, 1.717 in America, 1.130 in Asia, 1.288 in Europa, 156 in Oceania).

Dispensari: 18.025.

Casi per anziani, cronici e invalidi: 15.985.

Centri di educazione o rieducazione sociale: 34.250.

Aggiungendovi i lebbrosari, gli orfanotrofi, gli asili, i consultori familiari e le altre istituzioni di carità e beneficenza, si arriva a un totale di 120.826 strutture possedute o amministrate da ecclesiastici o da religiosi.

Le caratteristiche, le sfide e le ri-

sposte di queste strutture sono ovviamente differenti a seconda del continente e, al loro interno, nelle singole nazioni. Non rientra nell'intento di questa relazione darne conto; chi è interessato può trovare una ricca trattazione negli Atti del Terzo Congresso Mondiale dell'AISAC (3-5 ottobre 2007) pubblicati su "Dolentium Hominum" nel n. 66, 2007/3⁵.

L'attività delle ISSC si distinguono principalmente non per "ciò" che fanno ma per "come" lo fanno, ossia perché si prendono cura delle persone secondo l'antropologia cristiana, nel rispetto della speciale dignità della persona, in una visione olistica della persona e dei suoi bisogni, nel quadro della dottrina sociale della Chiesa, con la promozione e difesa dei diritti...

Inoltre, vi è un *proprium* (il "motivo") che deve qualificare ogni membro della Chiesa nel suo rapportarsi con qualsiasi persona e che non va mai dimenticato: l'amore. L'imperativo per ogni cristiano è di amare gli altri come Cristo lo ha amato. Questa convinzione offre a tutti gli operatori cristiani del mondo della salute una motivazione e una forza per un approccio realmente unico, spingendoli non solo a donare qualcosa, ma a "donarsi". E l'amore per essere tale deve coniugarsi con la verità: "La verità va cercata, trovata ed espressa nell'«economia» della carità, ma la carità a sua volta va compresa, avvalorata e praticata nella luce della verità"⁶.

A questo punto, vorrei evidenziare alcuni degli elementi propri delle ISSC cui ho appena fatto cenno.

2. La visione cristiana dell'uomo

La storia ci ha insegnato, a volte drammaticamente, la rilevanza e le conseguenze dell'idea (ideologia) che si ha dell'uomo⁷. La Chiesa non può sfuggire alla domanda "chi è l'essere umano?" quando decide di iniziare, continuare o trasformare una qualsiasi attività in ambito socio-sanitario.

La Chiesa attinge dalla Rivelazione la comprensione dell'identità, della vocazione e del destino ultimo dell'uomo e del genere

umano⁸. Ogni persona trova il fondamento della sua dignità nell'essere originato a immagine di Dio e nel suo destino di comunione eterna con Dio. Siamo resi consapevoli di questa dignità da Cristo stesso, il quale incarnandosi si è unito in certo modo a ogni uomo e, in quanto uomo perfetto (nuovo Adamo), ha svelato "pienamente l'uomo all'uomo e gli fa nota la sua altissima vocazione" (GS 22). Accogliere i dati rivelati significa per una ISSC, per esempio, affermare e difendere il valore trascendente di ogni essere umano dal concepimento fino alla morte naturale e in qualsiasi condizione di vita e di salute. Comporta anche l'accoglienza del magistero della Chiesa come, ad esempio, l'appello del Sommo Pontefice Giovanni Paolo II "in nome di Dio: *rispetta, difendi, ama e servi la vita, ogni vita umana*. Solo su questa strada troverai giustizia, sviluppo, libertà vera, pace e felicità"⁹.



Per il nostro tema, significa operare in coerenza con il concetto cristiano di salute. Il contributo specifico alla salute dei popoli da parte della Chiesa, per mezzo delle ISSC, dipende dalla sua fedeltà al Vangelo e, in particolare, alla salute/salvezza che Cristo desidera donare a tutti gli uomini. Di questa salute la Chiesa ha il dovere e il diritto di essere promotrice mediante la Parola, i sacramenti e la carità.

All'interno di questa visione dell'uomo si comprende che la sa-

lute non può essere isolata da una scala di valori nella quale il primo posto deve essere occupato da Dio, colui che solo dona la vita e ne può disporre fino in fondo. In questa ottica, la vita con Dio viene prima della vita terrena; così come la persona nella sua interezza viene prima delle sue parti. Anche la sofferenza e la malattia a volte possono conferire alla propria esistenza profondità e pienezza di significato poiché la salute è un bene che va speso/consumato all'interno di una prospettiva di vita vissuta nella donazione agli altri: la salute non è un bene supremo, ma un bene strumentale; ossia utile, ma non indispensabile, per ottenere altri beni di valore superiore¹⁰. "La *salute della persona* è inserita dinamicamente in un progetto di vita in cui tutte le esperienze, le gioie come le ferite, vengono integrate e fanno parte della propria storia personale. Essa può quindi essere presente anche in malati o disabili che, fisicamente, rimangono tali, ma sono capaci di adempiere (con l'aiuto della grazia e il sostegno di una comunità *con-fortante*) la missione che Dio ha loro affidato, a seconda del momento di vita nel quale si trovano"¹¹.

I gesti di Gesù – rivolti agli ultimi, agli esclusi, ai poveri, ai malati – sono emblematici di una salute integrale e della salvezza: Lui non è solo un guaritore, ma il Salvatore. La sua "salute" è offerta ai malati e ai sani! Cristo è la salute: lui è medico e medicina; terapeuta e salvatore; uomo nuovo e modello dell'uomo nuovo¹². Lui ci guarisce e ci abilita a guarire gli altri che sono prigionieri del male poiché la promozione della salute si inserisce nell'opera di edificazione del Regno.

I molti modi di concepire la salute umana rivelano quali sono i bisogni umani ritenuti come fondamentali e, quindi, segnalano le conseguenti iniziative che vengono messe in atto per cercare di preservarla, recuperarla o promuoverla. In quanto testimoni dell'amore misericordioso di Cristo, medico e medicina delle anime e dei corpi, i cristiani sono chiamati a comprendere e poi realizzare la salute che Lui ha offerto ai malati e ai sani. Le ISSC sono tenute a promuovere questo tipo di salute¹³.

3. Diaconia della carità ed evangelizzazione: la carità nella verità

“Con il passare degli anni e con il progressivo diffondersi della Chiesa, l’esercizio della carità si confermò come uno dei suoi ambiti essenziali, insieme con l’amministrazione dei Sacramenti e l’annuncio della Parola: praticare l’amore verso le vedove e gli orfani, verso i carcerati, i malati e i bisognosi di ogni genere appartiene alla sua essenza tanto quanto il servizio dei Sacramenti e l’annuncio del Vangelo. La Chiesa non può trascurare il servizio della carità così come non può tralasciare i Sacramenti e la Parola” (DCE 22)¹⁴.

La Chiesa è tenuta a attivarsi prontamente di fronte a una emergenza, un’urgenza, un bisogno che richiede una rapida risposta¹⁵, ma è anche vero che tale risposta non è né l’ultima né la più importante. Le ISSC mirano alla salute in senso integrale; considerano la persona nella globalità dei suoi bisogni, con una speciale considerazione di quelli più fondanti che sono i bisogni spirituali.

Lo sviluppo di un idoneo sistema socio-sanitario non è solo questione di miglioramento tecnologico, ma di maggiore e migliore attenzione alla persona, detentore di bisogni immateriali essenziali per il suo benessere. Il raggiungimento di questa meta comporta, tra l’altro, che l’uomo possa beneficiare dell’amore e della verità che libera: non può esserci sviluppo senza libertà e verità, senza fraternità e solidarietà¹⁶.

“L’annuncio di Cristo è il primo e principale fattore di sviluppo” (CV 8) veramente umano e della costruzione di un sistema socio-sanitario realmente a misura d’uomo. Illuminanti a tale riguardo le seguenti considerazioni del Papa Benedetto XVI: “La Chiesa, essendo a servizio di Dio, è a servizio del mondo in termini di amore e di verità. [...] *l’autentico sviluppo dell’uomo riguarda unitariamente la totalità della persona in ogni sua dimensione.* [...] Lungo la storia, spesso si è ritenuto che la creazione di istituzioni fosse sufficiente a garantire all’umanità il soddisfacimento del diritto allo sviluppo. [...] le istituzioni da sole

non bastano, perché lo sviluppo umano integrale è anzitutto vocazione e, quindi, comporta una libera e solidale assunzione di responsabilità da parte di tutti. Un tale sviluppo richiede, inoltre, una visione trascendente della persona, ha bisogno di Dio: senza di Lui lo sviluppo o viene negato o viene affidato unicamente alle mani dell’uomo, che cade nella presunzione dell’auto-salvezza e finisce per promuovere uno sviluppo disumanizzato. D’altronde, solo l’incontro con Dio permette di non «vedere nell’altro sempre soltanto l’altro», ma di riconoscere in lui l’immagine divina, giungendo così a scoprire veramente l’altro e a maturare un amore che «diventa cura dell’altro e per l’altro»” (CV 11)¹⁷.



L’evangelizzazione è prima di tutto testimonianza di vita¹⁸ che suscita interrogativi e, di conseguenza, adeguate risposte a essi mediante il servizio della Parola e dei Sacramenti. “La carità ci rende testimoni, più che maestri. Non basta la «profezia della parola»; è necessaria la testimonianza ardita e umile, silenziosa e provocativa [...] Questa testimonianza senza parole fa «salire nel cuore di coloro» che la sentono e la vedono «domande irresistibili: perché sono così? Perché vivono in tal modo? Perché sono in mezzo a noi?»”¹⁹.

La carità è, come ci ricorda il Papa “sempre più che semplice attività” (DCE 34), donazione di beni materiali poiché “l’azione pratica resta insufficiente se in essa non si

rende percepibile l’amore per l’uomo [...]». L’intima partecipazione personale al bisogno e alla sofferenza dell’altro diventa così un partecipargli me stesso: perché il dono non umilia l’altro, devo dargli non soltanto qualcosa di mio ma me stesso, devo essere presente nel dono come persona” (DCE 34).

“Questo amore non offre agli uomini solamente un aiuto materiale, ma anche ristoro e cura dell’anima, un aiuto spesso più necessario del sostegno materiale. L’affermazione secondo la quale le strutture giuste renderebbero superflue le opere di carità di fatto nasconde una concezione materialistica dell’uomo: il pregiudizio secondo cui l’uomo vivrebbe «di solo pane» (Mt 4,4; cfr. Dt 8,3) –

convinzione che umilia l’uomo e disconosce proprio ciò che è più specificamente umano” (DCE 28).

Ecco, allora, che tutte le ISSC diventano oasi nelle quali si può ricevere anche quello sguardo di amore di cui ha reale bisogno ogni persona, al di là del suo stato sociale, della sua razza, della sua religione, del disagio sociale o del genere di malattia.

“La fedeltà all’uomo esige *la fedeltà alla verità* che, sola, è *garanzia di libertà* (cfr. Gv 8,32) e *della possibilità di uno sviluppo umano integrale*. Per questo la Chiesa la ricerca, l’annunzia instancabilmente e la riconosce ovunque essa si palesi. Questa missione di verità è per la Chiesa irrinunciabile. La sua dottrina sociale è momento singolare di questo annuncio: essa

è servizio alla verità che libera” (CV 9). Quindi, le ISSC in primo luogo “sono strumenti per testimoniare ed annunciare Gesù Cristo unico salvatore. Non sono strumenti di proselitismo, ma di testimonianza – spesso silenziosa – di quella Carità nella Verità che la Chiesa ha ricevuto dal suo Signore e che sola può costruire una società giusta e solidale” (CV 6).

4. Comunità sananti, tessere di un unico mosaico

Se le ISSC considerano se stesse come espressione della premura di Cristo verso i sofferenti, gli ultimi, i bisognosi allora debbono svolgere la loro attività in nome della Chiesa e, quindi, pienamente inserite nell'azione della Chiesa locale e universale. È quanto vorrei evidenziare in questa ultima parte elencando brevemente gli ambiti – all'interno della promozione della salute dei popoli – sui quali occorre porre particolare attenzione²⁰.

La ISSC è una “tessera” del grande mosaico della evangelizzazione-carità: rappresenta un eloquente segno e un valido mezzo della Chiesa nel suo compito di trasmettere la salvezza/salute a noi donata da Cristo²¹. Il messaggio evangelico è la risposta ultima all'anelito, spesso inespresso, dell'umanità a una salute piena e definitiva che, quindi, riguarda ogni persona in tutte le sue dimensioni.

a) La vita umana e la persona

Questi sono i primi e fondamentali valori che le ISSC sono tenute a rispettare, difendere, servire e promuovere per coerenza al proprio statuto di opere della Chiesa²². Questo impegno oggi “si fa particolarmente urgente per l'impressionante moltiplicarsi ed acutizzarsi delle minacce alla vita delle persone e dei popoli, soprattutto quando essa è debole e indifesa” (EV 3).

Tutto ciò che va contro la vita, viola l'integrità della persona od offende la dignità umana “è insieme sintomo preoccupante e causa non marginale di un grave crollo morale. [...] L'esito al quale si perviene è drammatico: se è quanto mai grave e inquietante il fenome-

no dell'eliminazione di tante vite umane nascenti o sulla via del tramonto, non meno grave e inquietante è il fatto che la stessa coscienza, quasi ottenebrata da così vasti condizionamenti, fatica sempre più a percepire la distinzione tra il bene e il male in ciò che tocca lo stesso fondamentale valore della vita umana” (EV 4). Non solo, ma sempre più ciò è che un delitto contro la vita viene percepito come un diritto che lo Stato dovrebbe riconoscere e il cui esercizio dovrebbe tutelare.

Le ISSC possono in molti modi, in comunione con tutta la comunità cristiana e le persone di buona volontà, impegnarsi proficuamente nella lotta contro quella “che si può considerare come una vera e propria *struttura di peccato*, caratterizzata dall'imporsi di una cultura anti-solidaristica, che si configura in molti casi come vera «cultura di morte». Essa è attivamente promossa da forti correnti culturali, economiche e politiche, portatrici di una concezione efficientistica della società” (EV 12)²³.

Occorre annunciare e testimoniare il vangelo della vita sapendo che la radice ultima di questa cultura è da rinvenire nell'*eclissi del senso di Dio e dell'uomo*: “Smarrendo il senso di Dio, si tende a smarrire anche il senso dell'uomo, della sua dignità e della sua vita” (EV 21). Senza Dio, la vita non può essere più considerata un suo dono e quindi una realtà sacra, inviolabile e indisponibile; “diventa semplicemente «una cosa», che egli rivendica come esclusiva proprietà, totalmente dominabile e manipolabile” (EV 22)²⁴.

Per promuovere la salute dei popoli e il loro sano sviluppo le ISSC devono far propria l'urgenza, in ogni società, di “riscoprire l'esistenza di valori umani e morali essenziali e nativi, che scaturiscono dalla verità stessa dell'essere umano ed esprimono e tutelano la dignità della persona” (EV 71)²⁵.

Il sostegno e la promozione della vita umana è un compito fondamentale di ogni ISSC e “si esprime nella testimonianza personale, nelle diverse forme di volontariato, nell'animazione sociale e nell'impegno politico” (EV 87) e con la consapevolezza di essere opera di Chiesa: “L'impegno a servizio del-

la vita grava su tutti e su ciascuno. È una responsabilità propriamente «ecclesiale», che esige l'azione concertata e generosa di tutti i membri e di tutte le articolazioni della comunità cristiana” (EV 79).

b) Educazione alla salute

Ogni sistema socio-sanitario si ispira ad alcuni valori che, come fondamentali, sono alla sua base. Pertanto, chi opera nel mondo della salute è chiamato a capire quali siano i valori ai quali fa riferimento lo Stato quando legifera, per poter così svolgere un'evangelizzazione efficace e profetica. Difatti, lo Stato cercherà di erogare ai cittadini quei servizi che ritiene adeguati a realizzare il tipo di salute da esso auspicato. Come anche, dall'altra parte, i cittadini vorranno dallo Stato tutti i mezzi necessari per conseguire i risultati conformi a uno standard di salute atteso (e a volte preteso)²⁶. Si può offrire e chiedere poco o troppo, cose giuste o ingiuste, lecite o illecite, passando dalla carenza di mezzi minimali allo sperpero di denaro pubblico e privato! E, soprattutto, entrano in gioco scelte etiche dello Stato ma anche da parte dei cittadini²⁷.

Le ISSC sono tenute a coinvolgersi nel promuovere a tutti i livelli un concetto di salute rispettoso della dignità di ogni persona, delle necessità dei malati più bisognosi e di una spesa sanitaria che riesca col minor costo a raggiungere il maggior numero di persone. “Educare alla salute significa, allora, promuovere il valore della salute parallelamente a quello della vita, sensibilizzando verso temi quali il diritto e il dovere alla salute, l'evitamento di stili di comportamento che minacciano la vita stessa e promuovendo una educazione morale che aiuti la persona a collocare criticamente la salute in un più ampio ordine gerarchico di valori”²⁸.

L'educazione alla salute va rivolta sia al soggetto che alla sua comunità di appartenenza (famiglia, parrocchia, scuola, istituzioni sociali e sanitarie, territorio) coinvolgendola come gruppo e nella loro ordinaria vita quotidiana in vista di un cambiamento comportamentale nel singolo ma anche in

vista di un cambiamento istituzionale e organizzativo. Ciò presuppone sia la conoscenza dello specifico patrimonio culturale relativo alla salute della persona/comunità sia la loro partecipazione nella ricerca e implementazione di una metodologia di intervento. E comporta un vero coinvolgimento – in una comunicazione circolare – degli esperti e degli utenti nella comune ricerca del significato della salute e di come, quindi, meglio promuoverla con l'acquisizione di una maggiore consapevolezza e con atteggiamenti e comportamenti responsabili.

Educarsi alla salute richiede un riorientamento esistenziale e valoriale, un'accoglienza della sofferenza come parte della vita, un utilizzo delle risorse personali e del contesto in cui si vive.

Promuovere la salute «significa «raggiungere e quasi sconvolgere mediante la forza del Vangelo i criteri di giudizio, i valori determinanti, i punti di interesse, le linee di pensiero, le fonti ispiratrici e i modelli di vita dell'umanità, che sono in contrasto con la parola di Dio e con il disegno della Salvezza»²⁹, contestare, attraverso modi profetici e alternativi, il non rispetto della completezza della domanda di salute delle persone che ci si impegna a curare»³⁰.

Tra i compiti della Chiesa, in questo ambito, vi è quello di «sottolineare il valore terapeutico e salutare dell'annuncio. Nel corso dei secoli si è andata sbiadendo la dimensione «medicinale» del vangelo, la figura del *Christus medicus* è praticamente scomparsa, la Chiesa ha sviluppato dei modelli di assistenza (protagonista per molto tempo di una specie di «gestione cristiana della salute») ma non ha sviluppato un suo modello di salute ispirato al Vangelo»³¹.

Nello stesso tempo, «dobbiamo recuperare la forza evangelizzante insita nel nostro curare perché come comunità ecclesiale (e le istituzioni sanitarie cattoliche ne devono essere un'espressione specifica e «accreditata») siamo stati mandati a «evangelizzare sanando», sull'esempio di colui che di questo ne è stato non soltanto *messaggero*, ma anche il grande *messaggio*»³².

La variegata e crescente ricerca di salute manifesta un latente desi-

derio di pienezza, ulteriorità, di superamento di ciò che è fragilità e precarietà. Tutto ciò può essere interpretato come una domanda di «salvezza»: questa inconsapevole ricerca va colta dalla Chiesa per proporre la sua «terapia» evangelica che agisce direttamente sugli stili di vita non salutari.

c) *Promozione della giustizia e della solidarietà*

Sono molteplici i fattori che possono favorire l'insorgere e la diffusione delle condizioni di disagio e rendere ardua una vita sana. Fra questi meritano di essere attentamente considerati il contesto sociale, economico e politico. Una efficace promozione della salute deve spingersi fino a questi livelli poiché lì è possibile rinvenire alcune serie problematiche che affliggono molte popolazioni (la povertà, l'analfabetismo, disoccupazione, guerre civili, emarginazione, discriminazione)³³.

Vi è un'intima connessione tra accesso ai «beni» (istruzione, lavoro, cibo, acqua, abitazione, pace, libertà di professare la propria fede religiosa o di esprimere le proprie opinioni...) e salute. Ma ancor più determinante è un altro legame: «La negazione o la limitazione dei diritti umani [...] non impoveriscono forse la persona umana altrettanto, se non maggiormente della privazione dei beni materiali? E uno sviluppo, che non tenga conto della piena affermazione di questi diritti, è davvero sviluppo a dimensione umana?»³⁴.

È necessaria un'attenta e previa lettura della realtà per capire le cause che sono all'origine delle tante ingiustizie e anche i «meccanismi economici, finanziari e sociali, i quali, benché manovrati dalla volontà degli uomini, funzionano spesso in maniera quasi automatica, rendendo più rigide le situazioni di ricchezza degli uni e di povertà degli altri» (SRS 16).

La Chiesa non dimentica i doveri dello Stato né intende tacitare il grido dei poveri poiché non si sentirà mai esonerata dal lottare per la giustizia³⁵: al suo ministero «appartiene pure la denuncia dei mali e delle ingiustizie. Ma conviene chiarire che l'annuncio è sempre più importante della denuncia, e

questa non può prescindere da quello, che le offre la vera solidità e la forza della motivazione più alta» (SRS 41).

È dovere dello Stato creare le condizioni per un giusto ordine sociale e della Chiesa offrire «contenuti» alla categoria «giustizia»: «La fede permette alla ragione di svolgere in modo migliore il suo compito e di vedere meglio ciò che le è proprio. È qui che si colloca la dottrina sociale cattolica: essa non vuole conferire alla Chiesa un potere sullo Stato. Neppure vuole imporre a coloro che non condividono la fede prospettive e modi di comportamento che appartengono a questa. Vuole semplicemente contribuire alla purificazione della ragione e recare il proprio aiuto per far sì che ciò che è giusto possa, qui ed ora, essere riconosciuto e poi anche realizzato» (DCE 28)³⁶.

In tal modo, la Chiesa con la sua presenza e azione nel mondo socio-sanitario «s'adopera per la costruzione della «città dell'uomo» secondo diritto e giustizia. Dall'altra, la carità supera la giustizia e la completa nella logica del dono e del perdono. La «città dell'uomo» non è promossa solo da rapporti di diritti e di doveri, ma ancor più e ancor prima da relazioni di gratuità, di misericordia e di comunione» (CV 6). «Da sola, la giustizia non basta. Può anzi arrivare a negare se stessa, se non si apre a quella forza più profonda che è l'amore»³⁷. «Al valore della giustizia, infatti la dottrina sociale accosta quello della solidarietà»³⁸, un valore connesso con il principio di sussidiarietà e che va coniugato con quello della centralità della persona umana ed il rispetto dei valori locali e tradizionali»³⁹.

Senza alcun dubbio, rientra nella missione delle ISSC il «denunciare tutti i surrogati di vita e di salute, gli attentati contro la dignità e l'integrità dei più deboli, l'ingiusta distribuzione delle risorse sanitarie, i meccanismi e le strutture che impediscono l'arrivo dei più poveri alla mensa della vita e della salute. Questo impegno, tuttavia, necessita di uno sforzo altrettanto importante per promuovere una nuova cultura della salute, a misura d'uomo, capace di sanare gli elementi patogeni, personali e strutturali della società [...] Infine,

non è minore la sfida di mostrare, con la propria vita e nella dedizione agli altri, che il Vangelo vissuto è la migliore sorgente della salute voluta da Cristo e consegnata alla Chiesa come dono e come missione. *È la profezia della nuova salute per un mondo assetato e affamato di pienezza*⁴⁰.

“Col messaggio evangelico la Chiesa offre una forza liberante e fautrice di sviluppo proprio perché porta alla conversione del cuore e della mentalità, fa riconoscere la dignità di ciascuna persona, dispone alla solidarietà, all’impegno, al servizio dei fratelli, inserisce l’uomo nel progetto di Dio”⁴¹.

d) Esemplarità

“Le opere della Chiesa devono avere la caratteristica della esemplarità: per la qualità dei servizi, per la qualificazione del personale, per la promozione umana degli utenti, per l’assenza di qualunque discriminazione fra ricchi e poveri e per l’eliminazione del lucro e del profitto” (DCE 34).

La CEI, in una nota sulla Pastorale della Salute, ha elencato alcune connotazioni che configurano l’identità e il servizio delle strutture sanitarie cattoliche; ovviamente, l’elenco potrebbe essere molto più lungo e adattato alle precipe realtà locali:

– assistenza integrale al malato, con attenzione a tutte le dimensioni della persona: fisica, psicologica, sociale, spirituale e trascendente [...];

– difesa e promozione della vita nascente, impegno per la riabilitazione dei disabili, assistenza qualificata degli ammalati morenti;

– formazione del personale, a livello umano, cristiano e professionale;

– presenza profetica nelle aree più difficili e nuove della medicina;

– qualità ed efficienza del ministero dell’accompagnamento spirituale e religioso del malato e dei suoi familiari;

– salvaguardia dell’umanità delle cure e delle prestazioni, umanizzando la tecnica e garantendo un clima nel quale gli ammalati si sentano accettati e tutelati nei loro diritti;

– promozione, nelle aree in cui operano, di una cultura sanitaria

ispirata ad autentici valori umani e cristiani;

– sana trasparenza amministrativa”⁴².

Oltre all’eccellenza nell’assistenza, nella didattica e nella ricerca, nell’efficiente uso delle risorse, le ISSC siano esemplari per la competenza professionale, l’umanità e l’amore verso ogni persona, che deve essere nei fatti al centro della istituzione: “La competenza professionale è una prima fondamentale necessità, ma da sola non basta. [...] Quanti operano nelle Istituzioni caritative della Chiesa devono distinguersi per il fatto che non si limitano ad eseguire in modo abile la cosa conveniente al mo-

e) Amore preferenziale per i poveri

I poveri, soggetti privilegiati dell’opera di salvezza, devono essere i primi destinatari della premura e degli impegni apostolici di una ISSC: “Le opere della Chiesa devono concretarsi verso gli spazi umani dei più poveri e dei più emarginati, scegliendo i bisogni scoperti, là dove la presenza dei cristiani assume chiaramente carattere di profezia” (DCE 34).

Come Dio ha sempre alzato la sua voce in difesa dei poveri così fa la Chiesa con il suo insegnamento e mediante una speciale vicinanza ai poveri sia all’interno che all’esterno delle proprie comu-



mento, ma si dedicano all’altro con le attenzioni suggerite dal cuore, in modo che questi sperimenti la loro ricchezza di umanità. Perciò, oltre alla preparazione professionale, a tali operatori è necessaria anche, e soprattutto, la «formazione del cuore» (DCE 31).

È richiesta, altresì, una equidistanza dai partiti politici per conservare la libertà di annunciare sempre e a tutti le esigenze del Vangelo e, in particolare, per esercitare con rigore e credibilità l’azione profetica in favore dei meno garantiti: “L’attività caritativa cristiana deve essere indipendente da partiti ed ideologie. Non è un mezzo per cambiare il mondo in modo ideologico e non sta al servizio di strategie mondane, ma è attualizzazione qui ed ora dell’amore di cui l’uomo ha sempre bisogno” (DCE 31).

nità⁴³. “Più incalzante che mai, voi sentite levarsi «il grido dei poveri» (cfr. *Sal* 9,13; *Gb* 34,28; *Pr* 21,13) dalla loro indigenza personale e dalla loro miseria collettiva. Non è forse per rispondere al loro appello di creature privilegiate di Dio che è venuto il Cristo (cfr. *Lc* 4,18; 6,20), giungendo addirittura al punto di identificarsi con loro (cfr. *Mt* 25,35-40)? In un mondo in pieno sviluppo, questo permanere di masse e di individui miserabili è un appello insistente a «una conversione delle mentalità e degli atteggiamenti» (GS 63)”⁴⁴.

Il mettersi dalla parte dei poveri rappresenta un criterio di discernimento pastorale della prassi della Chiesa, è “verifica della fedeltà della Chiesa a Cristo, onde essere veramente la Chiesa dei poveri”⁴⁵.

La ISSC deve realizzare inizia-

tive di solidarietà nei confronti dei più poveri, sia in proprio che suscitando l'altrui solidarietà. "Senza questa solidarietà concreta, senza attenzione perseverante ai bisogni spirituali e materiali dei fratelli, non c'è vera e piena fede in Cristo. Anzi, come ci ammonisce l'apostolo Giacomo, senza condivisione con i poveri la religione può trasformarsi in un alibi o ridursi a semplice apparenza (cfr. Gc 1,27 - 2,13)"⁴⁶.

Per coerenza con questa opzione, occorre avere il coraggio di chiudere le ISSC non più rispondenti a bisogni urgenti per aprirsi a "opere caritative, educative e sociali verso le aree geografiche e le fasce sociali più povere" (ETC 48).

Paolo VI (ET 18), invitando i religiosi a rispondere al "grido dei poveri" suggeriva alcuni modi validi per tutti: evitare il compromesso con qualsiasi forma di ingiustizia sociale; destare le coscienze di fronte al dramma della miseria e alle esigenze della giustizia sociale; riconvertire in favore dei poveri certe opere; un uso limitato dei beni.



"Privilegiare i poveri significa, sul piano antropologico e sociale, privilegiare i «non soggetti», offrendo loro la possibilità concreta di assurgere alla consapevolezza e alla realtà di soggetti sociali, in grado di gestire responsabilmente la propria esistenza e di contribuire al bene comune. È una carità che implica la giustizia e promuove la costruzione di una società autenticamente democratica"⁴⁷. La

giustizia deve essere conseguita per tutti nel quadro dei diritti fondamentali di ogni essere umano e di ogni società. Diventa perciò un dovere di tutti la difesa e la promozione dei diritti inerenti l'ambito della salute, in special modo dei più poveri, mediante il ricorso a tutte le vie eticamente percorribili.

A livello locale, nazionale e internazionale è di grande importanza operare per il rispetto di tutti i diritti già sanciti inerenti alla salute; come pure perché siano accolti quelli non ancora riconosciuti, ma conseguenti la dignità di ogni essere umano. E le ISSC possono avere un ruolo di grande rilievo.

f) Alleanze salutari

Le grandi sfide presenti nel mondo della salute⁴⁸ non possono essere affrontate con il coinvolgimento di poche persone o in ordine sparso: "Affinché i valori della vita e della salute siano rispettati e orientati verso la salvezza, e il momento della malattia e della morte possano ricevere oltre il sostegno della scienza e della solidarietà

nità" aperta alla valorizzazione dei rapporti con la Chiesa locale⁵² e le altre realtà presenti nel territorio in vista di sinergie su condivisi obiettivi tesi alla difesa, promozione e recupero della salute.

L'ISSC non solo svolge un'attività di cura degli ospiti, ma si occupa anche degli operatori sanitari per la loro formazione umana, professionale, cristiana e li coinvolge affinché si umanizzino e umanizzino la struttura stessa. Essa è un luogo aperto al territorio e alla comunità cristiana locale in particolare (lo Stato, il governo regionale, altre Entità) per una serie di attività: informazione sanitaria, prevenzione, protezione della salute, educazione sanitaria, educazione alla salute.

Il soggetto della Pastorale della Salute è l'intera comunità cristiana, chiamata a essere fedele all'esempio di Cristo, medico dei corpi e delle anime, e al suo mandato di *annunciare il vangelo e curare i malati*. "Affinché la presenza delle istituzioni sanitarie cattoliche possa esercitare un influsso positivo sulla comunità ecclesiale e sulla società, occorre che vengano compiuti alcuni passi. Il primo porta le istituzioni a superare l'isolamento, rendendole sempre più visibili nella comunità ecclesiale. La popolazione del territorio deve poter riconoscere in esse un punto di riferimento, uno strumento di sensibilizzazione ai problemi della salute, della morte, della vecchiaia e della disabilità"⁵³.

"Ovviamente alla spontaneità del singolo deve aggiungersi, quando l'attività caritativa è assunta dalla Chiesa come iniziativa comunitaria, anche la programmazione, la previdenza, la collaborazione con altre istituzioni simili" (DCE 31)⁵⁴.

Fra tutte le ISSC, a livello planetario, del mondo dovrebbero essere favorite la collaborazione, la condivisione e la comunione. In un mondo sempre più globalizzato è necessario tessere reti che consentano la condivisione delle risorse umane, finanziarie, tecnologiche, intellettuali che, senza impoverire chi le dona, certamente arricchisce chi le riceve: "Sembra più che mai necessario pensare, ricercare e operare insieme [...] per costruire insieme un mosaico terapeutico,

umana anche quello della grazia del Signore"⁴⁹, "è necessario delineare un progetto unitario di pastorale della salute, disponendo l'intera comunità cristiana a tale tipo di apostolato"⁵⁰ in vista di un'azione corale e ad ampio spettro, oltre che incida sulle radici. Qui, più che altrove, occorre evitare di agire separatamente⁵¹.

Le persone presenti e operanti nelle ISSC formano una "comu-

un tessuto e una rete di cura della salute, capaci di accogliere le domande di salute delle persone in situazioni, di educarle, di fare prevenzione, di curare sempre e tutti con competenza e umanità⁷⁵⁵.

Tra i tanti ambiti di collaborazione emerge quello formativo, in cui è da privilegiare un "sistema educativo (o formativo) territoriale integrato e di un intervento di rete in cui scuola, famiglia, servizi, gruppi ed associazioni che a diverso titolo operano nel territorio non dovrebbero risultare monadi chiuse, «orticelli da coltivare», ma realtà educative in continua interazione fra loro e con i problemi e le risorse della comunità⁷⁵⁶.

In queste alleanze – tese alla costruzione della civiltà dell'amore, della giustizia e della solidarietà e in vista della promozione universale della salute – devono essere coinvolte tutte le persone ed entità di buona volontà, iniziando dai cristiani. "Lavorare per la salute delle persone, curare le malattie e lenire il dolore, significa costruire il regno di Dio, anche se in modi ancora parziali, già in questo mondo.

Nell'impegno per la salute le varie chiese e confessioni cristiane si possono più facilmente ritrovare⁷⁵⁷.

Conclusione

Le ISSC, quando sono inserite a pieno titolo nell'opera di evangelizzazione della Chiesa (annuncio, sacramenti, carità), offrono un significativo apporto alla promozione della salute dei popoli. Tale contributo può diventare di una portata impensabile, sia al Nord che al Sud del mondo, qualora le ISSC accolgano la missione di realizzare il modello cristologico di salute, annunciando e testimoniando il Vangelo della salute piena e definitiva. Difatti, questa "buona notizia" non è soltanto un messaggio informativo, bensì performativo, vale a dire che "il Vangelo non è soltanto una comunicazione di cose che si possono sapere, ma è una comunicazione che produce fatti e cambia la vita"⁷⁵⁸.

P. RENATO SALVATORE, MI
Superiore Generale
dei Chierici Regolari Minori
Ministri degli Infermi (Camilliani),
Roma

Note

¹ CEI, Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità, *La Chiesa a servizio dell'amore per i sofferenti*, 11 febbraio 2010, Edizioni Camilliane, p. 6.

² "In effetti, quando la Parola di Dio parla di guarigione, di salvezza, di salute del malato, intende questi concetti in senso integrale, non separando mai anima e corpo", dall'Omelia di Papa Benedetto XVI dell'11 febbraio 2010.

³ "La carità non è per la Chiesa una specie di attività di assistenza sociale che si potrebbe anche lasciare ad altri, ma appartiene alla sua natura, è espressione irrinunciabile della sua stessa essenza" (BENEDETTO XVI, *Deus caritas est* [DCE], 25.XII.2005, n. 25).

⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Christifideles laici*, 30.XII.1988, n. 53.

⁵ Cfr A. BRUSCO, *Hospital Católico*, in J. C. BERMEJO-F. ÁLVAREZ (ed), *Diccionario de Pastoral de la Salud y Bioética*, S. Pablo, Madrid 2009, pp. 812-823; M. PETRINI, *Ospedale cattolico*, in G. CINÀ-E. LOCCI-C. ROCCHETTA-L. SANDRIN, *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Edizioni Camilliane, Torino 1997, pp. 800-804.

Si vedano anche gli Atti della XVII Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute su "L'identità delle istituzioni Sanitarie cattoliche", 7-9 novembre 2002, pubblicati in "Dolentium Hominum", n. 52, 2003/1.

⁶ BENEDETTO XVI, *Caritas in veritate* [CV], 29.VI.2009, n. 2. "Senza verità, la carità scivola nel sentimentalismo. L'amore diventa un guscio vuoto, da riempire arbitrariamente. È il fatale rischio dell'amore in una cultura senza verità. Esso è preda delle emozioni e delle opinioni contingenti dei soggetti, una parola abusata e distorta, fino a significare il contrario. La verità libera la carità dalle strettoie di un emotivismo che la priva di contenuti relazionali e sociali, e di un fideismo che la priva di respiro umano ed universale" (CV 3).

⁷ "Il fare è cieco senza il sapere e il sapere è sterile senza l'amore. [...] La carità non è un'aggiunta posteriore, quasi un'appendice a lavoro ormai concluso delle varie discipline, bensì dialoga con esse fin dall'inizio. Le esigenze dell'amore non contraddicono quelle della ragione. Il sapere umano è insufficiente e le conclusioni delle scienze non potranno indicare da sole la via verso lo sviluppo integrale dell'uomo. C'è sempre bisogno di spingersi più in là: lo richiede la carità nella verità. Andare oltre, però, non significa mai prescindere dalle conclusioni della ragione né contraddire i suoi risultati. Non c'è l'intelligenza e poi l'amore: ci sono l'amore ricco di intelligenza e l'intelligenza piena di amore" (CV 30).

⁸ - L'attuale condizione creaturale è segnata dal peccato originale. Con esso "l'armonia nella quale essi erano posti [...] è distrutta; la padronanza delle facoltà spirituali dell'anima sul corpo è infranta; l'unione dell'uomo e della donna è sottoposta a tensioni; [...] L'armonia con la creazione è spezzata: la creazione visibile è diventata aliena e ostile all'uomo [...] La morte entra nella storia dell'umanità" (Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 400);

- l'umanità è stata redenta da Cristo ed è chiamata a una "pienezza di vita che va oltre le dimensioni della sua esistenza terrena" (EV 2);

- la persona umana è profonda unità dell'anima e del corpo;

- e ha bisogno della vita relazionale, della società;

- "la fonte ultima dei diritti umani non si situa nella mera volontà degli esseri umani, nella realtà dello Stato, nei poteri pubblici, ma nell'uomo stesso e in Dio suo Creatore" (PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA GIUSTIZIA E

DELLA PACE, *Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa*, Editrice Vaticana 2004, n. 153). Pertanto, questi diritti sono da ritenersi universali, inviolabili e inalienabili.

⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae* [EV], 25.III.1995, n. 5.

¹⁰ "Vivere sanamente significa modulare la propria esistenza d'accordo con un'accurata gerarchia di valori, e, per il credente, sposare il disegno di Dio. Assecondare la sua volontà, appropriarsi del suo progetto di salvezza, trovare un senso al passaggio per questo mondo" (F. ÁLVAREZ, *Teologia della salute*, in L. SANDRIN (a cura), *Salute/salvezza perno della teologia pastorale sanitaria*, Edizioni Camilliane, Torino 2009, p. 160).

¹¹ L. SANDRIN, *Comunità sanante: modello di Chiesa*, in L. SANDRIN, (a cura), o.c., p. 194.

¹² "In Gesù la salvezza è offerta come salute e la salute come salvezza e la sua buona notizia è il proclama di una salute-salvata e di una salvezza-salutare per l'uomo, per tutto l'uomo e per tutti gli uomini" (CEI, Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità, *Domanda di salute, nostalgia di salvezza*, 11 febbraio 1999, n. 3).

¹³ Cfr L. SANDRIN, *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale*, Paoline, Milano 2000; AA. VV., *Salute, guarigione e salvezza*, in "Credere Oggi", n. 145, 1/2005; D. CASERA, *Chiesa e salute. L'azione della Chiesa in favore della salute*, Editrice Ancora, Milano 1991.

¹⁴ "La carità non è per la Chiesa una specie di attività di assistenza sociale che si potrebbe anche lasciare ad altri, ma appartiene alla sua natura, è espressione irrinunciabile della sua stessa essenza" (DCE 25).

¹⁵ "La carità cristiana è dapprima semplicemente la risposta a ciò che, in una determinata situazione, costituisce la necessità immediata: gli affamati devono essere saziati, i nudi vestiti, i malati curati in vista della guarigione, i carcerati visitati, ecc." (DCE 31).

¹⁶ "L'Esortazione apostolica *Evangelii nuntiandi*, per parte sua, ha un rapporto molto intenso con lo sviluppo, in quanto «l'evangelizzazione – scriveva Paolo VI – non sarebbe completa se non tenesse conto del reciproco appello, che si fanno continuamente il Vangelo e la vita concreta, personale e sociale, dell'uomo». «Tra evangelizzazione e promozione umana – sviluppo, liberazione – ci sono infatti dei legami profondi»: partendo da questa consapevolezza, Paolo VI poneva in modo chiaro il rapporto tra l'annuncio di Cristo e la promozione della persona nella società. *La testimonianza della carità di Cristo attraverso opere di giustizia, pace e sviluppo fa parte della evangelizzazione*, perché a Gesù Cristo, che ci ama, sta a cuore tutto l'uomo" (CV 15).

¹⁷ Molto opportunamente il Santo Padre Benedetto XVI ha sottolineato: "Lo sviluppo dell'uomo e dei popoli, invece, dipende anche dalla soluzione di problemi di carattere spirituale. Lo sviluppo deve comprendere una crescita spirituale oltre che materiale, perché la persona umana è un'«unità di anima e corpo». [...] Lontano da Dio, l'uomo è inquieto e malato. [...] Il vuoto in cui l'anima si sente abbandonata, pur in presenza di tante terapie per il corpo e per la psiche, produce sofferenza. Non ci sono sviluppo plenario e bene comune universale senza il bene spirituale e morale delle persone, considerate nella loro interezza di anima e corpo." (CV 76). E dello sviluppo dell'uomo Dio ne è il garante, "in quanto, avendolo creato a sua immagine, ne fonda altresì la trascendente dignità e ne alimenta il costitutivo anelito a «essere di più»" (CV 29).

¹⁸ "La carità, inoltre, non deve essere un mezzo in funzione di ciò che oggi viene indicato come proselitismo. L'amore è gratuito; non viene esercitato per raggiungere altri scopi. Ma questo non significa che l'azione cari-

tativa debba, per così dire, lasciare Dio e Cristo da parte. È in gioco sempre tutto l'uomo. Spesso è proprio l'assenza di Dio la radice più profonda della sofferenza. Chi esercita la carità in nome della Chiesa non cercherà mai di imporre agli altri la fede della Chiesa. Egli sa che l'amore nella sua purezza e nella sua gratuità è la miglior testimonianza del Dio nel quale crediamo e dal quale siamo spinti ad amare. Il cristiano sa quando è tempo di parlare di Dio e quando è giusto tacere di Lui e lasciar parlare solamente l'amore. Egli sa che Dio è amore (cfr. *1Gv* 4,8) e si rende presente proprio nei momenti in cui nient'altro viene fatto fuorché amare. Egli sa – per tornare alle domande di prima –, che il vilipendio dell'amore è vilipendio di Dio e dell'uomo, è il tentativo di fare a meno di Dio. Di conseguenza, la miglior difesa di Dio e dell'uomo consiste proprio nell'amore. È compito delle Organizzazioni caritative della Chiesa rafforzare questa consapevolezza nei propri membri, in modo che attraverso il loro agire – come attraverso il loro parlare, il loro tacere, il loro esempio – diventino testimoni credibili di Cristo” (DCE 31).



¹⁹ PAOLO VI, *Evangelii nuntiandi*, 8.XII.1975, n. 21.

²⁰ “Lotta all'esclusione di una gran parte dell'umanità dai servizi sanitari e, dunque, accesso garantito per tutti ai medicinali necessari alle cure; diffusione della compassione come modello di convivenza ispirato alla carità cristiana; difesa della vita attraverso la tutela della dignità e dei diritti della persona in ogni momento e condizione della sua esistenza; creatività nella programmazione di interventi locali aperti alle integrazioni territoriali e multiculturali. Sono i punti qualificanti del «decalogo» raccomandato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute alle istituzioni sanitarie cattoliche sparse nel mondo” (Mario Ponzi).

²¹ “In tutte le culture vi sono pesantezze da cui liberarsi, ombre a cui sottrarsi. La fede cristiana, che si incarna nelle culture trascendenti, può aiutarla a crescere nella convivialità e nella solidarietà universali a vantaggio dello sviluppo comunitario e planetario” (CV 59).

²² “Il Vangelo dell'amore di Dio per l'uomo, il Vangelo della dignità della persona e il Vangelo della vita sono un unico e indivisibile Vangelo” (EV 2).

²³ “Tutto ciò è aggravato da un'atmosfera culturale che non coglie nella sofferenza alcun significato o valore, anzi la considera il male per eccellenza, da eliminare ad ogni costo; il che avviene specialmente quando non si ha una visione religiosa che aiuti a decifrare positivamente il mistero del dolore” (EV 15).

²⁴ “Campo primario e cruciale della lotta culturale tra l'assolutismo della tecnica e la responsabilità morale dell'uomo è oggi quello della *bioetica*, in cui si gioca radicalmente la

possibilità stessa di uno sviluppo umano integrale. Si tratta di un ambito delicatissimo e decisivo, in cui emerge con drammatica forza la questione fondamentale: se l'uomo si sia prodotto da se stesso o se egli dipenda da Dio. [...] Si è di fronte a un *aut aut* decisivo. [...] Di fronte a questi drammatici problemi, ragione e fede si aiutano a vicenda. Solo assieme salveranno l'uomo. *Attratta dal puro fare tecnico, la ragione senza la fede è destinata a perdersi nell'illusione della propria onnipotenza. La fede senza la ragione, rischia l'estraniamento dalla vita concreta delle persone*” (CV 74).

²⁵ “La loro vera identità non è solo quella di strutture nelle quali ci si prende cura dei malati e dei morenti, ma anzitutto quella di ambienti nei quali la sofferenza, il dolore e la morte vengono riconosciuti ed interpretati nel loro significato umano e specificamente cristiano” (EV 88).

²⁶ “È peraltro vero che le difficoltà sperimentate dal legislatore nel rispondere in maniera adeguata ai bisogni di cura e di salute dei cittadini si comprendono più facilmente, se si considera che a tali sforzi spesso si contrappongono visioni culturali e sociali inconciliabili con il perseguimento del bene comune” (CEI, COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, «*Predicare il Vangelo e curare i malati*». *La comunità cristiana e la pastorale della salute*, Nota pastorale, 4 giugno 2006, n. 7).

²⁷ “La sanità è solamente uno degli «input» alla produzione di «salute», perfino non il più importante [...] I fattori determinanti più importanti dello status di salute sembrerebbero essere (1) l'eredità genetica dell'individuo, (2) la sua condizione socio-economica, (3) l'ambiente fisico in cui vive, e (4) l'abilità individuale e la volontà di gestire bene la propria salute che, a sua volta, è ampliata dalla formazione della persona” (UWE E. REINHARDT, MAY T. M. CHENG, In economia, in “*Dolentium Hominum*”, 52/2003, p. 63).

²⁸ M. T. CAIRO, *Persona e salute. Itinerari educativi*, Editrice La Scuola, Brescia 1994, pp. 78-79. Un approccio integrato (interdisciplinare) al tema salute conduce a “considerare la promozione della salute come un unico settore di attività ed interventi, che comprende al suo interno differenti aree: l'informazione sanitaria; la prevenzione; l'educazione sanitaria; l'educazione alla salute; la protezione della salute” (*Ibidem*, p. 137). Cfr. CEI, *Educare alla salute, educare alla vita*, Edizioni Camilliane, Torino 2009.

²⁹ PAOLO VI, o.c., 19.

³⁰ L. SANDRIN, *Chiesa, comunità sanante*, o.c., p. 69.

³¹ F. ÁLVAREZ, o.c., p. 146. Cfr. F. ÁLVAREZ, *El evangelio de la salud en una sociedad plural*, in “*Labor Hospitalaria*”, 293-294/2010, pp. 60-80.

³² L. SANDRIN, *Chiesa, comunità sanante*, o.c., p. 70.

³³ “Oggi il quadro dello sviluppo è *policentrico*. Gli attori e le cause sia del sottosviluppo sia dello sviluppo sono molteplici, le colpe e i meriti sono differenziati” (CV 22).

³⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Sollicitudo rei socialis* [SRS], 30.XII.1987, n. 15.

³⁵ “Il giusto ordine della società e dello Stato è compito centrale della politica. Uno Stato che non fosse retto secondo giustizia si ridurrebbe ad una grande banda di ladri” (DCE 28). “La Chiesa non può e non deve prendere nelle sue mani la battaglia politica per realizzare la società più giusta possibile. Non può e non deve mettersi al posto dello Stato. Ma non può e non deve neanche restare ai margini nella lotta per la giustizia” (DCE 28).

“Il compito immediato di operare per un giusto ordine nella società è invece proprio dei fedeli laici. Come cittadini dello Stato, essi so-

no chiamati a partecipare in prima persona alla vita pubblica. [...] Missione dei fedeli laici è pertanto di configurare rettamente la vita sociale, rispettandone la legittima autonomia e cooperando con gli altri cittadini secondo le rispettive competenze e sotto la propria responsabilità” (DCE 29).

³⁶ “La formazione di strutture giuste non è immediatamente compito della Chiesa, ma appartiene alla sfera della politica, cioè all'ambito della ragione autorevole. In questo, il compito della Chiesa è mediato, in quanto le spetta di contribuire alla purificazione della ragione e al risveglio delle forze morali, senza le quali non vengono costruite strutture giuste, né queste possono essere operative a lungo” (DCE 29). “Non è un mezzo per cambiare il mondo in modo ideologico e non sta al servizio di strategie mondane, ma è attualizzazione qui ed ora dell'amore di cui l'uomo ha sempre bisogno” (DCE 31).

³⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace*, 2004, n. 10.

³⁸ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA GIUSTIZIA E DELLA PACE, o.c., n. 203.

³⁹ “I programmi di sviluppo, per poter essere adattati alle singole situazioni, devono avere caratteristiche di flessibilità; e le persone beneficiarie dovrebbero essere coinvolte direttamente nella loro progettazione e rese protagoniste della loro attuazione. È anche necessario applicare i criteri della progressione e dell'accompagnamento – compreso il monitoraggio dei risultati –, perché non ci sono ricette universalmente valide” (CV 47).

Gli aiuti “devono essere erogati coinvolgendo non solo i governi dei Paesi interessati, ma anche gli attori economici locali e i soggetti della società civile portatori di cultura, comprese le Chiese locali. [...] La maggior risorsa da valorizzare nei Paesi da assistere nello sviluppo è la risorsa umana: questa è l'autentico capitale da far crescere per assicurare ai Paesi più poveri un vero avvenire autonomo” (CV 58).

“La cooperazione allo sviluppo non deve riguardare la sola dimensione economica; essa deve diventare una grande occasione di *incontro culturale e umano*. [...] Le società tecnologicamente avanzate non devono confondere il proprio sviluppo tecnologico con una presunta superiorità culturale” (CV 59).

⁴⁰ RELIGIOSI CAMILLIANI, Documento Capitolo, *Uniti per la giustizia e la solidarietà nel mondo della salute. Religiosi camilliani e missione profetica*, Roma 2007, n. 67.

⁴¹ GIOVANNI PAOLO II, *Redemptoris missio*, 12.VII.1990, n. 59.

⁴² CEI, Consulta nazionale per la pastorale della sanità, *La pastorale della salute nella chiesa italiana*, 1989, n. 56.

Anche la Nota del 2006 (nn. 36-46) si occupa di esse, ponendo delle domande e indicando alcuni passi che andrebbero compiuti: “La risposta a tali domande esige che le istituzioni sanitarie cattoliche si qualificino per le prestazioni mediche e gestionali; si impegnino a rispondere con iniziative concrete alle sfide della bioetica; pongano in risalto il primato dell'ammalato, la cura integrale della persona e la testimonianza della carità come criteri adeguati di intervento; siano scuole di comunione e luoghi dove l'ammalato possa aprirsi alla speranza; sappiano «ritagliare spazi per attività solidaristiche in favore di categorie di malati trascurate dal settore pubblico»” (CEI, COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, o.c., n. 41).

Si veda anche CEI, UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia. Identità e ruolo*, 7 luglio 2000.

⁴³ “L'opzione, o amore preferenziale per i poveri. È questa, una opzione, o una *forma speciale* di primato nell'esercizio della carità

cristiana, testimoniata da tutta la Tradizione della Chiesa" (SRS 42).

"Fa parte dell'*insegnamento* e della *pratica* più antica della Chiesa la convinzione di essere tenuta per vocazione – essa stessa, i suoi ministri e ciascuno dei suoi membri – ad alleviare la miseria dei sofferenti, vicini e lontani, non solo col «superfluo», ma anche col «necessario»" (SRS 31).

⁴⁴ PAOLO VI, *Evangelica testificatio*, 29.VI.1971, n. 17.

⁴⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Laborem exercens*, 14.IX.1981, n. 8.

⁴⁶ CEI, *Evangelizzazione e testimonianza della carità. Orientamenti pastorali dell'Episcopato italiano per gli anni '90* [ETC], 8.XII.1990, n. 39.

⁴⁷ CEI, *Evangelizzare il sociale*, 22. XI.1992, n. 64.

⁴⁸ "L'assetto attuale del mondo della salute va compreso anche alla luce di alcune tendenze della cultura contemporanea e del progresso scientifico e tecnico che hanno inciso sul modo di concepire la salute e la malattia, la vita e la morte" (CEI, COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, o.c., n. 8).

⁴⁹ CEI, *La pastorale della salute nella chiesa italiana*, 1989, n. 2.

⁵⁰ GIOVANNI PAOLO II, in "L'Osservatore Romano", n. 277, 29.II.1981, p. 2.

⁵¹ "L'amore del prossimo radicato nell'amore di Dio è anzitutto un compito per ogni singolo fedele, ma è anche un compito per l'intera comunità ecclesiale, e questo a tutti i suoi livelli: dalla comunità locale alla Chiesa particolare fino alla Chiesa universale nella sua globalità. Anche la Chiesa in quanto comunità deve praticare l'amore. Conseguenza di ciò è che l'amore ha bisogno anche di organizzazione quale presupposto per un servizio comunitario ordinato" (DCE 20). "I problemi socio-economici non possono essere risolti che mediante il concorso di tutte le forme di solidarietà: solidarietà dei poveri tra di loro, dei ricchi e dei poveri, dei lavoratori tra di loro, degli imprenditori e dei dipendenti nell'impresa, solidarietà tra le nazioni e tra i popoli. La solidarietà internazionale è un'esigenza di ordine morale" (Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 1941).

⁵² "Il vero soggetto delle varie Organizzazioni cattoliche che svolgono un servizio di carità è la Chiesa stessa – e ciò a tutti i livelli, iniziando dalle parrocchie, attraverso le Chiese particolari, fino alla Chiesa universale" (DCE 32).

⁵³ CEI, COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, o. c., n. 42.

⁵⁴ Questa è la prospettiva della Chiesa italiana, "che intende:

– favorire il discernimento delle sfide poste

dal mondo della salute alla presenza e all'azione della Chiesa, prospettando linee di collaborazione con tutti gli uomini di buona volontà;

– sostenere l'integrazione della pastorale sanitaria nella pastorale d'insieme delle comunità cristiane;

– promuovere una maggiore integrazione tra l'assistenza spirituale assicurata nelle strutture sanitarie e la cura pastorale ordinaria nelle parrocchie, sviluppando forme di collaborazione tra le cappellanerie ospedaliere e le comunità ecclesiali territoriali;

– fornire indicazioni per il coinvolgimento di tutte le componenti del popolo di Dio nella pastorale della salute, potenziando gli organismi di comunione e corresponsabilità;

– promuovere una maggiore organicità e progettualità della pastorale sanitaria, anche mediante specifici itinerari formativi" (CEI, COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, o. c., n. 4).

⁵⁵ CEI, UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia. Identità e ruolo*, EDB 2000, p. 6.

⁵⁶ M. T. CAIRO, o. c., p. 174.

⁵⁷ L. SANDRIN, *Comunità sanante: modello di Chiesa*, o. c., p. 200.

⁵⁸ BENEDETTO XVI, *Spe salvi*, 30.XI.2007, n. 2.



JOHN F. GALBRAITH

L'iniziativa Vaticano-CMMB: cambiare la vita, portando salute e speranza

È sempre un piacere visitare il Vaticano e la vostra bellissima città di Roma. Oggi però sono particolarmente lieto di essere qui con voi e di cogliere l'opportunità di parlarvi della mia organizzazione, la "Catholic Medical Mission Board" – o CMMB, come la chiamiamo noi – e di annunciare una nuova ed entusiasmante iniziativa che stiamo portando avanti assieme al Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

Anzitutto, vorrei presentarvi la nostra organizzazione. Nel 2012 la "CMMB" compirà 100 anni, ma pur se sono molti coloro che vengono a conoscenza del nostro lavoro, siamo considerati come il segreto meglio custodito nel mondo della salute globale. Ciò è in gran parte dovuto al fatto che quasi il 98% delle nostre risorse sono destinate a programmi e servizi da noi forniti in tutto il mondo. Siamo stati così occupati a fare il nostro lavoro che non abbiamo dedicato molto tempo a promuovere i nostri sforzi.

L'idea di una "Catholic Medical Mission Board" ha avuto inizio nel 1912, come risultato del dolore di un uomo per la morte della moglie. Quell'uomo era il Dottor Paluel J. Flagg, un giovane anestesista che lavorava nello staff di un ospedale cattolico di New York. Dalla sua sofferenza prese vita il sogno di assistere i missionari che fornivano assistenza sanitaria nelle zone svantaggiate del mondo.

La missione di allora del Dott. Flagg è la nostra di oggi: fondata sul ministero di guarigione di Gesù, la CMMB lavora in stretta collaborazione per fornire programmi di assistenza sanitaria e servizi di qualità, senza discriminazione, alle persone in difficoltà nel mondo.

Anche la sua visione di allora è

la stessa di oggi, quella di un mondo in cui ogni vita umana è valorizzata e l'assistenza sanitaria di qualità è a disposizione di tutti.

Nel corso della nostra storia, siamo stati guidati da quegli stessi valori che crediamo che il Dott. Flagg avrebbe abbracciato. Certamente sono quelli che costituiscono il fondamento degli operatori sanitari cattolici in tutto il mondo:

– **Sviluppo individuale e comunitario** – In tutto il lavoro che facciamo, ci poniamo sempre la domanda: "Questa attività sarà sostenibile dopo che ce ne saremo andati?"

– **Responsabilità** – La CMMB rispetta grandemente la fiducia accordataci dai nostri oltre 40.000 donatori. Questa fiducia si basa sulla diligenza con cui applichiamo le loro generosi e amorevoli donazioni.

– **Giustizia sociale** – Tutti dovrebbero avere accesso alle cure sanitarie, senza alcuna discriminazione.

– **Integrità** – In tutto ciò che facciamo è richiesto il rispetto della persona. Quando vediamo la situazione di coloro che serviamo, molti dei quali si trovano nelle situazioni più misere, ricordiamo sempre che "siamo lì per la grazia di Dio".

– **Leadership** – La CMMB è una paladina dell'efficacia delle organizzazioni cattoliche e di altre basate sulla fede, molte delle quali erogano servizi in zone che il governo nazionale di un paese non è in grado di raggiungere.

– **Collaborazione di qualità** – Molto spesso i network sanitari cattolici del mondo sono i partner nel nostro lavoro.

– **Coraggio e assunzione dei rischi** – La CMMB, come molti di voi nel vostro ambito di assistenza

sanitaria, spesso va dove gli altri non vogliono o non possono andare. Sovente i programmi che iniziamo diventano le migliori pratiche che saranno adottate da altri.

– **Compassione** – Sono stati la compassione e il buon cuore del Dott. Flagg a realizzare il sogno della CMMB. Non lo dimentichiamo mai.

A questo punto, è necessario chiedersi: cosa fa esattamente la CMMB? In breve la risposta è che noi inviamo farmaci e medici volontari in tutto il mondo, e gestiamo programmi che affrontano i problemi sanitari più importanti. Permettetemi di cominciare con i programmi di donazione di volontari e medici.

Li chiamiamo programmi di "eredità" perché sono in funzione quasi sin dalla nascita dell'organizzazione.

Il primo volontario della CMMB è stato il Dott. Flagg che si recava in America Latina per servire i lebbrosi. Da allora, il programma di volontariato è cresciuto fino a vedere, quest'anno, 68 volontari che prestano il loro servizio per periodi da sei mesi a due anni, e altri 1.595 per missioni più brevi, in 24 paesi del mondo. Nel corso degli ultimi dieci anni, il numero di volontari a lungo termine è pari a 773. E sapete cosa ci dice ognuno di loro al ritorno? Ci dice che, nel suo lavoro di volontariato, riceve molto più di quanto dà. È un'esperienza che cambia la vita di tutti (www.cmmb.org/healthcare-programs).

I nostri volontari non sono mai stati tanto necessari quanto nel mese di gennaio di quest'anno, dopo il devastante terremoto di Haiti. Abbiamo lavorato con i nostri partner per inviare centinaia di persone nelle settimane successive

al disastro. Per maggiori informazioni, si prega di cliccare sul *Haiti Fact Sheet*.

Il nostro secondo programma di “eredità” si chiama “Healing Help”, e il nome già dice tutto. Esso si riferisce al nostro programma di richiesta e distribuzione di farmaci e forniture mediche per servire chi è nel bisogno in tutto il mondo. Inoltre, esso è il fulcro della nostra iniziativa con il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e la Fondazione Buon Samaritano, di cui vi parlerò fra poco.

Nel corso dell’ultimo decennio, grazie al programma “Healing Help” sono stati consegnati medicinali e forniture mediche del valore di oltre 1 miliardo di dollari statunitensi a più di 600 partner in 100 paesi. Questi medicinali e forniture mediche ci sono state donati dalle più importanti aziende farmaceutiche e di forniture ospedaliere (www.cmmmb.org/healing-help-program).

Questi due programmi – i nostri volontari e i programmi di medicinali donati – sono stati di immenso valore per noi quando, intorno al 2000, abbiamo preso la decisione di spostarci in un nuovo ambito operativo. È stato allora che abbiamo strategicamente esteso la nostra azione per affrontare alcuni dei principali problemi sanitari del mondo, ossia l’HIV/AIDS e la sopravvivenza dei bambini. In tal modo, abbiamo collaborato con numerose strutture sanitarie che abbiamo servito per decenni inviando loro volontari, medici e farmaci donati.

Oggi continuiamo a condurre programmi importanti in materia di HIV/AIDS e di sopravvivenza dei bambini, ma di recente abbiamo anche aggiunto come aree di interesse malattie tropicali trascurate e lo sviluppo e il rafforzamento dei sistemi sanitari nei paesi in cui operiamo.

Ogni anno la CMMB raggiunge più di 500.000 dei meno abbienti attraverso questi programmi. Inoltre, i nostri farmaci e i nostri volontari toccano la vita di centinaia di migliaia di persone.

Per più di un decennio, abbiamo fatto tutto il possibile per migliorare questi numeri, in particolare con programmi innovativi in Africa. Tra questi, aiutare a prevenire la

trasmissione dell’HIV da madri sieropositive in gravidanza ai loro bambini non ancora nati. Inoltre, lo scorso anno, abbiamo fornito trattamenti antiretrovirali salvavita a quasi 47.000 kenioti attraverso un programma chiamato “AIDS Relief”, come parte di un consorzio che comprende il “Catholic Relief Services”.

In Kenya, Sudan del sud e Haiti, opera un nostro programma molto creativo denominato “Mentor Mothers”. Esso invia in ospedali e cliniche madri “mentori” HIV-positive, che sono state aiutate spesso mediante il nostro programma di

famiglia, incoraggiandoli a educare le loro famiglie sull’HIV/AIDS e partecipare a consulenze e test volontari per il virus. Il programma è stato operativo in Sudafrica e, in totale, sono stati testati per l’HIV 27.122 uomini e 50.275 loro partner. Inoltre, sono state incluse nei servizi di trattamento 4.460 donne incinte sieropositive (www.cmmmb.org/men-taking-action).

Oggi spesso ci riferiamo a quella che era cominciata come un’iniziativa di sopravvivenza dei bambini, come attenzione alla salute materna e infantile della CMMB. Molte ricerche dimostrano che le



prevenzione da-madre-a-figlio, per consigliare, istruire e lavorare con donne in gravidanza e i loro partner a superare la stigmatizzazione e apprendere che possono adottare misure per migliorare la loro salute e quella dei loro figli.

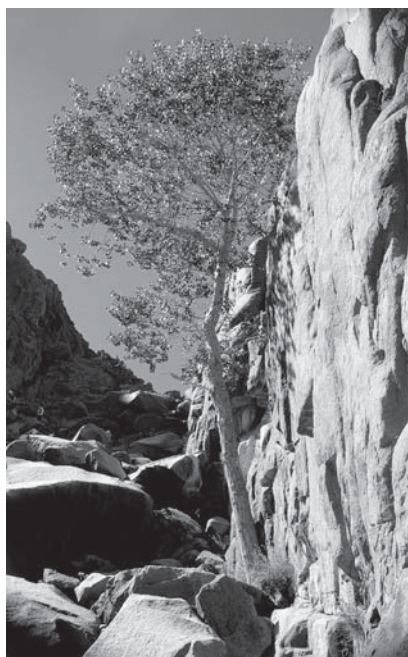
Qualche anno fa, in Zambia, abbiamo rivolto la nostra attenzione ai capi famiglia maschi e abbiamo determinato che – dal momento che essi rivestono il ruolo dominante sui loro partner e le loro famiglie – era necessaria un’educazione sull’HIV e l’AIDS. Questo programma, chiamato “Men Taking Action”, si occupa degli atteggiamenti e dei comportamenti maschili che impediscono alle donne di frequentare le cliniche prenatali e accedere ai servizi di prevenzione della trasmissione da-madre-a-figlio dell’HIV. Il programma consente agli uomini di operare come strumenti di cambiamento positivo per la salute della

donne sono la chiave per sostenere famiglie sane.

In America Latina, più di mezzo milione di bambini muoiono ogni anno e un terzo di questi decessi sono imputabili a cinque malattie prevenibili: infezioni respiratorie, diarrea, malnutrizione, morbillo e malaria. Il Perù presenta uno dei più alti tassi di mortalità materna e infantile della regione, così la CMMB ha creato “Unidos Contra la Mortalidad Infantil”. Operiamo in tre città principali: Trujillo, Huancayo e Chimbote. Siamo molto lieti che i nostri partner in questo importante lavoro siano “Bon Secours Health System”, “CHRISTUS Health” e “Caritas-Perù” (www.cmmmb.org/unidos-contra-la-mortalidad-infantil).

Il lavoro con le madri e i bambini è presente in quasi tutte le nostre iniziative: nei programmi HIV/AIDS, in quelli di alimentazione e nutrizione per gli orfani in

Sudafrica, e nei programmi contro la malaria, dove la fornitura di zanzariere trattate con insetticida riduce la morbidità e la mortalità nelle donne in gravidanza e dei bambini piccoli.



Una malattia tropicale, la lebbra, è stata la prima affezione che abbiamo dovuto affrontare, in quanto lavorare con i lebbrosi è stato il primo tentativo in cui il nostro fondatore, il Dott. Pael Flag, si impegnò quasi cento anni fa. Oggi, continuiamo la battaglia contro questa malattia in luoghi ad alta incidenza come l'India e lo Zambia. Abbiamo addestrato circa 500 professionisti sanitari della comunità, rafforzando la capacità delle strutture sanitarie locali di diagnosticare, trattare e curare i malati di lebbra. Negli ultimi dieci anni, abbiamo realizzato un programma di grande successo in Ghana, che ha fornito istruzione in materia di guarigione e trattamento della filariosi linfatica, o Elephantitis, un'altra malattia tropicale. Il programma è diventato un modello nazionale, raggiungendo 444.957 persone in cinque anni. La CMMB ha anche fornito farmaci contro i parassiti a innumerevoli bambini in America Latina (www.cmmb.org/zambia-leprosy).

La CMMB ha raggiunto anche altre aree, per esempio, siamo membri fondatori della "Haiti Amputee Coalition", istituita a seguito del terremoto per curare e riabilita-

re coloro che hanno perso gli arti a causa di questa devastante calamità naturale. Abbiamo aiutato più di 700 persone che hanno sofferto in questo modo e continueremo a farne una priorità del nostro lavoro ad Haiti.

Oltre ai nostri programmi specifici per determinate malattie, a livello locale, abbiamo recentemente adottato un'area programmatica di attenzione denominata *Sviluppo e Rafforzamento dei sistemi sanitari*. Il nostro obiettivo è quello di sviluppare capacità locali sostenibili per rispondere ai bisogni sanitari più importanti e costruire sistemi forti. Lo realizziamo attraverso la progettazione e la messa in atto di programmi di alta qualità, basati sull'evidenza, guidati dai seguenti obiettivi:

1. Accrescere l'accesso ai servizi sanitari che migliorano la qualità della vita e ridurre le morti evitabili.

Nel 2010, la CMMB ha consigliato e testato per l'HIV 119.087 individui, ne ha raggiunti 146.915 con messaggi di prevenzione, ha fornito trattamenti antiretrovirali di prevenzione a 3.725 future mamme, e curato 110.362 persone affette da HIV. I programmi di salute materna e infantile della CMMB hanno fornito cure primarie a 16.273 bambini e a 79.959 donne in gravidanza.

2. Aumentare le risorse umane nel settore sanitario.

La CMMB è al lavoro per sostenere la forza lavoro sanitaria globale colmando le lacune dei professionisti medici. Nel 2010, essa ha contribuito a inviare 1.663 medici volontari in 24 paesi, fornendo oltre 10 milioni di dollari in servizi donati. Attraverso partnership locali, la CMMB ha promosso la preparazione dei formatori e ha motivato gli operatori sanitari a servire nei loro paesi d'origine.

3. Accrescere la capacità delle catene di approvvigionamento per aumentare l'accesso globale ai farmaci e alle tecnologie salvavita.

La CMMB collabora strettamente con i suoi partner per sviluppare catene di approvvigionamento efficienti ed efficaci di medicinali e forniture mediche. Negli

ultimi dieci anni, essa ha dispensato più di 1 miliardo di dollari di farmaci e forniture mediche a 600 partner locali in 100 paesi. A causa della sua reputazione di forte leadership nella gestione della catena di approvvigionamento e allo stretto rapporto con i suoi destinatari, le case farmaceutiche considerano la "Catholic Medical Mission Board" un partner di fiducia.

4. Sviluppare forti sistemi finanziari nelle strutture sanitarie.

La CMMB aiuta molti ospedali e cliniche in Kenya a dotarsi di sistemi informatici di gestione sanitaria (HMIS) integrati e computerizzati. Questi sistemi servono per la fatturazione ai pazienti, per monitorare le entrate e realizzare programmi che mirano a riferire al governo degli Stati Uniti e agli altri donatori sui risultati di salute pubblica. Questo processo è noto come finanziamento basato sulle prestazioni, e la CMMB aiuta a estenderlo in diversi paesi, incluso il Kenya.

5. Programmi a supporto dei sistemi di monitoraggio e di ricerca che assicurino una programmazione di qualità e l'adozione delle migliori pratiche nella sanità globale.

Il gruppo di monitoraggio e valutazione della CMMB opera con partner di attuazione per sviluppare procedure di riferimento che garantiscano un uso appropriato delle risorse e creino un cambiamento duraturo. Revisioni trimestrali dei dati di programmazione da parte del personale tecnico identificano le sfide, i successi e i temi per ulteriori ricerche. La CMMB è responsabile verso i suoi beneficiari di fornire servizi sanitari di qualità, pertanto impegna le locali organizzazioni basate sulla comunità, le associazioni di portatori di HIV, e i club di madri nella valutazione dei progressi in atto del programma e la pianificazione futura.

6. Aumentare la capacità della leadership locale a progettare e gestire con efficacia i programmi.

I Direttori nazionali della CMMB e i membri chiave del loro personale fanno parte dei comitati di consulenza tecnica e lavorano in stretta collaborazione con i Ministeri della Salute locali per pro-

muovere le esigenze di coloro che serviamo tutto il mondo.

Vengo ora alla parte della mia presentazione, in cui ho il piacere di annunciare una nuova importante collaborazione: la CMMB si unisce al Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari e alla Fondazione Buon Samaritano per portare ancora più salute e speranza a coloro che ne hanno bisogno.

Siamo onorati di poter donare, ogni anno, medicinali e forniture mediche del valore di 10 milioni di dollari al Pontificio Consiglio per sostenere gli sforzi del Santo Padre e del Vaticano in materia di salute. Tali farmaci saranno inviati a strutture sanitarie di paesi target scelti in base alle priorità del Vaticano, alle leggi nazionali relative all'importazione di medicinali e alla competenza della CMMB. Considerata la sua esperienza di quasi un secolo nel trasporto e nella conse-

gna di farmaci al mondo in via di sviluppo, la CMMB gestirà la catena di approvvigionamento per questo progetto.

Sono profondamente grato a S.E. Mons. Zygmunt Zimowski per la sua disponibilità a intraprendere questa nuova iniziativa che costituirà una pietra miliare nella storia dell'organizzazione in cammino verso il nostro secondo secolo di lavoro.

Nel corso delle nostre riunioni per pianificare e finalizzare questa iniziativa, l'Arcivescovo Zimowski e io siamo stati lieti di vedere spesso condivisi gli obiettivi del Consiglio e della CMMB. Quando S.E. Mons. Zimowski afferma che l'accesso alle cure sanitarie è una questione di giustizia e un diritto umano fondamentale, è come se si riferisse alla nostra visione e ai nostri valori fondamentali.

Sono accompagnato qui a Roma e in questa Conferenza da Adrian

Kerrigan, il Senior Vice Presidente per lo Sviluppo della CMMB. Accogliamo con piacere l'opportunità di incontrarvi e rispondere a eventuali domande sul nostro lavoro e su questa nuova ed emozionante collaborazione con il Vaticano. Abbiamo portato materiale che fornisce informazioni più specifiche sul nostro "segreto meglio conservato", quello di portare da quasi 100 anni la salute e la speranza a chi ne ha bisogno. Potrete trovarlo all'uscita della riunione.

Vi ringrazio per l'attenzione. Potrete conoscere di più sul nostro lavoro visitando il nostro sito web www.cmmb.org.

Per vedere il video del nostro lavoro in azione, visitate www.CMMBHEALS.org.

Dott. JOHN F. GALBRAITH
*Presidente e Amministratore Delegato
Catholic Medical Mission Board (CMMB)
USA*



MAREK JUREK

Collaborazione dei diversi Ministeri di Governo nella Sanità

La salute pubblica è una delle componenti del bene comune di ogni Nazione. Secondo la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e numerose costituzioni nazionali successive, la protezione della salute è un diritto di tutti gli uomini e, allo stesso tempo, un fondamento dei doveri dello Stato. La stessa Convenzione ammette che le azioni relative alla salute pubblica – in quanto servono tutti – prevalgono perfino sui diritti politici individuali.

La politica sanitaria, dunque, non appartiene alle prerogative di una struttura specializzata concreta. Il modello necessario del funzionamento dello Stato consiste nel fatto che essa riguarda l'intera attività dello Stato e del Governo. Il Ministero della Salute deve essere l'iniziatore privilegiato del loro lavoro e il portavoce dei compiti che dovrebbero essere realizzati tramite il Governo e il potere legislativo, in funzione della politica sanitaria.

All'inizio, si dovevano sempre affrontare questioni di bilancio, quelle di procurare i mezzi finanziari per assicurare le risorse alla salute pubblica che dovrebbe essere accessibile a tutti. Ciò necessita di un aiuto particolare, da parte del Primo Ministro, al Ministero della Salute quando vi è conflitto tra il Ministero della Salute e quello delle Finanze, incaricato di vigilare sulla disciplina del bilancio.

Il ruolo sussidiario dello Stato implica che i suoi doveri aumentino in funzione dell'importanza del bene che le genti non sono capaci di realizzare con i propri mezzi né attraverso le organizzazioni sociali. In questa prospettiva, la protezione della salute rientra nei compiti primordiali dello Stato, che qui dovrebbe manifestarsi mediante

uno stanziamento di mezzi nella sua gestione.

La solidarietà obbliga, ben inteso, a non caricare lo Stato degli affari che tanto le famiglie quanto gli individui dovrebbero garantire con i propri sforzi, così come il ruolo sussidiario dello Stato esige che ci si concentri sugli ambienti sociali e sulle situazioni che maggiormente necessitano di aiuto. Si tratta soprattutto delle malattie più gravi (che assorbono le maggiori spese di trattamento) e delle categorie che hanno particolarmente bisogno di aiuto (come le famiglie numerose).

Il campo del funzionamento della salute pubblica è, quindi, per lo Stato, una scelta essenziale. In effetti, il Ministero della Salute funziona sempre nei quadri indicati dalle decisioni di natura generale che determinano l'azione dell'intero apparato statale e che superano le competenze di una sola struttura specializzata.

Determinare e raccomandare la giusta misura dell'aiuto ai più poveri in materia di salute spetta al Ministero delle Politiche Sociali. Si tratta di una questione cruciale che riguarda tanto coloro che, senza alcuna colpa, si trovano in una situazione particolarmente difficile, quanto le famiglie numerose, e dunque le persone che, per propria volontà, hanno accettato doveri più grandi di quelli degli altri cittadini e che riguardano il bene di tutta la società. Ciò concerne anche, e in modo particolare, le famiglie che si prendono cura dei bambini diversamente abili.

Quando si parla di politica sanitaria, non si possono ignorare le questioni etiche. Ad esempio, il problema della fecondazione artificiale in vitro è visto dai suoi fautori come un metodo di cura della

sterilità, benché nessuna donna che vi abbia fatto ricorso non possa restare incinta anche in maniera del tutto naturale. In questo caso, tutta la responsabilità grava sul Ministero della Salute. Il Ministro (come portavoce della salute pubblica) può presentare il problema della fecondazione in vitro come puramente tecnico e moralmente neutro, e può anche raccomandare questo metodo – come, purtroppo, avviene il più delle volte nei Paesi liberali contemporanei. Assumendo questo atteggiamento, il Ministero della Salute diventa non già l'esecutore del bene comune ma un rappresentante degli interessi contrari al bene comune e illegittimi, di alcuni individui. Questo Ministero invece dovrebbe cooperare con quello della Scienza che dovrebbe raccomandare la ricerca sulla sterilità e i metodi reali per trattarla, come la naprotecnologia.

Là dove si tratta di lottare contro le patologie sociali, la politica della salute pubblica deve essere sostenuta dall'azione dei Ministeri della Giustizia e dell'Interno. Le complesse iniziative intraprese attualmente dal Governo polacco nella lotta contro la distribuzione di quelle che vengono chiamate droghe sintetiche, sostituti artificiali delle droghe classiche, sono un esempio importante di tale cooperazione. Il Ministero della Giustizia ha elaborato una legge che responsabilizza i fabbricanti sugli effetti nocivi per la salute dell'uomo causati da queste sostanze (anche se, nominalmente, esse sono destinate all'industria e non al consumo). Per un periodo di un anno e mezzo, la legge riserva al Ministero della Salute l'obbligo dell'esame in laboratorio prima della messa sul mercato. Il Ministero dell'Interno è incaricato di prevenire

la distribuzione delle sostanze riconosciute come droghe.

Anche la protezione dell'ambiente è una questione di prim'ordine che necessita della cooperazione con i Ministeri dell'Ambiente e dell'Agricoltura. Nel primo caso, si tratta di analizzare gli eventuali pericoli per la sicurezza degli uomini nell'ambito della salute. Nel secondo, di assicurare un'alimentazione sana e di impedire gli effetti nocivi della sua produzione industriale, comprese le modificazioni genetiche.

Per quel che riguarda le nuove tecnologie di procreazione, come pure quelle di produzione degli alimenti, ciascun Governo deve mostrare il coraggio di resistere contro i gruppi che cercano di esercitare su di esso ogni tipo di pressione. Tale capacità di resistere costituisce una reale verifica della sua sovranità politica, della sua autorità e dell'arbitraggio dipendendo unicamente da criteri del bene comune.

Gli interessi dell'industria dei contraccettivi formano un gruppo di pressione particolarmente attivo e distruttivo. In tutti i Paesi, esso tende a conquistare l'accesso ai fondi pubblici, sia direttamente tramite le sovvenzioni, sia indirettamente mediante le riduzioni delle tasse. Il termine di contraccezione è frequentemente abusato per dissimulare le sostanze abortive. Tali sostanze mirano alla distruzione della vita del bambino, ma rovinano anche la salute della madre, e, cosa non rara, sono causa di sterilità. Le sostanze abortive dovrebbero essere semplicemente vietate. Quanto al Ministero, esso dovrebbe informare sugli effetti secondari della contraccezione, conformemente all'obbligo d'allertare contro gli effetti del tabacco.

Purtroppo, i Ministeri della Salute sono abitualmente tenuti non soltanto a diffondere la contraccezione, ma, quel che è peggio, a proporre quella che viene chiamata IVG ("interruzione volontaria di gravidanza").

L'educazione nazionale svolge un ruolo primordiale nella formazione dell'atteggiamento pro-salute. La medicina "riparatrice" (per usare questo termine) non è altro che uno dei fattori che contribuiscono al livello della salute socia-

le. La medicina preventiva, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie "della civiltà", come l'ipertensione, l'obesità o il diabete, e di conseguenza dei loro effetti gravi quali gli incidenti vasco-celebrali o le crisi cardiache costituiscono un ambito al quale è necessario sensibilizzare continuamente la coscienza dei cittadini. Prima questa educazione sarà intrapresa, più sarà efficace.

La scuola ha la possibilità di impedire la propagazione dei flagelli che rovinano la salute quali il tabagismo, l'abuso di alcool o la tossicodipendenza. Visto il suo carattere preventivo, la politica sanitaria riguarda anche il Ministero dello Sport che ha le prerogative per influire, attraverso un incoraggiamento pratico e una motivazione positiva, sul sano sviluppo fisico della gioventù.

La questione dell'educazione sessuale è un problema particolarmente delicato, non soltanto in Eu-

accesso spiegando che sarebbe stato un elemento efficace dei passi intrapresi contro le epidemie in Asia Orientale, soprattutto per quel che riguarda la SARS (sindrome respiratoria acuta grave). Ben inteso, il Governo della Repubblica Popolare di Cina che voleva isolare Taiwan dall'arena internazionale, si opponeva. Tuttavia, gli sguardi pragmatici compresi nel loro vero senso rendevano la cooperazione opportuna, ma bisognava cedere davanti alle pressioni della grande potenza.

Per quanto riguarda la salute, esistono molti punti che dovrebbero essere oggetto di cooperazione internazionale, e dunque degli sforzi dei Governi nazionali quanto delle diplomazie nazionali. Si tratta, ad esempio, della lotta contro la pedofilia.

In alcuni Paesi, l'età minima accettabile per i rapporti sessuali si è fortemente abbassata. Quella che in Danimarca è vista come libertà



ropa. Purtroppo, i Ministeri della Salute sono spesso i portavoce dei cosiddetti diritti sessuali e non dei valori morali che costituiscono la migliore protezione contro i flagelli degli assassinii prenatali o dell'epidemia dell'AIDS.

Le questioni sanitarie riguardano anche la politica estera. Il periodo durante il quale ho presieduto il Parlamento polacco era anche quello in cui la Repubblica di Cina a Taiwan cercava di entrare nell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Gli uomini politici taiwanesi giustificavano un eventuale

dei giovani (il sesso tra i ragazzi di 13 anni), in Polonia è considerata pedofilia. Senza dubbio, a provocare effetti gravi è anche la propaganda dei cosiddetti diritti sessuali senza riferimento a un'etica normativa. Tale propaganda contribuisce certamente a un'iniziazione sessuale precoce tra i giovani. Come conciliare tutto ciò con la condanna ufficiale della pedofilia?

Anche la questione della lotta contro la pedofilia dovrebbe essere oggetto della cooperazione internazionale, affrontata nel contesto dell'opposizione contro la porno-

grafizzazione della cultura di massa. Prima della Seconda Guerra Mondiale, erano state ratificate due convenzioni sulla lotta contro la pornografia. Anche nei documenti del dopoguerra, in particolare nella Convenzione Europea sulla Televisione Transfrontaliera del 1989, si insiste sulla salvaguardia del buoncostume e della moralità pubblica. Oggi essa non è altro che una legge dimenticata che – grazie agli sforzi dei Paesi che tengono conto del bene comune – dovrebbe essere ripristinata.

Per concludere: il ruolo proprio del Ministero della Salute è quello di ricordare, nel quadro dei lavori di ciascun Governo, la funzione sussidiaria dello Stato che deve intervenire là dove le persone sono prive di mezzi per agire. Svolgendo questa funzione di sussidiarietà, lo Stato realizza il principio della solidarietà. Il Ministero della Salute dovrebbe essere il portavoce di una concezione giusta e fondata sulla legge naturale per quanto riguarda l'uomo soggetto alle norme morali, in ragione del suo fine, dei diritti degli altri e del bene comune.

Il Ministro dovrebbe essere altresì il portavoce dell'etica della professione medica, propria della nostra cultura e risalente al giuramento di Ippocrate.

D'altra parte, il lavoro d'équipe di un Governo dovrebbe impedire al Ministro della Salute di dimenticare che la protezione della salute è legata al bene dell'uomo nella sua interezza, e che essa non è una semplice questione tecnica, e tanto meno il campo degli interessi delle lobby tecnologiche. Queste ultime devono essere sottoposte al controllo degli uomini che si esprime nel potere sovrano di uno Stato libero e consapevole della sua responsabilità morale di fronte a Dio.

La politica della salute mostra quanto sia attuale la concezione classica della politica la cui portavoce, nel mondo contemporaneo, è la Chiesa cattolica. Già Papa Pio XII metteva in guardia contro l'utopia tecnocratica che proponeva di realizzare il bene comune senza preoccuparsi delle decisioni morali, e quindi senza responsabilità morale.

Una buona politica della salute esige una concezione corretta dell'uomo, che permetta di riconoscere i veri bisogni di quest'ultimo. Essa richiede altresì un'autentica solidarietà umana allo scopo di impedire un'esclusione formale o reale di quanti necessitano di un sostegno da parte della società. Vuole una responsabilità da parte dello Stato. Ne deriva che essa non è un problema tecnico dei medici o dei manager medici. Le competenze tecniche devono venirle in aiuto in quanto sono un elemento indispensabile del realismo politico, ma non possono sostituirla.

La politica di salute pubblica non può limitarsi ai quadri locali dei Paesi, ma esige una cooperazione internazionale. Tuttavia sono lo Stato nazionale e il senso della responsabilità dei suoi cittadini a costituire il fattore essenziale dell'iniziativa e del controllo (morale e democratico) di questa cooperazione.

On. MAREK JUREK
Ex Presidente della Camera Bassa
del Parlamento polacco,
Polonia



WILLEM EIJK

Il Buon Samaritano è la giustizia più grande

Ovviamente, si vede nel Buon Samaritano, nella parabola raccontata da Gesù nel vangelo di Luca (10,25-37), un modello che può ispirare ogni cooperatore sanitario. Lui ebbe pietà e curò le ferite di un uomo che “scendeva da Gerusalemme a Gerico e cadde nelle mani dei briganti, che gli portarono via tutto, lo percossero a sangue e se ne andarono, lasciandolo mezzo morto” (Lc 10,30)¹.

Gesù non dice esplicitamente a quale popolo o nazionalità la vittima appartiene, ma si rivela gradualmente che si tratta di un ebreo². Due altri ebrei, un sacerdote e un levita che scendevano per quella medesima strada, vedendolo, passarono oltre. Forse pensando che lui era morto e perciò non volendo contaminarsi per cui non potevano compiere i loro servizi rituali in base a un precetto³, omisero di curarlo. Il punto cardinale è però che non un compatriota, ma proprio una persona che apparteneva a un popolo nemico dei ebrei⁴, un Samaritano, passandogli accanto, lo 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” (Lc 10,34).

La cura delle ferite dell'uomo percosso a sangue fa subito ricordare alle attività di operatori sanitari.

Perciò non deve sorprenderci che Paolo VI ha detto in un discorso nel 1966 a un gruppo di medici dell'ENPAS (Ente Nazionale Previdenza per gli Statali), riferendo agli alti valori umani che la loro nobile missione implica: “Tali valori non sono soltanto umani, ma sono anche schiettamente cristiani; fanno pensare alla parabola evangelica del Buon Samaritano, chino sul prossimo sofferente e martoriato, e disposto a pagare di persona per lui; fanno meditare sulla in-

comparabile dignità dell'arte medica, che non è solo tecnica formidabile, che esige aggiornamento continuo e passione non mai spenta, ma è altresì donazione, missione, fiamma interiore, e acquista perciò benemerita unica davanti agli uomini, e inestimabile merito davanti a Dio”⁵.



La parabola serve a mostrare “l'universalità dell'amore che si volge verso il bisognoso incontrato «per caso» (cfr. Lc 10,31), chiunque egli sia” (*Deus Caritas est*, n. 25).

L'universalità implica che dobbiamo amare pure un nemico, secondo le parole di Gesù nel Vangelo di Luca: “...amate i vostri nemici, fate del bene a quelli che vi odiano...” (Lc 6,27).

Un cooperatore ha pietà del malato, nonostante la sua simpatia o possibilmente antipatia verso questo. Sul campo della battaglia il personale sanitario militare cura pure le vittime dell'esercito nemico. Questa conclusione condivide anche l'attuale mondo secolare.

Tuttavia, limitandoci solo a questa conclusione, per quanto giusta di per sé, rischieremmo che ci sfuggisse il significato più profondo, che è per gli operatori sanitari

cristiani proprio l'aspetto più affascinante del Buon Samaritano come il modello della giustizia più grande o meglio dell'amore più grande, la “carità in Veritate” verso il malato. Da una parte una parabola sembra essere un racconto semplice e comprensibile a prima vista di un avvenimento che potrebbe essere capitato in realtà. D'altra parte una parabola ha qualcosa di enigmatico. Si deve riprenderla e meditare su essa per scoprire i suoi significati più profondi.

1. L'interpretazione cristologica della parabola del Buon Samaritano

L'interpretazione più affascinante della parabola che mette una luce del tutto particolare al Buon Samaritano come modello o icona per gli operatori sanitari, è quella cristologica⁶ che si trova negli scritti di alcuni Padri della Chiesa, tra l'altro Origene⁷, sant'Ambrogio⁸ e sant'Agostino⁹. A parte le diverse variazioni fra questi autori, l'interpretazione cristologica dice quanto segue. L'uomo che scendeva da Gerusalemme a Gerico è Adamo (Origene¹⁰) o l'umanità (Agostino¹¹). Gerusalemme vuole dire il paradiso¹², Gerico questo mondo (o la nostra situazione di mortalità, Agostino). I briganti sono i diavoli¹³ (o le potenze nemiche, i ladri e briganti in Giovanni 10,8, venuti prima di Gesù, il Buon Pastore secondo Origene¹⁴). Il prete e il levita indicano l'Antico Testamento, la legge rispettivamente i profeti. Il Samaritano che cura le ferite, le conseguenze del peccato di disobbedienza, è nessuno altro di Cristo, il Redentore. La cavalcatura del Samaritano, a cui mette l'uomo ferito per andare all'albergo, indica il corpo di Cristo, mediante cui questo, soffrendo alla croce, ha portato il carico dei nostri

peccati. L'albergo è la Chiesa e l'albergatore è il leader della Chiesa (Origene) o gli apostoli (Ambrogio¹⁵ e Agostino¹⁶), a cui il Samaritano o Cristo affida la cura dell'uomo ferito. L'annuncio del Samaritano che ritorni, significa il ritorno di Cristo alla fine dei tempi.

Benché gli esegeti odierni non applichino più l'esegesi allegorica dei Padri della Chiesa in genere, alcuni teologi, come Barth¹⁷ e Daniélou¹⁸, attribuiscono un grande valore alla interpretazione cristologica. Uno degli argomenti di Daniélou per accettare una interpretazione cristologica è l'analogia con le altre parabole nel Nuovo Testamento che tutte rivelano i misteri del Regno di Dio, e soprattutto quella del Buon Pastore, in cui Gesù parla pure di ladri e briganti (Gv 10,1-18)¹⁹. Ciò è una indicazione che anche quella del Buon Samaritano deve riguardare in ultima analisi il Regno di Dio.

L'identificazione del Samaritano che agisce da medico, con Cristo rafforza ancora l'analogia fra la missione di questo e le attività di un medico. Per l'analogia ovvia fra guarigione e redenzione i Padri della Chiesa davano a Gesù l'epiteto "Christus Medicus"²⁰. Un ulteriore motivo era che Gesù guariva molte malattie in modo miracoloso come segno che era il Figlio di Dio, ma anche come un segno esterno della redenzione dal male, per cui si è fatto uomo. Origene (185-254) parla nel suo *Contra Celsum* del guarire "tutta la natura ragionevole e di condurla a familiarità con Dio il Creatore dell'universo mediante il rimedio del Logos (cioè Cristo indicato come il Verbo Incarnato di Dio, E.)"²¹.

Ambrogio (339-397) riferisce a un medico "che ha imitato il medico che viene dal cielo"²².

Agostino (354-430) usa più frequentemente il titolo di medico per descrivere ciò che ha fatto Cristo per l'umanità caduta²³. Questo, il "vero medico"²⁴, umiliando se stesso mediante la sua sofferenza e la sua morte, è diventato "tutto il medico per le nostre ferite"²⁵.

Il titolo di "Christus Medicus" per spiegare la sua missione come un ministero di guarigione è usato soprattutto fino al XVI secolo, ma anche dopo da cattolici e protestanti²⁶. Questa immagine serviva

pure come stimolo per medici e per cristiani in genere a curare le malattie e ferite somatiche dei malati con amore per il prossimo e compassione. L'amore, il nucleo dell'etica cristiana, ha le sue radici nell'essenza di Dio stesso, che è amore (cfr. 1Gv 4,8). Questo amore è stato rivelato nella incarnazione di Cristo come illimitato, donato liberamente e sacrificale.

L'amore, compreso in questo modo, si esprime nella cura di malati non solo nel dare un trattamento medico al paziente, cioè nell'aspetto medico-tecnico, ma anche nel curarlo in senso ampio, nel trattare i malati poveri gratuitamente e nell'attendere malati durante le epidemie della peste nel modo di un sacrificio di sé, rischiando la propria vita.

Secondo Sigerist, il cristianesimo, ispirato dal "Christus Medicus" come modello, ha portato un cambiamento radicale nella posizione del malato e nella organizzazione della sanità, di cui la fondazione di ospedali, sconosciuti nell'Antichità, a partire dall'ultimo quarto del IV secolo è un segno chiaro²⁷.

2. Il Samaritano come icona ispiratrice del Cristo Medico per operatori sanitari cristiani

La parabola del Samaritano, identificato con Cristo, è una fonte di ispirazione per gli operatori cristiani che vogliono seguire nelle loro attività professionali il Cristo Medico come modello. La figura del Samaritano è in certo senso una icona del Cristo Medico. Un'icona è secondo la tradizione ortodossa orientale un'immagine che rende presente in certo modo la persona ritratta. Così i santi che hanno seguito Gesù Medico, sono in certo senso icone di lui, rappresentando nel loro agire e attraverso la formazione delle virtù anche nel loro essere qualcosa di Cristo.

Tali icone sono per esempio i gemelli e medici Cosma e Damiano, nati nella seconda metà del II secolo e decapitati a causa della loro testimonianza coraggiosa della fede cristiana. Trattavano i loro pazienti gratuitamente. Una tale icona è anche San Aloisio di Gonzaga

(1568-1591), che curava in modo eroico vittime della peste, per cui lui stesso si è preso detta malattia ed è deceduto in giovane età.

Un esempio più contemporaneo è Giuseppe Moscati, un internista e docente di fisiologia dell'Università di Napoli, che viveva dal 1880 fino al 1927 e fu beatificato nel 1987 da Giovanni Paolo II²⁸. Questo medico, famoso per i suoi talenti diagnostici, rimaneva volontariamente celibe e praticava la medicina con grande amore e de-



dizione per i suoi pazienti senza richiedere da loro un onorario. Viveva in modo molto modesto. La virtù cristiana della povertà volontaria per l'imitazione di Cristo gli era cara. Indicava spesso ai suoi pazienti che la guarigione più profonda consisteva in ultima analisi di un ripristino del loro rapporto con Dio, soprattutto mediante il sacramento della Confessione. In base alla sua fede profonda stabiliva una relazione fra redenzione e guarigione, fra la sua fede e la sua professione. Faceva questo spesso con buoni risultati grazie alla grande fiducia che ispirava ai pazienti tramite il suo interesse sincero e la sua cura personale per ognuno di loro. Nei suoi pazienti riconosceva la figura sofferente di Cristo (Mt 25,31-46) e viceversa loro incontravano in lui qualcosa del Cristo Medico.

Giuseppe Moscati, gli altri medici menzionati e quelli che hanno

curato i malati in modo eroico e con sacrificio, erano come il Buon Samaritano icone del Cristo Medico, rappresentando qualcosa della sua cura piena di amore per tutti. S'intende che non ogni cooperatore sanitario è chiamato a una imitazione tanto intensiva di Gesù. Inoltre l'Organizzazione della Sanità è stata cambiata drasticamente. L'arsenale di mezzi diagnostici e terapeutici di cui essa dispone è cresciuto, soprattutto a partire dagli anni '30 del secolo scorso. Nella Europa Occidentale di oggi non vi è più bisogno di trattare pazienti senza onorario in merito al sistema di assicurazioni sulla malattia (benché ad esempio un rifugiato che rimane illegalmente in un paese, non sia spesso in grado di pagare i costi di una cura medica). Tuttavia, una persona che serve da icona, non deve essere copiata letteralmente, ma è possibile farsi ispirare da essa.

In quale modo si potrebbero riassumere gli aspetti più affascinanti della figura del Buon Samaritano come una icona del Cristo Medico, o perfino identico con questo, per operatori sanitari? Vorrei segnalare tre aspetti notevoli:

1. l'inversione dei ruoli della persona che dà assistenza e quella che la riceve;

2. l'autentica compassione;

3. l'essere custode/protettore della persona senza paternalismo.

1. *L'inversione dei ruoli*

Alla domanda di un dottore della Legge che cosa debba fare per ereditare la vita eterna (Lc 10,25), Gesù lo riferisce in primo istante al famoso commando doppio di amore per Dio e il prossimo (Lc 10,28). Tuttavia, il dottore della Legge, volendo giustificarsi, chiede a Gesù: "E chi è il mio prossimo?" (Lc 10,29).

La risposta di Gesù a questa domanda è più sorprendente di quanto si avrebbe forse pensato a prima vista. Gesù non dà una risposta diretta a questa domanda, cioè non dice "ognuno, senza eccezione", ma racconta invece la parabola del Buon Samaritano, in cui inverte i ruoli della persona ferita e della persona che dà assistenza.

Superficialmente ci saremmo aspettati che la conclusione della

parabola indicasse l'ebreo ferito come il prossimo del Samaritano, cioè della persona che lo aiuta. In questo caso la sola conclusione sarebbe che si deve considerare anche il membro di un popolo nemico come prossimo di cui si deve avere pietà altrettanto. Tuttavia, Gesù non finisce così, ma inverte i ruoli. Dopo aver raccontato la parabola chiede al dottore della Legge: "Chi di questi tre (il sacerdote, il levita e il samaritano, cioè le persone che danno o avrebbero dovuto dare assistenza) ti sembra sia stato prossimo di colui che è caduto nelle mani dei briganti?" (Lc 10,36).

Gesù inverte i ruoli davvero. Al contrario di ciò che avremmo pensato a prima vista, il prossimo non è la persona in pericolo che ha bisogno di assistenza, ma colui che porta aiuto. È notevole che la parabola, visto il modo in cui Gesù la conclude, non è una risposta precisa alla domanda del dottore della Legge su chi sia il suo prossimo. La risposta di Gesù si fonda su una prospettiva ben diversa. La domanda iniziale del dottore della Legge rivela che questo vede se stesso come la persona che porta soccorso, e la persona che ne ha bisogno, come il prossimo. Invece Gesù qualifica come prossimo la persona che porta soccorso e fa così se stesso prossimo della persona che ne ha bisogno²⁹.

Questo ha fatto Gesù stesso. Analogamente alla discesa dell'uomo ferito da Gerusalemme a Gerico, Cristo scese dal cielo al mondo e, facendosi uomo, si fa prossimo dell'uomo che ha bisogno di essere guarito riguardo all'anima e al corpo. Gesù mette nel centro di questa discesa l'uomo ferito.

La domanda del dottore della Legge su chi sia il suo prossimo, rivela il suo carattere individualista ed egocentrico. Lui mette se stesso nel centro di circoli concentrici: lui sta nel centro di un circolo di persone ognuna delle quali è il suo prossimo. Fuori di questo circolo vi è un altro circolo più grande di persone, che non qualificano come un prossimo, un oggetto di amore³⁰. Il dottore della Legge fa quindi due cose:

– Lui intende limitare il numero di coloro di cui deve avere pietà; la

domanda "chi sia il mio prossimo" implica infatti che vi è anche un "non prossimo".

– Inoltre mette se stesso come assistente nel centro di tutto.

Invece che dalla prospettiva dell'assistente, la parabola è però raccontata da quella della vittima dei briganti. Per questo la parabola invita in modo implicito gli ascoltatori, il dottore della Legge incluso, di spostarsi nella posizione della vittima. L'uomo ferito viene presentato come il centro dei movimenti del sacerdote, del levita e del samaritano: mentre i primi due, rifiutando di farsi suo prossimo, non soltanto continuarono il loro viaggio, ma anche passarono oltre, il samaritano si fece vicino all'uomo ferito per curargli le ferite, versandovi olio e vino.

Il cambiamento della prospettiva della domanda "chi sia il mio prossimo" ha uno scopo particolare. Mentre il dottore della Legge, mettendo il proprio ego nel centro, chiede chi sia l'oggetto dell'amore per il prossimo, Gesù, mettendo nel centro la persona che ha bisogno di aiuto, mette in rilievo che si può soltanto trovare una vera risposta a detta domanda, diventando il soggetto dell'amore per il prossimo, cioè facendo se stesso il prossimo di qualsiasi persona in pericolo. La conclusione della parabola è in una frase: "Ovunque e ogni qual volta io sono confrontato con il bisogno di un simile, sono sfidato di agire come il prossimo di quella persona"³¹.

Questo è un elemento intrinseco dell'imitazione di Gesù. Apprendiamo questo dal Samaritano, identificato con Cristo, che vedendo l'uomo ferito e "avendo compassione lo avvicina da diventare il suo prossimo"³².

La persona che assiste l'altro, ha quasi automaticamente la tendenza di mettere se stesso nel centro del circolo, vedendo il malato come il prossimo bisognoso della sua assistenza. La parabola del Buon Samaritano invita tutti i operatori sanitari di invertire i ruoli: di vedere non se stessi, ma il malato come il soggetto che sta nel centro del mondo sanitario. La parabola esorta a non vedere il malato come oggetto, ma come soggetto della cura medica, di cui il cooperatore sani-

tario si fa prossimo come un soggetto di amore per lui.

2. L'autentica compassione

Il motivo del Samaritano per farsi prossimo dell'uomo ferito è che, vedendolo, ha compassione di lui, il che è espresso mediante la parola greca "ἐσπλαγχνίσθη". Questo verbo deriva dal sostantivo "σπλάγχνα", cioè le "viscere". Si tratta quindi non di una compassione superficiale, ma profonda, che tocca l'intimore del Samaritano e lo spinge ad agire, cioè a curare le ferite della vittima e a portarlo a un albergo, dove potrà guarire finché sarà in grado di riprendere il suo viaggio. A questo proposito è interessante segnalare che nella lingua olandese e tedesca si parla del "Samaritano compassionevole" nel senso di caritatevole ("barmhartige" rispettivamente "barmherzig").

La compassione richiesta non deve essere confusa con una pietà superficiale, ma implica che si simpatizza per lui e ci si mette nei suoi panni, per quanto possibile. La compassione non potrebbe essere un'altra cosa, essendo una forma di imitazione di Cristo il Medico che si è fatto uomo e condivideva così la nostra esistenza: "Dunque, poiché abbiamo un sommo sacerdote grande, che è passato attraverso i cieli, Gesù il Figlio di Dio, manteniamo ferma la professione della fede. Infatti non abbiamo un sommo sacerdote che non sappia prendere parte alle nostre debolezze: egli stesso è stato messo alla prova in ogni cosa come noi, escluso il peccato [...]. Nei giorni della sua vita terrena egli offrì preghiere e suppliche, con forti grida e lacrime, a Dio che poteva salvarlo da morte e, per il suo pieno abbandono a lui, venne esaudito. Pur essendo Figlio, imparò l'obbedienza da ciò che patì e, reso perfetto, divenne causa di salvezza eterna per tutti coloro che gli obbediscono" (Eb 4,14-15; 5,7-9).

I Padri della Chiesa, citati sopra, vedono nella cavalcatura del Buon Samaritano che questo usa per trasportare l'uomo ferito all'albergo, un riferimento al corpo di Cristo, mediante cui questo ha portato i carichi dei nostri peccati. In ogni caso si vede in Cristo la figura del

medico, ferito lui stesso, più intensamente quando dà la sua vita per la nostra redenzione alla croce. Gesù, pur Figlio di Dio, si è fatto pure uomo, si sottomette alla nostra esistenza umana (Fil 2,6-11) e arriva a identificarsi con l'uomo sofferente. Lui, facendo entrare i giusti nel suo Regno, indica a loro come motivo il fatto d'averlo visitato quando era malato. Alla loro domanda quando abbiano fatto questo, risponderà: "In verità io vi dico: tutto quello che avete fatto a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me" (Mt 25,40).

Il Buon Samaritano come icona di Cristo mette in rilievo che la vera compassione necessaria per farsi prossimo del malato implica che si è in grado di mettersi nei panni di lui stesso. Incontriamo questo pensiero anche in una citazione precisa dagli scritti ippocratici: "Con il dolore dell'altro il medico raccoglie il proprio dolore"³³.

S'intende che spesso per noi non è possibile mettersi totalmente nei panni di un altro. Questo esige anche esperienza e maturità, per cui la persona del cooperatore sanitario stesso è in grado di guardare in faccia la propria sofferenza e le proprie imperfezioni e di integrarle nella propria vita. Comunque, una cura cristiana in senso ampio esige una certa solidarietà del cooperatore sanitario con la persona sofferente, analogamente alla solidarietà del Samaritano con l'uomo ferito e in ultima analisi di Gesù con tutti noi.

3. L'essere custode/protettore senza paternalismo

Un elemento notevole è che il Samaritano, identificato con Cristo, è chiamato in latino "custos" da tradurre in italiano come "custode" o "protettore" dell'uomo ferito. Origene vedeva nella parola ebreo per samaritano ("šômôn") un legame con il participio "šômêr" che significa "custode" o "guardiano", nel Salmo 121,4: "Non si addormenterà, non prenderà sonno il custode d'Israele"³⁴.

In questo contesto Ambrogio, chiamando il Samaritano, identificato con Cristo, custode, si fonda sul Salmo 116,6: "Il Signore protegge i piccoli"³⁵.

In modo negativo il significato del termine "custode" è espresso da Caino che, dopo aver ucciso Abele, risponde alla domanda di Dio dove sia suo fratello: "Non lo so. Sono forse io il custode di mio fratello?" (Gen 4,9).

Noi, operatori sanitari, chiamati a seguire Gesù secondo il modello del Samaritano, siamo chiamati anche a diventare custodi dei nostri fratelli e sorelle malati. L'essere custode esclude ogni paternalismo, implicando il pieno rispetto per la libertà giustificata del malato, analogamente a Cristo che lascia a tutti noi la libertà di farci guarire da lui o meno.

3. Epilogo

In questo contesto dobbiamo osservare purtroppo che l'attuale sistema sanitario burocratico non rende tanto facile al cooperatore sanitario di seguire il Buon Samaritano come modello. Sotto la pressione dell'ideologia del libero mercato del mondo occidentale gli istituti sanitari si vedono costretti a ridurre i costi, riducendo al massimo il personale e a impiegarlo secondo criteri unilateralmente economici. Mediante protocolli si prescrive quanto tempo, calcolato al minuto, può durare il contatto fra il medico o l'infermiere per una certa attività per poter controllare i costi³⁶. S'intende che in un tale sistema i rapporti intersoggettivi fra operatori sanitari stanno sotto pressione. Per questo sviluppo numerosi operatori sanitari, soprattutto infermieri, non vedendo più la possibilità di vivere il loro lavoro professionale come una vocazione, ha un sentimento di disagio.

Da una parte non dobbiamo sottovalutare i problemi finanziari con cui la sanità sta lottando attualmente. Dall'altra neanche dobbiamo però rassegnarci a questa situazione e perciò abbandonare il Buon Samaritano come modello per i operatori sanitari. Un sistema sanitario che non ammette in modo sufficiente ai operatori sanitari di realizzare la loro vocazione fondamentale di farsi prossimo delle persone affidate alla loro cura nelle loro attività professionali, implica in ultima analisi una ingiustizia sociale. Secondo il principio

di sussidiarietà (cfr. *Quadragesimo Anno*, nn. 79-80; applicato più a livello internazionale nella *Caritas in veritate* nn. 47; 57), le autorità statali e sanitarie hanno il compito di realizzare un sistema di sanità in cui gli istituti di sanità e i operatori sanitari possono realizzare la loro chiamata a seguire Cristo il Medico per eccellenza secondo l'icona del Buon Samaritano.

S.E. Mons. WILLEM EIJK
Arcivescovo di Utrecht
Paesi Bassi
Membro del Consiglio Direttivo
della Pontificia Accademia per la Vita,
Santa Sede

Note

¹ Le citazioni bibliche sono state prese dalla traduzione liturgica della Bibbia del 2008 da parte della C.E.I.

² Cfr. H. HENDRICKX, *The Parables of Jesus*, London/San Francisco: Geoffrey Chapman/Harper & Row, 1986, p. 84.

³ J.J. KILGALLAN, *Twenty parables of Jesus in the Gospel of Luke*, Roma: Pontificio Istituto Biblico, 2008 (=Subsidia Biblica 32), pp. 33-34.

⁴ *Ibid.*, pp. 29-31.

⁵ PAOLO VI, "Discorso ai medici dell'E.N.P.A.S." (6 ottobre 1966).

⁶ Cfr. R. ROUKEMA, "The Good Samaritan in Ancient Christianity," *Vigiliae Christianae* 58 (2004), n. 1, pp. 56-74.

⁷ ORIGENE, *In Lucam Homiliae XXXIV* (*Fontes Christiani* 4/2, pp. 336/337-344/345). Le omelie di Origene su Luca sono state conservate solo nella traduzione latina da parte di san Girolamo.

⁸ AMBROGIO, *Expositio Evangelii Secundum Lucam*, VII, 69-84 (CCSL XIV, pp. 236-241).

⁹ AGOSTINO, *Quaestiones Evangeliorum* II, XIX (CCSL XLIV B, pp. 62-63).

¹⁰ ORIGENE, *In Lucam Homiliae XXXIV*, 3; Origene cita qui un presbitero sconosciuto. Origene nega che l'uomo che scendeva da Gerusalemme a Gerico concerne ogni essere umano (*ibid.*, 4). Roukema conclude che Origene come platonista, senza dirlo esplicitamente, sottopone che la discesa dal paradiso al mondo riferisce alla caduta delle creature razionali preesistenti dal cielo a causa del peccato; questo implicherebbe che Origene intende con il paradiso il cielo (R. Roukema, "The Good Samaritan in Ancient Christianity," op. cit., p. 63).

¹¹ AGOSTINO, *Quaestiones Evangeliorum* II, XIX, 2.

¹² Secondo Origene probabilmente il cielo (veda la nota a piè di pagina 10), secondo Ambrogio e Agostino il paradiso terrestre.

¹³ AMBROGIO, *Expositio Evangelii Secundum Lucam*, VII, 73; AGOSTINO, *Quaestiones Evangeliorum* II, XIX, 6-7.

¹⁴ ORIGENE, *In Lucam Homiliae XXXIV*, 4.

¹⁵ AMBROGIO, *Expositio Evangelii Secundum Lucam*, VII, 81-82.

¹⁶ AGOSTINO, *Quaestiones Evangeliorum*, II, XIX, 26-27.

¹⁷ K. BARTH, *Die Kirchliche Dogmatik*, Bd. III,2, Zürich: A.G. Zollikon, 1948, p. 250; Bd. IV,1, Zürich: A.G. Zollikon, 1953, p. 115.

¹⁸ J. DANIELOU, "Le Bon Samaritain", in: *Mélanges Bibliques rédigés en l'honneur de André Robert*, Parijs: Bloud & Gay, 1956, pp. 457-465.

¹⁹ *Ibid.*, pp. 460-461.

²⁰ D'altronde promuovevano questo epiteto pure per combattere il culto di Asklepios, il dio greco-romano della medicina, anche venerato come salvatore e medico, secondo K.H. RENGSTORF, *Die Anfänge der Auseinandersetzung zwischen Christusglaube und Asklepiosfrömmigkeit*, Münster: Aschendorff, 1953.

²¹ ORIGENE, *Contra Celsum* 3,54 (SC 136, p. 128; cf. 4,15).

²² AMBROGIO, *De Helia e ieiunio* 20,75 (CSEL 32^{II}, p. 458).

²³ R. ARBESMANN, "The concept of 'Christus Medicus' in St. Augustine," *Traditio* 10 (1954), pp. 1-28.

²⁴ AGOSTINO, *De Civitate Dei* 4,16 (CCSL 47, p. 112): "Ad quam (quietam) vacat verus medicus dicens: Discite a me, quoniam mitis sum et humilis corde, et inveniatis requiem animabus vestris (Mt 11,29)."

²⁵ AGOSTINO, *In Joannis Evangelium* 3,3 (PL 35, col. 1397): "... totus medicus vulnorum nostrorum ...," cfr. *Ibid.*, 25,16.

²⁶ H. SCHIPPERGES, "Zur Tradition des 'Christus Medicus' im frühen Christentum und in der älteren Heilkunde," *Arzt und Christ* 11 (1965), pp. 16-19.

²⁷ H. SINGERIST, *Civilization and disease*, Chicago: University of Chicago Press, 1943, pp. 69-70.

²⁸ G. INFUSINO, *Un santo in corsia. Giuseppe Moscati*, Cinisello Balsamo (Milano): Edizioni Paoline, 1987; G. PAPASOGLI, *Giuseppe Moscati. Das Leben eines heiligen Arztes*, Stein am Rhein: Christiana-Verlag, 1982.

²⁹ Cf. BENEDETTO XVI, "Angelus" (11 luglio 2010): "Questa volta, Gesù risponde con la celebre parabola del «Buon Samaritano» (cfr. Lc 10,30-37), per indicare che sta a noi farci «prossimo» di chiunque abbia bisogno di aiuto".

³⁰ Cfr. H. HENDRICKX, *The Parables of Jesus*, op. cit., p. 84.

³¹ *Ibid.*, p. 89.

³² ORIGENE, *In Lucam Homiliae XXXIV*, 6: "...misertus accessit ad eum, ut fieret eius proximus...".

³³ *De Flatibus*, I, 7-8, in: *Hippocrates*, transl. W.H.S. Jones, London: William Heinemann, 1923, vol. II, pp. 226/227.

³⁴ ORIGENE, *In Lucam Homiliae XXXIV*, 5; cf. R. Roukema, "The Good Samaritan in Ancient Christianity," op. cit., p. 64.

³⁵ AMBROGIO, *Expositio Evangelii Secundum Lucam*, VII, 74.

³⁶ Cfr. W.J. EIJK, "Modelli etici per la gestione della salute", (conference at the Twelfth International Conference of the Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers 'Church and Health in the World: Hopes and Expectations on the Threshold of the Year 2000'), *Dolentium Hominum* 13 (1998), n. 37, pp. 58-63.



MASSIMO PETRINI

Il mondo avvenire: prospettive demografiche e bisogni di salute

Nella Lettera Enciclica di papa Benedetto XVI *Caritas in veritate* vi è un'affermazione che dovrebbe considerarsi un'avvertenza preliminare alla lettura dei dati demografici della popolazione mondiale e in particolare dei dati che indicano i bisogni di salute del mondo futuro. Questa affermazione è che *"il rischio del nostro tempo è che all'interdipendenza di fatto tra gli uomini e i popoli non corrisponda l'interazione etica delle coscienze e delle intelligenze, dalla quale possa emergere come risultato uno sviluppo umano. Solo con la carità illuminata dalla luce della ragione e della fede, è possibile conseguire obiettivi di sviluppo dotati di una valenza più umana e umanizzante"* (n. 9), e, si può aggiungere, è possibile utilizzare le informazioni che i dati demografici e sanitari possono fornire. I dati disegnano situazioni demografiche, economiche, politiche, sociali, sanitarie ma dietro i dati vi sono "persone".

Quest'affermazione fa sì che non sia possibile una lettura solo conoscitiva, poiché, aggiunge ancora l'Enciclica, *"l'urgenza è inscritta non solo nelle cose, non deriva soltanto dall'incalzare degli avvenimenti e dai problemi, ma anche dalla stessa posta in palio: la realizzazione di un'autentica fraternità. La rilevanza di questo obiettivo è da tale da esigere la nostra apertura a capirlo fino in fondo e a mobilitarci in concreto con il «cuore», per far evolvere gli attuali processi economici e sociali verso esiti pienamente umani"* (n. 20).

Lo scenario del mondo è caratterizzato da notevoli mutazioni, per la prima volta nella storia ci si trova di fronte a straordinarie modificazioni demografiche della popolazione del mondo, con le conseguenze che questo comporta.

Uno scenario iniziato nel corso del XX secolo e che si può così delineare¹:

- a) una popolazione mondiale numericamente ancora crescente;
- b) un declino numerico della popolazione in molti Paesi sviluppati (mitigata in alcuni casi da consistenti flussi di immigrazione);
- c) una diminuzione della fecondità, e in molti Paesi, prolungatamente ed "eccessivamente bassa";
- d) una diminuzione della mortalità anche nelle età molto avanzate, con conseguente aumento e diffusione della grande longevità;
- e) un fortissimo aumento della popolazione in età lavorativa nei Paesi economicamente meno progrediti;
- f) un aumento delle fasce di età più avanzata, in particolare, ma non solo nei Paesi sviluppati, con drastico aumento delle persone anziane e drastica riduzione delle fasce in età pediatrica e adolescenziale;
- g) una più frequente e prolungata coesistenza di 3-4 generazioni nelle popolazioni;
- h) una popolazione assai più urbanizzata, accentrata in smisurate megalopoli soprattutto nel Sud del mondo o in nebulose urbane diffuse su territori assai vasti, soprattutto al Nord;
- i) un incremento di migrazioni internazionali e un assai forte aumento delle diversità etniche nelle popolazioni immigrate.

Il complesso di queste grandi e difficili sfide si può sintetizzare in due cifre che riguardano la demografia del mondo all'anno 2050: l'incremento atteso della popolazione pari a più 22 milioni nel Nord del mondo (compresa una immigrazione di 2-3 milioni di persone l'anno) e più 2.498 milioni nel Sud (compresa una emigrazione di 2-3 milioni di persone l'anno).

In particolare per i cinquanta Paesi più poveri del mondo ci si aspetta, nel periodo tra il 2008 e il 2050, un incremento di 918 milioni di persone (da 824 a 1.742) pari al 114%; per i Paesi attualmente in via di sviluppo, i Paesi intermedi, che comprendono quelli a più rapida crescita economica, come Brasile, Cina e India, l'incremento atteso è di 1,5 miliardi (da 4.770 a 6.200), pari al 32%; per i Paesi più sviluppati si prevede – pur considerando un'immigrazione dai Paesi meno sviluppati di circa due milioni di persone all'anno – una crescita di soli 19 milioni (da 1.226 a 1.245); cioè una sostanziale crescita zero, pari quasi al 2%.

Un aumento della popolazione mondiale che va letto correttamente al di là delle preoccupate interpretazioni per una maggiore suddivisione delle risorse esistenti. Afferma infatti papa Benedetto XVI che *"considerare l'aumento della popolazione come causa prima del sottosviluppo è scorretto, anche dal punto di vista economico: basti pensare, da una parte, all'importante diminuzione della mortalità infantile e il prolungamento della vita media che si registrano nei Paesi economicamente sviluppati; dall'altra, ai segni di crisi rilevabili nelle società in cui si registra un preoccupante calo della natalità"* (*Caritas in veritate*, 44).

Se il declino della mortalità e il declino della fertilità hanno costellato lo scenario demografico di pressoché tutti i Paesi, determinando quella che si è definita la Prima Transizione Demografica, da alcuni decenni si è avuta una Seconda Transizione Demografica, dovuta e caratterizzata da una perdurante, bassissima fecondità accompagnata da un ulteriore declino della mortalità specialmente concentrato nelle età più avanzate che ha

portato all’“Invecchiamento delle popolazioni”, specialmente nei Paesi a sviluppo avanzato.

Questa situazione è evidenziata dalla Tabella 1 che evidenzia la **popolazione del mondo** all’anno 2005 e quella prevista al 2050 per grandi classi di età (in milioni).

Una puntualizzazione: parlare dell’anno 2050 significa fare riferimento a persone che già ora sono viventi: una persona nata nel 2000 avrà 50 anni nel 2050, e una nata nel 2010 solo 40. Considerando che la durata media della vita si allunghi a 85 anni, questo vuol dire che un po’ più del 60% della popolazione che sarà in vita nell’anno

2050 è con ogni probabilità già in vita nel 2008. Parlare dell’anno 2050 non significa quindi fare riferimento a cifre astratte che compaiono su grafici e tabelle, ma fare riferimento, in larga misura, a persone reali, già presenti sulla faccia della terra².

Il dato rilevante è la notevole deformazione della struttura della popolazione mondiale per età e, in parallelo, il fortissimo invecchiamento della popolazione. In particolare, i Paesi economicamente progrediti dovranno fronteggiare un invecchiamento di fortissima intensità e di ridotta velocità, visto che in essi la proporzione degli ultrasessantenni sul totale della po-

polazione dovrebbe arrivare nel 2050 a oltre il 32%; i Paesi a sviluppo intermedio dovranno fronteggiare un invecchiamento di fortissima intensità e di fortissima velocità, aumentando gli ultrasessantenni di poco più di un miliardo di persone (da 391 a 1.398 milioni) con un incremento percentuale del 239%; i Paesi a sviluppo minimo dovranno fronteggiare un invecchiamento di ridotta intensità, ma di fortissima velocità, con un incremento del 320%.

La Tabella 2 evidenzia **la durata media della vita** in alcune regioni del mondo, fra l’attuale relativa agli anni 2000-05 e quella prevista per gli anni 2045-50.

Tabella 1

	2005	2050	Incremento	Incremento %	% sul totale 2005	% sul totale 2050
<i>Popolazione con meno di 15 anni</i>						
Mondo	1.844	1.829	-15	- 0.8	28.3	19.9
Paesi econom. progrediti	207	189	-18	- 8.6	17.0	15.2
Paesi in via di sviluppo	1.637	1.637	0	0	30.9	20.6
<i>Popolazione in età lavorativa dai 15 ai 65 anni</i>						
Mondo	4.196	5.873	1.677	40.0	64.4	63.9
Paesi econom. progrediti	823	731	- 92	- 11.2	67.7	58.7
Paesi in via di sviluppo	3.374	5.141	1.767	52.4	63.6	64.7
<i>Popolazione con 65 anni e più</i>						
Mondo	476	1.489	1.013	212.8	7.3	16.2
Paesi econ. progrediti	186	325	139	74.7	15.3	26.1
Paesi in via di sviluppo	291	1.168	877	301.4	5.5	14.7
<i>Fonte: elaborazione Golini su dati United Nations, 2007</i>						

Tabella 2

Area o Paese	2000-2005	2005-2050	Incremento	Incremento %
Mondo	65	75	10	15
Paesi sviluppati	78	84	6	8
Europa	78	83	5	6
Giappone	82	88	6	7
Stati Uniti	77	82	5	6
Canada, Australia, Nuova Zelanda	80	85	5	6
Economie in transizione	65	74	9	14
Unione stati indipendenti	65	74	9	14
Europa sudorientale	74	80	6	8
Paesi in via di sviluppo	63	74	11	17
America latina e Caraibi	72	79	7	10
Asia orientale e Pacifico	70	78	8	11
Asia meridionale	63	75	12	19
Asia occidentale	68	78	10	15
Africa	49	65	16	33
<i>Fonte: Elaborazione Golini su dati United Nations, 2007</i>				

In sintesi un dato puramente demografico è che entro il 2050, si avrà un incremento di 1.300 milioni di ultrasessantenni, mentre, altro fenomeno rilevante, nei Paesi a sviluppo intermedio e in quelli più poveri a sviluppo minimo si avrà un miliardo e mezzo di popolazione in età lavorativa, che sfiderà le possibilità e le capacità di creare posti di lavoro e di lavoro dignitoso.

Un altro elemento da considerare è lo sviluppo della progressiva urbanizzazione, già considerando che nell'anno 2008 la popolazione urbana ha superato quella rurale. All'anno 2007 la popolazione rurale era stimata in 3.377 milioni e quella urbana in 3.294; l'incremento atteso fra gli anni 2007 e il 2025 è di soli 49 milioni per la popolazione rurale e di 1.290 milioni per la popolazione urbana, di cui 1.106 per quella dei Paesi in via di sviluppo. Dopo l'anno 2025 è previsto che la popolazione urbana aumenti in misura sempre maggiore, mentre quella rurale dovrebbe diminuire sempre più intensamente.

Gli esperti ritengono che la tendenza vada giudicata positivamente, considerata l'importanza dell'urbanizzazione per la crescita economica e per il benessere delle persone, tanto da affermare che la crescita delle città sia il fattore principale che può influenzare lo sviluppo economico-sociale del XXI secolo, nonostante un miliardo di persone viva nelle baraccopoli, in condizioni di sovraffolla-

mento, senza l'accesso a servizi essenziali come l'acqua potabile e le fognie. Tuttavia, si afferma, tutte le evidenze mostrano che la popolazione rurale ha un minore accesso ai servizi chiave della vita contemporanea rispetto agli abitanti delle piccole città, che a loro volta dispongono di servizi inferiori rispetto a quelli delle grandi città. Conseguentemente i livelli di nutrizione, di salute e d'istruzione sono peggiori nelle aree rurali che nelle piccole città, e qui sono minori che nelle grandi città, dove, con notevoli differenze fra continente e continente, i costi pro capite dell'istruzione, dell'abitazione, della sanità, delle attrezzature igieniche sono più bassi che in campagna³. L'esperienza della Cina dimostra però che un rapido e immenso sviluppo delle grandi città può comportare aumento di povertà, inquinamento e turbolenza sociale.

Un ruolo importante nelle trasformazioni demografiche è stato e sarà svolto dalle migrazioni internazionali, anche se per questo fenomeno non ci si può riferire a regimi demografici specifici. Vi è incertezza nel valutare questo fenomeno nel futuro poiché molti sono i fattori che possono condizionarne l'evoluzione: dal fattore più rilevante, legato all'equilibrio economico mondiale, fino alle politiche migratorie dei Paesi di accoglienza e di partenza, alle opportunità economiche, per non parlare

dei rifugiati, che spesso rappresentano flussi che vanno dai Paesi poveri politicamente instabili a Paesi, talvolta altrettanto poveri, ma politicamente stabili⁴.

Qui ora interessa evidenziare il **declino della fecondità** che è ancora un fenomeno mondiale, come evidenzia la Tabella 3 che mostra un confronto tra il numero medio di figli per donna in alcune regioni del mondo (anni 2000-05) e quello previsto per gli anni 2045-50:

Ma a questo proposito occorre ricordare la lettura del fenomeno che ne fa il papa Benedetto XVI nella *Caritas in veritate* quando afferma che *“perdurano in varie parti del mondo pratiche di controllo demografico da parte dei governi, che spesso diffondono la contraccezione e giungono ad imporre anche l'aborto. Nei Paesi economicamente più sviluppati, le legislazioni contrarie alla vita sono molto diffuse e hanno ormai condizionato il costume e la prassi, contribuendo a diffondere una mentalità antinatalista che spesso si cerca di trasmettere anche ad altri Stati come se fosse un progresso culturale. Alcune Organizzazioni non governative poi, operano attivamente per la diffusione dell'aborto, promuovendo talvolta nei Paesi poveri l'adozione della pratica della sterilizzazione, anche su donne inconsapevoli. Vi è inoltre il fondato sospetto che a volte gli stessi aiuti allo sviluppo venga-*

Tabella 3

Area o Paese	2000-2005	2005-2050	Incremento	Incremento %
Mondo	2,6	2,0	-0,6	-23
Paesi Sviluppati	1,6	1,8	+0,2	+13
Europa	1,4	1,8	+0,4	+29
Giappone	1,3	1,9	+0,6	+46
Stati Uniti	2,0	1,9	-0,1	-1
Canada, Australia, Nuova Zelanda	1,6	1,9	+0,3	+19
Economie in Transizione	1,6	1,8	+0,2	+13
Unione stati indipendenti	1,6	1,8	+0,2	+13
Europa sudorientale	1,6	1,8	+0,2	+13
Paesi in via di sviluppo	2,9	2,1	-0,8	-28
America latina e Caraibi	2,5	1,9	-0,6	-24
Asia orientale e Pacifico	1,9	1,9	0	0
Asia meridionale	3,2	1,9	-1,3	-41
Asia occidentale	3,5	2,0	-1,5	-43
Africa	5,0	2,5	-2,5	-50

Fonte: elaborazione Golini su dati United Nations, 2007

no collegati a determinate politiche sanitarie implicanti di fatto l'imposizione di un forte controllo delle nascite" (n.28).

Nella prospettiva economica, i dati evidenziano uno slittamento della fascia di persone che vent'anni fa vivevano con meno di 1 dollaro al giorno (1.482 milioni, ora 1.093) alla categoria di coloro che vivono con meno di 2 dollari, che sono passati dai 2.450 ai 2.735 milioni di oggi⁵. Ma il problema della povertà non è solo da relegare in alcuni Paesi.

Osserva correttamente papa Benedetto XVI, nella *Caritas in veritate*, che *"cresce la ricchezza mondiale in termini assoluti, ma aumentano le disparità. Nei Paesi ricchi nuove categorie sociali si impoveriscono e nascono nuove povertà. In aree più povere alcuni gruppi godono di una sorta di super-sviluppo dissipatore e consumistico che contrasta in modo inaccettabile con perduranti situazioni di miseria disumanizzante. Continua lo scandalo di disuguaglianze clamorose. La corruzione e l'illegalità sono purtroppo presenti sia nel comportamento di soggetti economici e politici dei Paesi ricchi, vecchi e nuovi, sia negli stessi Paesi poveri"* (n. 22).

Per quanto riguarda la salute della popolazione del mondo si deve ricordare il processo di "transizione sanitaria"⁶, già evidenziato, che ha portato la speranza di vita a raggiungere livelli generalizzati mai immaginati prima nella storia e, al quale, hanno contribuito, soprattutto negli anni recenti, i grandi progressi scientifici e tecnologici che hanno portato la medicina a un controllo crescente delle cause e delle conseguenze di gran parte dei processi morbosi⁷.

Se questo vale per i Paesi sviluppati, nei quali si discute addirittura di un eccessivo utilizzo delle nuove tecnologie mediche che può compromettere la sostenibilità dei sistemi sanitari esistenti senza apportare miglioramenti allo stato di salute della popolazione, ben diversa è la situazione dei Paesi del Sud del mondo, dove la gran parte della popolazione è esclusa dalla possibilità di accedere ai servizi sanitari e ai farmaci.

Un dato indicativo è il confronto nella graduatoria mondiale della

durata media della vita: oltre quarant'anni di vita separano gli uomini dei Paesi dove si vive più a lungo (82-79 anni in Australia, Islanda, Italia, Giappone, Svezia, Svizzera) da quelli dove si vive meno (37-39 anni in Sierra Leone, Swaziland e Angola). Per le donne la distanza è ancora maggiore con quasi cinquant'anni di differenza fra gli 86 anni del Giappone e i 37 dello Swaziland⁸. Ma dall'altra parte vi è l'alta mortalità infantile dei bambini di età al di sotto dei cinque anni (la meglio documentata in termini statistici). Nel rapporto Countdown 2008, un'iniziativa indipendente (sponsorizzata dalle Nazioni Unite e da altre agenzie internazionali) si evidenzia una situazione drammaticamente grave nel settore materno infantile sia nei livelli di salute, che nell'organizzazione dei servizi sanitari per una significativa parte dell'umanità, che provoca poco meno di dieci milioni di morti l'anno tra i bambini al di sotto dei 5 anni e di oltre mezzo milione di morti materne (circa il 50% di questo carico di morte si concentra in Africa subsahariana)⁹.

Nell'assumere le funzioni all'inizio del 2007, il nuovo Direttore Generale dell'OMS, la cinese Margaret Chan, ha posto nuovamente l'accento sulla Primary Health Care (PHC) come strategia per il rafforzamento dei sistemi sanitari, seppure in un contesto ormai globalizzato con nuove sfide da affrontare: l'urbanizzazione, l'invecchiamento della popolazione, la contaminazione ambientale, il modificarsi degli stili di vita e le conseguenze sulla salute, l'aumentata prevalenza di malattie croniche, l'obesità, l'emergenza di nuove malattie infettive e la riemergenza in forme antibiotico-resistenti di quelle già note, le migrazioni, la globalizzazione del mercato di lavoro e la sottrazione di personale sanitario dai Paesi i cui maggiori sono i bisogni, l'accresciuta distanza tra Nord e Sud, tra aree urbane e rurali, tra ricchi e poveri, quale il miglior modo per assicurare la sostenibilità dei miglioramenti in salute, e la migliore garanzia per l'equità dell'accesso¹⁰.

La Primary Health Care è così definita: "L'assistenza di base è quella assistenza sanitaria essen-

ziale fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la comunità e i paesi possono permettersi a ogni stadio del loro sviluppo in uno spirito di fiducia in se stessi". Questo principio assegna agli stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi dovrebbero farsi carico di individuare e cercare di modificare tramite opportune alleanze quei fattori che influiscono negativamente sulla salute collettiva, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

La Primary Health Care, cioè l'assistenza sanitaria di base, deve essere parte integrante del sistema sanitario di ciascun Paese, ma soprattutto dell'intero sviluppo sociale ed economico della collettività, in una visione basata sull'equità, sulla partecipazione comunitaria, sull'attenzione centrata sulla prevenzione, sulla tecnologia appropriata e su un approccio intersettoriale e integrato allo sviluppo.

Tale definizione ha certamente un carattere "utopistico" in quanto descrive una situazione di completa soddisfazione difficile da raggiungere, ma costituisce un punto di riferimento verso il quale orientare gli sforzi. L'OMS ha cercato di rendere operative a partire dagli anni Ottanta due strategie che vanno sotto il nome, rispettivamente, di "promozione della salute" e di "strategia della salute per tutti", per trasformare una linea di principio in un piano fattivo a livello di singoli governi.

I dieci principali fattori di rischio individuali a livello globale indicati dall'OMS nel World Health Report sono: basso peso e malnutrizione, rapporti sessuali non protetti, ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, alcol, acqua non potabile e carenze igieniche, ipercolesterolemia, fumo prodotto da combustione negli ambienti chiusi, carenza di ferro, obesità. Anche se vi sono molte possibili definizioni di "rischio", in questo ambito è definito come "la probabilità di un esito avverso, o un fattore che aumenta questa probabilità".

La Tabella 4 evidenzia il numero delle morti (in milioni) e la rispettiva causa nel confronto tra i Paesi a basso reddito personale (US\$ 825 o meno) e quelli con alto reddito (US\$ 10.066 o più).

L'esperienza con gli antiretrovirali per il trattamento dell'HIV/AIDS dimostra che la liberalizzazione forzata dei brevetti adottata da alcuni governi ha consentito l'introduzione di nuovi medicinali generici in alcuni Paesi poveri. Tuttavia se tutti i Paesi concordano sull'assoluta necessità di un accordo internazionale che, pur non essendo vincolante, avrebbe un enorme peso politico, l'individuazione di azioni concrete per andare al di là delle dichiarazioni di principi in favore della protezione della salute delle popolazioni più povere tarda a essere realizzata, tenuto conto anche della resistenza dell'industria farmaceutica motivata già a partire dai costi della ricerca¹¹. Occorre però aggiungere che sarebbe ingeneroso attribuire alle leggi di mercato, alle multinazionali farmaceutiche

e ai governi dei Paesi ricchi tutta la responsabilità del mancato accesso ai farmaci più efficaci. La tabella seguente dimostra come nessuno degli attori in gioco sia esente da critica e come i prezzi dei farmaci siano condizionati anche da scelte dei governi non sempre comprensibili. La Tabella 5 evidenzia l'incidenza di dazi e tasse sul prezzo al dettaglio dei farmaci in alcuni Paesi¹².

Tabella 5

Paese	Dazi e tasse
India	55
Sierra Leone	40
Nigeria	34
Pakistan	33
Bolivia	32
Bangladesh	29
Cina	28
Giamaica	27
Marocco	25
Georgia	25
Messico	24

Per definire meglio le necessità di intervento, l'OMS ha definito una classificazione che identifica tre grandi gruppi di malattie¹³:

– *malattie di tipo I*, che colpiscono sia i Paesi ricchi sia quelli poveri, provocando ovunque un gran numero di malattie e decessi. Tra le malattie non trasmissibili, sono un esempio di questo tipo il diabete, le malattie cardiovascolari, la demenza, i tumori, ecc. Tra le malattie trasmissibili, appartengono a questo tipo il morbillo, l'epatite B, ecc. Molti vaccini e molti trattamenti sono stati messi a punto per combattere alcune di queste malattie, ma essi incontrano ostacoli alla diffusione nei Paesi poveri a causa del loro costo elevato;

– *malattie di tipo II*, che hanno incidenza elevata sia nei Paesi ricchi sia in quelli poveri, ma con una proporzione di casi nettamente maggiori in questi ultimi. L'HIV/AIDS e la tubercolosi sono degli esempi di questo tipo di malattie: entrambe sono presenti nei Paesi ricchi e in quelli poveri, ma più del 90% dei casi si riscontra nei paesi poveri;

Tabella 4 - Classifica di fattori di rischio selezionati: 10 principali cause fattore di rischio per fasce di reddito

Fattore di rischio	Morti (milioni)	Percentuale totale	Fattore di rischio	Morti (milioni)	Percentuale totale
Mondo			Paesi a basso reddito*		
1 Ipertensione arteriosa	7,5	12,8	1 Bambini sottopeso	2,0	7,8
2 Consumo di tabacco	5,1	8,7	2 Ipertensione arteriosa	2,0	7,5
3 Glicemia alta	3,4	5,8	3 Rapporti sessuali non protetti	1,7	6,6
4 Inattività fisica	3,2	5,5	4 Acqua non potabile, servizi igienico-sanitari non sicuri	1,6	6,1
5 Sovrappeso e obesità	2,8	4,8	5 Glicemia alta	1,3	4,9
6 Colesterolo alto	2,6	4,5	6 Fumi indoor da combustibili solidi	1,3	4,8
7 Rapporti sessuali non protetti	2,4	4,0	7 Consumo di tabacco	1,0	3,9
8 Consumo di alcool	2,3	3,8	8 Inattività fisica	1,0	3,8
9 Bambini sottopeso	2,2	3,8	9 Allattamento al seno non ottimale	1,0	3,7
10 Fumi indoor da combustibili solidi	2,0	3,3	10 Colesterolo alto	0,9	3,4
Paesi a medio reddito			Paesi ad alto reddito*		
1 Ipertensione arteriosa	4,2	17,2	1 Consumo di tabacco	1,5	17,9
2 Consumo di tabacco	2,6	10,8	2 Ipertensione arteriosa	1,4	16,8
3 Sovrappeso e obesità	1,6	6,7	3 Sovrappeso e obesità	0,7	8,4
4 Inattività fisica	1,6	6,6	4 Inattività fisica	0,6	7,7
5 Consumo di alcool	1,6	6,4	5 Glicemia alta	0,6	7,0
6 Glicemia alta	1,5	6,3	6 Colesterolo alto	0,5	5,8
7 Colesterolo alto	1,3	5,2	7 Consumo insufficiente di frutta e verdura	0,2	2,5
8 Consumo insufficiente di frutta e verdura	0,9	3,9	8 Inquinamento urbano	0,2	2,5
9 Fumi indoor da combustibili solidi	0,7	2,8	9 Consumo di alcool	0,1	1,6
10 Inquinamento urbano	0,7	2,8	10 Rischi professionali	0,1	1,6

* Gruppi di Paesi per reddito nazionale lordo pro capite - a basso reddito (US\$ 825 o meno), da alto reddito (US\$ 10.066 o meno).

– *malattie di tipo III*, che colpiscono esclusivamente i Paesi poveri. Si tratta del morbo di Chagas, della dengue e della dengue emorragica, della leishmaniosi, della lebbra, della filaria linfatica, della malaria, della cecità del fiume (onchocerciasis), della malattia del sonno, della noma (stomatite cancrenosa). Molte di queste patologie sono completamente sconosciute nei Paesi sviluppati o appartengono, come la lebbra o la malaria, a un passato più o meno remoto, ma rappresentano un grave rischio di malattia tra le popolazioni più povere.

Sono queste le malattie che spesso sono definite “malattie dimenticate” dalla ricerca scientifica (*neglected diseases*), non garantendo un mercato di consumatori (coloro, cioè che, oltre a esprimere un bisogno, hanno anche un adeguato potere di acquisto) sufficiente a giustificare l’investimento di ricerca.

Ma il livello di salute di una popolazione, non dipende solo dal livello dell’assistenza sanitaria, è il risultato di più fattori, sia sanitari sia economici sia sociali, e più generalmente culturali. La riorganizzazione dei sistemi sanitari per programmi verticali (vaccinazioni, pianificazione familiare anche con metodi discutibili sul piano etico, controllo di singole malattie ecc.) ha portato in molti Paesi alla disarticolazione dell’azione di salute pubblica, con moltiplicazione dei costi e spreco di risorse, senza parlare del totale scollegamento dall’azione di sviluppo da realizzare in altri settori (pubblica istruzione, agricoltura, produzione, ecc.). Analogamente divisioni e programmi orientati per malattie hanno assunto un peso sproporzionato all’interno della stessa Organizzazione Mondiale della Sanità rispetto alle risorse dedicate allo sviluppo dei sistemi sanitari e all’azione integrata della promozione della salute. L’attenzione si è allontanata dalla salute per focalizzarsi sulle malattie.

Ad esempio, i fondi dei donatori ai settori sanitari sono spesso indirizzati a combattere singole malattie quali AIDS, tubercolosi, malaria, poliomelite, ecc. Fra gli anni 2000 e 2004 i fondi per il controllo

dell’HIV/AIDS sono più che raddoppiati e quelli per le cure primarie si sono dimezzati¹⁴.

Quanto, così facendo, contribuisca a migliorare lo stato di salute di intere popolazioni, come molti sembrano aspettarsi che accada, è discutibile. Il contributo dei servizi sanitari al miglioramento dello stato di salute delle popolazioni è marginale e limitato. La salute d’interi popolazioni dipende molto più dalla disponibilità di cibo, acqua, istruzione, lavoro e abitazioni decenti, che dalla disponibilità e dalla qualità dei servizi sanitari. Un altro equivoco che s’incontra di frequente è che, in qualche modo, alimenta troppo grandi aspettative è quello secondo il quale, nei Paesi poveri, ci si ammali e si muoia per malattie, quali diarrea, morbillo, infezioni respiratorie e altre, che si possono prevenire e curare facilmente. Se queste malattie fossero facilmente prevenibili e curabili, sarebbero facilmente prevenute e curate. Non lo sono perché anche i presidi più semplici diventano di difficile e costosa applicazione in contesti di miseria in cui pochi litri d’acqua di dubbia qualità possono costare quattro, sei, o anche otto ore di cammino, il cibo è raramente sufficiente, le abitazioni sono catapecchie malsane, l’igiene è un lusso, l’educazione è assente. Quando questi (e altri) fattori saranno corretti secondo giustizia e decenza, le malattie che uccidono i poveri del mondo saranno facilmente prevenibili e curabili. Non prima¹⁵.

Si afferma nella *Caritas in veritate* che “*negli interventi per lo sviluppo va fatto salvo il principio della centralità della persona umana, la quale è il soggetto che deve assumersi primariamente il dovere dello sviluppo. L’interesse principale è il miglioramento delle situazioni di vita delle persone concrete di una certa regione, perché possano assolvere a quei doveri che attualmente l’indigenza non consente loro di onorare*” (n. 47).

Ma, ad esempio, l’ideologia umanitaria tende a considerare le vittime di guerre e catastrofi naturali come mero oggetto di aiuto piuttosto che come individui temporaneamente in difficoltà, ma in grado di far fronte a pieno titolo alle sfide poste dall’ambiente, inteso

in senso sociale e politico, in cui vivono. Come i crediti dell’ultimo trentennio hanno indebitato molti Paesi poveri, rendendoli dipendenti dai Paesi ricchi e dagli organismi finanziari internazionali, così gli aiuti tendono gradualmente a rendere i Paesi che ne dipendono incapaci di affrontare le proprie crisi. L’aiuto umanitario si focalizza spesso sul diritto alla sopravvivenza, dimenticandosi del diritto alla vita con tutti i suoi addentellati economici, sociali e politici. L’aiuto umanitario tende a soccorrere le popolazioni senza interrogarsi troppo sulla complessa rete di cause che portano alla crisi umanitaria¹⁶.

Afferma ancora la *Caritas in veritate*, “*il sapere [...] se vuole essere sapienza capace di orientare l’uomo alla luce dei principi primi e dei suoi fini ultimi, deve essere «condito» con il «sale» della carità. Infatti colui che è animato da una vera carità è ingegnoso nello scoprire le cause della miseria, nel trovare i mezzi per combatterla, nel vincerla risolutamente*” (n. 30).

Il Comitato delle Nazioni Unite (*Committee on economic, social and cultural rights*) afferma che il diritto alla salute non deve essere considerato come diritto a essere sano, che non è possibile, quanto il diritto di accesso a una varietà di prestazioni, beni e servizi e condizioni necessarie per la realizzazione del più elevato standard possibile. Il Comitato interpreta il diritto alla salute come un diritto inclusivo che riguarda non solo un’appropriata e tempestiva assistenza sanitaria ma anche una serie dei determinanti della salute come l’accesso all’acqua sicura e all’igiene ambientale, all’alimentazione adeguata, all’abitazione, a condizioni occupazionali sicure, all’istruzione e all’informazione.

In assenza di queste condizioni, tutti i grandi rischi per la salute delle popolazioni sembrano indirizzati a perdurare nell’immediato futuro. I conflitti armati e le inevitabili conseguenze in termini di distruzione e indebolimento dei sistemi sanitari e dell’insorgenza delle malattie infettive, di grandi movimenti di popolazioni e concentrazione di grandi masse di persone nei campi profughi sono tutti terreni favorevoli alla diffusione di epidemie. Gli stessi cambiamenti

climatici, come ha affermato la conferenza della FAO nel novembre 2007, hanno un impatto fortissimo sulla disponibilità e la distribuzione delle derrate alimentari, con ovvie conseguenze. Ancora, l'urbanizzazione selvaggia, ancora in corso in gran parte del Sud del mondo, comporta condizioni di vita assolutamente inadeguate, senza accesso all'acqua potabile, ai servizi igienici, a cibo sicuro, a ripari decenti e al lavoro non può che determinare un peggioramento delle condizioni generali di vita e un au-

di una o più nuove malattie ogni anno e oggi si contano almeno 40 malattie che erano completamente sconosciute fino a una generazione fa) e alimenta una spinta verso sempre più efficaci sistemi di monitoraggio. La comparsa di nuove malattie infettive, quali AIDS e SARS, e la minaccia di pandemie, come quella più o meno giustamente paventata, di influenza aviaria, hanno contribuito a far capire a molti, anche se non a tutti, che la salute è un bene globale. Rafforzare i sistemi sanitari dei



mento dei rischi anche sanitari. A tutto questo si aggiungono rischi sanitari specifici che già oggi sono ostacoli a un ulteriore miglioramento sanitario. Lo sviluppo di una crescente resistenza dei microbi agli antibiotici e la continua necessità di rincorrere lo sviluppo accelerato di nuovi ceppi hanno fatto sì che nella seconda sessione del Gruppo di lavoro intergovernativo sui diritti di proprietà intellettuale dell'OMS sia emersa la necessità urgente di sviluppare farmaci di seconda e terza generazione per far fronte alla crescente resistenza di batteri e virus¹⁷.

Queste situazioni minacciano anche i Paesi sviluppati. La crescente interconnessione tra Paesi e popoli determina una rapida diffusione di epidemie, magari provocate da pratiche di produzione alimentare o di allevamento animale, rompe l'illusione di protezione di cui sembravano godere fino a pochi anni fa le popolazioni più ricche. Allo stesso tempo, il ritmo con cui emergono nuove malattie crea una diffusa preoccupazione (dal 1970 è identificata una media

Paesi più poveri, oltre a essere un atto di giustizia, contribuisce a proteggere l'umanità intera. È possibile che, proprio da questi timori che non risparmino le società più ricche e sviluppate, possa nascere quella determinazione – finora scarsa – ad affrontare i problemi sanitari che affliggono il mondo, anche se il perseguire un migliore stato di salute per le popolazioni (tutte) deve essere perseguito perché è un valore in sé, un diritto umano fondamentale.

Ma “la “città dell'uomo” – ha affermato papa Benedetto XVI nella *Caritas in veritate* – non è promossa solo da rapporti di diritti e di doveri, ma ancor più e ancor prima da relazioni di gratuità, di misericordia e di comunione. La carità manifesta sempre anche nelle relazioni umane l'amore di Dio, essa dà valore teologale e salvifico a ogni impegno di giustizia nel mondo” (n. 6).

Prof. MASSIMO PETRINI
Vice Preside dell'Istituto Internazionale
di Teologia Pastorale Sanitaria
“Camillianum”
Roma, Italia

Note

¹ Cfr. GOLINI A., *Il futuro della popolazione del mondo*, Il Mulino, Bologna 2009, pp. 16-17.

² Cfr. GOLINI A., *Il futuro della popolazione del mondo*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 9; GOLINI A., *Demografia della popolazione anziana*, “*Dolentium Hominum*” 67(2008), pp. 17-30.

³ Cfr. GOLINI A., *Il futuro della popolazione del mondo*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 14.

⁴ Cfr. SALVINI S., *Popolazione, sviluppo economico, mercati del lavoro e migrazioni internazionali*, in GOLINI A., *Il futuro della popolazione del mondo*, Il Mulino, Bologna 2009, pp. 69-94.

⁵ ANGELI A., SALVINI S., *Popolazione e sviluppo nelle regioni del mondo*, Il Mulino, Bologna 2007.

⁶ OMRAN A.R., *The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change*, “*The Milbank Memorial Fund Quarterly*” 8(1971), pp. 509-538; FRENK J., BOBADILLA J.L., STERN C., FREJKA T., LOZANO R., *Elements for a theory of the health transition*, “*Health Transition Review*” 1(1991), p. 21.

⁷ EGIDI V., *Popolazione e tecnologia: opportunità e sfide per la salute*, in GOLINI A., *Il futuro della popolazione del mondo*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 95.

⁸ United Nations, *Common Data Base*, New York, United Nations Statistics Division 2005; World Health Organization, *World Health Statistics*, Genève 2007.

⁹ Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems, *Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal newborn, and child health*, “*Lancet*” 371(2008), pp. 1284-93.

¹⁰ CHAN M., *Keynote address at the International Seminary on Primary Health Care in Rural China*, Beijing, 1 November 2007.

¹¹ EGIDI V., *Popolazione e tecnologia: opportunità e sfide per la salute*, in GOLINI A., *Il futuro della popolazione del mondo*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 108.

¹² STEVENS P., *Diseases of Poverty and the 10/90 Gap*, International Policy Network, London 2004; EGIDI V., *Popolazione e tecnologia: opportunità e sfide per la salute*, in GOLINI A., *Il futuro della popolazione del mondo*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 108.

¹³ EGIDI V., *Popolazione e tecnologia: opportunità e sfide per la salute*, in GOLINI A., *Il futuro della popolazione del mondo*, Il Mulino, Bologna 2009, pp. 10-110.

¹⁴ MURRU M., TEDIOSI F., *L'aiuto pubblico allo sviluppo e la cooperazione sanitaria*, in AA.VV., *Salute globale e aiuti allo sviluppo Diritti, ideologie, inganni 3° Rapporto dell'Osservatorio Italiano di Salute Globale*, Edizioni ETS, Pisa 2008, p. 69.

¹⁵ MURRU M., TEDIOSI F., *L'aiuto pubblico allo sviluppo e la cooperazione sanitaria*, in AA.VV., *Salute globale e aiuti allo sviluppo Diritti, ideologie, inganni 3° Rapporto dell'Osservatorio Italiano di Salute Globale*, Edizioni ETS, Pisa 2008, pp. 65-66.

¹⁶ CATTANEO A., DENTICO C., STEFANINI A., *Gli aiuti umanitari: tra carità, ideologia, inganno*, in AA.VV., *Salute globale e aiuti allo sviluppo Diritti, ideologie, inganni 3° Rapporto dell'Osservatorio Italiano di Salute Globale*, Edizioni ETS, Pisa 2008, pp. 113-127.

¹⁷ Cf. EGIDI V., *Popolazione e tecnologia: opportunità e sfide per la salute*, in GOLINI A., *Il futuro della popolazione del mondo*, Il Mulino, Bologna 2009, pp. 115-116.

ANTONIO G. SPAGNOLO

Tecnologie biomediche al servizio della vita nascente

1. Il richiamo alla tecnologia nella *Caritas in veritate*

Il richiamo alla tecnologia, e alle sue straordinarie applicazioni in campo biomedico, costituisce uno dei nodi cruciali dell'Enciclica *Caritas in veritate* (CV) intorno al quale viene strettamente ricondotto il problema dello sviluppo dell'uomo. Tutto lo sviluppo e le mutazioni socio-culturali dell'uomo sulla terra vengono, infatti, strettamente congiunti con quel progresso tecnologico che tanto si è esteso con le sue straordinarie applicazioni anche in campo biologico e biomedico. La tecnica – come ci ricorda Benedetto XVI – “è un fatto profondamente umano, legato all'autonomia e alla libertà dell'uomo. Nella tecnica si esprime e si conferma la signoria dello spirito sulla materia. [...] La tecnica permette di dominare la materia, di ridurre i rischi, di risparmiare fatica, di migliorare le condizioni di vita. Essa risponde alla stessa vocazione del lavoro umano: nella tecnica, vista come opera del proprio genio, l'uomo riconosce se stesso e realizza la propria umanità” (CV, 69).

Più specificamente, nelle tecnologie in campo biomedico, o biotecnologie come sinteticamente si definiscono, il riferimento al “bios” ci permette di distinguerle, senza separarle dalla semplice tecnica in quanto, come osserva Pessina¹, esse costituiscono una prassi mediata da teorie che interpretano la vita stessa secondo una precisa angolatura. Occorre perciò riflettere su una ulteriore questione, se cioè il progresso determinato dalle tecnologie biomediche comporti anche un automatico perfezionamento antropologico o se, invece, tali tecnologie non si traducano in alcuni casi in una “mutazione antropologica”, come scrive Melina², che fi-

nisce per diventare non più dominabile dall'uomo stesso. Ma questa mutazione si colloca anche sul piano della possibilità “tecnica” di distruggere l'umanità stessa attraverso una mutazione genetica-strutturale dell'uomo (enhancement, manipolazione mente, ecc.) o di altri esseri viventi (armi biologiche o alterazione dell'ambiente).

Il crescente potere della tecnologia di intervenire sul corpo e sulla mente dell'uomo – celebrato per il suo contributo al benessere dell'umanità – si presta infatti anche a impieghi che potrebbero farci scivolare nella disumanizzazione, in ciò che C.S. Lewis definiva “L'abolizione dell'uomo”, titolo del suo breve ma incisivo volume³. Ma è soprattutto l'uomo nel suo vulnerabilissimo stato embrionale di vita che risulta minacciato da questa tecnologia biomedica quando non sia più dominata, quando la vita umana nascente venga considerata come una qualsiasi materia prima che confonde procreazione e produzione.

Dunque, la domanda etica oggi è formulabile così: cosa si deve fare o non si deve fare perché l'uomo sopravviva e rimanga uomo? La nascita della bioetica in qualche modo ha cercato di dare una risposta a questa domanda. Nell'introdurre il termine e nel dargli un compito ben preciso, V.R. Potter aveva parlato infatti della bioetica come “scienza della sopravvivenza”⁴, temendo l'impatto negativo sull'uomo se non si fosse posto un controllo allo sviluppo delle tecnologie. E della bioetica come “campo primario e cruciale della lotta culturale tra l'assolutismo della tecnicità e la responsabilità morale dell'uomo” in cui si gioca radicalmente la possibilità stessa di uno sviluppo umano integrale, parla la *Caritas in veritate*

(n. 74). La questione fondamentale, infatti, è la scelta tra le due razionalità: quella della ragione aperta alla trascendenza o quella della ragione chiusa nell'immanenza. La ragione e la fede si aiutano a vicenda in questa scelta considerando che la ragione senza la fede, attratta dal puro fare tecnico, è destinata a perdersi nell'illusione della propria onnipotenza. E d'altra parte la fede senza la ragione rischia l'estraniamento dalla vita concreta delle persone.

L'eticità della tecnologia, perciò, non va considerata semplicemente in ordine alla fase applicativa, ma anche nella sua insufficienza radicale, nella sua ambivalenza teleologica e nella sua dinamica di sapere-potere che aumenta sempre di più e, pertanto, anche nella sua fase esplicativa, di senso. In altre parole, la tecnologia esige di completarsi e di riferirsi in una antropologia globale, in cui possa trovare un suo ruolo accanto alle altre dimensioni dell'uomo. Ciò suppone un progetto di uomo che integri lo sviluppo tecnologico senza che da questo ne venga disumanizzato e senza che esso sia assottigliato⁵.

La tecnologia – per dirla con Jonas – contiene in sé due elementi di base: una dinamica formale, da intendere come una “ininterrotta impresa collettiva che progredisce secondo proprie «leggi di movimento»” e un contenuto sostanziale, “costituito dalle cose che essa mette a servizio dell'uomo, dalle possibilità e dalle forze che ci conferisce, dai nuovi obiettivi che ci prospetta o impone, e dalle mutate modalità dell'agire e dei comportamenti umani”⁶.

Entrambi i fattori ineriscono la dimensione etica, anzi ne costituiscono un caso nuovo e particolare da analizzare moralmente, alla luce di una antropologia di riferi-

mento “forte”, ovvero centrata sulla dimensione ontologica dell'uomo. Si tratta, in definitiva, di distinguere – come scrive Leon R. Kass – tra la perfezione dei mezzi e la saggezza dei fini⁷. E, riprendendo il saggio di Lewis prima citato, Kass sottolinea come nel dibattito sulle tecnologie biomediche si tendano a trascurare le implicazioni antropologiche che le biotecnologie comportano, ma ancor prima è necessario che abbiamo una comprensione profonda dei valori umani che vogliamo preservare e difendere.

2. La vita nascente e le applicazioni delle tecnologie biomediche

A partire dagli anni '70, le tecnologie biomediche – inizialmente desunte dalla fecondazione di animali – si sono sviluppate in modo considerevole specialmente nel campo della procreazione umana, intervenendo sulla vita negli stadi iniziali della sua esistenza, e sollevando non pochi problemi di carattere morale.

L'introduzione delle tecnologie biomediche applicate alla vita nascente è iniziata effettivamente con la prospettiva di dare una risposta alla “cura” della sterilità: di fronte ad alterazioni fisiologiche dell'apparato sessuale o riproduttivo le tecnologie biomediche hanno cercato di superare questi ostacoli permettendo di dare compimento, in alcuni casi in modo straordinario, alla naturale aspirazione dei coniugi ad avere un figlio. Ma all'iniziale entusiasmo collegato con la possibilità di colmare lacune patologiche fino ad allora insuperabili è seguita ben presto una presa di coscienza che la procreazione umana stava perdendo il suo carattere originario e originante di generazione e che si stava confondendo il piano della procreazione con quello della produzione, il concepire con il fabbricare. La tecnologia riproduttiva ha permesso infatti di mettere a punto tecniche per sostituire le relazioni biologiche di paternità e maternità.

Il ripristino in molti casi della funzionalità degli apparati organici connessi con il processo riproduttivo non è bastato alla tecnolo-

gia biomedica che si è spinta oltre quelle situazioni che erano irrisolvibili a livello meramente terapeutico: dove la procreazione non poteva avvenire con un atto coniugale si è proceduti con tecniche di inseminazione e fecondazione omologa; dove le cellule germinali della coppia non erano in grado di portare alla fecondazione si è usciti dalla coppia per usare gameti o embrioni terzi; dove l'apparato genitale femminile era incapace di gestazione si è passati all'utero in affitto e dove si volesse dissociare completamente l'inizio della vita dalla relazione di due persone di sesso diverso, relegandola alla replicazione di una sola si prospettava il ricorso alla clonazione⁸!



La tecnologia biomedica ha elaborato tutte le soluzioni possibili per superare tutte le difficoltà che si potevano diagnosticare, con l'unico obiettivo di dare un figlio a chi lo desiderava, senza porsi il problema dell'impatto di quelle tecniche sul senso del generare ma soprattutto su quello stesso essere chiamato a tutti i costi all'esistenza attraverso quelle tecniche. Infatti, chi prima di tutti e più di tutti ha subito le conseguenze delle tecnologie procreative è stato proprio l'embrione che da quelle stesse tecniche viene messo a rischio fino ad essere distrutto.

Questa evidente conseguenza delle tecnologie riproduttive si manifestò ben presto in tutta la sua drammaticità man mano che venivano presentati i risultati della FI-

VET in termini di successo. Lo stesso Robert G. Edwards, recentemente insignito del Premio Nobel, quando venne chiamato a illustrare i meccanismi biologici e i risultati della FIVET alla Pontificia Accademia delle Scienze, nel lontano ottobre 1982, quattro anni dopo la nascita di Louise Brown – la prima bambina nata con quella tecnica che lui aveva contribuito a mettere a punto – mostrò una tabella esplicativa sulla percentuale di successo in termini di inizio di gravidanze dopo trasferimento in utero degli embrioni fecondati in vitro. In una tabella esplicativa all'interno della pubblicazione che raccoglie gli atti di quella settimana di studio, Edwards mise in evi-

denza⁹ che dopo la fecondazione in vitro la percentuale di inizio delle gravidanze nelle donne che si erano sottoposte alla FIVET era al massimo del 25%, cioè solo un embrione su quattro di quelli trasferiti dava luogo all'inizio di una gravidanza. Come diverrà più chiaro in seguito, però, non sempre l'inizio di una gravidanza è seguito dalla nascita del feto concepito, a motivo delle interruzioni “spontanee” delle gravidanze iniziate, e dunque il successo in termini di “bambini in braccio”, come si dice, è ancora più basso.

Oggi, a distanza di oltre 30 anni, per quanto la tecnica sia stata perfezionata (farmaci, tempo di incubazione degli spermatozoi e degli ovociti, mezzi di cultura, numero di embrioni trasferiti, ecc.) i risul-

tati non si discostano sostanzialmente da quelli di Edwards. In una recente review pubblicata sul NEJM¹⁰ si può vedere come in un ciclo di FIVET a fronte di una percentuale del 33% circa di gravidanze che iniziano dal totale degli embrioni trasferiti in utero solo il 25% circa porta alla nascita di questi bambini. Questi dati indicano che la tecnica, oggi come agli inizi, ha un limite intrinseco apparentemente non superabile. Da qui l'interrogativo angosciante: quanti altri figli, oltre quelli che nascono con le tecnologie riproduttive e che sono stati abbracciati dalle loro madri, non hanno invece visto la luce pur avendo ricevuto dalle tecnologie riproduttive un'esistenza effimera, di poche ore o giorni, o un'esistenza relegata per anni in un congelatore prima di essere distrutti? Tanti, troppi per poter giustificare – se mai si possa giustificare – un riconoscimento internazionale a chi quelle tecnologie riproduttive ha contribuito a introdurre e applicare all'uomo. Forse i primi anni dopo l'applicazione della tecnica all'uomo si poteva rimanere entusiasti delle straordinarie foto dell'embrione in vitro e della nascita di un bambino concepito in vitro, ma le drammatiche conseguenze di quelle tecniche apparvero subito ben chiare e anzi lo stesso Edwards dopo aver riportato i dati scientifici nella pubblicazione prima richiamata, a proposito del dibattito sull'inizio e la fine della vita, aveva descritto senza ombra di dubbio in una tabella molto esplicativa che le tecniche di fecondazione in vitro si inserivano insieme alla contraccezione post coitale e allo IUD fra le cause di morte medicalmente indotte! Una prospettiva questa che certamente contraddice l'alto valore di "servizio alla vita" che connota l'attività degli operatori sanitari¹¹. Qualunque biologo onesto, infatti, dovrebbe rimanere colpito dal fatto che dopo la fecondazione – anche in vitro – si verifica una continuità dello sviluppo successivo anche se la sede del nuovo essere vivente muta in seguito all'impianto o alla nascita, e dunque non si può negare che la vita umana cominci dalla fecondazione. Kass ricorda che persino il dottor Edwards si imbatté, forse inavvertitamente, in

questa verità quando parlando di Louise Brown affermò: "L'ultima volta che l'ho vista erano solo otto cellule in una provetta. Era bellissima allora e lo è ancora adesso!"¹². Dunque, quello che più è sembrato perdersi nello sviluppo delle tecnologie riproduttive è il senso della continuità tra embrione e bambino nato.

Nella letteratura biomedica, oltre alle tecnologie applicate alla vita nascente sono identificabili molte altre finalità che vanno ben oltre il significato di "vero bene" per la vita nascente: maturazione e manipolazione in vitro dei gameti, procedure per la fecondazione ed il trasferimento degli embrioni nell'utero materno, diagnostica reimpianto e prenatale, gravidanza e parto. Addirittura incrociando i termini suddetti nella ricerca attraverso PubMed vengono estratti articoli relativi a sperimentazioni su cellule staminali embrionali, o anche procedure abortive a scopo eugenetico!

Si devono dunque escludere tutte queste procedure, tecniche, farmaci, dispositivi da cui, non può derivare, in alcun modo e in nessuna misura, nemmeno potenzialmente, alcun beneficio per l'embrione/feto o che, addirittura, costituiscono con certezza o con molta probabilità un grave rischio per la sua vita e la sua salute.

3. Le tecnologie biomediche al servizio della vita nascente

Accanto a questo uso – molto problematico – delle tecnologie biomediche che hanno in varia forma sostituito le relazioni biologiche di paternità e maternità e che hanno messo e continuano a mettere a rischio la vita di embrioni prodotti in laboratorio, selezionandoli e causando di fatto la soppressione di un gran numero di essi, le stesse biotecnologie possono però offrire una prospettiva di servizio alla vita nascente.

Da più parti si riflette sulla responsabilità nell'uso delle tecniche procreative, sulla dignità umana e sulla stessa vita nascente minacciate da queste tecniche¹³ e dunque anche in questo campo occorre interrogarsi sulle strategie per il raggiungimento di una "cura

della salute" più equa e umana, come ci ricorda il titolo di questa Conferenza del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

In questa prospettiva si possono identificare tecnologie biomediche (farmaci, dispositivi, tecniche chirurgiche, test genetici, ecc.) impiegate prima (per eliminare le cause di ipo/infertilità della coppia), durante (curare patologie dell'embrione/feto e/o della madre), dopo (terapie e cure perinatali) la gravidanza e il parto, al fine di promuovere la vita e la salute del concepito e della madre. A esse faremo brevemente cenno di seguito, rimandando per l'approfondimento all'ampia letteratura esistente in materia.

3.1 La cura della sterilità-infertilità

Ritornando alla originaria finalità delle tecnologie biomediche, si deve riconoscere che esse possono effettivamente contribuire a far superare, laddove è possibile, in senso pienamente terapeutico, le cause che conducono alla sterilità-infertilità. Questo vuol dire che anche le tecnologie biomediche più aggiornate possono/devono rispettare i tre beni fondamentali che la recente Istruzione Dignitatis Personae ci richiama: a) il diritto alla vita e all'integrità fisica dell'essere umano chiamato all'esistenza; b) l'unità del matrimonio, che comporta il reciproco rispetto del diritto dei coniugi a diventare padre e madre soltanto l'uno attraverso l'altro; c) i valori specificamente umani della sessualità, che "esigono che la procreazione di una persona umana debba essere perseguita come il frutto dell'atto coniugale specifico dell'amore tra gli sposi" (DP, 12).

Pertanto, le tecniche che si presentano come un aiuto alla procreazione non sono da rifiutare "in quanto artificiali" ma al contrario esse possono costituire uno strumento di reale aiuto alla vita nascente, come lo sono tutte quelle terapie o trattamenti eseguibili prima e durante la gravidanza e volte alla cura di patologie che determinano una condizione di ipo/infertilità della coppia o un rischio o una patologia dell'embrione/feto stesso (terapie embrio-fetali), della pla-

centa e annessi, della madre, durante la gravidanza o alla nascita.

Un esempio di tecnologia a servizio della vita nascente è quello della NaProtecnologia che ha come peculiarità la capacità di funzionare in accordo con i cicli mestruali e la fertilità della donna¹⁴. Si tratta di un progetto di ricerca che è stato iniziato negli anni '90 negli USA ad opera del prof. Hilgers all'Istituto Paolo VI in Nebraska e che ha raggiunto l'apice della sua prima fase con la pubblicazione nel 2004 di un ampio manuale sull'argomento.

Sulla base di un metodo standardizzato e prospettico di osservazione dei vari parametri biologici dei cicli mestruali e di fertilità è apparsa evidente l'esistenza di biomarkers associati a donne con disordini riproduttivi. Studiando i motivi alla base dell'anormalità di questi biomarkers, attraverso lo studio ormonale, la valutazione ecografia e la laparoscopia diagnostica si sono potuti approntare interventi che hanno permesso di identificare condizioni patologiche, come l'endometriosi, in molti casi che precedentemente erano risultati negativi alle indagini eseguite e che hanno permesso di avere molto più successo nel trattare l'infertilità causata dall'endometriosi (56,7% di nascite) rispetto ai centri che utilizzano la FIVET per aggirare il problema dell'infertilità causata dall'endometriosi (21,2% di nascite).

Successi analoghi si hanno con le tecnologie microchirurgiche nei casi di patologie tubariche riscontrabili con alta incidenza e che però oggi sono diventate "paradossalmente" indicazioni elettive per le tecniche di FIVET. Ciò ha fatto perdere l'interesse dei ricercatori per l'approccio chirurgico alla sterilità femminile, proponendo sempre di più tecniche sostitutive piuttosto che riparative. Le coppie, infatti, vengono più facilmente indirizzate a tecniche di fecondazione artificiale anche quando non è stata ancora fatta una diagnosi eziologica e dunque senza aver tentato tutte quelle terapie – mediche, psicologiche, chirurgiche – che potrebbero far superare naturalmente il problema. In questo potrebbe essere utile una consulenza, anche etica¹⁵, che fornisca tutte le indica-

zioni riguardo alle tecniche disponibili per superare la sterilità, incluse le implicazioni etiche che sono connesse con le varie tecnologie. Il campo della tecnologia chirurgica, in particolare, è un campo che avrebbe bisogno di essere fortemente implementato ed è uno degli obiettivi che l'Istituto Scientifico Internazionale Paolo VI di ricerca su Fertilità e Infertilità Umana e il Dipartimento di Tutela della salute materna e fetale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma sta perseguendo da diversi anni con ottimi risultati¹⁶.

3.2 La conoscenza dello stato di salute dell'embrione per curare/prevenire

Le tecnologie di diagnosi prenatale possono contribuire ad un miglioramento della conoscenza dello stato di salute del feto al fine di mettere a punto interventi terapeutici e preventivi. Anche in questo campo occorre valutare bene le finalità e i rischi connessi con l'uso di queste tecnologie¹⁷. Vi sono infatti tecnologie non invasive e tecnologie più invasive che possono mettere a rischio la vita del feto. Nella Istruzione *Donum Vitae* della Congregazione per la Dottrina della Fede del 22 febbraio 1987 si afferma che "tale diagnosi è lecita se i metodi impiegati, con il consenso dei genitori adeguatamente informati, salvaguardano la vita e l'integrità dell'embrione e di sua madre, non facendo loro correre rischi sproporzionati. Ma essa è gravemente in contrasto con la legge morale quando contempla l'eventualità, in dipendenza dei risultati, di provocare un aborto: una diagnosi attestante l'esistenza di una malformazione o di una malattia ereditaria non deve equivalere a un sentenza di morte" (DV, p. I, n. 2). Successivamente l'orientamento è stato confermato nella Lettera Enciclica *Evangelium Vitae* del 25 marzo 1995, nella quale il Sommo Pontefice si esprime con il seguente monito: "Una speciale attenzione deve essere riservata alla valutazione morale delle tecniche diagnostiche prenatali, che permettono di individuare precocemente eventuali anomalie del nascituro. [...] quando sono esenti da rischi sproporzionati per il bambino e per

la madre e sono ordinate a rendere possibile una terapia precoce o anche a favorire una serena e consapevole accettazione del nascituro, queste tecniche sono moralmente lecite. Dal momento però che le possibilità di cura prima della nascita sono oggi ancora ridotte, accade non poche volte che queste tecniche siano messe al servizio di una mentalità eugenetica, che accetta l'aborto per impedire la nascita di bambini affetti da vari tipi di anomalie" (EV, n. 63).

Effettivamente, questo orientamento si è attuato più spesso di quanto si pensi. In uno studio che conducemmo alcuni anni fa sui dati della letteratura¹⁸ risultò chiaro che non tutti gli autori e operatori sanitari utilizzavano in modo coerente le tecniche di diagnosi prenatale per finalità preventive della malattia o terapeutiche per il feto. Ricercando i lavori che tra gli anni 1977 e 1990 avevano come parole chiave *prenatal diagnosis* e *prevention or fetal therapy* ci rendemmo conto che solo nel 50% circa degli articoli veniva descritta l'utilizzazione della diagnosi prenatale per prevenire complicanze o per curare le malattie diagnosticate. Nell'altro 50% circa veniva utilizzato il ricorso alla diagnosi prenatale per "prevenire" la nascita, cioè per interrompere la gravidanza mediante aborto (IVG). E tale orientamento non è cambiato negli anni successivi nei quali il ricorso alla diagnosi prenatale è stato molto maggiore: utilizzando le stesse parole-chiave, abbiamo trovato che, dal 1991 al 2010, 1949 pubblicazioni rispondevano ai criteri di ricerca. In 1337 era chiaramente valutabile il collegamento tra diagnosi prenatale e prevenzione o terapia fetale e, ancora una volta, nel 48,5% la diagnosi prenatale era usata per prevenire le conseguenze della malattia identificata, mentre nel 51,5% la diagnosi della malattia era fatta per procedere poi alla prevenzione della nascita mediante IVG.

Accenniamo, infine, alle tecnologie biomediche con finalità diagnostica pre-impianto, eseguite in modo complementare alle tecniche di fecondazione artificiale extracorporea. Esse non rappresentano, allo stato attuale, un beneficio per la vita nascente ma – al contrario di quanto viene comunemente

affermato – un grave rischio per la vita dell’embrione poiché si tratta di test che hanno la finalità di individuare (con margini tra l’altro di incertezza più o meno rilevanti) delle patologie o anomalie genetiche allo stato non trattabili con terapie attuabili durante la gravidanza, per cui la loro esecuzione è spesso preludio di selezione e distruzione dell’embrione stesso¹⁹!

3.3 Le terapie fetali intrauterine

Da tempo, grazie alle possibilità delle tecniche diagnostiche prenatali, sono state sperimentate metodiche per curare il feto in utero con tecniche invasive e non invasive, e sempre più numerose sono entrate nella pratica con diverse metodi-

pravvivenza dei feti è passata dal 60% al 92%. In altri casi è possibile iniettare nella circolazione del feto farmaci o albumina, quando necessario. Allo stesso modo si può fare un trapianto di cellule staminali materne per curare alcune patologie del feto.

Nei casi in cui si determina, per cause patologiche, la rottura delle membrane e si perde tutto il liquido amniotico al 4°/5° mese di gravidanza, le attuali possibilità tecnologiche permettono di curare in modo invasivo il feto immettendo soluzione salina riscaldata a 37° mediante amniocentesi. Con questa metodica la sopravvivenza osservata in queste gravidanze è passata, negli ultimi 15 anni, dallo 0% al 40-60%. Questa modalità di cu-

Questi successi terapeutici, sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico, sono stati resi possibili oltre che dal progresso tecnologico in sé anche dalla consapevolezza che il feto è un vero e proprio paziente e ciò conferma il fatto che anche la tecnologia dovrebbe riconoscere il significato ontologico e assiologico della realtà, ammettendo che ci sono alcuni limiti costitutivi che possono essere pensati come buoni solo in quanto rispondono all’essere proprio dell’umano.

4. Conclusioni

Le tecnologie biomediche possono dunque costituire un vero servizio per la vita nascente quando sono applicate con responsabilità morale oltre che con competenza professionale.

A partire dal fascino che la tecnica esercita sull’essere umano, si deve allora recuperare il senso vero della libertà, che non consiste nell’ebbrezza di una totale autonomia, ma nella risposta all’appello dell’essere, a cominciare dall’essere che siamo noi stessi. (CV, 70). E la libertà umana è propriamente se stessa solo quando risponde al fascino della tecnica con decisioni che siano frutto di responsabilità morale.

Di qui, come ci ricorda Caritas in veritate, l’urgenza di una formazione alla responsabilità etica nell’uso della tecnica. In questo senso si sta muovendo oggi tutto quel campo che viene chiamato dell’*Health Technology Assessment* (HTA) il quale, nell’ambito della sua ricerca multidisciplinare ha accolto sin dall’inizio, accanto alle valutazioni tecniche (cliniche, economiche e organizzative) anche l’idea di una valutazione di tipo etico che a pieno titolo può essere inserita nei Report finalizzati a prendere decisioni²¹. In questo contesto, senz’altro di frontiera, le analisi etiche potrebbero effettivamente assolvere all’importante compito di discutere l’eticità dell’impiego di certe biotecnologie, verificandone la conformità sia al bene integrale della persona sia alla cultura della vita. Anche lo sviluppo della tecnologia biomedica, perciò, deve essere connotato da una “dimensione spirituale” per-



che e approcci²⁰. Diversi sono gli approcci terapeutici invasivi ed esemplificano in maniera descrittiva tanti modi di curare il bambino prima della nascita, con un rischio assolutamente proporzionato ed eticamente accettabile. Per esempio, utilizzando l’aiuto dell’ecografia, “il medico del feto”, può raggiungere con un ago il cordone ombelicale ed effettuare gli stessi esami che si praticano nell’adulto: azotemia, glicemia, emocromo, coagulazione, indagini ormonali e genetiche.

Se il feto è anemico attraverso la stessa via si può effettuare la trasfusione di sangue (approccio intravascolare) correggere l’anemia o gli altri stati patologici. In tal modo negli ultimi 15 anni la so-

ra è usata anche per il trattamento di gozzo ipotiroideo del feto (approccio transamniotico) mediante amnio-infusione di tiroxina e per lo scompenso cardiaco fetale (terapia fetale integrata: approccio non invasivo – digitalizzazione materna e approccio invasivo in utero eco-guidato. La sopravvivenza fetale è passata così dal 10 al 60%.

Dati cumulativi di 20 anni di esperienza di terapie fetali ecoguidate eseguite al Policlinico Gemelli dimostrano che una medicina fetale eticamente guidata realizza risultati impensabili, ma di assoluta rilevanza clinica restituendo dignità alla diagnosi prenatale come momento propedeutico per curare e non per selezionare e sopprimere!

ché possa essere autenticamente umano. E tale sviluppo “*richiede occhi nuovi e un cuore nuovo, in grado di superare la visione materialistica degli avvenimenti umani e di intravedere nello sviluppo un «oltre» che la tecnica non può dare. Su questa via sarà possibile perseguire quello sviluppo umano integrale che ha il suo criterio orientatore nella forza propulsiva della carità nella verità*” (CV, 77).

Prof. ANTONIO G. SPAGNOLO
Professore Ordinario di Bioetica,
Direttore dell'Istituto di Bioetica,
Facoltà di Medicina e chirurgia
“A. Gemelli”,
Università Cattolica del S. Cuore,
Roma, Italia

Note

¹ A. PESSINA, *L'uomo e la tecnica: annotazioni filosofiche*, in M.L. DI PIETRO, E. SGRECCIA (a cura di), *Biotechnologie e futuro dell'uomo*, Vita e Pensiero, Milano 2003, pp. 3-16.

² L. MELINA, *La logica intrinseca degli interventi di procreazione artificiale umana. Aspetti etici*, in J. VIAL CORREA E E. SGRECCIA (eds), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropolo-*

gici ed etici. Libreria Editrice Vaticana, 2005, pp. 114-125.

³ C.S. LEWIS, *The abolition of man*, MacMillan, New York 1965 (ed. it. *L'abolizione dell'uomo*, Jaka Book, Milano 1979).

⁴ V.R. POTTER, *Bioethics. The science of survival*, Perspectives in Biology and Medicine, 1970, 14 (1): 127-153.

⁵ E. SGRECCIA, *Bioetica e tecnologia*, in ID., *Manuale di Bioetica*, vol. I, Vita e Pensiero, Milano 2007, pp. 243-271.

⁶ H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica*, Einaudi, Torino 1997, pp. 7-36.

⁷ L.R. KASS, *La sfida della bioetica*, Lindau, Torino 2007, p. 15

⁸ L. MELINA, *La logica intrinseca degli interventi di procreazione artificiale umana*, p.117

⁹ R.G. EDWARDS, *The ethical, scientific and medical implications of human conception in vitro*, in C. CHAGAS (ed.), *Study Week on Modern biological experimentation* (October 18-23, 1982), Pontificia Accademia delle Scienze, Città del Vaticano 1984, pp. 193-249.

¹⁰ B.A. MALIZIA, M.R. HACKER, A.S. PENZIAS, *Cumulative Live-Birth Rates after In Vitro Fertilization*, N Engl J Med 2009; 360: 236-243.

¹¹ PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano, 1995, n. 1

¹² L.R. KASS, *La sfida della bioetica*, pp. 130-131.

¹³ Si veda ad es. il Rapporto del THE PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, *Reproduction and Responsibility: The Regulation of New Biotechnologies*, Washington, D.C., March 2004; o anche CH.W. COLSON, N.M. DE S. CAMERON, *Human dignity in the biotech century: a Christian vision for public policy*, Inter Varsity Press, Wisconsin (Illinois), 2004.

¹⁴ T. HILGERS, *NaProtechnology® nella va-*

lutazione e nel trattamento dell'infertilità, in J. VIAL CORREA E E. SGRECCIA (eds), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*. Libreria Editrice Vaticana, 2005, pp. 271-279.

¹⁵ M.L. DI PIETRO, A. MANCINI, A.G. SPAGNOLO, *La consulenza etica nella sterilità di coppia*, Medicina e Morale 2002, 6: 1019-1038.

¹⁶ R. MARANA, *Le terapie chirurgiche della sterilità femminile*, in J. VIAL CORREA E E. SGRECCIA (eds), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, Libreria Editrice Vaticana, 2005, pp.225-236.

¹⁷ E. SGRECCIA, M.L. DI PIETRO, *Fondamenti bioetica della diagnostica e della terapia fetale*, in G. NOIA, A. CARUSO, S. MANCUSO, *Le terapie fetali invasive*, Società Editrice Universo, Roma 1998, pp. 1-27.

¹⁸ A.G. SPAGNOLO, M.L. DI PIETRO, L. PALAZZANI, E. SGRECCIA: *Significato della diagnosi prenatale nella prevenzione delle malattie congenite: aspetti etico-sociali*, in Atti del LXVII Congresso della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, Class International, Brescia 1990, pp. 39-40.

¹⁹ C.V. BELLINI, *La diagnosi pre-impiantatoria in Dignitatis Personae*, in G. RUSSO (a cura di), *Dignitatis Personae. Commenti all'Istruzione sulla bioetica*, Elledici (Leuman, TO), 2009, pp. 164-172.

²⁰ G. NOIA, A. CARUSO, S. MANCUSO, *Le terapie fetali invasive*, Società Editrice Universo, Roma 1998. Per un aggiornamento sulle tecniche e i risultati si visiti anche il sito: www.noiaprenatalis.it

²¹ S. I. SAAMI, B. HOFMAN, K. LAMPE, ET AL., *Ethical analysis to improve decision-making on health technologies*, Bulletin of the World Medical Organization, 2008, 86: 617-623.



JOHN M. HAAS

Salute, la salvaguardia della creazione e della giustizia

Classicamente per giustizia si intende il “rendere a ciascuno quanto gli è dovuto”, *reddere suum cuique*. In senso stretto, giustizia è ciò che devo all’altro, per quanto spetta a me e sulla base dei suoi diritti. La giustizia costituisce l’obbligo che ho nei confronti dell’altro, ma anche l’obbligo che l’altro ha nei miei confronti. Ciò coinvolge la comunità. Come afferma San Tommaso d’Aquino, “consiste nel vivere l’uno con l’altro”¹.

L’ingiustizia, dall’altro lato, deriva dal non rendere all’altro ciò che gli è dovuto, e l’ingiustizia in realtà è più grave di ciò che potrebbe capitare a una persona nell’ordine naturale. Ad esempio, negare ingiustamente l’accesso alle cure sanitarie è umanamente più crudele della stessa malattia di cui si soffre. La malattia è un disordine della natura, ma l’ingiustizia è un disordine morale.

Come osservava Immanuel Kant: “I guai maggiori e più frequenti dipendono più dall’ingiustizia dell’uomo che dalle avversità”². E il filosofo tedesco Josef Pieper sottolineava che “tutto ciò che è ingiusto implica che quanto appartiene ad un uomo gli viene rifiutato o tolto, e ciò non dipende da sfortuna, da mancato raccolto, incendio o terremoto, ma dall’uomo”³.

I documenti del Magistero hanno insegnato costantemente che la comunità umana ha il diritto all’assistenza sanitaria. Papa Giovanni XXIII, nell’enciclica *Pacem in Terris* scriveva: “Ogni essere umano ha il diritto all’esistenza, all’integrità fisica, ai mezzi indispensabili e sufficienti per un dignitoso tenore di vita, specialmente per quanto riguarda l’alimentazione, il vestiario, l’abitazione, il riposo, le cure mediche, i servizi sociali necessari”⁴.

Tuttavia, i diritti vanno di pari

passo con i doveri. Laddove ci sono diritti, devono esserci anche doveri. Nell’enciclica *Caritas in veritate*, Papa Benedetto XVI lamenta il fatto che spesso abbiamo perduto di vista gli obblighi che devono accompagnare i diritti. Così scrive il Santo Padre: “Per questo è importante sollecitare una nuova riflessione su come i *diritti presuppongano doveri senza i quali si trasformano in arbitrio*”⁵.

Nella società contemporanea ci sono molte rivendicazioni di diritti ma non viene data troppa enfasi ai doveri. Benedetto XVI ne ha dato un appropriato equilibrio nella sua enciclica: “I diritti individuali, svincolati da un quadro di doveri che conferisca loro un senso compiuto, impazziscono e alimentano una spirale di richieste praticamente illimitata e priva di criteri. L’exasperazione dei diritti sfocia nella dimenticanza dei doveri. I doveri delimitano i diritti perché rimandano al quadro antropologico ed etico entro la cui verità anche questi ultimi si inseriscono... Per questo motivo i doveri rafforzano i diritti e propongono la loro difesa e promozione come un impegno da assumere a servizio del bene”. In questo breve passaggio il Santo Padre sottolinea il profondo e necessario rapporto esistente tra diritti e doveri, in ultima analisi entrambi al servizio del bene comune.

La complementarietà dei diritti e dei doveri è vera anche per quanto riguarda l’assistenza sanitaria. Ad esempio, mentre ogni persona ha diritto a cure mediche, ha anche un pesante obbligo, quello di evitare di mettere a rischio la propria salute. Infatti, positivamente parlando, essa ha l’obbligo di fare tutto ciò che può favorire e promuovere la sua salute. In caso contrario, la persona che non ha cura della pro-

pria salute può ingiustamente diventare un peso per il resto della società, per la propria famiglia e per gli altri a causa della sua stessa negligenza.



Questo principio basilare di giustizia può essere osservato in alcuni piani assicurativi sanitari negli Stati Uniti. Se una persona fuma, ad esempio, paga di più per l’assicurazione dato che fumare costituisce un alto rischio e un comportamento pericoloso. Se un’altra persona si iscrive ad un programma di fitness in un centro salute, il costo della sua polizza assicurativa diminuisce. Questi tassi variabili si basano su tabelle, ma riflettono il tentativo di realizzare la giustizia tra quanti hanno aderito al piano assicurativo e di fatto tra quanti fanno parte della società in senso più ampio, e mostrano che diritti e doveri non sono cose astratte, ma sono fondati sulla persona umana e sulle sue azioni.

La giustizia, però, non è semplicemente ciò che gli individui si devono reciprocamente, il che è conosciuto come giustizia legale, ma le cose devono essere viste in un contesto più ampio. Abbiamo an-

che dei doveri verso la società in generale, e ciò è riconosciuto tradizionalmente come giustizia commutativa. Ma dobbiamo guardare al concetto di giustizia in un contesto più ampio ancora: il contesto del creato in cui ci troviamo.

Come ha affermato il Papa nella sua enciclica, "La natura è a nostra disposizione come un dono del Creatore" e dobbiamo renderci conto del suo equilibrio intrinseco. Una violazione di questo equilibrio non ha conseguenze soltanto su noi stessi, ma anche sugli altri esseri umani e persino sull'ambiente. In realtà, una violazione dell'ordine creato ha effetti negativi sull'intera creazione di Dio. Possiamo vederlo sul macro e sul micro livello.

Se guardiamo all'interazione dei fattori della sanità, della giustizia e della salvaguardia del creato su macro scala, troviamo innumerevoli esempi della loro interrelazione: ci sono malattie e degrado ambientale derivanti dall'inquinamento ambientale, i pericoli che derivano dagli alti livelli di gas serra, minacce alla salute e all'ambiente da parte di montagne di spazzatura prodotta

le ha avuto luogo a Bhopal, in India, dove i gas tossici fuoriusciti da un impianto della Union Carbide hanno ucciso migliaia di persone, tra uomini, donne e bambini. Non è mai stata fatta una stima del numero totale di morti, ma si pensa che siano tra i 3.000 e i 5.000. I Governi hanno l'obbligo di regolamentare le imprese, e di imporre regole di sicurezza, in modo da proteggere la salute dei cittadini e l'ambiente.

Proprio quest'anno c'è stato un altro incidente industriale che ha distrutto delle vite umane ed ha avuto effetti devastanti sull'ambiente. In ottobre, un serbatoio di rifiuti caustici proveniente da un ex-impianto in Ungheria è scoppiato e un fango tossico ha allagato diversi villaggi prima di riversarsi nel Danubio. Dal 2006 questo impianto era stato inserito in una lista dei siti industriali pericolosi pubblicata dalla Commissione Internazionale per la Protezione del Danubio. Il fango rosso ha coperto 2.000 ettari di terreni agricoli e ha ucciso gli organismi che mantenevano sano il terreno. Gli esperti sostengono che sarà necessario un

do ambientale e a rischi notevoli per la salute dei cittadini. Ma i pericoli alla salute della persona e dell'ambiente esistono anche a un micro-livello.

Individualmente, attraverso le nostre azioni, possiamo minare la nostra salute e mettere in pericolo la società e l'ambiente. Non agendo secondo il dovere che abbiamo nei confronti di noi stessi, commettiamo un atto ingiusto anche verso gli altri, l'ordine sociale e l'ambiente.

Ad esempio, è stato definitivamente dimostrato che il fumo porta malattie debilitanti e la morte. Secondo la *American Cancer Society*, circa 500.000 persone muoiono negli Stati Uniti ogni anno a causa del fumo, e i fumatori rappresentano il 30% di tutte le morti per cancro⁶. In realtà, il fumo è la principale causa di mortalità per cancro negli Stati Uniti. Si stima che oltre 5 milioni di persone muoiano ogni anno per colpa delle sigarette. Il fumo aumenta i rischi non soltanto per il cancro del polmone, ma anche per quello di laringe, esofago, stomaco, pancreas, cervice uterina, rete e vescica. Anche l'enfisema è una conseguenza comune e mortale del fumo.

E come è noto, il fumo non mette in pericolo soltanto la persona che fuma, ma anche chi la circonda a causa degli effetti del cosiddetto fumo passivo. Negli Stati Uniti, si stima che ogni anno muoiano 54.000 persone per essere state esposte al fumo passivo⁷. È in corso una controversia sui costi sociali effettivi derivanti dal fumo, ma non c'è dubbio che la società deve assumersi notevoli oneri finanziari e sanitari a causa delle malattie contratte dalle persone che fumano.

Un altro problema moderno legato alla salute sta diventando sempre più grave e dipende in larga misura dallo stile di vita, del quale ciascuno è responsabile. In alcune parti del mondo il diabete ha assunto proporzioni epidemiche, e può essere provocato in parte dall'obesità che è il risultato della mancanza di moderazione e di ragionevolezza nel consumo di cibo, e dalla mancanza di esercizio. In India, ad esempio, si sta vivendo un'epidemia di diabete di tipo 2⁸. Secondo un rapporto del



da una società consumistica. L'inquinamento mette in pericolo l'ambiente e la salute di coloro che ci vivono.

Alcuni dei danni arrecati all'ambiente, che portano malattie e causano la morte di tanti esseri umani, sono così scioccanti da farci orrore. Nel 1965 una tragedia indicibile

cambiamento completo del terreno affinché l'agricoltura possa tornare a rifiorire nella regione. Questo impianto era stato uno dei tanti altri costruiti al tempo del socialismo, che ingiustamente subordinava il bene della persona al raggiungimento del bene dello Stato. Tali pratiche hanno portato a un degra-

“Bloomberg Markets Magazine”, che elenca in dettaglio i costi economici di questa terribile epidemia, oltre 50 milioni di indiani soffrono di questa malattia, che miete oltre un milione di vittime all’anno. Nel mese di ottobre del 2009 la *International Diabetes Foundation* ha citato l’India come il Paese con il più alto tasso di diabetici nel mondo.

In India il diabete sta portando all’insufficienza renale, danni alla retina e a oltre 200.000 amputazioni all’anno. È generalmente riconosciuto che questa epidemia è comparsa a causa dei cambiamenti nelle abitudini alimentari e negli stili di vita derivati da un’economia in rapida crescita, quella indiana appunto, e dal fatto che milioni di indiani sono passati dalla povertà alla ricchezza. È aumentato il consumo di zucchero e di grassi trans, e una significativa diminuzione dell’attività fisica, che comporta un aumento di peso. Queste sono le caratteristiche degli stili di vita diffusi nel mondo occidentale, il quale a sua volta si trova di fronte a un allarmante incremento del diabete di tipo 2. Mentre si devono fare degli sforzi per rendere l’assistenza sanitaria accessibile a tutti, indipendentemente dalla loro ricchezza o dalla posizione sociale, le persone hanno anche il dovere reciproco e verso la società in generale di aver cura della propria salute.

Si può avvisare un’altra persona circa le pratiche deleterie sulla sua salute, che hanno conseguenze sull’ambiente. Il tentativo di regolare le nascite attraverso l’uso di contraccettivi orali presenta rischi significativi per la salute a coloro che ne fanno uso, come pure all’ambiente⁹. Secondo il *Guttmacher Institute*, la contraccezione orale, o la pillola, è il mezzo per il controllo delle nascite più utilizzato negli Stati Uniti, con il 30% circa delle donne in età fertile che ne fanno uso¹⁰. Si stima che 100 milioni di donne in tutto il mondo facciano uso della pillola¹¹.

Come è noto, i contraccettivi orali sono generalmente composti da una combinazione di estrogeni e dall’ormone progesterone sintetico che, una volta ingeriti e assimilati dal corpo della donna, hanno l’effetto di inibire il rilascio

mensile alternato dell’ovulo dalle ovaie. Nel normale corso degli eventi, il progesterone naturale sarebbe secreto dal follicolo dopo che è stato rilasciato l’ovulo. Il progesterone invia segnali chimici alla ghiandola pituitaria alla base del cervello affinché smetta di rilasciare l’ormone follicolo stimolante e l’ormone luteinizzante. Quando questi ormoni non vengono secreti, nessun uovo matura e viene rilasciato. L’ormone progestinico sintetico, in un certo senso, inganna il cervello facendogli pensare che è stato rilasciato un ovulo, bloccando il processo di maturazione dell’uovo e il rilascio.

Purtroppo possono verificarsi dei rischi gravi per la donna che ingerisce questi ormoni sintetici, compresa la formazione di coaguli di sangue che possono depositarsi nel cervello o nei polmoni, con un effetto a volte letale, attacchi cardiaci, malattie della cistifellea, cancro al collo dell’utero e al seno, e tumori epatici benigni. I rischi derivanti dall’uso della pillola sono così elevati da sconsigliarne l’uso alle donne con più di 35 anni, fumatrici o che soffrono di ipertensione, diabete o colesterolo alto. Da luglio 2005 l’Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (*International Agency for Research on Cancer*) dell’Organizzazione Mondiale della Salute ha catalogato la pillola contraccettiva orale come cancerogena.

Tuttavia, i contraccettivi orali rappresentano non soltanto un rischio per la salute della donna che ne fa uso, ma costituiscono anche un pericolo per l’ambiente. Nel 2005, gli scienziati dell’Agenzia per la Protezione Ambientale (*Environmental Protection Agency*) degli Stati Uniti, hanno rilevato che su 123 pesci catturati in modo casuale in un fiume vicino a Boulder, Colorado, 101 erano femmine, solo 12 maschi, mentre 10 avevano strane caratteristiche maschili e femminili. Gli scienziati hanno scoperto che questi cambiamenti erano stati causati da alti livelli di ormoni sintetici, associati a contraccettivi orali nell’acqua. Gli scienziati dello stato di Washington, nel nord-ovest degli Stati Uniti, hanno visto che alti livelli di estrogeni erano presenti nell’acqua provocando una riduzione della

fertilità nelle trote maschio.

Nell’aprile del 2007 la rivista “Scientific American” ha pubblicato un articolo in cui si diceva che i pesci catturati nei fiumi e nei laghi avevano un quantitativo di estrogeni chimici tale da favorire lo sviluppo delle cellule tumorali al seno. L’articolo affermava che la presenza di estrogeni è stata anche la causa che ha fatto nascere pesci dal sesso indeterminato. Conrad Volz, del *Cancer Institute’s Center for Environmental Ecology*, dell’Università di Pittsburgh, ha riferito che ci sono “uova nelle gonadi maschili e maschi che secernono la proteina del sacco vitellino”. Le sostanze chimiche presenti nei contraccettivi orali non vengono decomposte negli impianti di depurazione e si stanno diffondendo nell’acqua potabile.



Come è noto, la Chiesa Cattolica tutela un tipo di regolazione delle nascite conosciuto con il nome di Pianificazione Familiare Naturale, che non comporta rischi per la salute della donna. Ci sono alcuni segnali fisici nel corpo della donna che indicano quando è fertile. Durante tale periodo la coppia si astiene dai rapporti coniugali se c’è un grave motivo che consiglia di evitare la nascita di un bambino. Questo approccio, basato sull’astinenza periodica, non comporta rischi alla salute di nessuno o minacce all’ambiente. Si tratta di un metodo di regolazione delle nascite responsabile, umano e sano.

Attraverso la promozione e la commercializzazione dei contraccettivi, la fertilità viene considerata come l’equivalente di una malattia, che richiede farmaci atti a

combatterla. La profilassi si riferisce a interventi medici o sanitari per prevenire la malattia. Sempre più spesso la contraccezione viene vista come una profilassi contro le gravidanze, come se un bambino fosse considerato al pari di una malattia. Le compagnie farmaceutiche traggono enormi profitti dalla vendita dei contraccettivi orali, che mettono in pericolo la salute, e talvolta la vita, della donna che ne fa uso, e contribuiscono ad inquinare l'ambiente. Ciò costituisce una profonda ingiustizia nei confronti della donna che viene convinta ad assumere questi farmaci, oltre a rappresentare una violazione dell'ambiente.

La creazione di Dio è indicibilmente complessa e magnificamente bella e armoniosa nelle sue interrelazioni. La parola "cosmo" deriva dal greco antico e si riferi-

sce al "buon ordine", così come per i gioielli che adornano il vestito di una donna. Si ritiene che Pitagora fosse stato il primo a utilizzare questo termine per fare riferimento all'universo, forse a causa dell'abbagliante cielo stellato. Ma la parola "cosmo" parla della bellezza di un giusto ordine che comprende ogni aspetto della creazione di Dio, che interagisce con gli altri secondo il disegno divino. Come ci dice il Papa Benedetto XVI nella *Caritas in veritate*: "La natura è espressione di un disegno di amore e di verità"¹². La vita umana e il giusto ordine sociale devono agire secondo questo disegno di amore e di verità.

Dott. JOHN M. HAAS

Presidente del

"National Catholic Bioethics Center",
Philadelphia, USA

Note

¹ Cfr. Commentary on the Nicomachean Ethics of Aristotle, 8, 9; No. 1658. (*traduzione libera in italiano*).

² IMMANUEL KANT, Eine Vorlesung ueber Ethik, Paul Menzer Berlin 1925, pag. 245.

³ JOSEF PIEPER, The Four Cardinal Virtues (University of Notre Dame Press: Notre Dame), 1966, pag. 44

⁴ GIOVANNI XXIII, *Pacem in Terris*, 11 aprile 1963, n.6.

⁵ BENEDETTO XVI, *Caritas in veritate*, 29 giugno 2009, n.43.

⁶ <http://www.cancer.org/Cancer/CancerCauses/TobaccoCancer/CigaretteSmoking/cigarette-smoking-who-and-how-affects-health>

⁷ <http://www.no-smoke.org/getthefacts.php?id=13>

⁸ <http://www.bloomberg.com/news/2010-11-07/india-s-deadly-diabetes-scurge-cuts-down-millions-rising-to-middle-class.html>

⁹ C'è un sito web della Watson Pharm, che produce contraccettivi orali, dove si spiega in che modo lavora l'azienda, oltre ai rischi e ai benefici che derivano dall'uso: <http://www.oralcontraceptives.com>.

¹⁰ http://www.guttmacher.org/pubs/fb_contr_use.html

¹¹ <http://contraception.about.com/od/contraceptionmyths/tp/pillmyths.htm>

¹² BENEDETTO XVI, *op.cit.*, n.43.



PAOLA GERMANO

DREAM – Curare l'AIDS in Africa: una sfida possibile

Faccio parte della Comunità di Sant'Egidio ed ho avuto l'onore di partecipare sin dal suo inizio al Programma DREAM (Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition), un programma per combattere insieme fame e malattia in Africa.

Nel 2002 a Maputo in Mozambico, nasce DREAM dall'onestà intellettuale di non voler accettare una realtà largamente condivisa ma assurda che decretava implicitamente che l'Africa doveva essere lasciata con 30 milioni di malati di AIDS senza terapia: nel giro di pochi anni le dimensioni di un genocidio. Bisognava dunque lavorare per dimostrare che la terapia dell'AIDS, anche in Africa era possibile, con lo stesso livello di qualità, lo stesso golden standard che aveva permesso grandi successi in occidente. Fin dall'inizio DREAM si è proposto di curare gratuitamente, tutti i malati che ne avevano necessità, senza fare distinzioni, soprattutto i più poveri e i bambini, nella convinzione che la cura rappresenta oltre che un diritto umano fondamentale, anche un passo importante nella prevenzione dell'infezione da HIV.

DREAM nasce, quindi, per rendere disponibili terapie e tecnologie già sperimentate nel mondo ricco, anche in Africa, ma al tempo stesso sceglie di non essere solo un programma di distribuzione di farmaci, ma di occuparsi del malato di AIDS nella sua globalità. Quindi: educazione alla salute, sostegno nutrizionale, diagnostica avanzata, formazione del personale, contrasto della malaria, della tubercolosi, delle infezioni opportunistiche e soprattutto della malnutrizione, tutti fattori che rendono efficace la terapia e anche la stessa prevenzione.

Infatti, l'approccio olistico met-

te in condizione i malati di far bene la terapia e questo riduce il quantitativo di virus presente nei diversi liquidi biologici, fino a livelli talmente bassi da rendere assai improbabile la trasmissione del virus ad altri, ma soprattutto per la cosiddetta trasmissione verticale, cioè da madre a bambino.

Uno degli obiettivi di DREAM, fin dall'inizio, è stato quello della prevenzione della trasmissione del virus dalla madre al futuro nascituro.

La scelta di DREAM è stata non solo far nascere da madre sieropositiva un bambino sano, ma di mantenerlo tale e di garantire la sopravvivenza della madre, perché il nuovo nato e gli eventuali figli precedenti non divengano orfani.

La terapia data alle madri durante la gravidanza e proseguita per tutto il tempo dell'allattamento al seno, riduce fino quasi ad azzerare la trasmissione del virus. La correttezza di questo approccio è testimoniata dall'elevato numero, più di **12.000**, di bambini nati sani da madre sieropositiva nel programma DREAM, la quasi totalità delle gravidanze seguite. Generare un figlio sano, quando si era condannati a morte dalla malattia, continuare a stare bene per crescere i propri figli, è per una madre la vittoria più importante, ed è una vittoria per tutta la famiglia, per la comunità, per gli operatori sanitari.

Questa vittoria crea un contagio positivo che fa vincere la paura e il pregiudizio, crea speranza, e avvicina i malati alla terapia.

Una chiave decisiva dell'efficacia di DREAM è nel fatto di essere un programma con un'anima. Se non l'avesse avuta non sarebbe neppure nato. DREAM è radicato in valori spirituali e umani. La prospettiva di DREAM è strettamente legata a quella della Comunità di

Sant'Egidio, lavorare per un nuovo mondo, sentendo la responsabilità di costruire con audacia e pazienza nuove strade di collaborazione che rappresentino una risposta concreta e fattibile a un problema grande, per il quale le grandi organizzazioni e gli stessi paesi africani, non avevano alcuna risposta. È questa anima, che ha permesso a DREAM di creare sinergie non sempre scontate e di diventare un modello replicabile e di successo. Quest'anima si stanZIA in alcune idee guida.

La prima idea guida da cui discendono le altre è la **centralità del paziente**. DREAM parte sempre dall'uomo e dalla donna concreti e non dalle istituzioni, il paziente viene considerato nella sua interezza, nella sua globalità di bisogni. Il malato di AIDS ha una sua complessità, non è la fotocopia del paziente che risiede nei paesi ricchi, deve essere conosciuto, studiato e si deve rispondere ai suoi bisogni specifici in termini terapeutici, preventivi, sociali. È caratterizzato da diverse infezioni opportunistiche fra cui la malaria e la tubercolosi. Ogni paziente deve poi essere valutato dal punto di vista nutrizionale e gli va offerto quando ne ha bisogno il sostegno alimentare come trattamento terapeutico al fine di non vanificare l'intervento medico. È spesso una persona illetterata che necessita di essere educata alla salute, al fine di accrescere la protezione dagli agenti patogeni, deve essere motivato a mantenere l'aderenza al programma di cura, deve essere reintegrato nella sua famiglia e nel suo ambiente sociale.

A DREAM tutti possono accedere perché tutte le cure, le procedure assistenziali e la diagnostica sono **completamente gratuite**. In un continente africano segnato dalla presenza di centinaia di milioni di persone che vivono sotto la soglia

della povertà assoluta, questa scelta è sembrata obbligata. All'incapacità di spesa dei pazienti si deve aggiungere un'altra osservazione: la terapia è per la vita, almeno per il momento, ed è necessaria una fedeltà del paziente a essa. Ora, la complessità delle procedure assistenziali, che si sostanzia in un elevato numero d'appuntamenti per il controllo delle condizioni di salute, la consegna dei farmaci e l'esecuzione delle analisi, ha comunque un costo per il paziente. Moltissimi, infatti, devono sobbarcarsi un lungo percorso a piedi per raggiungere i centri e dedicare molte ore della settimana a tali attività.

convinti che tale strategia da sola avrebbe portato al controllo dell'epidemia. Ma a noi di DREAM pare subito ragionevole oltre che giusto associare a un intervento preventivo anche quello terapeutico, convinti che la cura rappresenta un elemento decisivo di prevenzione.

Pensiamo al caso della trasmissione madre bambino: il nostro programma avendo adottato con successo gli stessi protocolli in uso nei paesi occidentali, ha quasi azzerato la percentuale di bambini nati già sieropositivi da mamme malate nei nostri programmi.

L'aver adottato la triplice terapia, peraltro già ampiamente utilizzata

mercio e l'ambiente, le fonti energetiche e il lavoro. Lo stesso mi sembra valga per la salute e la cooperazione: i risultati dei nostri sforzi dipenderanno in larga misura dalla nostra capacità di collaborare nel lungo termine.

Per questo, abbiamo pensato a un programma di lunga durata, robustamente inquadrato in una cornice di vera partnership con i paesi interessati e con i loro quadri tecnici e politici. Si potrebbe dire "lavoriamo insieme e a lungo, almeno fin quando saranno disponibili nuove e più decisive risposte terapeutiche per l'AIDS". Un'altra caratteristica del Programma è la ricerca operativa. La centralità della persona malata richiede di individuare continuamente non solo gli strumenti migliori ma anche quelli più adeguati alla realtà africana. Questo aspetto della ricerca operativa è uno di quelli che ha visto il maggior sforzo collaborativo di DREAM con università, istituti di ricerca, case farmaceutiche e imprese.

Un ultimo prezioso aspetto riguardante gli strumenti della qualità è certamente quello legato ai software e in generale alle comunicazioni. La sua applicazione e il suo sviluppo nel Programma ha prodotto due principali risultati: una completezza di informazioni che in Africa non esito a definire unica e la possibilità di condividerle con altri in tempo reale. I nostri operatori in questo senso davvero non sono mai soli. Per quel che riguarda il primo aspetto vedete in diapositiva alcuni display che permettono al professionista medico di accedere con un solo colpo d'occhio a tutte le notizie importanti del paziente. Dovete pensare che il malato di AIDS ha in genere una storia clinica estremamente complessa e che è assai difficile, non dico ricordare ma anche solo consultare. Potete vedere come invece carica virale, cellule CD4 e molti altri parametri clinici concorrono ad informare il personale con grande immediatezza. Tutte le informazioni sono condivise e ripartite per competenze all'interno di reti che occupano vari livelli: quello del singolo centro, quello tra centro e laboratorio e via via sempre più su fino ai collegamenti con esperti europei in grado di fornire consulenze specialistiche e se-



DREAM ha scelto per un sistema d'**eccellenza della cura**, fatto che, soprattutto nei primi anni del programma, ha rappresentato un forte elemento di contraddizione rispetto alle scelte della comunità internazionale, caratterizzate da un certo "minimalismo". A noi è sembrato equo e umano adottare anche in Africa la stessa diagnostica e le stesse procedure assistenziali che rappresentano lo standard del nord del mondo.

Coniugare prevenzione e terapia

DREAM ha iniziato i suoi primi passi affrontando un clima culturale e scientifico contrario all'introduzione della terapia in Africa. L'unico intervento possibile sembrava fosse la prevenzione della trasmissione della malattia. Si era

nei paesi occidentali, non solo ha dimostrato la stessa efficacia, ma è diventata una vera e propria terapia anche per le madri e un grande aiuto per la loro effettiva aderenza.

Partenariato e ricerca operativa

DREAM rappresenta un modello di intervento teso allo sviluppo, non una risposta di tipo emergenziale. Restare vicini all'Africa è un fatto decisivo: c'è bisogno di programmi di lungo respiro perché la transizione non sarà breve né facile. Impiantare e mantenere un programma di controllo dell'infezione da HIV/AIDS non è un ponte da costruire, che si realizza in qualche anno e si consegna chiavi in mano. Nell'era della globalizzazione possiamo osservare facilmente come l'interdipendenza riguardi il com-

conde opinioni in merito a situazioni problematiche. DREAM è organizzato secondo una serie di protocolli e flow chart che sono in grado di guidare il personale medico e paramedico nella grande maggioranza di situazioni (dia).

Qualunque sfida della salute, in Africa, deve per questo partire dalla constatazione che gran parte del continente è essenzialmente rurale, un programma di salute per essere efficace deve essere accessibile alla maggior parte dei malati. Deve raggiungere il paziente lì dove vive. DREAM, ha scelto una sanità che si può definire "leggera" in grado di rappresentare una risorsa diffusa davvero sul territorio, elastica, flessibile, capace di scoprire i bisogni anche quando questi sono senza voce o senza le energie per diventare domanda sanitaria. Si è preferito alla costruzione di grandi ospedali, un'architettura di tipo distribuito, con centri di eccellenza e di riferimento a cui afferiscono pazienti provenienti da centri di secondo livello collocati in zone più periferiche e rurali in cui sono possibili prestazioni sanitarie di livello intermedio, come controllo e distribuzione dei farmaci, esecuzione di alcuni tipi di analisi. Inoltre le "mobile clinic" e l'"home care" rendono possibile a tutti l'accesso alle cure.

Questo approccio scelto dalla Comunità di Sant'Egidio per fronteggiare L'AIDS in territorio africano, ha dato in nove anni, risultati straordinari, riconosciuti ormai a livello scientifico, ma soprattutto ha diffuso un nuovo modello di cura per l'Africa.

Oggi DREAM è presente in dieci paesi africani, Mozambico, Malawi, Tanzania, Kenya, Repubblica di Guinea, Guinea-Bissau, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Camerun e Angola. Circa 100.000 sono le persone sieropositive assistite gratuitamente nei 32 day-hospital sparsi nei vari paesi. Sono 18 i laboratori di biologia molecolare, per il monitoraggio della cura, circa 12.000 i bambini nati sani e senza AIDS da madre sieropositiva, 17 i corsi di formazione panafricani effettuati per circa 3600 professionisti della salute. Oggi la totalità del personale sanitario che lavora nei nostri centri è africano. Più di un milione le per-

sone che in questi anni hanno usufruito del programma DREAM. Queste cifre dimostrano bene come l'AIDS non è invincibile. È possibile batterlo. È possibile far vincere la vita.

Dallo straordinario sforzo d'accoglienza, cura e promozione della salute, già descritto precedentemente, scaturisce una prospettiva nuova di vita per il paziente. Arrivare in un centro DREAM è per molti, l'esperienza di ricominciare a vivere. Vivere una vita nuova e piena. Riempita di contatti e persone, di visite, ma poi anche di nuove idee e di parole. Pensate a cosa vuol dire per un malato arrivare in un centro dove tutto è gratuito, si è accolti con gentilezza e c'è per il malato grande interesse. Attraverso l'atteggiamento degli altri si comprende finalmente il valore della propria vita, si ritrova la dignità spesso calpestata nell'umiliazione della malattia e nell'abbandono.

Poi la cura migliora la qualità della vita: scompaiono tanti sintomi e sofferenze, si riacquista peso ed energie, si torna alla cura della casa, dei figli e si riprende a lavorare. Ci si accorge infine di essere entrati in un mondo di amicizie, con il personale, con gli altri malati. E allora il paziente stesso ritorna persona, spesso con una marcia in più: la scoperta di potenzialità prima sconosciute e il desiderio di metterle a frutto per altri più sfortunati di lui, per altri malati ancora in grande sofferenza. È dall'energia ritrovata e da questa nuova spinta di solidarietà che nasce il movimento delle attiviste di Dream che ha conosciuto in questi anni una straordinaria diffusione accompagnando sempre l'apertura di nuovi centri e la crescita del numero dei malati. Moltissimi pazienti, infatti, tra questi soprattutto donne hanno scelto di aiutare altri malati, non fuggendo più la malattia.

Le attiviste non sono tanto dei volontari alla maniera occidentale, ma dei veri e propri testimoni che svolgono una funzione insostituibile di sostegno e counselling. Testimoniano con le loro parole e con la loro vita che l'AIDS non è una condanna a morte, che una resurrezione è possibile, che c'è un futuro per sé e per i propri cari. Portano nei loro corpi il segno dell'effica-

cia della terapia antiretrovirale e accettano di condividere con altri la loro esperienza realizzando una sorta di contagio al contrario, una comunicazione di speranza di vita, anzi di gioia di vivere.

Le attiviste svolgono un'insostituibile opera di educazione sanitaria alla pari che investe tanti aspetti della vita. Recupera le forze si fanno madri di altri bambini, non solo dei loro figli, ma di tanti orfani, allargano così la loro famiglia.

Così le donne, da principali vittime dell'AIDS diventano protagoniste della liberazione dalla malattia e il loro lavoro si traduce in una ricchezza per i paesi in cui vivono.

In questi anni il ruolo delle attiviste è divenuto sempre più pubblico e molte ormai, parlano in dibattiti televisivi e alla radio, sono intervistate dai giornali. La testimonianza personale della guarigione raggiunge un circuito sempre più vasto, combatte lo stigma che emargina la vita di tanti malati di AIDS e diviene metafora di una guarigione più generale, della società.

È la "comunità di cura": non solo professionisti della salute, ma anche pazienti, donne e uomini alla pari, recuperati alla vita ma anche ad un lavoro, che li appassiona e attraverso il quale possono partecipare a salvare tanti.

Quest'anima, questa filosofia nei confronti dell'AIDS, ci hanno portato a un'assunzione di responsabilità, spesso condivisa con altri uomini e donne di fede che abbiamo incontrato in questi anni nel nostro cammino per le vie d'Africa. Penso alle tante congregazioni religiose, missionari e clero locale con i quali condividiamo l'anima e il progetto di amore di Dio sul mondo. Anche se in posti diversi, lavoriamo insieme, con lo stesso spirito per il sogno di un'Africa senza AIDS. La rapida espansione di DREAM in questi quasi sei anni è dovuta, infatti, non solo a una presenza capillare della Comunità di Sant'Egidio in tanti paesi africani, ma anche alla volontà di tante congregazioni religiose, ONG, laici, persone di buona volontà di affiancarci in questa strategia di lotta al virus. Ma con le 16 congregazioni religiose con cui lavoriamo, non è solo una collaborazione funzionale, quanto un'amicizia che,

partendo dai poveri e dai malati, ha toccato la profondità della comunione cristiana. Questa sinergia ci permette di aumentare ogni giorno il numero dei malati africani che si possono raggiungere. È un contagio positivo tra quanti hanno la possibilità di moltiplicare l'efficacia di questa battaglia decisiva per il futuro dell'Africa.

Scrivendo il grande Teilhard de Chardin: "Solo l'amore è in grado di unire gli esseri viventi, così da completarli e realizzarli ... perché solo l'amore li lega attraverso ciò che è più profondo in loro. Dobbiamo solo immaginare la nostra capacità di amare che si sviluppa fino ad abbracciare tutti gli uomini e la terra".

È quanto si cerca di fare con DREAM: il lavoro umanitario richiede quella fantasia dell'amore, che diviene abilità a unire e a colmare le grandi distanze. È nell'unità e nella rottura dell'isolamento che si realizza una prima vittoria. Resta e restituisce dignità umana, crea vita e, in moltissimi casi, avvia una guarigione che si pensava impossibile.

Ma oggi nuove sfide si aprono a DREAM. In Africa ancora ci sono 23 milioni di infetti da HIV, in terapia attualmente circa quattro milioni. Il vaccino o i vaccini che si stanno studiando, sono ben lontani

da produrre qualche risultato rilevante. Nel frattempo che fare?

Crediamo sia importante implementare quanti più possibili interventi di prevenzione per arginare l'epidemia. Espandere la prevenzione della trasmissione da madre al bambino, per far nascere una generazione sana nei vari paesi.

Estendere la terapia a più persone possibili. Questa strategia recentemente proposta dall'OMS, per ridurre la contagiosità, si concentra su una più completa copertura a livello regionale e nazionale della cura, che consenta più o meno in 20 anni l'eradicazione quasi totale della malattia.

È la nuova frontiera del nostro sogno su cui stiamo lavorando, cercando alleati e sostenitori che condividano questa avventura umana e spirituale che è la lotta all'AIDS in Africa.

Dott.ssa PAOLA GERMANO
*Coordinatrice Generale
del Programma DREAM
Comunità di Sant'Egidio
Roma, Italia*

Bibliografia

DREAM – Comunità di Sant'Egidio, *Curare l'AIDS in Africa, un modello di lotta all'HIV/AIDS e alla malnutrizione nei paesi a risorse limitate*, Milano, 2009 (Edizione in italiano, inglese, francese, portoghese).

DREAM – Comunità di Sant'Egidio, Atti VI Conferenza Internazionale "Comunità e salute: DREAM, un modello per l'Africa" Roma 15 maggio 2008, Roma 2009 (Edizione in italiano, inglese, francese, portoghese).

DREAM – Community of Sant'Egidio, *Long life to Africa: defeating AIDS and malnutrition* Leonardo International, 2008.

DREAM – Comunità di Sant'Egidio, Atti V Conferenza Internazionale "Viva l'Africa Viva: sconfiggere l'AIDS e la malnutrizione" Roma 10 maggio 2007, Roma 2008 (Edizione in italiano e inglese).

GERMANO P., BUONOMO E., GUIDOTTI G., LIOTTA G., SCARCELLA P., MANCINELLI S., PALOMBI L., MARAZZI M.C., *DREAM: an integrated public health programme to fight HIV/AIDS and malnutrition in limited-resource settings* WFP – Community of Sant'Egidio, Rome, 2007.

DREAM – Comunità di Sant'Egidio, Atti IV Conferenza Internazionale "Anche noi vogliamo vivere: la cura dei bambini HIV+ in Africa" Roma 19 maggio 2006, Roma, 2007.

MAGNANO SAN LIO M., CAPPARUCCI S., MODULO AM., SCARCELLA P., RENZI E., TINTINSONA G., MARAZZI M.C., *Strategie di educazione sanitaria nel programma DREAM per la buona aderenza alla terapia antiretrovirale delle persone affette da HIV/AIDS in Mozambico* Convegno Nazionale CIPES (Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria) "Promozione ed educazione alla salute fra globalizzazione e individualismo: partecipazione, integrazione, intersectorialità" Cagliari, 16-18 marzo 2006.

World Health Organization – Community of Sant'Egidio, *Perspectives and practice in antiretroviral treatment- DREAM an integrated faith-based initiative to treat HIV/AIDS in Mozambique (case study)* – WHO, Geneva, 2005.

Comunidade de Santo Egidio, *Como Vai a Saude?*, Milano, 2004 (Edizione in portoghese, inglese, francese, spagnolo, swahili, chichewa, albanese).

DREAM – Comunità di Sant'Egidio, *Curare l'AIDS in Africa*, Milano, 2003 (Edizione in italiano, inglese, francese, portoghese).



EMILIO LA ROSA RODRÍGUEZ

La medicina tradizionale

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con il termine di medicina tradizionale si intende "un complesso di approcci, conoscenze e credenze che si basano, razionalmente o meno, sulle teorie, le credenze e le esperienze proprie di una cultura, applicate singolarmente o in associazione tra loro allo scopo di conservare il benessere, così come per trattare, diagnosticare o prevenire le malattie fisiche e mentali"¹.

Altri ritengono che sia una "medicina fondata su credenze e pratiche culturali, trasmesse di generazione in generazione. Essa comprende riti mistici e magici, la fitoterapia e altri trattamenti che non possono essere spiegati dalla medicina moderna"².

In realtà, la medicina tradizionale è un concetto che eccede ampiamente il campo della salute per porsi al livello socio-culturale, religioso, politico ed economico, e può essere considerata come un "sistema che si concentra sul malleare (biologico o meno) e che si basa su teorie del corpo, della salute, della malattia e della guarigione ancorate nelle storie delle culture e delle religioni che hanno costruito e costruiscono un Paese"³. Possiamo dire che esistono tante medicine tradizionali quanto sono le culture.

La molteplicità delle medicine tradizionali, che differiscono secondo le regioni del mondo, i Paesi e perfino all'interno di un Paese, è allo stesso tempo una ricchezza e una sfida. Per fare un esempio, se la medicina tradizionale africana o latino-americana è fortemente caratterizzata da una tradizione orale e da una mancanza di formazione riconosciuta dei medici, la medicina tradizionale cinese presenta un carattere più strutturato e documentato. Allo stesso modo, in alcuni Paesi la denominazione di medicina parallela, alternativa o

dolce è sinonimo di medicina tradizionale, mentre in altre Nazioni l'espressione "medicina parallela e alternativa" definisce invece un insieme di pratiche di cura che non hanno nessun rapporto con la tradizione del Paese e che non sono integrate nel sistema sanitario. D'altronde, il termine "medicina tradizionale" è utilizzato, a volte, per indicare pratiche che, in fin dei conti, non appartengono, a rigor dei termini, alla pratica medica.

Medicina complementare, parallela, alternativa e dolce

Secondo l'OMS⁴ "gli appellativi medicina parallela, alternativa o dolce sono sinonimi di medicina tradizionale. Essi si rapportano quindi a un vasto insieme di pratiche di cure sanitarie che non appartengono alla tradizione del Paese e non sono integrate nel sistema sanitario dominante"⁵.

Il termine "alternativa" presuppone la scelta di un approccio della salute e della malattia diverso da quello della medicina convenzionale. Il termine "complementare" o "parallela" descrive una forma di terapia utilizzata oltre alla medicina (agopuntura, osteopatia, ecc.). L'OMS raggruppa queste nozioni sotto il vocabolo di medicina complementare e parallela (MCP). Questo termine comprende vari approcci differenti, a volte reciprocamente incompatibili. Essi sono il contenuto di un insieme particolare in quanto differiscono dai metodi e trattamenti insegnati nelle facoltà di medicina.

Stato della situazione

Circa l'80% delle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo fanno appello alla medicina tradizionale per le cure sanitarie primarie, sia

per tradizione culturale sia per altre scelte (difficoltà di accesso alle cure convenzionali, costo più elevato dei medicinali convenzionali, ecc.). Il ricorso a questa medicina sta anzitutto nella sua vicinanza, nella sua facilità di accesso, nella sua disponibilità, nel costo e nella concordanza filosofica con le culture autoctone.

Nei Paesi ricchi, sono numerosi coloro che fanno ricorso ai vari tipi di rimedi chiamati naturali partendo dal principio che ciò che è naturale è senza rischio. D'altronde, le medicine tradizionali e/o alternative costituiscono anche un ricorso o un complemento nel caso di malattie croniche, debilitanti o incurabili.

La grande maggioranza delle popolazioni africane fa regolarmente appello alla pratica tradizionale. Nell'Africa sub-sahariana, ad esempio, l'85% della popolazione farebbe ricorso ai guaritori tradizionali. In Ghana, Mali, Nigeria e Zambia, il trattamento di primo intervento, per il 60% dei bambini colpiti da forte febbre dovuta alla malaria, fa appello alle piante medicinali somministrate a domicilio⁶.

In Cina, le preparazioni tradizionali a base di piante rappresentano tra il 30 e il 50% del consumo totale di farmaci. Nei Paesi industrializzati, la medicina alternativa è l'equivalente della medicina tradizionale e oltre il 50% della popolazione è ricorsa, almeno una volta, a questo tipo di pratica. In Canada, il 70% degli abitanti hanno fatto ricorso almeno una volta alla medicina parallela. In Germania il 90% della popolazione ha assunto, nel corso della vita, un rimedio naturale. Negli Stati Uniti, 158 milioni di adulti hanno utilizzato prodotti della medicina alternativa e, secondo la *Commission for Alternative and Complementary Medicines*, nel 2000 la popolazione ame-

ricana ha speso 17 miliardi di dollari in rimedi tradizionali. Nel Regno Unito, le spese annuali dedicate alla medicina parallela ammontano a 230 milioni di dollari statunitensi⁷.



Il mercato mondiale delle piante medicinali è in rapida espansione e rappresenta attualmente più di 60 miliardi di dollari USA l'anno. Questo accrescimento della domanda merita di essere analizzato e studiato seriamente al fine di proporre misure adeguate il cui obiettivo è quello di assicurare l'efficacia e l'innocuità delle pratiche. Secondo l'OMS, nel 2000 soltanto 64 Paesi avevano una regolamentazione relativa ai medicinali a base di piante⁸. L'assenza di norme o il cattivo utilizzo delle procedure, delle pratiche e dei farmaci tradizionali possono avere effetti nocivi o pericolosi per la salute. Ad esempio, l'efedra⁹ è tradizionalmente utilizzata per curare la congestione delle vie respiratorie. Questa pianta è stata commercializzata, negli Stati Uniti, come complemento alimentare, e un suo dosaggio eccessivo ha provocato, da una parte, effetti cardiovascolari (ipertensione arteriosa, tachicardia, aritmia, infarto del miocardio, arresto cardiaco, morte istantanea) e, dall'altra, effetti neurologici (accidente cerebrovascolare e convulsioni)¹⁰⁻¹¹.

In Belgio, circa 70 persone hanno dovuto subire un trapianto o una dialisi per una fibrosi renale interstiziale¹²⁻¹³ dopo aver assunto, per perdere peso, un preparato fab-

bricato a partire da una specie di pianta errata.

Lo sviluppo del mercato delle piante officinali ha effetti enormi anche sul piano commerciale e pone problemi su quello della biodiversità in ragione del saccheggio delle materie prime necessarie per la fabbricazione dei medicinali o altri prodotti sanitari naturali. Questa situazione, se non è regolamentata e inquadrata, rischia di comportare l'estinzione di specie a rischio come pure la distruzione di risorse e habitat naturali. Inoltre, le normative internazionali e nazionali sono insufficienti per proteggere le risorse genetiche della biodiversità e le conoscenze tradizionali.

Medicina tradizionale e sistemi sanitari

Secondo la sua partecipazione ai sistemi sanitari, la medicina tradizionale è integrata, inclusa o tollerata nel sistema.

Una medicina tradizionale riconosciuta e integrata nei sistemi sanitari

In un certo numero di Paesi, la medicina tradizionale e complementare è riconosciuta e integrata nel sistema sanitario e partecipa all'offerta di cure. Troppo pochi sono i Paesi di cui si può dire che abbiano raggiunto questo livello: Cina, Repubblica popolare democratica di Corea e Vietnam.

Una medicina tradizionale riconosciuta, ma non integrata nei sistemi sanitari

Alcuni Paesi riconoscono la medicina tradizionale e complementare, ma esse non sono completamente integrate nei sistemi sanitari (offerta di cure, educazione, formazione, regolamentazione). Tra questi Paesi troviamo la Guinea Equatoriale, la Nigeria e il Mali, ma anche il Canada e il Regno Unito.

Una medicina tradizionale tollerata

In un gran numero di Paesi, la pratica tradizionale è tollerata e il

sistema sanitario si basa sulla medicina convenzionale. Ma, nonostante questa tolleranza, in alcune Nazioni la medicina tradizionale è completamente ignorata.

I Paesi dovrebbero riconoscere l'importanza del legame tra la storia e la pratica medica delle comunità autoctone, in quanto la medicina tradizionale, per quanto varia nelle sue manifestazioni tecniche, si basa sempre su credenze ed esperienze autoctone.

Per poter integrare la medicina tradizionale nei sistemi sanitari, occorre anzitutto che siano riconosciuti il sapere e i terapeuti tradizionali. Il che presuppone l'applicazione di norme per controllare la commercializzazione dei prodotti e alleviare la mancanza di risorse nel settore della ricerca e della formazione. La creazione di centri di ricerca e di studio sulla medicina tradizionale è un mezzo importante per progredire nel riconoscimento di questa pratica allo scopo di permetterle di coabitare con la medicina convenzionale, in un sistema sanitario unico.

In Africa, ad esempio, a motivo della sua importanza, l'Unione africana ha istituito il Decennio della Medicina tradizionale in Africa (2001-2010) riconoscendolo come "il sistema di cure sanitarie più accessibile per la maggior parte delle popolazioni rurali africane"¹⁴. Questo criterio ha l'obiettivo di associare tutti i promotori al fine di "mettere a disposizione della vasta maggioranza del popolo africano pratiche mediche e piante medicinali tradizionali sicure, efficaci, accessibili e di grande qualità"¹⁵.

L'integrazione della medicina tradizionale ai sistemi sanitari dei Paesi passa per l'applicazione di una serie di raccomandazioni proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tali raccomandazioni sono normative, di sicurezza, d'efficacia, di qualità, d'accesso e d'uso razionale. Il quadro normativo deve tener conto della formazione, della qualificazione, dell'esercizio e della ricerca della medicina tradizionale. La ricerca e la pratica esigono un livello adeguato di sicurezza, efficacia e qualità.

Infine, l'uso razionale dipende dai vari fattori su menzionati, ma in particolare dalla formazione, la qualificazione, l'autorizzazione

d'esercizio, l'uso corretto di prodotti di qualità, l'informazione e la complementarietà tra le medicine allopatriche e tradizionali.

Dott. EMILIO LA ROSA
RODRÍGUEZ
Vice-presidente
del Comitato Internazionale
di Bioetica dell'UNESCO
Parigi, Francia

Note

¹ OMS, Principi metodologici generali per la ricerca e la valutazione relative alla medicina tradizionale. WHO/EDM/TRM/2000.1, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 2000.

² National Library of Medicine - Medical Subject Headings. MeSH Descriptor Data. http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2010/MB_cgi. Consulté le 24 juin 2010.

³ A. EPELBOIN. Médecine traditionnelle et coopération internationale. Bulletin AMADES, 50, 2002.

⁴ OMS, Strategia dell'OMS per la medicina

tradizionale per il 2002-2005. Organizzazione Mondiale della Salute, Ginevra, 2002.

⁵ OMS. Medicina tradizionale. Definizioni. Consultato il 22 giugno 2010. http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/index.html

⁶ DANIELA BAGOZZI. Medicina Tradizionale. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/fr/index.html>. Consulté le 25 juin 2010.

⁷ DANIELA BAGOZZI. Medicina Tradizionale. OMS. Op. cit.

⁸ Organizzazione Mondiale della Salute, Strategia dell'OMS per la Medicina tradizionale per 2002-2005. O.M.S., Ginevra, 2002.

⁹ L'efedra o Ma Huang (Ephedra sinica Stapf, Equisetina Bge, E intermedia Shrenk et CA Mey) contiene dell'efedrina, che rappresenta dal 40 al 90 % degli alcaloidi totali della pianta, che ha un'azione simpatomimetica indiretta che agisce al livello cardiovascolare (aumento del ritmo cardiaco), polmonare (broncodilatazione) e centrale.

¹⁰ Agenzia francese di sicurezza sanitaria dei prodotti sanitari. Decisione dell'8 ottobre 2003 che comporta il divieto d'importazione, di preparazione, di prescrizione e di somministrazione di preparazioni magistrali, officinali e ospedaliere. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000794772&dateTexte=>. Consultato il 21 marzo 2010.

¹¹ Agenzia francese di sicurezza sanitaria

dei prodotti sanitari. Decisione dell'8 ottobre 2003 che comporta il divieto d'importazione, di preparazione, di prescrizione e di somministrazione di preparazioni magistrali, officinali e ospedaliere. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000794772&dateTexte=>. Consultato il 21 marzo 2010.

¹² Questa nefropatia da erbe cinesi è una malattia renale grave descritta per la prima volta nel 1993 in pazienti che avevano seguito un regime alimentare dimagrante a base di estratti di erbe cinesi (Aristolochia fangchi) contenenti acidi aristolochici.

¹³ DEBELLE, FRÉDÉRIC Modèle expérimental de fibrose rénale interstitielle induite par les acides aristolochiques («plantes chinoises»). Thèse, Faculté de Médecine, 2005. <http://theses.ulb.ac.be/ETD-db/collection/available/ULBtd-10182004-224123/>. Consulté le 21 mars 2010

¹⁴ Decisioni e dichiarazioni adottate dalla 37.ma sessione ordinaria della Conferenza dei Capi di Stato e di Governo. 9 - 11 luglio 2001. http://www.africa-union.org/Official_documents/Assemblee%20fr/ASS01.pdf Consultato il 21 marzo 2010.

¹⁵ Decisioni e dichiarazioni adottate dalla 37.ma sessione ordinaria della Conferenza dei Capi di Stato e di Governo. 9 - 11 luglio 2001. http://www.africa-union.org/Official_documents/Assemblee%20fr/ASS01.pdf Consultato il 21 marzo 2010.



TAVOLA ROTONDA

Cure sanitarie eque e umane

MARIO FALCONI

1. Cure sanitarie eque e umane a domicilio

A nome mio personale e di tutto il Consiglio dell'Ordine Provinciale di Roma dei medici chirurghi e degli odontoiatri, un sentito ringraziamento a Lei, eccellentissimo Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, non solo per il gradito invito ma anche per l'argomento, a noi molto caro, da trattare: *"Cure sanitarie eque e umane"*.

Siamo un Organo ausiliario dello Stato a tutela dei cittadini e soprattutto dei più fragili fra questi.

Come ha ben detto Monsignor Zygmunt Zimowski, nella presentazione della XXV conferenza internazionale *"Caritas in veritate"* per una cura della salute equa ed umana, occorre affrontare tutti insieme la scottante e attuale questione della parità di accesso ai servizi sanitari se si vuole essere in sintonia con la dignità dell'uomo. Esistono, purtroppo, profonde ineguaglianze tra i sistemi sanitari dei Paesi ricchi e quelli dei Paesi poveri o in via di sviluppo, ma negli stessi Paesi ricchi moltissimi cittadini sono discriminati nell'accesso alle cure.

Sono anni che ci battiamo perché siano ridotte e progressivamente eliminate, nel nostro Paese, le imperdonabili differenze geografiche dell'assistenza sanitaria in generale e in particolare di quella domiciliare.

Compito della Politica dovrebbe essere quello, in ogni campo della collettività, ma in particolare nella tutela della salute, di assicurare li-

velli uniformi ed essenziali di assistenza per tutti e invece oggi assistiamo al progressivo accentuarsi delle differenze tra nord e sud.

In un Paese quale il nostro nel quale, da decenni, va progressivamente crescendo l'età media, e quindi il numero degli anziani, si sarebbe dovuto, in maniere diffusa e strutturale, riprogettare l'offerta sanitaria a fronte di una domanda di salute profondamente mutata: più assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale e più attenzione, in particolare, alla non autosufficienza ed agli anziani soli.

L'invecchiamento della popolazione porta con sé un esponenziale

incremento di tutte le patologie cronico-degenerative che impone, oggi più di ieri, politiche efficaci e coraggiose.

La vera emergenza nel nostro Paese, simile ad altri Paesi avanzati del mondo, è proprio l'organizzazione sanitaria territoriale e soprattutto domiciliare, in una visione che non può e non deve più rispondere a una logica ospedalocentrica.

Anche alla luce dell'enciclica *Caritas in veritate* di Papa Benedetto XVI, che si concentra sullo sviluppo integrale della persona, non ci pare che il nostro sistema sanitario stia andando verso la giusta direzione.

Una società realmente solidale non può escludere nessuno dalla sanità o continuare a tollerare profonde diseguaglianze.

Siamo peraltro convinti che le risorse economiche pubbliche non potranno, purtroppo, crescere parallelamente alle esponenziali necessità sanitarie dei cittadini e pertanto, per realizzare una "autentica fraternità", dovremo, tutti insieme, incentivare quel meraviglioso e ricco serbatoio, costituito dal volontariato sociale in tutte le sue espressioni, a partire ovviamente da quello cattolico.



Prof. MARIO FALCONI
Presidente dell'Ordine Provinciale
di Roma
dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri,
Italia

W. HENRY CHIANG

2. Cure sanitarie eque e umane negli Hospice: l'esperienza di Taiwan

La vita è preziosa e la morte inevitabile. Come scrive il Sommo Pontefice Giovanni Paolo II, di venerata memoria, nella lettera apostolica *Salvifici doloris*, la morte provoca sofferenza, che include sofferenza fisica e morale. La moderna terapia medica può, senza dubbio, alleviare il dolore fisico, ma non sembra altrettanto capace di curare la sofferenza morale.

Nel 2010, l'Economist Intelligence Unit ha pubblicato uno studio sulla "qualità della morte" con una classifica mondiale delle cure terminali. Lo studio individua alcuni principi e difficoltà fondamentali di queste cure. Esso indica che una qualità elevata della morte dipende da quattro fattori: l'ambiente di base, la qualità delle cure, la loro disponibilità e il loro costo. Mentre alcuni Paesi industrializzati si trovano ai posti più bassi a causa di problemi connessi ad uno o più fattori, il BRIC (Brasile, Russia, India e Cina) e altri Paesi in via di sviluppo sono all'ultimo posto¹. In particolare, pur se oltre 150 Paesi forniscono assistenza negli hospice, i servizi sono per lo più localizzati e inaccessibili al pubblico; solo trentacinque Nazioni integrano le cure di tipo "hospice" nel settore principale della salute².

Taiwan è al quattordicesimo posto tra quaranta Paesi e al primo tra gli otto Paesi Asiatici che sono stati presi in esame nella valutazione della qualità della morte. L'assistenza in hospice che offriamo rientra anche nell'ambito dei servizi sanitari regolari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che l'integrazione delle cure palliative nel sistema sanitario richiede politiche adeguate, farmaci appropriati, istruzione e attuazione del servizio. Per costruire una sofi-

sticata rete di hospice centrata sui pazienti e le loro famiglie, Taiwan ha goduto della cooperazione dei fornitori di servizi, delle associazioni professionali, delle organizzazioni non governative e del Governo. Indipendentemente da dove si è, di quali cure si ha bisogno o di quanto si soffre, si riceverà uno standard uniforme e appropriato di servizio. Siamo orgogliosi di questo risultato. Permettetemi di condividere la nostra esperienza con tutti voi.

Il movimento hospice a Taiwan è iniziato 27 anni fa: nel 1983, il Prof. Chantal Chao della Fondazione cattolica Sanipax ha istituito un programma di assistenza domiciliare. Nel 1990 e nel 1994, rispettivamente, il Mackay Memorial Hospital e il Cardinal Tien Hospital hanno avviato servizi di degenza. Da allora, le cure hospice hanno prosperato nel nostro Paese: ora ci sono 77 equipe di hospice al servizio di 23 milioni di abitanti, che assicurano cure e consultazione dei pazienti ricoverati, visite a domicilio e un totale di 683 posti letto. Quest'anno, il Governo ha iniziato il finanziamento di un programma di formazione per dotare gli operatori sanitari delle case di cura delle competenze necessarie per fornire cure palliative ai degenti nell'ultimo periodo della loro vita.

Oltre alla rete vasta e dettagliata dei fornitori di servizi che è stata creata, ci sono due associazioni professionali che gestiscono programmi di formazione specialistica per medici e infermieri, come pure valutazione e accreditamento delle equipe di assistenza in hospice. Tali associazioni hanno contribuito a diffondere il movimento hospice a Taiwan, aiutando i medici a sviluppare competenze nel

trattamento dei malati terminali, e più in generale, assicurando che i fornitori di servizi raggiungano uno standard di eccellenza.



Ci sono anche diverse organizzazioni locali non governative impegnate nella protezione legale, nell'educazione e nel sostegno alla famiglia. Esse educano il pubblico sul concetto di cure terminali, e forniscono anche informazioni pratiche sull'assistenza ai pazienti e alle loro famiglie. Anche i loro sforzi hanno contribuito a far progredire il movimento hospice, colmando la distanza tra la consapevolezza del pubblico sulle cure terminali adeguate e la cultura tradizionale cinese, che mette in evidenza una buona fine per i morenti e un buon distacco dalla famiglia. Le famiglie devono avere il coraggio di affrontare la realtà che la morte bussava alla porta dei loro cari.

Infine, il Governo ha sostenuto il movimento hospice di Taiwan in

almeno tre modi. In primo luogo, ha dichiarato che le cure palliative sono uno dei servizi imprescindibili previsti dal piano nazionale di assicurazione sanitaria. Come risultato, la maggior parte degli ospedali non solo forniscono un certo tipo di servizi di cure palliative, ma lo fanno gratuitamente poiché il Piano Sanitario Nazionale ne rimborsa i costi. Questo aiuta a far sì che ne possano usufruire tutti coloro che ne hanno bisogno, ed è una dimostrazione di assistenza sanitaria equa. In secondo luogo, il Governo ha collaborato e finanziato gruppi privati per educare sia i medici che il pubblico a stabilire uno standard di cura, nonché ad ampliare i servizi, come risulta evidente nel nuovo programma di formazione dei lavoratori nelle case di cura summenzionate. Inoltre, nel 2000 lo Yuan Legislativo ha approvato l' "Hospice and Palliative Care Act", che consente ai pazienti di scegliere di non essere rianimati. Ciò rappresenta un grande passo avanti nella protezione dei diritti umani e una dimostrazione di rispetto per la vita.

Dopo aver parlato di come i fornitori di servizi, le associazioni professionali, le organizzazioni non governative e il Governo hanno favorito lo sviluppo delle cure negli hospice a Taiwan, ora, in conclusione, vorrei sottolineare in che modo le istituzioni cattoliche

hanno risposto, e possono rispondere, al movimento hospice.

Come ospedale leader cattolico di Taiwan, guidato dal valore fondamentale di "Amare Dio, amare la gente e rispettare la vita", il Cardinal Tien Hospital ha profuso tante energie nelle cure a lungo termine e nei servizi di assistenza di fine vita. Il concetto di "cure olistiche" è fondamentale per i nostri servizi. Esso comporta quattro aspetti: cura di tutta la persona (dunque non solo cure fisiche, ma anche cura mentale e spirituale); cura dell'intero viaggio (dall'inizio della malattia fino al termine della vita); cura di tutta la famiglia (come *counselling* in caso di lutto), ed equipe completa di assistenza (approccio multidisciplinare professionale). Questo modello di cura è diventato la pratica standard a Taiwan, ma la sua caratteristica specifica è l'inclusione di un soggetto pastorale nella nostra squadra di cure hospice. L'inserimento di una persona per la cura pastorale è significativo in quanto la cura della salute dovrebbe coinvolgere non solo le cure mediche acute, ma anche l'assistenza spirituale. La medicina moderna senza dubbio si è concentrata sulle esigenze fisiche, ma spesso è sembrato che trascurasse i bisogni emozionali e spirituali dei pazienti e delle loro famiglie. Questa negligenza può raddoppiare la loro sofferenza.

Come è stato affermato nella lettera enciclica, "non ci sono sviluppo plenario e bene comune universale senza il bene spirituale e morale delle persone" (*Caritas in veritate*, n. 76). Guidate da questo principio, le Chiese locali cattoliche possono contribuire in tal modo ad alleviare il dolore e a promuovere il benessere nella dimensione spirituale della vita. Esse possono collaborare con le autorità mediche per fornire cure sanitarie olistiche e umane, e possono sollecitare i professionisti medici ad un maggiore coinvolgimento nelle cure terminali, e alla difesa presso il pubblico e il Governo della necessità di cure hospice più eque e umane. Con tali sforzi, credo che un giorno potranno essere fornite con amore cure hospice eccellenti in ogni angolo del mondo.

Dott. W. HENRY CHIANG
Capo della Medicina Palliativa,
Cardinal Tien Hospital,
Taipei, Taiwan

Note

¹ Economist Intelligence Unit. (2010). *The Quality of Death: Ranking End-of-life Care across the World*.

² International Observatory on End of Life Care. (2006). *Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View*. As cited in Economist Intelligence Unit (2010).



CHRISTOPH VON RITTER

3. Cure sanitarie eque e umane nelle prigioni

Le cure sanitarie eque e umane nelle prigioni sono associate con le maggiori sfide. Più degli altri pazienti, i carcerati soffrono di malattie mentali e somatiche. In questo contesto, il problema di colpevolezza gioca un ruolo centrale. Occorre che un'efficace terapia sia rivolta a questo problema e liberi i carcerati dalla loro colpa. Il perdono, perciò, deve essere una parte essenziale delle cure sanitarie umane nelle prigioni.

La questione di colpevolezza gioca un ruolo centrale in ogni malattia. Come molti degli altri pazienti, il carcerato malato si chiede se egli è responsabile della sua malattia. Farsi questa domanda è ragionevole poiché un'analisi dei fattori di rischio può, almeno in parte chiarificare la causa della malattia, in tal modo prevenendo la ricorrenza e sostenendo la riabilitazione.

Il carcerato è colpevole a causa del crimine che ha commesso. Il tempo passato in prigione intende redimere la sua colpa ed indurre la riabilitazione necessaria a reintegrare il carcerato nella società.

Esposto a questa doppia forma di colpa, il carcerato può finire in una situazione in cui è rinchiuso nella sua prigione di colpa. Non aiutato, la colpa causa disperazione e alterazioni nevrotiche. Questi problemi mentali possono condurre a un aggravamento dei sintomi somatici del carcerato, a un deterioramento della sua malattia e, alla fine generare un circolo vizioso che perpetua malattie psicosomatiche.

Il perdono è l'appropriato mezzo per interrompere questo circolo vizioso. Solo il completo perdono può creare una risoluzione della colpa e condurre a rafforzare la salute, cioè la salute che mira a conseguire il completo recupero dalle malattie mentali e fisiche. Tale completo recupero è necessario per ristabilire l'equilibrio del car-

cerato ed è la base per la reintegrazione e la riabilitazione del carcerato.

Il perdono deve coinvolgere tutti gli aspetti della colpa che influenza il carcerato. Come può essere conseguito questo completo perdono?

Primo, il carcerato deve accettare la colpa che egli ha causato a sé stesso attraverso il crimine che ha commesso e impegnarsi là dove è possibile di alleviare quella colpa. Il carcerato può aver sofferto egli stesso l'ingiustizia e questa ingiustizia può possibilmente essere parte delle circostanze che hanno condotto al crimine. Così la seconda parte del completo perdono è che il carcerato ha bisogno di dimenticare l'ingiustizia subito e astenersi da ogni sentimento di vendetta. Recentemente, il valore del perdono è stato esplorato nella letteratura scientifica della ricerca psicologica. Gli studi presentano prova della potente capacità di guarigione di un atteggiamento personale che include il perdono completo¹.

Infine, e molto più importante, il carcerato in generale e così molto di più il carcerato come paziente ha bisogno di un trattamento che è basato sul perdono e sulle tenere cure. Questo è basato sul rispetto per la persona e la dignità del carcerato. Questo rispetto per la dignità innata del carcerato deve essere incondizionato e non in relazione alla vita passata e presente del carcerato. Tale rispetto incondizionato per il carcerato è idealmente radicato nella fede Cristiana che rispetta tutti gli uomini poiché sono a immagine di Dio. La società secolare, d'altra parte corre il rischio di modificare la dignità umana secondo gli scopi della società. Molto peggio, gruppi individuali come i carcerati sono in tal modo esclusi dai completi benefici della dignità umana.

La tradizione cristiana della guarigione sulla base del perdono è ampio. Attraverso il sacramento della confessione, Dio garantisce il completo perdono dei peccati commessi dall'uomo. Il Dio che perdona cerca una possibilità di dimenticare la colpa. Perciò il Vangelo cristiano può costituire una parte molto importante e utile della complessa terapia necessaria a curare il carcerato malato. La certezza che Dio non lo ha mai lasciato e che non lo abbandonerà mai, aiuterà a liberare il carcerato dalla sua prigione di colpa. Questo poi fornirà la base per il ritorno alla società come un membro completo e sano.

Se il completo perdono e il rispetto per la dignità del carcerato manca, il carcerato diventa una vittima indifesa che può essere sfruttato in molti modi. Un orribile ed estremo esempio di tale trattamento dei carcerati fu il campo di concentramento a Dachau in Germania. Persone innocenti furono trattate con nessun rispetto per la loro dignità umana. I carcerati furono sfruttati e usati per i lavori forzati. Invece delle cure sanitarie, i trattamenti medici furono perversi in tal modo che i prigionieri furono costretti a partecipare a esperimenti pseudo-scientifici. I protocolli del processo di Norimberga indicano che lo staff medico non riconobbe le loro vittime come uguali e li vide come *Untermenschen* che non meritano rispetto e dignità². Il trattamento dei prigionieri nei campi di concentramento Nazisti illustra drammaticamente come l'assenza di rispetto per l'umana dignità genera uno sfruttamento sfrenato dei prigionieri.

Completamente diverso è il trattamento delle donne carcerate nella prigione di Repy nella Repubblica Ceca. La prigione, che è in un sobborgo di Praga, forma una parte del convento delle

Suore della Misericordia di S. Carlo Borromeo. Il monastero fu originariamente fondato nel 1858. Nel 1865 le suore iniziarono a lavorare con le donne carcerate. Nel 1948, sotto il regime Comunista, il monastero fu chiuso, le suore vennero incarcerate, e l'edificio fu usato come Istituto di Ricerca della Tecnologia Agricola. Quaranta anni più tardi, nel 1989, il fabbricato fu di nuovo rilevato dalle Suore della Misericordia di S. Carlo Borromeo. Con l'aiuto di molti sponsors, il convento fu egregiamente restaurato. Serve ancora per un duplice scopo: come casa di cura e asilo per persona invalide e malate croniche e come prigione femminile. Le donne carcerate lavorano insieme con le suore e il personale laico nei diversi settori della casa di cura. Esse sono occupate nella cucina, nella lavanderia, come guardarobiere e nel giardino. Inoltre esse possono aiutare nei reparti e assistere lo staff infermieristico. Per alcune di loro è la prima volta che incontrano le infermità e l'invalidità fisica e mentale: La possibilità di aiutare i pazienti anziani offre un'unica opportunità per praticare la gentilezza e la comprensione. Questo, a sua volta promuove il processo di perdono

per sé stesse e per gli altri, restaura la stima di sé e genera la certezza che esse ancora diventeranno utili membri della società. Alle carcerate vengono offerti corsi di addestramento infermieristico e vengono loro conferiti il diritto di acquisire un diploma come assistenti medici. Questo è un valore aggiunto per ottenere la loro vittoriosa reintegrazione nella società.

Alla fine per alcune l'amore altruistico e la vita spirituale di cui vi è testimonianza attorno a loro le aiuta a ricondurle alla fede cristiana che può diventare la base delle loro vite future.

Il tasso delle carcerate recidive rilasciate dalla prigione di Repy è significativamente più basso che altrove nel paese e alcune delle passate carcerate sono a stretto contatto con il convento dopo la loro liberazione. Così dopo aver funzionato per parecchi anni questo unico progetto si è dimostrato essere altamente riuscito e merita un'ampia applicazione in tutto il mondo.

In conclusione il trattamento delle carcerate nella prigione è un buon esempio delle necessità per l'equità e per l'umanità nell'assistenza sanitaria. Più degli altri pazienti, i carcerati soffrono di ma-

lattie somatiche e mentali in parte causate da un opprimente e assoluto sentimento di colpevolezza. Per ristabilire un equilibrio fisico e mentale, il perdono completo è una precondizione essenziale per una cura prolungata. Il carcerato deve cercare il perdono per il suo crimine, perdonare sé stesso e gli deve essere garantito il perdono. Il perdono è basato su l'incondizionato rispetto per la dignità del carcerato. La sicura base per tale rispetto è la fede cristiana che considera il carcerato ad immagine di Dio.

Prof. CHRISTOPH VON RITTER
Direttore Medico, RoMed Klinik Prien
Teaching Hospital
Università Ludwig-Maximilians,
Monaco, Germania

Note

¹ LUSKIN, *Forgive for Good: A Proven Prescription for Health and Happiness* (Harper, 22; 2.S. Sarinopoulos, *Forgiveness and Physical Health: Un Sommario di una Dissertazione Dottorale*, *World of Forgiveness* n.2 (2000), 16-18

² EBBINGHAUS/DÖRNER, *Vernichten und Heilen, der Nürnberger Ärzteprozess* (Aufbau Verlag, Berlin 2001)



STANISLAW SZCZEPAN GÓŹDŹ

4. Cure sanitarie eque e umane nelle fabbriche

Uno dei diritti umani basilari è l'accesso alle cure sanitarie. Tuttavia la violazione di questi diritti, incluso il diritto ai servizi medici basilari è una pratica mondiale. Questa dissertazione tratterà l'argomento che si riferisce all'accesso delle cure sanitarie nelle fabbriche, lo scopo è di determinare fino a che punto il sopramenzionato diritto sia rispettato. Inizierò presentando questo problema con l'esempio del mio paese natio, la Polonia ancora in uso, poi farò riferimento al nord Europa e alle economie emergenti, e successivamente tratterò la situazione nei paesi in via di sviluppo e a basso reddito. Nessuna carta statistica sarà inclusa in questa dissertazione, poiché i dati disponibili sono solo frammentari o approssimativi. D'altra parte la mia dissertazione suppone di fornire uno schema globale del problema.

La Polonia vanta una lunga tradizione di servizi di cure sanitarie fornite nelle fabbriche. Uno degli iniziatori di questo sistema fu un sacerdote cattolico, Stanislaw Staszic, il fondatore del cosiddetto Distretto Industriale situato nella Polonia centrale. Fu agli inizi del 1809 che nelle acciaierie e nelle fonderie che egli aveva impiantato fu assunto un medico per fornire i lavoratori con i necessari servizi sanitari. Il sistema di cure sanitarie introdotto dopo la Seconda Guerra Mondiale fu basato sulla disponibilità universale dei servizi sanitari che erano completamente gratuiti. In ogni grande fabbrica, c'era un medico, un dentista e infermieri, e perciò i dipendenti avevano un accesso senza limiti ai servizi medici di alta qualità. Infatti questo sistema di cure sanitarie nei luoghi di lavoro organizzati nel 1960 fu molto efficace. Furono anche costruiti istituti di medicina del lavoro e ciò pose il nostro paese tra i leader mondiali a questo riguardo. Lo

scopo fu la protezione della salute dei lavoratori. Molti medici furono addestrati a diventare consulenti della medicina del lavoro. Allo stesso tempo fu preparata una rilevante legislazione, lo scopo era di regolare questi processi in un modo consistente e altamente logico. Perciò, i dipendenti ricevettero esami medici regolari, che non solo stabilì la loro capacità a continuare il lavoro ma fornì anche misure di prevenzione efficaci e ampie. Occorre mettere in evidenza che dato il tasso insignificante di disoccupazione, la maggioranza della popolazione era coperta da questo sistema sanitario. Venti anni fa la Polonia vide delle estese trasformazioni. Sfortunatamente in alcune aree, incluse le cure sanitarie, questi cambiamenti portarono dei risultati inaccettabili e non prevedibili. Le trasformazioni nella sfera della politica richiesero cambiamenti economici su larga scala. La maggior parte degli impianti industriali statali furono trasformati in imprese private mentre molte delle rimanenti andarono in rovina, poiché non vi furono altri stabilimenti che prendessero il loro posto. Apparve un alto tasso di disoccupazione e diventò il maggior problema. Questi cambiamenti avevano anche un significativo impatto sulle cure sanitarie, che mentre erano efficaci e ben funzionanti nel precedente sistema economico, fallirono nell'affrontare le sfide dell'economia del libero mercato.

È il libero mercato un vantaggio per le cure sanitarie, come è sostenuto dai liberali? Vorrei portare la vostra attenzione sul vero termine "cura sanitaria" che è esso stesso in contraddizione con il meccanismo del libero mercato. Il libero mercato regola eccellentemente l'operato delle fabbriche dove alcune merci (cose!!!) sono lavorate. Tuttavia quando sono introdotti nel sistema delle cure sanitarie

questi meccanismi del libero mercato possono facilmente trasformare il paziente in un prodotto (una cosa). Una domanda sorge qui: una tale situazione è normale? Può un tale sistema che è ancora mantenuto in molti paesi altamente sviluppati inclusi quelli in Europa e in America, essere accettato? Piuttosto questi paesi reclamano essere all'avanguardia della civilizzazione con un profondo senso dell'umanesimo tenuto in gran conto. Quando in un libero mercato vi è il necessario spazio per la compassione, l'aiuto disinteressato, un momento di contemplazione, e primo e principale, la buona volontà di offrire una mano a coloro che sono nel bisogno? I meccanismi del libero mercato sono distruttivi della relazione essenziale tra il paziente (uomo) e i dipendenti (persone) del sistema di cure sanitarie, perché "il tempo è denaro", perché il numero dei pazienti (o, forse, le cose disumanizzate) ricevute e i redditi generati nel processo costituiscono lo scopo superiore. Ciò che è emerso è un insensibile seguito di tutti gli stadi di un impersonale, automatica procedura, conclusa con la frase "Arrivederci – il prossimo per favore". Quindi ci piacerebbe domandarci se un tale sistema porta qualche valore alla società, poiché questa società, per funzionare propriamente dovrebbe essere fornita con servizi di cure sanitarie iniziando nel luogo in cui ogni uomo spende un terzo della sua vita terrena – il luogo di lavoro.

Un esempio calzante è la situazione in alcuni paesi in Europa e nel Nord America, che nonostante la loro indiscutibile ricchezza hanno fronteggiato le maggiori difficoltà nel funzionamento dei loro sistemi di cure sanitarie. Malgrado le dichiarazioni ufficiali dell'alta qualità dei servizi medici forniti là, i loro sistemi sono inefficienti con

l'accesso impedito a un adeguato servizio sanitario delle classi più povere. Nella maggior parte dei casi, le persone non vengono assistite nei loro problemi di salute, a causa della loro povertà, esse non offrono occasione per i profitti ulteriori di qualcun altro. Questo è il modo in cui i liberali tentano di spingere le leggi del libero mercato nel sistema sanitario. Non è forse un viaggio passo dopo passo verso la civilizzazione della morte? "Questo paziente è meritevole di ricevere una cura e quello no, poiché è seriamente malato. Dal punto di vista economico, egli è infruttuoso ed è meglio che egli muoia in pace, o, se fosse possibile (che sarebbe più remunerativo in termini finanziari) lascino che qualcuno abbia qualche guadagno dalla loro morte". E chi si suppone che abbia questo profitto? È ovviamente una compagnia commerciale, un'impresa liberale che con una piccola spesa, ti aiuterà a organizzare una "morte umana" – una moderna e solida finanziariamente – eutanasia. La domanda che ci è stata appena rivolta dovrebbe avere una risposta da tutti noi. Siamo noi tutti ancora degli esseri umani? O dovremmo tendere a trattare gli altri come se fossero delle merci – delle cose? O, forse, abbiamo già smesso di pensare e di percepire la vita e la morte nel modo in cui siamo soliti?

Le estese trasformazioni che il sistema delle cure sanitarie subì immediatamente scatenò i maggiori cambiamenti nell'organizzazione dei servizi di medicina del lavoro. La maggior parte delle cliniche che operano negli impianti industriali furono semplicemente chiuse. Oggigiorno, le grandi compagnie non assumono nemmeno un numero limitato di medici o infermieri per i bisogni dei loro dipendenti. Invece, essi affidano tali servizi a istituzioni esterne spesso private – cliniche di pazienti esterni o unità di medicina del lavoro. Tuttavia dovrebbe essere notato che i dipendenti sono ancora coperti dal sistema di assicurazione nazionale, con periodici esami medici come anche altri aspetti della medicina del lavoro che sono efficacemente regolati da leggi pertinenti.

Sfortunatamente questo *status quo* sembra essere in pericolo. Con

i processi di globalizzazione in corso, le nuove tendenze essendo inopportunamente giustificate dalla necessità di tagliare i costi, sono emerse con lo scopo di "ottimizzare" il sistema di cure sanitarie. Questo significa semplicemente che il sistema di cure sanitarie deve essere più ridotto. Per esempio, si stanno facendo degli sforzi per imporre dei limiti nell'ambito degli esami preventivi *con l'eliminazione degli esami di laboratorio*. Questo porta instabilità nella legislazione del caso, che è pericoloso poiché risulta in un deflusso del personale professionale medico altamente qualificato. Infatti, la medicina del lavoro ha cessato di essere un campo in cui i medici vogliono specializzarsi. Ciò che attesta questa situazione è un grande numero di inutilizzate opportunità di addestramento di specialisti in questa area, che è paragonato ad altre specialità richieste da altri candidati, è un nuovo fenomeno. Se la ricerca di profitti si suppone che sia la sola determinante qui, la pressione sui costi del lavoro risulta nell'idea che è inutile l'accumulo di esaurienti servizi di cure sanitarie che sono ampiamente disponibili ai dipendenti.

Un altro attuale problema in Polonia è l'assunzione illegale dei lavoratori, senza registrarli, come anche costringere i dipendenti a continuare il lavoro su una base autonoma, là dove *de facto* portano avanti gli stessi servizi che facevano sulla base di un contratto di lavoro. A tali "dipendenti" autonomi (dipendenti e datori di lavoro allo stesso tempo) non vengono offerti esami periodici e altri essenziali servizi sanitari, ciò risulta in un'ampia gamma di malattie che si sviluppano in questo gruppo di persone in aggiunta al generale deterioramento della loro salute. Alla fine del giorno, non solo la sofferenza umana è una conseguenza qui ma anche considerevoli costi sostenuti dalla società, poiché i pazienti con malattie croniche causate dal lavoro sono spesso a carico dal sistema sanitario statale. La cura nel caso di una avanzata malattia implica spese che sono una dozzina di volte superiori ai costi delle procedure che si compiono agli inizi della malattia senza menzionare le somme di denaro neces-

sarie per la prevenzione. La prevenzione è molto meglio della cura, anche in termini finanziari. Questo è valido non solo per l'oncologia ma anche per le malattie associate al progresso della civilizzazione.

La situazione è la stessa in altri paesi europei inclusa in quelle altamente sviluppate con i lavoratori migranti dai cosiddetti "Stati di nuovi Membri" o da oltre l'Unione Europea che sono assunti illegalmente che acconsentono ad essere pagati con un basso salario senza alcuna assicurazione sociale specialmente esposti a questi problemi. Tali lavoratori oltre a guadagnare molto poco non hanno accesso ai servizi sanitari essenziali. Una comune ragione per il ritorno ai loro paesi nati è la loro salute rovinata con il risultato finale di una tale situazione che è un carico perfino più grande dei sistemi sanitari inadeguatamente finanziati in questi paesi che sono in ogni modo economicamente più deboli.

Ora, mi piacerebbe illustrare brevemente la situazione nelle economie emergenti, il cui impatto nell'economia globale, inclusi i paesi europei, è significativo in modo crescente. Secondo il rapporto di Amnesty International del Marzo 2007, la violazione dei diritti umani fondamentali è una comune avvenimento là. Potenziali investitori stranieri con profitti enormi essendo il loro scopo supremo, riguardano questi paesi come luoghi altamente attraenti. In questi paesi l'ammontare della paga è molto bassa. Assumere bambini è assai diffuso. Le condizioni di lavoro sono generalmente molto cattive ed i servizi sanitari essenziali non sono forniti. Nella maggior parte delle fabbriche tessili sono assunte le giovani donne delle aree rurali. Considerate essere molto obbedienti, accettano il lavoro più duro a condizioni inadeguate, poiché la situazione economica nelle aree dalle quali esse provengono è perfino peggiore. In generale, queste dipendenti lavorano 12-14 ore al giorno, avendo solo un giorno libero al mese. Esse sviluppano una vasta schiera di malattie del lavoro e collegate alle condizioni sanitarie. Secondo questo rapporto il 90% delle donne impiegate nell'industria tessile

non hanno accesso ai servizi sociali, inclusi gli essenziali servizi sanitari. Perciò con questo procedimento sono fabbricate merci incomparabilmente a basso costo, ineguagliate in termine di prezzo. Il mondo è inondato da tali prodotti che spesso causano serie perturbazioni nei locali (per esempio Europei) mercati del lavoro, che non possono combattere una competizione basata sull'ingiustizia sociale e sull'umana sofferenza.

L'Europa, la culla della moderna civilizzazione, dovrebbe usare tutti i suoi disponibili strumenti economici (per esempio l'embargo) o esercitare pressioni politiche allo scopo di migliorare le condizioni del lavoro nelle fabbriche e assicurare che i servizi sanitari siano ampiamente disponibili nei paesi in via di sviluppo. Non si nega che la consapevolezza tra gli Europei e i cittadini degli USA e del Canada dell'ingiustizia manifesta riguardante la disponibilità di servizi di cure sanitarie nelle emergenti economie è accompagnata dal loro sfrenato uso dei "benefici" della forza di lavoro a basso costo attraverso l'acquisto di una ampia gamma di merci costruite là iniziando dalle scarpe industriali e finendo con i prodotti elettronici high-tech.

Sua Santità, nella sua enciclica *Caritas in veritate*, Lei sottolineava l'idea di sostituire la ristretta "logica del mercato" con la logica del dono e della solidarietà globale.

Cosa dovremmo dire oggi è una cosa fondamentale – *la logica dell'umanesimo*: rispetto per il lavoratore come persona a cui è stata data una vita, che è unica e inestimabile agli occhi di Dio. L'uomo non può essere ridotto al livello di una macchina manifatturiera. Questo significherebbe la caduta della civilizzazione del ventunesimo secolo.

Allo stesso tempo, una voce si dovrebbe levare – *meno denaro speso per armamenti e per tecnologie mortali (industria della difesa) e più denaro speso nella protezione della salute*, specialmente in quei luoghi dove la salute è spesso danneggiata e sprecata – i luoghi di lavoro!

Ai politici dovrebbe essere ricordata invariabilmente la loro vocazione a costruire la civiltà della vita, la solidarietà e la cooperazione internazionale piuttosto che promuovere la crudele e insensibile competizione con le distrutte salute e dignità dei lavoratori!

I giornalisti della stampa e i reporters della TV/radio dovrebbero essere più coinvolti nell'esporre queste gravi situazioni e tragedie umane, poiché la loro gamma ed estensione sono spesso più ampie che al tempo del più nero capitalismo (considerando il più alto livello di conoscenza e di informazione che fluisce oggi). Lasciamo che mostrino solidarietà con i loro fratelli e sorelle che sono afflitti da

questi processi distruttivi! Senza la loro fidata informazione, molti politici in molti paesi non farebbero passi decisivi per provvedere i dipendenti con l'assistenza sanitaria necessaria.

Ugualmente importante è appellarsi a qualche rappresentante della professione medica, che, comprendendo il potenziale della loro conoscenza esperta e della loro forza politica non dovrebbero chiudere gli occhi davanti alle tragedie della "gente comune". Ciò che dovrebbero invocare è la loro responsabilità, per gli inesorabili strumenti di sfruttamento che sono il male sostituendoli con la docile e ubbidiente collaborazione con il Creatore poiché essi comprendono che qualche volta falliscono nel fare anche se essi hanno la conoscenza necessaria e le capacità di eseguire del tutto i loro doveri. Al pubblico dovrebbero essere mostrati questi medici e ministri le cui menti sono disposte nel fornire servizi medici a ciascuna persona sia povera che ricca, e che tentano di costruire un sistema sanitario che sosterrà le persone come loro. La vitale idea dei servizi sanitari forniti nei luoghi di lavoro dovrebbe essere prioritaria.

Prof. STANISŁAW
SZCZEPAN GÓZDŹ
*Direttore dell'Ospedale
di Oncologia di Kielce,
Polonia*



JEAN-MARIE LE MÉNÉ

L'operatore sanitario di fronte ad alcune questioni di carattere deontologico, etico e legislativo

Perché il personale sanitario deve far fronte ad alcune questioni di carattere deontologico, etico e legislativo? Cerchiamo di comprendere questa domanda: essa suggerisce che la deontologia, l'etica e la legge possono contraddirsi. Tale disaccordo può essere all'origine delle difficoltà che incontra il personale sanitario. Si capisce, quindi, come queste persone sentano il bisogno di un chiarimento necessario all'esercizio della loro professione, nelle migliori condizioni per i loro pazienti e per loro stessi.

Nella prima parte di questo intervento, abbiamo ritenuto utile cercare le cause della contraddizione tra deontologia, etica e legge. Nella seconda parte, ne esamineremo le conseguenze.

1. Le cause della contraddizione tra deontologia, etica e legge

Il disaccordo tra deontologia, etica e legge sembra essere all'origine delle difficoltà incontrate dal personale sanitario. In effetti, quando queste tre fonti normative sono concordanti, il personale sanitario non ha motivo di sottomettersi a tale corpus coerente, salvo a volersi escludere essi stessi dalla propria comunità. Il problema viene dunque dal fatto che il personale sanitario può trovarsi a dover fronteggiare le prescrizioni della deontologia, dell'etica e della legge che non vanno nello stesso senso. Essi allora sono vittime di incertezze le cui conseguenze possono ricadere sulle loro pratiche. Possono anche essere tentati di opporsi a queste diverse prescrizioni, esonerandosi dal rispetto di alcune di esse. In questo caso, essi sono

altrettanto colpevoli che vittime. Da dove viene il fatto che tra queste tre fonti normative sia possibile una tale contraddizione, pregiudizievole a una buona pratica al servizio dei pazienti? Essa sembra derivare principalmente da due cause: la rottura della legge positivista e la rottura epistemologica dello statuto della scienza.

a. La rottura della legge positivista

Per realizzare pienamente la rottura del positivismo, è interessante ricordare l'itinerario storico della riflessione etica in medicina.

“All'origine dell'etica medica, nelle società arcaiche come in quelle più evolute dell'antichità, erano presenti sempre tre elementi: le esigenze di carattere etico che il medico doveva rispettare, il senso morale dell'aiuto ai malati e le decisioni che lo Stato doveva prendere in rapporto ai problemi che i suoi cittadini dovevano affrontare in materia di salute pubblica. Già il Codice di Hammurabi del 1750 a.C., influenzato dalle precedenti prescrizioni sumere, contiene norme che regolano l'attività medica e una prima regolamentazione delle tasse per l'aiuto alla salute. Inoltre, non si può, nella ricostruzione del pensiero etico occidentale in campo medico, ignorare Ippocrate (460-370 a.C.) e il suo Giuramento”, nota il Cardinal Sgreccia¹. A questo riguardo, egli mostra come il Giuramento fondi la moralità dell'atto medico sul principio di beneficenza, cioè il bene del paziente, posto al di sopra della legge stessa, e non su una semplice morale di casta medica.

In seguito, con Platone, Socrate e

Aristotele, lo sforzo fu diretto a stabilire criteri non soggettivi della moralità, fondati sulla verità obiettiva e sulla consapevolezza del bene in sé. Così formulazioni analoghe del Giuramento sono presenti in più culture.

Il Cristianesimo, da parte sua, non soltanto ha riservato una buona accoglienza all'etica ippocratica ma non ha smesso di innovare fondando il concetto di persona umana al di sopra del dualismo tra l'anima e il corpo, quello dell'aiuto al malato (“è a me che l'avete fatto”) e quello della professione medica (il Buon Samaritano). Il Cristianesimo ha sempre cercato il dialogo tra fede e scienza attraverso la mediazione della ragione, che è loro riferimento comune.

Al contrario, il principio di autonomia, derivato dalla filosofia dei Lumi, fonda l'agire morale sulla sola scelta autonoma dell'individuo, indipendentemente dalla verità: la sua libertà è praticamente senza limiti, si arresta solo là dove comincia quella degli altri, ma a condizione che gli altri dispongano dei mezzi per valersi della loro libertà. Agli “altri” che, come gli embrioni, i feti, i bambini handicappati, i vecchi o i malati in fin di vita, non sono più considerati delle persone, questa libertà non viene riconosciuta. La scissione del binomio verità-libertà rende difficile difendere la nozione di bene comune. L'interesse soggettivo diventa principale e provoca il relativismo etico. Il diritto non dipende più in nessun modo dalla verità e non ha più come scopo la giustizia, ma è ridotto a un atto di volontà normativa da parte di colui che governa. È il positivismo giuridico che riconosce come diritto solo ciò che è nella

legge, che il suo contenuto sia giusto oppure no.

Le conseguenze di questa concezione positivista sono estremamente gravi. La legge diventa un semplice meccanismo di regolazione, d'arbitraggio tra gli interessi individuali, un modo di ricerca del consenso, una procedura formale per salvare gli interessi di una maggioranza mutevole. Ne risulta un duplice fenomeno contrario: da un lato la legge è amorale in quanto non è più irrigata dalla morale, dall'altro la legge e la morale tendono a confondersi nella mente dei cittadini che non hanno altri riferimenti normativi che la legge. Ciò che è legale è diventato morale. Basta cambiare la regola per essere in regola. In realtà, il risultato è lo stesso: la legge è quella del più forte ed è arbitraria. Essa, soprattutto, è diventata tossica nella misura in cui appare come capace ormai di inquinare la morale e la deontologia tradizionale che non sono prodotti di sintesi.

Come osserva l'*Evangelium Vitae*, "il valore della democrazia sta o cade con i valori che essa incarna e promuove: fondamentali e imprescindibili sono certamente la dignità di ogni persona umana, il rispetto dei suoi diritti intangibili e inalienabili, nonché l'assunzione del «bene comune» come fine e criterio regolatore della vita politica. Alla base di questi valori non possono esservi provvisorie e mutevoli «maggioranze» di opinione, ma solo il riconoscimento di una legge morale obiettiva che, in quanto «legge naturale» iscritta nel cuore dell'uomo, è punto di riferimento normativo della stessa legge civile. Quando, per un tragico oscuramento della coscienza collettiva, lo scetticismo giungesse a porre in dubbio persino i principi fondamentali della legge morale, lo stesso ordinamento democratico sarebbe scosso nelle sue fondamenta, riducendosi a un puro meccanismo di regolazione empirica dei diversi e contrapposti interessi"².

La moderna deriva del diritto verso il positivismo scava, perciò, un profondo fossato che lo separa sempre più dalla deontologia medica al servizio del malato e dell'etica personalista. "In questo modo giunge ad una svolta dalle tragiche conseguenze un lungo processo stori-

co, che dopo aver scoperto l'idea dei «diritti umani» – come diritti inerenti a ogni persona e precedenti ogni Costituzione e legislazione degli Stati –, incorre oggi in una *sorprendente contraddizione*: proprio in un'epoca in cui si proclamano solennemente i diritti inviolabili della persona e si afferma pubblicamente il valore della vita, lo stesso diritto alla vita viene praticamente negato e conculcato, in particolare nei momenti più emblematici dell'esistenza, quali sono il nascere e il morire"³.

b. La rottura epistemologica dello statuto della scienza

Il recente avvento delle scoperte genetiche e cellulari, cioè delle leggi scientifiche che presiedono alla formazione della vita, ha provocato



una sorta di rivoluzione concettuale che ha rafforzato la separazione tra morale e legge. In effetti, con queste scoperte l'uomo ha creduto di poter creare e distruggere se stesso, da quando ha visto nascere la vita in fondo a una provetta o sotto la lente di un microscopio. Infine, è arrivato a controllare il proprio destino dall'inizio al termine della vita. Il suo potere è diventato demiurgico. Abbagliato da queste imprese, egli non ha più bisogno di un riferimento trascendente. Quel che è richiesto è unicamente un riferimento utilitarista ed economico, come pure una giustificazione basata sulla ricerca di una felicità eternamente insoddisfatta e che resta da definire. Tutto questo ci porta molto lontano dalla deontologia e dalla morale. La sensazione di vertigine, ebbrezza e

onnipotenza avvertita da tutta la società, agisce come potente acceleratore della trasgressione. La scienza medica entra dunque in una nuova fase sotto l'effetto degli sviluppi accelerati della tecnica. Nulla è più prevedibile per quel che riguarda l'applicazione di queste tecniche, nella misura in cui la stessa finalità della scienza, al servizio del bene comune, non è più assicurata. Di conseguenza, le frontiere etiche ricordate in maniera incantatoria nei dibattiti sociali, continuano a spostarsi in avanti, sempre più rapidamente, a seconda degli inquadramenti legislativi che si succedono. I governi e i parlamenti cercano goffamente "di inquadrare le derivate con la legge" ma, in pratica, "è la legge che deriva con il quadro"⁴. La funzione di regolazione della legge mostra la sua inefficacia. Come no-

ta il filosofo Michel Serres⁵, la scienza non mira più semplicemente alla conoscenza della realtà, ma è diventata la realizzazione di tutto ciò che è possibile. Essa ormai prende in prestito dalla politica il suo statuto epistemologico: l'arte del possibile.

Il fenomeno colpisce per la sua novità. Il male assoluto è stato accantonato, chiuso, circoscritto una volta per tutte, nel perimetro dei crimini nazisti. Il concerto delle condanne, delle contestazioni, delle indignazioni, ha esaurito le sue risorse, smussato le sue competenze, prosciugato i suoi torrenti per scongiurare gli errori del genocidio. Paradossalmente, il processo di Norimberga, invece di acuire la nostra vigilanza per l'avvenire, ha chiuso il dossier del divorzio tra la legge e

la morale e l'ha rinviato a un passato compiuto. La politica è stata seriamente screditata dalla sua tradizione e incompetenza. La morale ha firmato una confessione di debolezza di fronte alla concretizzazione dell'impensabile. Dio è sembrato stranamente assente durante questo periodo e alla Chiesa non si chiede più il suo parere. In questo contesto di disillusione e di cinismo, sembra ai nostri contemporanei che solo il mito di una scienza obiettiva, fattore di rinnovamento e di pace, una magia preveggenze, un sogno progressista, siano capaci di riaprire il campo della speranza. In nome di cosa si può vietare a questa utopia di prosperare se non resta altro che questo? "Bisogna lasciare che la ricerca scientifica lavori liberamente", possiamo leggere ovunque. È la scienza verginale, redentrice e quasi deificata, che ci salverà da tutto e ci renderà la felicità, poiché la politica è corrotta, la morale è smarrita e Dio è silenzioso. In breve, non si crede più in nulla tranne in una scienza che occupa tranquillamente il posto lasciato vacante dalla religione, dalla filosofia e dall'arte di governare la città.

2. Le conseguenze della contraddizione tra deontologia, etica e legge

Privata di morale obiettiva e drogata dalla performance tecnica, l'attività medica e scientifica è come una nave ubriaca il cui motore è sempre più competitivo ma non segue più la rotta. Le conseguenze sono percettibili nell'azione del personale sanitario. Da una parte, ne nasce una grande confusione nelle decisioni da prendere. Dall'altra, il peso di queste decisioni ricade su un personale sanitario sempre più solo.

a. La confusione delle decisioni da prendere

La situazione è diventata molto confusa a causa della crescente complessità tecnica e, allo stesso tempo, del relativismo normativo che abbiamo descritto, ma anche degli abbandoni già consentiti e non sempre percepiti come tali. Spesso, la situazione è caratterizzata dal fatto che la società ha già ac-

cettato una trasgressione che potremmo definire "primaria", all'interno della quale si pongono questioni etiche "secondarie". Così avviene, ad esempio, con le tecniche di fecondazione in vitro con terzi donatori che costituiscono atti illegittimi in sé. È la trasgressione primaria. Si pone poi la questione di sapere se, nel quadro della fecondazione in vitro con terzi donatori, bisogna accettare questa o quella sistemazione come la rimozione dell'anonimato del donatore. È inquietante doversi pronunciare su un punto secondario che rischia di mascherare il vero problema, che è quello della possibilità stessa della fecondazione in vitro con terzi donatori. Dispiace vedere il personale sanitario o i responsabili appartenenti alla Chiesa cattolica schierarsi a favore dell'anonimato o della rimozione dell'anonimato allorché i loro sforzi – almeno sul piano della formazione e dell'argomentazione – dovrebbero soprattutto concorrere alla soppressione della fecondazione in vitro con donatori.

Nello stesso ambito, si può fare una constatazione identica sul congelamento degli ovociti per vetrificazione, che è una tecnica di congelazione rapida in opposizione alla congelazione lenta utilizzata finora. I meriti o i pericoli della vetrificazione si valutano dunque nel quadro della raccolta di gameti, già di per sé attività moralmente contestabile sulla quale occorrerebbe fare marcia indietro. Questo dibattito tecnico secondario, per quanto seducente possa essere nella prospettiva del miglioramento della procreazione medicalmente assistita, cancella in particolare il fatto che bisognerà sperimentare l'effetto della vetrificazione degli ovociti su embrioni umani, destinati a non essere trasferiti in utero.

In un altro ambito, quello dello screening prenatale, è molto frequente veder emergere dibattiti sull'evoluzione delle pratiche: ad esempio, il miglioramento delle prestazioni grazie alla combinazione dell'ecografia e dei marcatori biologici, l'anticipazione dei test della trisomia 21 dal secondo al primo trimestre della gravidanza, l'analisi del carotipo a partire dalle cellule fetali circolanti nel sangue della madre, migliori informazioni alla donna incinta per illuminare la

sua scelta, ecc⁶. La stessa finalità dello screening non è mai rimessa in causa, né mai ridiscussa, mentre essa è costantemente orientata verso l'aborto. Numerosi però sono coloro, tra il personale sanitario o i responsabili cattolici, che non si accorgono che, prestandosi a queste discussioni, o scegliendo a fortiori di schierarsi a favore di un miglioramento delle tecniche, contribuiscono a installare più confortevolmente, e dunque a consolidare, un'organizzazione perversa.

È importante notare, a questo riguardo, che il ricorso all'articolo 73 dell'*Evangelium Vitae*, a volte richiesto, è inefficace. Questo articolo permette di sostenere una legge più restrittiva destinata a sostituire una legge più permissiva, ma certamente non a migliorare le componenti di un sistema cattivo i cui effetti negativi, sul piano del rispetto della vita, non sarebbero affatto ridotti.

Ecco perché bisogna continuamente ricordare la necessità di trovare criteri di giudizio, non soltanto nella stessa ricerca scientifica e tecnica medica, ma tornando ad una visione ontologica, assiologia e teleologica della realtà in gioco: l'essere umano in tutte le fasi della vita, dal concepimento alla morte.

"Allo scopo di poter prendere una decisione a partire da questi criteri, bisognerà, di conseguenza, rispondere chiaramente alle tre domande seguenti: cos'è l'uomo (ontologia)? qual è il suo valore (assiologia)? qual è il suo destino (teleologia)?"⁷.

b. L'isolamento del personale sanitario

Quando nelle decisioni da prendere regna la confusione, il personale sanitario sente più pesante la responsabilità sulle sue spalle. Se la direzione data dalla legge contraddice la deontologia e la morale, il compito di ricreare una gerarchia delle norme applicabili spetta, alla fine, a ciascuno degli stessi attori del mondo sanitario. Per il personale sanitario, il più delle volte solo, si tratta quindi di essere capace di porre un giudizio di coscienza, cioè di valutare un'azione relativamente ai principi e alle norme morali. Porre un giudizio di coscienza si presenta allo stesso tempo come un di-

ritto ma anche come un dovere. A questo riguardo, è importante ricordare che nel giudizio di coscienza, se l'esercizio della libertà è necessario, essa non è sufficiente. In effetti, affinché si possa parlare di vera coscienza, ci deve essere una corrispondenza tra giudizio morale e conformità dell'atto a un buon fine. Per questo esiste l'obbligo, per il personale interessato, di ricevere una formazione morale tanto più esigente quanto più alti sono i beni in causa.

Purtroppo, nei Paesi in cui la legge non persegue più un buon fine e in cui imperversa una contraddizione tra deontologia, etica e diritto, esiste una reale difficoltà a trovare formazioni morali degne di questo nome. Tocca allora alle strutture ecclesiali mitigare questa carenza proponendo una formazione morale per il personale sanitario. Il compito risulterebbe altamente facilitato se negli istituti scolastici della

Chiesa cattolica fosse già impartita una formazione in bioetica. Sarebbe facilitato, inoltre, se le coppie che chiedono matrimonio ricevessero una formazione propriamente bioetica – e non solo coniugale – nell'ambito della preparazione fornita loro dalla Chiesa.

Infine, si raccomanda ai formatori cattolici in bioetica di non esitare a porsi in una logica di rottura – e non di accompagnamento – del quadro legislativo dei Paesi che dissociano deontologia, etica e legge. Se questa volontà di rompere con un sistema di norme fuorviate non è chiaramente stabilita, è impossibile dispensare una formazione in grado di formare le coscienze, di infrangere l'isolamento del personale sanitario e di sperare che esso metterà i progressi tecnici e scientifici al servizio di decisioni mediche conformi al bene comune.

Il rispetto dell'essere umano non si ferma là dove inizia la libertà del-

la tecno-scienza, mentre invece la libertà della tecno-scienza si ferma là dove inizia il rispetto dell'essere umano.

Prof. JEAN-MARIE LE MÉNÉ
*Presidente della Fondazione
 Jérôme Lejeune,
 Francia,
 Membro della Pontificia
 Accademia per la Vita,
 Santa Sede*

Note

¹ E. SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, Mame-Edifa, Paris, 2004, pp.13 et s.

² *Evangelium Vitae*, n° 70.

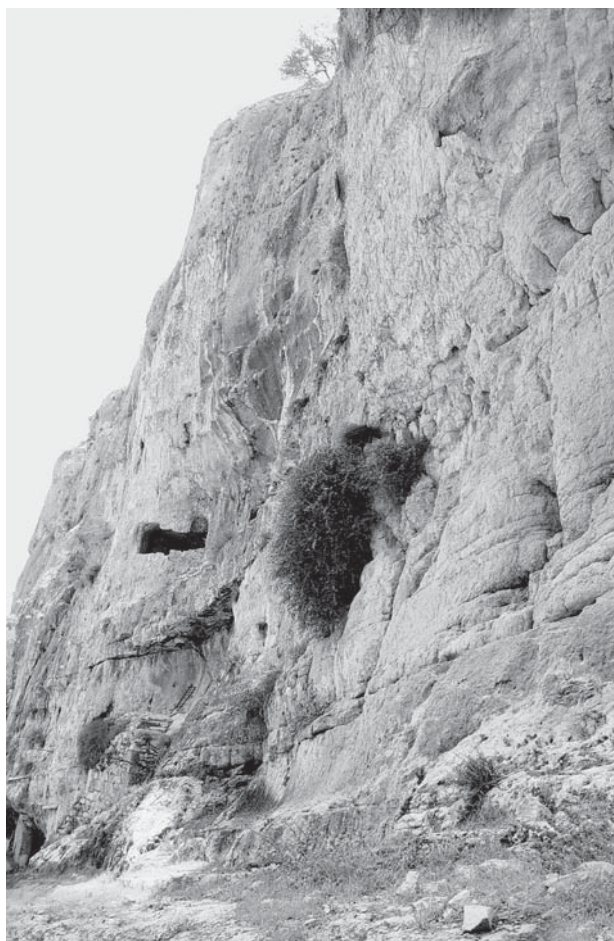
³ *Evangelium Vitae*, n° 18.

⁴ J.M. LE MÉNÉ, *Nascituri te salutant – La crise de conscience bioéthique*, Salvator, Paris, 2009.

⁵ J. TESTART, *L'œuf transparent*, préface de Michel Serres.

⁶ J.M. LE MÉNÉ, *La trisomie est une tragédie grecque*, Salvator, Paris, 2009.

⁷ E. SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, o.c., p. 47.



BARRY L. DUNCAN

L'uso dei farmaci psichiatrici in pediatria

Nel 2004, una rivista statunitense era giunta alla conclusione che la spesa per i medicinali usati per i problemi comportamentali nell'infanzia aveva superato quella per ogni altro tipo di medicinale, compresi gli antibiotici (Medco Health Solutions, Inc.). Mentre gli Stati Uniti sono ancora al primo posto per le prescrizioni psichiatriche ai giovani, l'uso globale dei farmaci per il disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD) è aumentato del 274% (Scheffler et al., 2007) in quanto la prescrizione degli antipsicotici in Europa è raddoppiata (ad es., nel Regno Unito: Rani, Murray, Byrne, & Wong, 2008; e in Germania: Schubert & Lehmkuhl, 2009). Il numero dei giovani che assumono una o più medicine psichiatriche è vicino al 9% negli Stati Uniti, al 6% nel Regno Unito e al 3% in Australia, sebbene nessuna ricerca clinica abbia esaminato l'intervento polifarmaceutico sui bambini (dosReis et al., 2005).

Le prescrizioni di antidepressivi per i giovani sono aumentate di una percentuale dell'11% all'anno dal 1994 al 2000, e, da allora, del 5% l'anno per un totale di oltre 11 milioni di prescrizioni scritte ogni anno. Il numero di coloro che prendono antipsicotici è balzato al 73% in quattro anni dalla fine del 2005: ad oltre 2,5 milioni di giovani all'anno sono prescritti antipsicotici (dosReis et al., 2005). Uno studio realizzato su 11.700 bambini americani fino ai 18 anni coperti dal programma sanitario Medicaid (riservato alle persone con basso reddito) ha evidenziato che il numero dei bambini trattati di recente con antipsicotici è aumentato dai 1.482 del 2001 ai 3.110 (o 26%) del 2005 (Mathak, West, Martin, Helm, & Henderson, 2010). Un altro studio ha rivelato che ai bambini coperti da Medicaid venivano prescritti antipsico-

tici con una percentuale quattro volte più alta dei bambini coperti da un'assicurazione privata, ed era più probabile che ricevessero gli antipsicotici per usi non approvati (Crystal, Olfson, Huang, & Gerard, 2010). Uno studio sulle cure fornite ai bambini (con Medicaid) ha individuato che il 57% ha ricevuto tre o più di questi medicinali (Zito et al., 2008), sei volte la media nazionale. Per finire, l'uso degli antipsicotici nei bambini con assicurazione privata, dai 2 ai 5 anni, è raddoppiato tra il 1999 e il 2007 (Olfson, Crystal, Huang, & Gerhard, 2010). Circa l'1,5% di tutti i bambini con assicurazione privata tra i 2 e i 5 anni, o uno su 70, ha ricevuto qualche tipo di medicinale psichiatrico nel 2007, malgrado il fatto che ci sia scarsa o nessuna documentazione per questa fascia di età.

Mentre l'uso dei farmaci psicotropi è aumentato, l'intervento comportamentale comunitario è rimasto invariato o è regredito (Case, Olfson, Marcus, & Seigel, 2007). Emergono diverse domande: anzitutto il fatto che le percentuali delle prescrizioni siano salite alle stelle è giustificato dall'evidenza delle prove cliniche? I medici che prescrivono di routine i medicinali psicotropi seguono i mandati scientifici della medicina che si basa sull'evidenza (*evidence based medicine* – EBM), cioè l'integrazione delle migliori ricerche con l'esperienza clinica, compresi i valori del paziente, per prendere decisioni informate su singoli casi (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996)?

E poi, i bambini, in virtù della loro posizione debole e di dipendenza dagli adulti, sono forse le vittime di un'industria motivata dall'avidità piuttosto che dalla coscienza sociale? E per finire, le tariffe differenziate delle prescrizioni di medicinali psichiatrici ai

bambini sono una violazione delle cure eque e umane? La mia presentazione vuole affrontare queste domande, attraverso un'analisi rischio/beneficio delle principali classi di medicinali e fornire agli operatori professionali del campo della salute e della pastorale un quadro per valutare la letteratura sull'argomento e facilitare decisioni in campo medico.

Bambini e antidepressivi

Due esperimenti controllati su casi di uso della fluoxetina (Prozac) (Emslie et al., 1997; Emslie et al., 2002), hanno ricevuto l'approvazione per i giovani tra gli 8 e i 17 anni ai quali era stata diagnosticata la depressione (FDA, 2003, January 3). Tuttavia, entrambi gli studi di Emslie non riportano una differenza statistica tra il Prozac e il placebo sui principali risultati ottenuti. Inoltre, in entrambi gli studi, le reazioni maniche e tendenti al suicidio erano notevolmente più alte nel gruppo trattato con il medicinale rispetto a quello trattato con placebo (Sparks & Duncan, 2008). Un'analisi indipendente del FDA ha concluso che solo 3 dei 15 studi pubblicati e non pubblicati dai SSRI mostravano una maggiore efficacia rispetto al placebo sui casi principali (Laughren, 2004). Nessuno dei 15 ha trovato differenze sui pazienti o sulle misure collaterali classificate.

Il NIMH ha evidenziato che lo studio sul trattamento della depressione adolescenziale (Treatment of Adolescent Depression Study-TADS) (TADS Team, 2004), ha svolto un'ulteriore valutazione sul Prozac per i giovani. Il TADS ha paragonato l'efficacia di quattro condizioni di trattamento: Prozac da solo, terapia comportamentale cognitiva (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) da so-

la, CBT più Prozac e placebo. Malgrado quanto proclamato dai media (la prima pagina del *New York Times* riportava che “Gli antidepressivi sono considerati efficaci nel trattamento degli adolescenti” Harris, 2004), il FDA non reputa il TADS come uno studio positivo per i SSRI, a causa delle scoperte negative sui suoi risultati principali.

Altri paragoni sulle conclusioni sul TADS hanno confermato lo strumento combinato farmaco/CBT. Tuttavia, il trattamento non avveniva all’insaputa delle persone trattate, e solo il gruppo combinato ha ricevuto tutti i componenti dell’intervento (farmaci, psicoterapia, psico-educazione e terapia familiare, e un supporto costituito dal monitoraggio della farmacoterapia), creando una significativa disparità in favore dello strumento combinato. Il TADS ha riportato 6 tentativi di suicidio da parte di chi assumeva il Prozac contro 1 da chi non lo assumeva, con più del doppio dell’incidenza di comportamento pericoloso nelle condizioni del Prozac rispetto ai gruppi placebo (malgrado l’esclusione dei giovani ritenuti ad alto rischio di comportamento suicida). Ciò nonostante, gli autori raccomandavano che “la gestione medica del MDD con fluoxetina, compreso un attento monitoraggio per effetti collaterali, dovrebbe essere ampiamente disponibile, e non scoraggiata” (p. 819) – una conclusione criticabile, data la sua inconsistenza con gli stessi dati forniti dallo studio sui danni. Nello studio su 36 settimane di “follow up” (The TADS Team, 2007), tutte le condizioni di trattamento convergevano su 30 settimane con idee significativamente suicide nel gruppo che usava Prozac da solo. La percentuale degli eventi suicidi per coloro che usavano il Prozac era all’incirca del 12%, il doppio rispetto al 6% del gruppo CBT.

I rischi rilevati nei dati pubblicati e non pubblicati, hanno spinto il FDA ad emettere un’avvertenza che metteva in guardia, per tutti gli antidepressivi per i giovani, su un aumento del rischio di suicidio e di un peggioramento del quadro clinico (FDA, October, 15, 2004). Un’ulteriore argomentazione a supporto dell’avvertenza emerge-

va da un’analisi degli esami placebo-controllati di nove antidepressivi, un totale di 24 esami che hanno coinvolto 4.400 bambini e adolescenti (Hammad, Laughren, & Racoosin, 2006). La ricerca ha rivelato una percentuale di rischio di suicidio del 4% nei giovani trattati con farmaci, il doppio rispetto al 2% del rischio dei placebo.



Bambini e farmaci stimolanti

Un rapporto del Gruppo di Lavoro sui farmaci psicoattivi per bambini e adolescenti della “American Psychological Association” (APA) (Working Group, 2006), ha notato che mancavano i dati che potessero sostenere l’efficacia a lungo termine di questi farmaci, o che non fossero dannosi. Ulteriori documentazioni hanno mostrato che gli stimolanti, mentre riducono i sintomi, mostrano un’efficacia minima nei campi della vita del bambino, compresi i progressi sociali e scolastici. Tuttavia, i sostenitori degli stimolanti indicano il “Multimodal Treatment Study of Children with ADHD” (MTA) (MTA Cooperative Group, 1999). Solo 3 di queste 19 misure, nessuna applicata all’insaputa, hanno trovato delle differenze che hanno favorito il metilfenidato (Ritalin). Né gli osservatori delle classi, né gli stessi bambini o i loro coetanei, hanno trovato un rimedio migliore degli interventi comportamentali. Inoltre, le valutazioni dopo 14 mesi sono state paragonate a quelle degli attivamente medicati e di chi

aveva completato la terapia (da 4 a 6 mesi dopo l’ultimo contatto terapeutico “faccia a faccia” (Pelham, 1999). Dato questo paragone iniquo, solo 3 misure “nascoste” hanno incontrato un vantaggio per il Ritalin. Allo stesso tempo, è stato segnalato che il 64% dei bambini MTA ha avuto reazioni negative al farmaco: 11% classificate come moderate e il 3% come gravi. Dopo 36 mesi, i gruppi di trattamento non erano troppo diversi in quanto alle misure (Jensen et al., 2007). Le diminuzioni della crescita nei bambini sottoposti al trattamento erano in media di 2,0 centimetri e di 2,7 kg rispetto ai gruppi dei bambini che non prendevano il farmaco, senza prove di ripresa della crescita a 3 anni (Swanson et al., 2007).

Nel marzo del 2006, un comitato consultivo sulla sicurezza del FDA ha sollecitato maggiori avvertenze sui farmaci ADHD, riportando notizie di gravi rischi cardiaci, psicosi o idee ossessive, e manie suicide. Il FDA decise di rinunciare a evidenziare le avvertenze per la maggior parte dei farmaci ADHD, scegliendo invece di evidenziare i rischi sull’etichetta e di includere le informazioni ad ogni prescrizione.

Bambini e antipsicotici

Il Gruppo di Lavoro dell’APA ha trovato che gli studi a sostegno dell’uso degli antipsicotici per trattare i bambini avevano dei limiti metodologici. Consideriamo il “NIMH funded Treatment of Early Onset Schizophrenia Spectrum Disorders” (TEOSS) (Sikich et al., 2008). Il TEOSS ha cercato di esaminare l’efficacia, la tollerabilità e la sicurezza di due antipsicotici di seconda generazione (“Second Generation Antipsychotics” – SGA) (risperidone o Risperdal e olanzapina o Zyprexa) per i giovani con diagnosi di disturbi di tipo schizofrenico a esordio precoce e compararli con un antipsicotico di prima generazione (“First Generation Antipsychotic” – FGA) (molindone o Moban). Alla fine del periodo di otto settimane, la percentuale di risposta è stata del 50% per i soggetti trattati con Moban, del 46% per Risperdal, e del 34% per Zy-

prexa. Ai partecipanti allo studio era permesso l'uso concomitante di antidepressivi, anticonvulsivi, e di benzodiazepine, compromettendo anche questi risultati deludenti. Un ragazzo di 17 anni si è suicidato e un numero imprecisato di partecipanti sono stati ricoverati in ospedale a causa di manie suicide o per un peggioramento delle psicosi. Questi eventi sono particolarmente inquietanti alla luce del fatto che i giovani considerati a rischio di suicidio erano stati esclusi dallo studio. L'aumento di peso era stato ritenuto sufficientemente grave da giustificare la sospensione di Zyprexa. I risultati negativi sono stati "frequentissimi" in tutti e tre i gruppi. Solo quei giovani che "hanno risposto" durante il periodo iniziale di otto settimane – 54 su 116 – sono stati inseriti nello studio di mantenimento di 44 settimane (Findling et al., 2010). 40 di questi 54 giovani sono usciti in questo periodo a causa di "effetti negativi" o di "risposta inadeguata". Così, solo 14 dei 116 giovani che hanno fatto parte dello studio hanno risposto al farmaco e sono rimasti per tutto un anno: il 12% solamente.



Un'analisi critica dei difetti

L'ex direttore del *New England Journal of Medicine* ha richiamato l'attenzione sul problema delle "onnipresenti e multiformenti... associazioni finanziarie", autori delle sperimentazioni sui farmaci dovute alle compagnie i cui farmaci sono stati oggetto di studio (Angell,

2000, p. 1516). Data l'infiltrazione dell'influenza delle industrie, discernere la scienza dal marketing richiede la disponibilità ad impegnare materiale di fonte primaria, e un'analisi critica dei difetti.

Difetto n. 1: Impegno per il riserbo

Fisher and Greenberg (1997) affermano che la validità degli studi in cui un placebo è confrontato con un medicinale attivo, dipende dal "riserbo" dei partecipanti che valutano i risultati. Essi notano che pillole di zucchero inerte, o placebo inattivo, non producono gli effetti collaterali standard dei farmaci attuali – bocca secca, perdita o aumento di peso, vertigini, cefalea, nausea, insonnia e così via.

Dato che i partecipanti allo studio devono essere informati sulla possibilità e la natura degli effetti collaterali per dare il proprio consenso, sono necessariamente allarmati per questi eventi, il che consente loro di identificare correttamente il gruppo di studio. Per di più, i colloqui che richiedevano o che producevano un effetto informativo si sono facilmente rivelati attivi verso coloro che assumevano le pillole in modo inattivo, in realtà portando allo scoperto lo studio per gli esaminatori clinici e alterando i risultati. Inoltre, molti partecipanti ai cosiddetti "gruppi placebo" erano stati sottoposti in precedenza a terapie farmacologiche, alcuni anche prima di entrare a far parte del processo e pertanto avevano familiarità con gli effetti dei farmaci. Tutti gli studi descritti hanno utilizzato placebo inattivo o del tutto assente.

Difetto n. 2: Fiducia sulle misure cliniche

Negli studi di Emslie, il MTA e TADS, le misurazioni classificate sui pazienti non hanno trovato differenza tra il placebo e gli SSRI, e tra le condizioni nel MTA. La mancanza di approvazione dell'efficacia da parte dei pazienti nei test clinici ha posto la seguente questione: se i pazienti non osservano miglioramenti, in che modo può essere valutato importante dagli altri? Inoltre, le misurazioni classificate dai clinici spesso sono cate-

goriche, e permettono una gamma soggettiva di risposte ai colloqui con i partecipanti e delle predisposizioni potenziali dovute alle condizioni di segretezza ormai compromesse. Per di più, i dati continui spesso vengono convertiti in categorie distinte (ad es. risposta e non risposta), oltre a differenze esagerate (Kirsch et al., 2002). Infine, alcune valutazioni classificate dai clinici tendono a sfere specifiche di disagio che favoriscono farmaci investigativi, deformando potenzialmente i risultati. Ad esempio, le misurazioni negli esami antipsicotici, come TEOSS, favoriscono medicinali con proprietà sedative e molti esami aggiungono sedativi o osano farmaci con effetti di sedazione (Moncrieff, 2001).

Difetto n. 3: Tempo di misurazione

I farmaci psichiatrici spesso vengono prescritti per lunghi periodi di tempo. Ciò suggerisce che la maggior parte degli esami clinici, che durano dalle 6 alle 8 settimane, non misurano in che modo agiscono i farmaci al presente o gli effetti collaterali a lungo termine. In aggiunta, le differenze tra i medicinali e gli altri trattamenti o i gruppi placebo spesso si dissolvono nel tempo (Fisher & Greenberg, 1997). Senza un "follow up" a lungo termine, i risultati finali sull'efficacia nella vita reale non possono essere determinati. Gli autori di molti esami clinici a breve termine hanno trascurato di parlare delle limitazioni in un certo lasso di tempo o di modificare conseguentemente le affermazioni fatte in conclusione. Ad esempio, Emslie et al. (1997), uno studio di 8 settimane, ha concluso che "la fluoxetina in 20 mg/d è sicura ed efficace nei bambini e negli adolescenti" (p. 1036) senza menzionare il periodo di tempo. Gli studi MTA, TADS e altri, mostrano che le differenze con i trattamenti non farmacologici tendono a dissolversi nel tempo, e che gli effetti iniziali dei trattamenti farmacologici devono essere considerati in termini di tollerabilità e impatto a lungo termine oltre alla riduzione dei sintomi. Il "follow up" del TEOSS, che a un anno ha mostrato benefici solo nel 12%, ne è un drammatico esempio.

*Difetto n. 4:**Conflitto di interessi*

Richard Smith, che ha dato le dimissioni dalla carica di editore capo del *British Medical Journal* a causa della dilagante influenza delle industrie sulla ricerca accademica, spiega che il principale scopo degli esami sponsorizzati dall'industria è quello di trovare risultati per la società farmaceutica (Smith, 2003). La maggior parte dei giornali accademici raccomandano la trasparenza sulle fonti da cui proviene il denaro e sulle affiliazioni degli autori. Con questi ammonimenti, i lettori possono accostarsi allo studio con uno scetticismo giustificato e con un'analisi più attenta dei metodi di valutazione e sulle conclusioni. Lo studio di Emslie et al. del 1997, pubblicato prima della divulgazione dei requisiti non identifica le affiliazioni dell'autore. Il secondo esame sulla fluoxetina di Emslie et al. per la depressione infantile e negli adolescenti (Emslie et al., 2002) elenca le affiliazioni dell'autore nella prima pagina. Qui i lettori apprendono che Emslie e Wagner sono remunerati come consulenti da Eli Lilly, che ha finanziato la ricerca, e i cui prodotti erano stati oggetto di indagine. Gli altri sei autori sono catalogati come impiegati di Eli Lilly e che "possono possedere azioni in quella società" (p. 1205).

*Difetto n. 5:**Minimizzazione dei rischi*

Molti studi sui farmaci psichiatrici minimizzano o mancano di valutare le reazioni negative. Come risultato, le percentuali degli effetti collaterali possono essere sostanzialmente sottovalutate (Saffer, 2002). Invece di tabelle dettagliate, gli effetti collaterali possono essere descritti sotto forma di resoconto piuttosto che in formati tabulari (ad es., Emslie et al., 1997).

Gli autori delle sperimentazioni affermano spesso con sicurezza che il farmaco è sicuro quando i dati, in realtà, dimostrano il contrario. In uno studio sul Risperdal con i giovani ai quali erano stati diagnosticati disturbi comportamentali (Reyes et al., 2006), la rassegna della letteratura afferma che

"il Risperidone ha dimostrato in modo consistente l'efficacia e la sicurezza in entrambi gli studi controllati a breve termine e in quelli a lungo termine «open label»" (p. 402). Vengono citati cinque studi per sostenere questa affermazione: due a breve termine (Aman, De Smedt, Derivan, Lyons, & Findling, 2002; Snyder et al., 2002) e tre con un termine più lungo (Croonenberghs, Fegert, Findling, De Smedt, & Van Dongen, 2005; Findling, Aman, Eerdeken, Derivan, & Lyons, 2004; Turgay, Binder, Snyder, & Fisman, 2002).

I due esperimenti a breve termine hanno mostrato differenze significative tra il Risperidone e i gruppi placebo per quanto riguarda effetti collaterali importanti: sonnolenza, elevata prolattina (nei maschi), e aumento di peso. I tre studi con un termine più lungo erano estensioni "open-label" degli esperimenti a breve termine e prendevano in esame l'efficacia a lungo termine e la sicurezza del Risperidone nei bambini da 5 a 12 anni, con una media del quoziente IQ più bassa. In tutti e tre gli esperimenti, il massimo degli effetti collaterali riportati era la sonnolenza, che andava dal 20.6% al 51.9%. L'aumento di peso era un altro problema spesso riportato (dal 17.3% al 36.4%). Nei tre esperimenti è stato osservato un aumento dei livelli di prolattina. Cinque partecipanti allo studio di Croonenberghs et al. hanno richiesto farmaci anti-Parkinson, sei hanno rinunciato a causa dell'EPS, e due hanno sviluppato una discinesia tardiva, mentre il 26% dei partecipanti al Turgay et al. hanno sperimentato EPS. *Complessivamente, dei 77 partecipanti al Turgay et al. hanno riportato effetti collaterali, vicino al 92% in Croonenberghs et al., e al 91% in Findling et al.*

Malgrado ciò, gli autori di tutti e 5 gli studi hanno riportato la sicurezza del farmaco: le affermazioni "generalmente sicuro" e "ben tollerato" si trovano in ogni compendio e nella sezione conclusiva di tutti gli studi. L'affermazione che "il risperidone ha regolarmente dimostrato efficacia e sicurezza" (p. 402), con i cinque studi presi in esame qui come dimostrazione è, nella migliore delle ipotesi, fuor-

viante, e nella peggiore una costruzione retorica svelata solo esaminando i dati.

I problemi di sonnolenza, aumento di peso, aumento del livello di prolattina e le alterazioni del movimento sono stati effettivamente messi sotto il tappeto, e l'efficacia e la sicurezza, nel tempo, diventano indiscusse. (Sparks, Duncan, Cohen, & Antonuccio, 2010).

Conclusioni e raccomandazioni

L'evidenza dell'esame clinico non giustifica le attuali pratiche di prescrivere questi farmaci ed è antitetico alla medicina basata sull'evidenza. Mentre la farmacoterapia comporta un considerevole rischio per la popolazione giovanile, gli interventi psico-sociali hanno un forte "track record" con, virtualmente, nessun evento negativo associato al medicinale, portando il Gruppo di Lavoro (2006) a concludere la loro revisione massiccia con la raccomandazione: "Pertanto, raccomandiamo che nella maggior parte dei casi, devono essere considerati prima gli interventi psico-sociali" (p. 16).

Tale conclusione, tuttavia, non elimina il farmaco come una scelta tra tante ma piuttosto rende liberi i professionisti della salute e quelli di pastorale di mettere sul tavolo altre opzioni e battersi per conto di coloro che servono: a impegnarsi in dibattiti rischi/benefici e ad aiutare le famiglie a scegliere trattamenti in concerto con i loro valori e i contesti culturali, tra cui la Chiesa e la comunità, mettendo in atto l'appello dell'EBM a integrare la migliore ricerca disponibile con le preferenze del paziente.

Laddove i bambini sono chiamati in causa, i limiti sono più alti. Essi sono, essenzialmente, pazienti affidati a un esecutore; la maggior parte di loro non ha voce per dire no ai trattamenti o per pensare in proprio, e dipende dagli adulti salvaguardare il loro benessere (Sparks & Duncan, 2008). Inoltre, i bambini poveri spesso hanno meno adulti che possano vegliare su di loro e sono più vulnerabili ai medicinali pericolosi usati come interventi di controllo piuttosto che come terapia, e perciò è neces-

saria maggiore cura per garantire un trattamento equo. L'evidenza vuole che l'aumento delle prescrizioni e la diminuzione degli interventi psico-sociali venga fermato e che invece si realizzi uno standard più alto di cure: 1) l'intervento psico-sociale deve essere considerato prima di altri: le famiglie e i giovani devono avere una voce in capitolo per quanto riguarda le loro cure; 2) nessuna prescrizione senza il foglio illustrativo; 3) nessuna polifarmacia; 4) immediata separazione dell'influenza delle società farmaceutiche dalla scienza e dalla pratica; e 5) controllo della risposta al trattamento con misure valutate sul paziente.

Credere nel potere della chimica al di là della Chiesa, della comunità, del processo sociale e psicologico – alimentato da una promozione senza precedenti da parte dell'industria farmaceutica che punta a quanti hanno un ruolo nel mondo della salute – forma le basi della centralità sempre crescente della farmacologia in campo assistenziale, della ricerca, della formazione e della pratica. Promuove i trattamenti prescrittivi di una sostenibilità discutibile, piena di effetti potenzialmente pericolosi, spesso destinati a quanti sono incapaci di rifiutarli. Questa presentazione vuole richiamare a un livello più alto di cure per i nostri utenti più vulnerabili e preziosi, i bambini, che invita all'armonia tra tutti gli operatori sanitari e pastorali coinvolti. Non si possono più accettare pratiche prescrittive che non tengano conto dell'evidenza e che sempre più mettono a rischio la salute dei pazienti, con gravi conseguenze, dipendenza e disabilità.

La Chiesa cattolica, oltre alla sua leadership spirituale, ha una ricca storia di benefici apportati all'umanità, confortando e sostenendo le persone fragili e meno favorite, proteggendo la santità della vita umana e consolidando le famiglie. La Chiesa ha sempre avuto una grande influenza a livello internazionale, e forse potrebbe essere l'unica autorità sulla terra che possa contrastare le forze della cupidigia di aziende che non hanno coscienza morale o etica. La Chiesa, attraverso la FIAMC, le Associazioni Mediche Cattoliche, gli

ospedali e le scuole cattoliche, le comunità e i media cattolici, insieme ai vescovi, ai sacerdoti e alle suore delle comunità religiose, possono assistere le persone e le famiglie che hanno bisogno di una guida o di un'informazione sulle alternative ai medicinali, così come sui rischi/benefici riguardo l'uso dei farmaci.

Ne deriverà una giustizia sociale e un'assistenza equa per i giovani, gli operatori sanitari, gli operatori pastorali e le famiglie che vogliono accedere a dati precisi, non corrotti dall'influenza dell'industria. I rischi che abbiamo presentato qui, così come i pericoli delle sostanze psicotropiche che compaiono in altre popolazioni vulnerabili (ad esempio, difetti alla nascita e aborti spontanei in donne gravide con gli antidepressivi; aumento degli attacchi cardiaci e degli ictus cerebrali negli anziani con demenza trattata con antipsicotici), richiedono l'azione di tutti voi che partecipate a questa conferenza. Anche se un esame clinico non se ne occuperà mai, l'uso dei medicinali psichiatrici in pediatria pone un'altra questione: quanto interferiscono questi farmaci sulla spiritualità, sulla voce dell'anima, e sulla capacità della persona di sentirsi in comunione con il Divino?

Dott. BARRY L. DUNCAN
Psicologo Clinico,
Consulente e Formatore,
Direttore di "Hearth & Soul
of Change Project"
U.S.A.

Bibliografia

- AMAN, M. G., DE SMEDT, G., DERIVAN, A., LYONS, B., FINDLING, R. (Risperidone Disruptive Behavior Study Group) (2002). Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1337-1346.
- ANGELL, M. (2000). Is academic medicine for sale? *The New England Journal of Medicine*, 341(20), 1516-1518.
- APA Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents. (2006). *Report of the Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents. Psychopharmacological, psychosocial, and combined interventions for childhood disorders: Evidence base, contextual factors, and future directions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- CASE, B. G., OLFSON, M., MARCUS, S. C., & SIEGEL, C. (2007). Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in U. S. community hospitals between 1990 and 2000. *Archives of General Psychiatry*, 64, 89-96.
- CROONENBERGHS, J., FEGERT, J. M., FINDLING, R. L., DE SMEDT, G., VAN DONGEN, S., and the Risperidone Disruptive Behavior Study Group. (2005). Risperidone in children with disruptive behavior disorders and subaverage intelligence: A 1-year, open-label study of 504 patients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(1), 64-72.
- CRYSTAL, S., OLFSON, M., HUANG, C., PINCUS, H., & GERHARD, T. (2009). Broadened use of atypical antipsychotics: Safety, effectiveness, and policy challenges. *Health Affairs*, 28, 770-781.
- DOSREIS, S., ZITO, J., SAFER, D., GARDNER, J., PUCCIA, K., & OWENS, P. (2005). Multiple psychotropic medication use for youths: A two-state comparison. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 68-77.
- EMSLIE, G. J., HELLIGENSTEIN, J. H., WAGNER, K. D., HOOG, S. L., ERNEST, D. E., BROWN, E. et al. (2002). Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: A placebo-controlled, randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1205-1215.
- EMSLIE, G. J., RUSH, A. J., WEINBERG, W. A., KOWATCH, R. A., HUGHES, C. W., CARMODY, T. et al. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1031-1037.
- FINDLING, R. L., AMAN, M. G., EERDEKENS, M., DERIVAN, A., LYONS, B., et al. (2004). Long-term, open-label study of risperidone in children with severe disruptive behaviors and below-average IQ. *American Journal of Psychiatry*, 161, 677-684.
- FINDLING, R., JOHNSON, J., MCCLELLAN, J., FRAZIER, J., VITIELLO, B., HAMER, R., et al. (2010). Double-blind maintenance safety and effectiveness findings from the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum (TEOSS) Study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 49, 583-594.
- FISHER, S., & GREENBERG, R. P. (1997). *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test*. New York: Wiley.
- HAMMAD T. A., LAUGHREN, T., RACOOSIN, J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63, 332-339.
- HARRIS, G. (2004, June 2). Antidepressants seen as effective for adolescents. *New York Times*, p. A-1.
- IMS Health (n.d.) 2008 US Sales and Prescription Information. Retrieved April 2, 2009, from <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem>.
- JENSEN, P. S., ARNOLD, L. E., SWANSON, J. M., VITIELLO, B., ABIKOFF, H. B., et al. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989-1002.
- LAUGHREN, T. P. (2004). Background comments for February 2, 2004 Meeting of Psychopharmacological Drugs Advisory Committee (PDAC) and Pediatric Subcommittee of the Anti-infective Drugs Advisory Committee (Peds AC). Memo from Dept. of Health and Human Services Public Health Service Food and Drug Administration Center

for Drug Evaluation and Research. Retrieved June 21, 2005 from http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/4006B1_03_Background_Memo_01-05-04.htm

Medco Health Solutions, Inc. (2004, May 18). Medco study reveals pediatric spending spike on drugs to treat behavioral problems. Retrieved May 24, 2004, from <http://www.drugtrend.com/medco/consumer/drugtrend/trends>

MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086.

MTA Cooperative Group. (2004). 24-month outcomes of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The NIMH MTA follow-up. *Pediatrics*, 113, April, 754-761.

OLFSON M., CRYSTAL S., HUANG C., & GERHARD T. (2010). Trends in antipsychotic drug use by very young, privately insured children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 49, 13-23.

PATHAK, P., WEST, D., MARTIN, B., HELM, & HENDERSON, C. (2010). Evidence-based use of second generation antipsychotics in a state Medicaid pediatric population, 2001-2005. *Psychiatric Service*, 61, 123-129.

PELHAM, W. (1999). The NIMH multimodal treatment study for attention-deficit hyperactivity disorder: just say yes to drugs alone. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 981-990.

RANI, F., MURRAY, M., BYRNE, P., & WONG, I. (2008). Epidemiologic features of antipsychotic prescribing to children and adolescents in primary care in the United Kingdom. *Pediatrics*, 121, 1002-1009.

REYES, M., BUITELAAR, J., TOREN, P., AUGUSTYNS, I., & EDEKENS, M. (2006). A ran-

domized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 402-410.

SAFER, D. J. (2002). Design and reporting modifications in industry-sponsored comparative psychopharmacology trials. *J Nerv Ment Dis* 190: 583-592.

SCHEFFLER, R. M., HINSHAW, S. P., MODREK, S. & LEVINE, P. (2007). Trends: the global market for ADHD medications. *Health Affairs*, 26(2), 450.

SCHUBERT, I., & LEHMKUHL, G. (2009). Increased antipsychotic prescribing to youths in Germany.

Psychiatric Services, 60, 269.

SIKICH, L., FRAZIER, J. A., MCCLELLAN, A., FINDLING, R. L., VITIELLO, B., RITZ, L., et al. (2008). Double-blind comparison of first- and second-generation in early-onset schizophrenia and schizoaffective disorder: Findings from the treatment of early-onset schizophrenia spectrum disorders (TEOSS) study. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1420-1431.

SMITH, R. (2003). Medical journals and pharmaceutical companies: Uneasy bedfellows. *British Medical Journal*, 326, 1202-1205.

SNYDER, R., TURGAY, A., AMAN, M., BINDER, C., FISMAN, S., CARROLL, A., et al. (2002). Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1026-1036.

SPARKS, J., A. & DUNCAN, B. L. (2008). Do no harm: A critical risk/benefit analysis of child psychotropic medications. *Journal of Family Psychotherapy*, 19(1), 1-19.

SPARKS, J., DUNCAN, B., COHEN, D., & AN-

TONUCCIO, D. (2010). Psychiatric drugs and common factors: An evaluation of risks and benefits for clinical practice. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington D.C.: APA Books.

SWANSON, J. M., ELLIOTT, G. R., GREENHILL, L. L., WIGAL, T., ARNOLD, L. E., et al. (2007). Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1015-1027.

Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *JAMA*, 292(7), 807-820.

The TADS Team (2007). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1132-1144.

TURGAY, L., BINDER, C., SNYDER, R., & FISMAN, S. (2002). Long-term safety and efficacy of risperidone for the treatment of disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Pediatrics*, 110. Accessed June 9, 2007 from <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/3/e34>

U.S. Food and Drug Administration (2003, January 3). FDA approves Prozac for pediatric use to treat depression and OCD. Retrieved January 25, 2003 from <http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ANS01187.html>

ZITO, J., SAFER, D., SAI, D., GARDNER, J., THOMAS, D., COOMBES, P., ET AL. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics*, 121, 157-163.



BONIFACIO HONINGS

Il Beato Don Carlo Gnocchi Una figura eroica di carità del nostro tempo

Ho il molto gradito compito di presentare, nel contesto del tema congressuale “*Caritas in veritate* per una salute equa e umana”, una delle figure eroiche della carità del nostro tempo, il beato Don Carlo Gnocchi. Ennio Apeciti caratterizza la figura di Don Gnocchi con le parole “li amò sino alla fine”. Sono le parole della solenne introduzione all’ultima Cena di Gesù con i suoi apostoli. “Prima della Festa di Pasqua Gesù, sapendo che era giunta la sua ora di passare da questo mondo al Padre, dopo aver amato i suoi che erano nel mondo, li amò sino alla fine” (Gv 13,1). I commentatori di questo inizio del Vangelo dell’amore secondo Giovanni, fanno notare che dal capitolo 13 fino al capitolo 21 – cioè fino alla fine – il binomio “luce-tenebre”, scompare, mentre il verbo amare e i suoi derivati si trovano per ben trenta volte. San Giovanni intende così evidenziare che l’Eucaristia rimanda all’amore, lo presume, ne è il compimento. Con questo cambiamento di binomia “amore-vita” l’Evangelista precisa che il dono della vita che Gesù fa ai suoi discepoli, agli uomini perché “Dio li ama” è il coronamento, è il vertice di tutta una vita, di tutta la sua vita¹.

I santi testimoni e ministri della speranza-amore

Da quando Gesù ha rivelato questo binario tra amore e vita, era doveroso che qualcuno lo ripetesse, lo gridasse con la voce per donare all’essere umano ciò di cui ha costante bisogno: la forza di sperare che, a sua volta, lo rende capace di amare. A questo bisogno di una speranza amante, i beati e i santi hanno saputo rispondere come testimoni e ministri. Come testimoni, perché Ge-

sù non è venuto a proporre una dottrina, ma a offrire una vita che “parla” di ciò che si crede, spera e ama. Come ministri, perché si pongono al servizio del sogno di Dio, per portarlo a ogni loro fratello e sorella, a ogni essere umano. Ministri e non tanto maestri perché non portano solo le parole di Colui che solo è Maestro, ma portano Lui, Lui vivente e vero, nel Pane spezzato e nel Vino donato... Tra questi “beati testimoni e ministri” sta dal 25 ottobre 2009 anche Don Carlo Gnocchi, prete ambrosiano, che come il suo Signore e Maestro volle “amare sino alla fine”. E c’è riuscito². Quindi conviene conoscerlo e accostarci a lui per imparare da lui il sentiero che conduce alla Luce, a quella Dimora dove non sono più lacrime, ma solo gioia e pace, per sempre. A quella Dimora dove abitano le figure eroiche della carità di ogni tempo, anche quelli del nostro tempo, come Don Carlo Gnocchi. In un primo momento vorrei presentarlo sulla via del dolore che lo portò al sacerdozio.

Un prete convinto alla scuola del dolore

Carlo nacque il 25 ottobre 1902. Era il terzo figlio di Enrico Gnocchi, marmista, e Clementina Pasta, la quale si divideva tra il lavoro di sarta, la cura dei figli e l’amore intenso e sobrio per il marito. Una famiglia serena e compatta dalla fede. In quegli anni non era cosa da poco: la società in cui vivevano o almeno la “società legale”, che abitava i palazzi del potere e del governo e del parlamento, cercava da tempo e in vari modi di “distruggere” la famiglia e il suo senso, il suo modo di essere. Carlo fu battezzato nella Chiesa di San Colombano al Lambro cinque giorni dopo la na-

scita, il 30 ottobre 1902 con i nomi di “Carlo, Fortunato, Domenico” e ricevette la cresima il 19 maggio 1910 nella Parrocchia Santa Eufemia in Milano. Questo cambiamento di luogo non è senza significato a causa dell’esperienza singolare di dolore che ebbe il piccolo Carlo. Infatti, la vita di Carlo ne fu ben presto segnata. Quando non aveva ancora cinque anni rimase orfano di padre, che morì il 9 aprile 1907 di silicosi. La difficoltà di vivere a San Colombano per una vedova con figli obbligò la famiglia al trasloco. Mamma Clementina trovò aiuto nella sorella che viveva a Montesiro di Besana Brianza e cominciò a trascorrere lunghi periodi in quell’ambiente che sembrava ritemperare i polmoni del primogenito, Andrea. Carlo prometteva bene nella vita e nella scuola, soprattutto dopo aver frequentato nell’anno scolastico 1914-1915 la seconda ginnasio – oggi diremmo la seconda media – presso i Salesiani di Milano. Egli non dimenticò mai la loro impronta educativa. Per illustrare a chi si ispirasse nello sviluppo della sua *Opera* spiegò, molti anni dopo – il 7 gennaio 1949 –: “Nella ricerca dei mezzi per la vita dei miei poveri (grandi invalidi, orfani, mutilatini, case minime) io cercai di ispirarmi assai più a Don Bosco che al Cottolengo”. Ma anche a Montesiro si era trasferito il compagno di casa, il dolore, poiché il 3 agosto 1951 morì anche Andrea. Aveva vent’anni, essendo nato il 25 marzo 1895. Tuttavia, proprio questo compagno aveva una determinante ragione d’essere nella sua vita. Già da mesi, Carlo aveva convinto la mamma a lasciarlo entrare in Seminario per permettergli di realizzare un sogno che da tempo faceva e di placare il desiderio che da sempre sentiva nel cuore. Ma

come poteva partire proprio ora? Sua mamma sarebbe rimasta sola. In quelle circostanze, ella gli fu maestra di cristiana carità e di prudenza soprannaturale. Scrivendo a Don Luigi Orione, a cui era legato da affetto sincero, non a caso Carlo affermò: “Era una mamma d’eccezione” e alle Dame delle San Vincenzo dell’Istituto Gonzaga aggiunse: “Misuro ogni giorno di più il suo amore, forte, la sua dedizione silenziosa al dovere, la sua santità cristiana”³. Dopo questa lode all’indirizzo della madre che era contraria al suo ingresso nel seminario, e soprattutto dopo quelle disgrazie della morte del padre e del fratello Andrea, interessa sapere perché Carlo voleva diventare sacerdote. Egli ebbe la fortuna o meglio la grazia di conoscere Andrea Carlo Ferrari, il santo vescovo e futuro cardinale di Milano. Appena pubblicata la sua elezione, il giornale *La Sera* scrisse il 14 febbraio 1894: “Mons. Ferrari appartiene a quella più terribile categoria di preti, quella dei *preti convinti*. Egli sa che con la dolcezza si ammansiscono anche le tigri e quindi è dolce; sa che con la tenacia si perforano anche i monti, e quindi è tenace. Ma non si tradisce mai, ma non dimentica mai lo scopo a cui mira”. In una sua conferenza del 23 aprile 1895, il cardinale Ferrari disse: “L’avvenire è della scienza cristiana, della fratellanza evangelica, della luce religiosa”. Ora, Carlo Gnocchi voleva essere un prete di quella categoria dei preti convinti che non si arrendono mai alle potenze del male, e usano sempre dolcezza, tenacia e carità. Voleva essere sempre un prete ottimista, convinto che la vittoria sta dalla parte del bene. Ecco perché Carlo non si ribellò a Dio, ma volle entrare nel seminario per diventare un prete convinto, per la Chiesa nel mondo del suo tempo.

Un prete nella Chiesa del suo tempo

Don Carlo divenne prete durante l’Anno Santo del 1925, e precisamente il 3 gennaio, quando tutto spronava alla santità come “norma” dello stile di vita del prete. Era un tempo di speranza e di coraggio. Non a caso Pio XI subito dopo la sua elezione a vescovo di Roma, (6

febbraio 1922) aveva voluto apparire per la sua prima benedizione *Urbi et Orbi* non all’interno della Basilica Vaticana, come si faceva dal 1877, ma all’esterno, ove da sempre compariva e compare il Papa. Aveva poi voluto caratterizzare l’Anno Santo 1925, con un’impronta schiettamente missionaria. Aveva voluto, anzi, che per l’Anno Santo fosse allestita una Mostra Missionaria. Talmente bella che non fu più smontata ed è divenuta l’attuale Settore “Museo Missionario Etnologico” dei Musei Vaticani. L’anno 1925 doveva essere un anno di speranza e il periodo storico nel quale i cristiani vivevano. Per questo Pio XI lo caratterizzò con una



serie impressionante preziosa di canonizzazioni da Teresa del Bambino Gesù a Pietro Canisio, da Giovanni Maria Vianney, il curato d’Ars, a Giovanni Eudes. Vi ritornò sopra otto anni dopo, il primo *Anno Santo della Redenzione* (1933), canonizzando altre figure: Bernadetta Soubirous, Giovanna Antida Thouret, John Fischer, Thomas More, Alberto Magno, Giovanni Bosco, Giuseppe Benedetto Cottolengo. C’è un filo rosso che li accomunerà, e sono santi che hanno vissuti in tempi difficili, ma non si scoraggiarono, anzi furono rocciosamente fedeli al terribile quotidiano, trasformando la fatica dei tempi in carità intensa e operosa che ha cambiato la società in cui vissero. La carità vince sempre. Infatti, è questa la verità della carità o la carità in verità. Per questo, Papa Pio XI volle esortare alla speranza, educando i fedeli, i sacerdoti, i seminaristi – proprio come Don Gnocchi – a dilatare l’orizzonte della loro fede e della loro esperienza cristiana. Ordinò per questo, il 28 ottobre 1926,

il primo anniversario dell’Anno Santo, i primi sei vescovi cinesi e uno indiano e l’anno successivo (30 ottobre 1927) il primo vescovo giapponese. La stessa speranza lo spinse a ordinare i quattro vescovi clandestini per la Russia. Era finita l’epoca della Chiesa arroccata nella penisola periferica – gloriosa certo per storia, periferica per collocazione – che è l’Europa. La Chiesa aveva e ha per orizzonte il mondo intero, e Pio XI fece di tutto per aprire gli occhi su quella realtà grandiosa che permetteva di essere fiduciosi nel futuro e non rassegnati notai di un tramonto che non sarebbe avvenuto né può avvenire⁴. Don Carlo Gnocchi era davvero uno di questi fiduciosi del futuro e non certo un rassegnato notaio di un tramonto. Era un prete innamorato di Dio e degli uomini.

Un prete innamorato di Dio e degli uomini

Don Carlo rispose *Adsum*, “Eccomi”, alla chiamata del rito di ordinazione sacerdotale, perché amò il tempo in cui Dio gli aveva dato di vivere. In *Educazione del cuore* scrisse: “Amiamo di un amore geloso il nostro tempo, così grande e così avvilito, così ricco e così disperato, così dinamico e così dolente, ma in ogni caso sempre sincero e appassionato. Se avessimo potuto scegliere il tempo della nostra vita e il campo della nostra lotta, avremmo scelto il Novecento senza un istante di esitazione”. Nella tragedia della guerra sul fronte russo gli accadde di ripensare alle parole della *Lettera agli Ebrei* sul Sommo Sacerdote “preso fra gli uomini, per essere costituito per il bene degli uomini nelle cose che riguardano Dio, per offrire doni e sacrifici per i peccati..., essendo anch’egli rivestito di debolezza” (*Eb* 5,1-2). Queste parole ispirarono il suo ministero. Infatti confessò: “quando riesco a dividere pienamente la mia vita con gli alpini, allora, uscendo dai ranghi per la Messa al Campo mi pare di gustare e amare come non mai la pienezza e la verità saporosa della definizione, «il sacerdote è scelto di mezzo agli uomini e per gli uomini è posto a trattare le cose di Dio». E se non m’illudo mi pare di cogliere sul

volto maschio della mia gente un tenue sorriso di soddisfazione e di fierezza. Come se uno di loro fosse scelto per tutti, a salire l'altare ed offrire il sacrificio di tutti al Dio onnipotente". Don Carlo, l'innamorato di Dio e degli uomini, fu sempre un grande ottimista ed entusiasta del suo tempo e della sua vocazione sacerdotale.

In *Andate e Insegnate* si rammarica di non essere poeta, "perché vorrei poter innalzare sulle ali potenti della poesia, l'umile figura dei nostri sacerdoti assistenti, di questi oscuri e ignoti fanti delle trincee di Cristo, che consumano le lampade ardenti della loro giovinezza per far luce nel mondo a tanti giovani cuori brancolanti, che lievitano colla la loro grandezza del loro sacrificio le generazioni del domani, ignoranti e spezzati dal mondo, ma grandi dinanzi a Dio, *che allietta la loro giovinezza*". Insomma, Don Carlo pose le sue mani in quelle del suo arcivescovo il cardinale Tosi, e piegò il suo capo sotto quelle mani che lo consacravano, perché convinto che non c'è forma più grande per un essere umano che quella di essere prete, ministro d'amore ai fratelli per amore di Dio⁵.

Un prete maturo per le opere di carità

La scelta di uno stile di vita sacerdotale della carità era un desiderio del cuore di Don Carlo. Era cresciuto lentamente durante gli anni di ministero pastorale tra i giovani di Cernusco e di San Pietro in Sala, tra i piccoli Balilla e gli studenti del GUF e accanto ai giovani dell'Istituto Gonzaga. Era un desiderio che aveva visto un suo prepotente manifestarsi nell'ora della guerra quando aveva sentito come una "voce divina" il bisogno di partire come cappellano militare prima in Albania e Grecia e poi in Russia. Una "voce" che si era fatta ancora più precisa e forte al ritorno del primo periodo di guerra da quel fronte greco - albanese, dal quale era stato richiamato per le insistenze dei fratelli del Collegio Gonzaga. Dopo quattro mesi la "voce" si era fatta sentire con tale intensità da spingerlo di chiedere al cardinale Schuster di poter tornare al fronte, perché gli sembrava che quello fosse il

campo della carità cui era chiamato concretamente in quel momento. Poi aggiunge: "Volesse il Signore dopo la maturazione della guerra di farmi vedere più chiaro e di assegnarmi un posto di lavoro in questo settore prediletto dell'apostolato". A questo punto è importante precisare che il suo prediletto apostolato non fu il servizio militare, ma il campo della carità. Determinante nel suo cammino di prete della carità fu l'esperienza del Gonzaga, non solo per gli aspetti educativi, ma anche e soprattutto, in vista della sua tanto desiderata vocazione alla carità. Determinante fu l'esperienza delle *Dame delle Carità di San Vincenzo*. Dice egli stesso: "Fu lavorando con quel gruppo *Dame del Gonzaga* che mi sentii sempre



più irresistibilmente spinto a dedicarmi talmente ad un'opera di carità della quale oggi sono felice, pur tanto indegnamente servendola". Mentre era in marcia verso la Grecia ripete alle Dame della Carità di San Vincenzo: "Quanto fa bene nella vita e quanta sicurezza ci darà in morte il pensiero di aver fatto qualche cosa per i poveri di Gesù o meglio per Gesù nei poveri". Ancora più incisivo è quanto scrisse alle Dame in occasione della festa di San Vincenzo de' Paoli (19 luglio 1941). "Sapeste come in questi giorni il Signore mi ha fatto capire - per me, ma anche certamente per voi - non basta operare, fare della carità, bisogna soprattutto e prima di tutto pregare per la carità. Da Lui, dallo Spirito Santo che viene nei nostri cuori la carità, quell'amore di cui ha tanto bisogno il mondo e le anime nostre per salvarsi". E conclude da prete maturo per le sue opere di carità: "Dunque allo Spirito Santo che insistentemente

direi prepotentemente, bisogna chiedere di diffondere sempre più abbondantemente nelle nostre menti le visioni luminose della carità e nel nostro cuore angusto le dolcezze dell'amore di Dio per i nostri fratelli". Don Carlo è ormai un prete maturo della carità. Scrive alle Dame nell'estate del 1942: "Nulla è difficile al Signore, se noi abbiamo fede e facciamo del nostro meglio". "All'opera del Signore, pensa il Signore e le iniziative saranno suggerite man mano e benedette da Lui direttamente". "Le opere di carità sono del Signore e a mandarle avanti ci pensa Lui... Bisogna aver fede ferma in Lui che condurrà a termine l'opera sorta nel Suo nome e per la Sua gloria. Siamo certi e lavoriamo"⁶. Don Carlo s'impegnò soprattutto come pedagogo del dolore innocente.

La pedagogia del dolore innocente

Egli voleva che i suoi ospiti facessero esperienza non solo della carità che accudisce e serve con amore, ma di quella carità che provoca e sfida e promuove. Egli voleva che la carità del cuore si accompagnasse alla carità della scienza. Per capire più a fondo questa sua volontà pedagogica ci viene in aiuto la sua meditazione *Suscipe, Sancte Pater hanc immaculatam hostiam*. Pubblicata alla morte con il titolo *Pedagogia del dolore innocente* divenne il suo *testamento* pubblico. "Dopo lo scoppio di una bomba, Marco, l'unico superstite dei quattro bambini che, ignari e spensierati giocavano sul campo minato, era stato immediatamente sottoposto all'intervento chirurgico: amputazione delle due gambe, estrazione di un bulbo oculare e regolarizzazione delle vaste e numerose ferite che crivellavano il fragile corpo palpitante. Lo vidi qualche tempo dopo l'operazione, quando ancora le medicazioni quotidiane lo facevano tanto soffrire e gli domandai: «Quando ti strappano le bende, ti frugano nelle ferite e ti fanno piangere, a chi pensi?» «A nessuno», mi rispose con una punta di meraviglia nella voce. «Ma tu non credi che ci sia Qualcuno al quale tu forse potresti offrire il tuo dolore, per amore del quale potresti reprimi-

mere il tuo lamento e inghiottire le tue lacrime e potrebbe anche aiutarti a sentire meno il tuo dolore?». Marco fissò nel vuoto il viso devastato, guardando l'unico occhio stranito e poi, scuotendo lentamente la testa disse: «Non capisco...» e tornò a giocherellare distratto con l'orlo del lenzuolo. Fu in quel momento che io ebbi la precisa, quasi fisica, sensazione di un'immensa irreparabile sciagura della perdita di un preziosissimo tesoro, intimamente più dolorosa dell'incendio di un quadro di Raffaello o della distruzione di un diamante di inestimabile valore. Era il grande dolore innocente di un bambino che cadeva nel vuoto, inutile ed insignificante, soprannaturalmente perduto per lui e per l'umanità, perché non diretto all'unica mèta nella quale il dolore di un innocente può perdere valore e trovare giustificazione: Cristo crocifisso; e attraverso tutti quei letti d'ospedale, in quei bimbi sofferenti, e per essi tutti i bambini sofferenti del mondo (quale massa di dolore era stata imposta ai bambini durante la guerra ed in questi tragici anni di tormentosa pace!) mi parve vedere allargarsi a dismisura questo dissennato dispendio senza che gli educatori cristiani vi si opponessero sufficientemente misurando la preziosità di questo puro tesoro e l'urgente necessità di recuperarlo avaramente per farne dono a Cristo e alla Chiesa⁷. Il messaggio del Beato Don Carlo Gnocchi è chiaro, il dolore trova il suo vero senso solo nella partecipazione alla redenzione del Crocifisso. Qui si pone la domanda: perché Don Carlo scelse i mutilatini? La risposta è semplice: perché aderisce all'appello del Vangelo. Infatti il Salvatore, quantunque mandato dal Padre per una missione strettamente soprannaturale, ha voluto fissare i contrassegni non confondibili della sua messianità: «i ciechi vedono, gli storpi camminano, i sordi odono, i lebbrosi sono mondati, i morti risorgono, e i poveri ricevono la buona novella» (Mt 11,5). E ha voluto instancabilmente correre tutte le vie della Palestina per cercare e accogliere ogni genere di malati e di sofferenti e applicare a essi quella «forza che emanava da Lui e guarire tutti» (Lc 6,19). Ed ecco perché, nel decalogo dell'apostolo, tracciato per coloro che avrebbero

dovuto attualizzare la redenzione attraverso i tempi, Egli ha chiaramente e imperiosamente comandato: «Andate, curate gli infermi ed annunciate loro che è arrivato il Regno di Dio» (Lc 10,9). Questo bisogno di carità e di amore evangelico ha, poi, condotto Don Gnocchi alla scoperta del volto di Cristo, l'Innamorato di Dio e degli uomini per antonomasia. E con ciò concludo.

Alla scoperta del volto di Cristo crocifisso

Il Beato Don Carlo Gnocchi ci offre una pagina in cui descrive la scoperta della carità nel volto di Cristo crocifisso. «Volere o no, siamo tutti, quanti siamo uomini sulla terra, inquieti appassionati e non mai sazi cercatori della faccia di Dio. Al fondo di ogni fede, anche la più ferma e compatta, è facile trovare l'audace impazienza e la pretesa febbrile dell'Innominato; «Dio, Dio, Dio! Se lo vedessi. Se lo sentissi...». Le pagine vaste e solenni della Bibbia implorano «Mostraci o Signore, il tuo volto». Propongono ostinatamente. «Io cercherò sempre la tua faccia, o Signore» Comandano: «Cercate sempre il Signore, cercate sempre il suo volto»! Sospirano loro accoratamente. «Quando o Signore verrò a vedere la tua faccia? Anch'io ho sempre cercato le vestigia del Cristo sulla terra con avida, insistente speranza e mi ero rassegnato vedere balenare il suo sguardo negli occhi casti e reudenti dei bimbi lembi e nel pallido e stanco sorriso dei vecchi, illuminato già dalla pace di remote e dolci regioni. Avevo cercato di cogliere l'accento della sua voce nel discorso dolente e uguale dei poveri e degli afflitti e mi era sembrato più volte che la sua ombra leggera mi avesse sfiorato nel crepuscolo dei morenti. Quegli occhi ansiosi di luce, quel viso solcato dal dolore, quell'affannoso peso del respiro, erano cose tanto sue... Ma quelli erano soltanto aspetti diversi e lontani dal tuo volto, o Gesù, né mi riusciva di comporli a vita e unità permanente. Bisognava forse che suonasse l'ora grande della guerra. L'ora della tua agonia più acuta, o Signore, e pure l'ora della tua irresistibile manifestazione al mondo. Era un ferito grave e già presso a

morire. Quando gli tolsero adagio, devotamente, la giubba, apparve la veste atroce e gioconda del sangue, che come un velo liquido e vivo fasciava e rendeva brillanti le membra vigorose. Senza parlare mi guardò. I suoi occhi erano colmi di dolore e di pietà, di volontà decisa e di dolcezza infantile. Al fondo vi tremava, attenuandosi, la luce di visioni beate e lontane. Come di bimbo che si addormenta poco a poco. Non altrimenti dovette guardare Gesù dall'alto della croce. Quel volto chiaro e virile dell'alpino. Sotto la cornice scura dei capelli scomposti e con l'ornamento così conveniente della barba incolta, diceva un dolore così vergine e forte, un'offerta così cosciente e pudica, una dignità così umile e regale, una domanda tanto discreta e di compassione e di aiuto, che ne provai improvviso il brivido gaudioso e lancinante della Veronica quando vide prodigiosamente fiorire il volto di Cristo, sul suo lino bianco e spiegato. Da quel giorno, la mia memoria esatta dell'irrevocabile incontro, mi guidò d'istinto a scoprire i segni caratteristici del Cristo sotto la maschera essenziale e profonda di ogni uomo percosso e denudato dal dolore»⁸. Caro Beato Don Carlo Gnocchi interceda per tutti noi perché possiamo, ognuno a modo suo, attualizzare la redenzione attraverso il nostro tempo, e i tuoi preziosi mutilatini possano darsi in dono a Cristo e alla sua Chiesa.

P. BONIFACIO HONINGS, O.C.D.
Professore Emerito di Teologia Morale
presso le Pontificie Università
Lateranense ed Urbaniana,
Roma
Consultore della Congregazione
per la Dottrina della Fede
e del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

Note

¹ ENNIO APECITI, *Li amò sino alla fine. Vita di Don Carlo Gnocchi*, Centro Ambrosiano 2009.

² O.c. p. 13.

³ O.c. p. 19-20.

⁴ Cfr. O.c. p. 67-69.

⁵ Cfr. O.c. p. 69-70.

⁶ O.c. p. 114-115.

⁷ O.c. p. 161-162.

⁸ O.c. p. 138-139.

ANNA BRZEK

L'esempio di carità eroica del nostro tempo Suor Marta Wiecka, Figlia della Carità di San Vincenzo de' Paoli

Il 24 maggio 2008 è stato il giorno della beatificazione di Suor Marta Wiecka a Lvov, in Ucraina. Il Cardinale Tarcisio Bertone, nella sua omelia di beatificazione, ha rivolto le seguenti parole alle Figlie della Carità e al personale medico laico: *“La beata suor Marta Wiecka suscita in voi sollecitudine, attenzione, dedizione verso quanti soffrono nella malattia. L'uomo è corpo e spirito: curando il fisico dolorante non dimenticate che per una guarigione vera e profonda di tutto l'uomo, è indispensabile tener conto anche delle esigenze spirituali dell'umana creatura. Quanto è importante allora l'incontro con Dio per chi è degente e sofferente! Quanto è importante che si difenda e si promuova sempre la cultura della vita e dell'amore, che contrasti efficacemente la cultura della morte con le sue tristi e preoccupanti manifestazioni, tra le quali mi limito a citare l'aumento degli aborti e dei casi di eutanasia. Quest'umile suora di Sniatyn, che oggi rifulge nel cielo fra i Beati, lancia a tutti noi un inno alla Vita, ci esorta ad amare la vita umana e a difenderla in tutte le sue fasi dal concepimento al suo tramonto naturale”*.

Chi era questa giovane Figlia della Carità che, in un atto di carità eroica, ha dato la propria vita per un altro, all'età di 30 anni appena e a 12 dalla sua vocazione? Era nata nel 1874 in Polonia, a Nowy Wiek, in Pomerania. A 18 anni, entrò nella Compagnia delle Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli, a Cracovia. L'ospedale di Leopoli fu la sua prima destinazione. Le Suore della sua comunità le insegnarono a curare i malati e ad avvicinarsi a loro, cioè a vedere Cristo sofferente

nella loro persona. I fondatori, San Vincenzo de' Paoli e Santa Luisa di Marillac, insistevano continuamente sul fatto che la vocazione delle Figlie della Carità è quella di servire tutti i poveri, sul piano corporale e spirituale. Nel loro avvicinamento ai malati, le Suore non dovevano sembrare precipitose, ma manifestare loro molto affetto, parlare loro e servirli con tutto il cuore. Suor Marta aveva conservato nel suo cuore queste raccomandazioni che mise in atto nel corso della sua intera vita. Successivamente, fu inviata negli ospedali di Podhajce, di Bochnia e infine di Sniatyn. Dopo la vigilia di Natale, passata presso i malati dell'ospedale, ella scriveva: *“Ho vissuto questo giorno con i miei cari malati nella serenità e in maniera piacevole, pregando e cantando con gioia vicino al presepe”*. Suor Marta provava una vera gioia nel servire gli ammalati. Il Direttore dell'ospedale di Sniatyn menziona: *“Ella aveva il dono d'influenzare il suo entourage. Suscitava negli altri, le Suore, il personale e i medici, il desiderio di curare nel miglior modo possibile i malati”*. Li serviva tutti, senza curarsi della nazionalità e della confessione religiosa. Aveva il carisma straordinario di avvertire i loro bisogni spirituali. Nel suo servizio, nessuno moriva senza prima essersi riconciliato con Dio.

L'ultimo avvenimento della sua breve vita fu un atto eroico di carità verso il prossimo. Come P. Maximilien Kolbe, ella diede la propria vita per un altro, un impiegato dell'ospedale, padre di famiglia, sostituendolo per la disinfezione di una stanza. Ella contrasse il tifo, e morì il 30 maggio 1904.

L'opinione pubblica considerò la sua morte come un sacrificio nato dall'amore eroico per il prossimo. Il suo funerale fu una manifestazione di riconoscenza da parte di persone di differenti nazionalità e confessioni che videro in lei *la santa di Sniatyn*.

Il messaggio che Suor Marta ci trasmette non è quello delle parole ma quello dei gesti. Il culto che continua a essere vivo da 100 anni, ci parla della forza profetica della sua testimonianza. Occorre sottolineare che gli avvenimenti politici dell'epoca non erano affatto propizi per conservare la memoria della vita eroica e della morte di Suor Marta. Nel 1920, la guerra tra polacchi e bolscevichi obbligò le Suore e altre persone a lasciare Sniatyn. Nel 1945, le frontiere e le forze politiche in Europa subirono dei cambiamenti. Il territorio della Galizia Orientale fu annesso all'URSS. Il sistema comunista forzava a rinnegare la fede, soprattutto quella cattolica. Di conseguenza, numerose persone furono messe in prigione e deportate in Siberia. Le chiese e le croci furono distrutte, e gli ospedali devastati.

In questo contesto, è ammirabile vedere come, malgrado l'assenza delle Figlie della Carità in quella regione e la complessa situazione politica, il culto di Suor Marta sia rimasto vivo. La gente, non temendo minacce né conseguenze, si recava a pregare sulla sua tomba. In lettere commoventi dell'epoca, scritte da laici, leggiamo: *“...la gente prega e accende candele. Un'ora dopo la mezzanotte, sono già sulla tomba di Suor Marta. Si può facilmente dire che qui potrebbe essere edificata non soltanto una cappella, ma si potrebbe tra-*

sformare questo luogo in chiesa". Ascoltiamo ancora lo stralcio da un'altra lettera: *"Sono tornata dall'Unione Sovietica ... al cimitero di Sniatyn si trova la tomba di una Figlia della Carità. Suor Marta Wiecka, celebre per i suoi miracoli. Le grazie ottenute mediante l'intercessione di Suor Marta sono numerose"*.

È così ancora oggi. La tomba di Suor Marta attira numerose persone: cattolici, ortodossi, ebrei, ecc. Possiamo dire che è diventata un modesto tempio ecumenico. È sempre decorata di fiori, di candele accese e di stole ucraine ricamate. Grazie alla forza attrattiva della testimonianza di vita di Suor Marta, molte persone oggi chiedono grazie mediante la sua intercessione. Affluiscono numerose domande e ringraziamenti non solo dalla Polonia, ma anche da altri Paesi. Molti poi sono quelli che, seguendo il suo esempio, decidono di vivere secondo il Vangelo e i suoi valori, quali devozione, dono di sé, sensibilità verso l'altro senza guardare alle proprie convinzioni, percependo non soltanto i propri biso-

gni fisici, ma anche spirituali. Questa volontà si esprime in molteplici modi, ad esempio decidendo di dare il nome della beata Suor Marta Wiecka all'Ospedale pubblico di Bochnia, la cui cerimonia ha avuto luogo quest'anno; oppure dando sempre il suo nome alla Scuola Primaria di Skarszewy, o ancora con la costruzione del Centro Sociale "Beata Suor Marta Wiecka" a Sniatyn, e la nascita di gruppi di preghiera.

Sorge una questione, quella cioè di sapere da dove vengono una tale forza e la così grande costanza della sua testimonianza. Forse la gente vede in lei l'incarnazione della carità, ciò che è cioè l'essenziale del Vangelo. In realtà, **l'amore** è ciò che può unire i credenti, ed è anche ciò che è importante nelle cure prestate ai malati. È impossibile comprendere la carità di Suor Marta per il prossimo senza la convinzione che la sua vita era interamente affidata all'amore di Cristo Sposo. Quanto abbiamo bisogno oggi di riferirci a Cristo e di prendere coscienza del fatto che, in Cristo, ogni uomo è nostro prossimo.

Oggi, la beata Suor Marta ci chiama a testimoniare l'unità tra di noi nella Chiesa e nel mondo, a partecipare attivamente al dialogo interculturale e interreligioso. Ella ci invita anche a vedere non soltanto le necessità corporali della persona malata, ma anche quelle dell'anima; ella ci incoraggia ad amare e a servire i malati sull'esempio di Cristo, fino in fondo, fino al dono della propria vita.

Beata Marta, prega per noi.

Suor ANNA BRZEK
*Rappresentante dell'Arcidiocesi
di Leopoli, Ucraina*

Bibliografia

BOMBA WLADYSŁAW CM, *Le charisme de Fille de la Charité réalisé dans la vie de sœur Marta Wiecka*. Mystique du service, Colloque consacré à la Servante de Dieu Sœur Marta Wiecka. ITKM, Cracovie 2008.

XAVIER ALVAREZ, *Homélie au cours de l'Assemblée générale des Filles de la Charité* à Paris, 140 rue du Bac, samedi, 30 mai 2009.

ZELEK SABINA SM, *L'opinion de sainteté de Sœur Marta Wiecka*, Archives des Filles de la Charité, Cracovie.



PASCUAL PILES FERRANDO

L'accoglienza, nuovo paradigma dell'umanizzazione

1. Introduzione

I popoli, con le loro diverse culture, hanno sempre fatto dell'accoglienza uno degli atteggiamenti che più li caratterizzavano e che esibivano come un valore del loro modo di essere e vivere.

Quando compivano le proprie azioni, la risposta che scaturiva spontanea dal loro cuore era quella di distinguersi per la loro ospitalità.

Nelle occasioni in cui ciò non avveniva, c'era qualche ragione che lo giustificava, come per esempio la tutela della propria identità o i conflitti bellici con altri popoli per difendere il proprio territorio o per ambizione di potere.

Tutte le tradizioni religiose sono state segnate da questo atteggiamento, che è il frutto della coerenza tra il proprio credo e la propria maniera di vivere.

L'ospitalità deriva dal concetto che si aveva di Dio come Mistero, come Onnipotente, ma anche come Padre, che ha amato gli uomini e che a essi domanda amore e rispetto.

Ciò nobilita il nostro essere umano, indipendentemente dal fatto che in molte occasioni ci siamo discostati da questo concetto. Guerre, olocausti, esclusioni, ingiustizie, abusi, assassinii, differenze nella distribuzione della ricchezza, ecc., sono tutte espressioni di una carenza di ospitalità, di una mancanza di coscienza e di lotta per la dignità di ciascuna persona.

2. L'ospitalità nel linguaggio biblico

È impossibile fare un elenco e un'analisi di cosa significava ospitalità nei tempi passati e di come

veniva raccolta in maniera molto precisa tramite la Parola di Dio.

Numerosi sono i gesti dei protagonisti dei testi della Bibbia nelle cui vite compare questo valore. Anche in altre occasioni, mediante la descrizione di categorie antropologiche nella figura di Yavè, appaiono in Lui, o nei personaggi biblici, atteggiamenti di violenza, di castigo e di conflitto bellico nei quali si percepisce chiaramente la teologizzazione di realtà storiche come manifestazioni della presenza di Dio nella vita del Popolo di Israele.

Già nella stessa *Genesi* compare un gesto di ospitalità da parte di Abramo nei confronti di tre uomini che appaiono al suo fianco presso la quercia di Mamre. Senza sapere chi fossero egli li invitò ad avvicinarsi, ad entrare nella sua casa e riposare, servì loro acqua fresca per rinfrescarsi, cibo per alimentarsi, riparo per dormire. Grazie a questo gesto, Sara rimase incinta, nonostante da parte sua ci fosse una risposta di incredulità ed ironia (*Gen* 18).

Mosso dall'ospitalità giudaica, Tobì diede il benvenuto all'Arcangelo Raffaele e gli affidò la missione di accompagnare suo figlio *Tobia*; con questo la benedizione scese sulla sua casa ed egli fu guarito dalla cecità (*Tb* 5 e segg).

Il libro di *Giobbe*, simbolo nella teologia biblica della realtà della sofferenza, espressione della fragilità umana, abbandona la convinzione che la sofferenza dovesse essere legata a una causa morale, causata da un cattivo comportamento della persona, senza condannarla, pertanto, a un castigo da parte di Dio, che mette alla prova la fede dei credenti, ma che nella loro fiducia li fa crescere nell'umanità, nella fiducia e nella giusti-

zia. Il capitolo 31 è un elogio dell'ospitalità. La vita di *Giobbe* è fondata sul diritto, sulla giustizia e sulla misericordia per i meno favoriti: deboli, orfani, persone senza fissa dimora, stranieri, ecc.

L'*Incarnazione di Gesù Cristo* è un atto di ospitalità. Maria è la protagonista, accogliendo nel suo grembo il Figlio di Dio, che dal momento del suo "fiat" sarebbe diventato suo figlio (*Lc* 1,38).

La figura di *Gesù di Nazareth* è quella di una persona molto ospitale: accoglie, ascolta, comprende, rispetta, denuncia, invita a cambiare vita, spinge alla misericordia, basa la sua vita sull'amore per gli altri, con pagine meravigliose nei Vangeli. Ricordiamo, come esempio, la parabola del Buon Samaritano (*Lc* 10) e quella del Giudizio finale (*Mt* 25).

Egli stesso, all'inizio della sua vita pubblica e della sua missione, leggendo nella Sinagoga il libro di Isaia vi si identifica pienamente e si sente chiamato ad essere Buona Novella con la sua Parola e i suoi gesti (*Lc* 4).

Le Lettere di *San Paolo* fanno riferimento all'importanza dell'ospitalità nella loro esortazione a praticarla. In quella ai *Romani* (12, 9 e 13) egli raccomanda chiaramente di tenerla molto in considerazione: "La carità non abbia finzioni: fuggite il male con orrore, attaccatevi al bene; solleciti per le necessità dei fratelli, premurosi nell'ospitalità". Nella prima Lettera a Timoteo, la considera necessaria nella vita delle vedove: "Una vedova abbia la testimonianza di opere buone: abbia cioè allevato figli, praticato l'ospitalità" (*1Tm* 5,10). Esorta Tito affinché incoraggi vescovi "ospitali, amanti del bene" (*Tt* 1,8).

Infine, anche la Lettera agli

Ebrei parla dell'ospitalità ed esorta a incarnarla: "Non dimenticate l'ospitalità; alcuni, praticandola, hanno accolto degli angeli senza saperlo. Ricordatevi dei carcerati, come se foste loro compagni di carcere, e di quelli che soffrono, essendo anche voi in un corpo mortale" (Eb 13,2-3).

3. In cosa consiste l'ospitalità

L'ospitalità è un *atteggiamento positivo* che denota una *qualità* del nostro essere. È un valore personale, etico e religioso. È un modo concreto di intendere e proiettare

ricchiti nella Chiesa da questo dono. Non siamo gli unici ad averlo, ma noi ne parliamo come del nostro carisma. L'ospitalità è un dono universale che possono ricevere tutti i credenti e ciascuno può viverlo a partire dalla propria identità: vescovi, sacerdoti, religiosi/e e laici.

Definiamo l'ospitalità come il *dono che lo Spirito* ci ha concesso e che ci abilita alla *missione* che siamo chiamati a realizzare nella *Chiesa e nella Società*.

Secondo la dottrina paolina ci sentiamo teologicamente toccati dallo Spirito, che ci arricchisce e ci rende capaci di un coinvolgimento

occorre che essi siano professionalmente competenti (Benedetto XVI, *Deus caritas est*, 31). Il loro sarà uno stile, un modo diverso di aver fatto *dell'accoglienza l'essenza della propria vita*, ma noi li vediamo preparati umanamente e professionalmente, alcuni anche cristianamente, per la realizzazione dell'ospitalità. Con essi condividiamo la missione, con essi viviamo la vita.

In questo senso possiamo affermare che l'ospitalità è, per la Chiesa e per la società, paradigma dell'umanizzazione.

5. La nostra società ha bisogno di promuovere l'atteggiamento dell'ospitalità

Sono molti i fenomeni ai quali ci è toccato assistere nella nostra generazione. Ha avuto luogo un cambiamento radicale e noi viviamo un'epoca di *grandi trasformazioni*. La globalizzazione ha fatto sì che in molti dei nostri Paesi si viva con altre persone provenienti da realtà differenti, tanto che esiste una *grande interculturalità*.

Questo fatto facilita l'esperienza del fenomeno religioso in forma plurale. Gruppi etnici differenti convivono oggi nelle stesse città e hanno espressioni religiose distinte che difendono come esperienza della propria identità, creando così una *interreligiosità*.

C'è stata anche una crescita dell'autonomia e della secolarità. Non tutti i risultati conseguiti sono stati positivi, tanto che alcuni pensano che siano stati di più quelli negativi.

In questo mondo, come paradigma dell'umanizzazione dobbiamo incarnare *l'ospitalità come categoria etica* che illumina il nostro modo di comportarci.

Noi facciamo parte di questa società e in essa siamo chiamati a vivere e a essere testimoni del vissuto profondo del nostro impegno con la Chiesa; da Cristo, dalle tradizioni ecclesiali basate sull'amore di Dio nostro Padre, sappiamo stare accanto alle persone che soffrono, facendo noi stessi partire un progetto che nasce dal Vangelo. Sappiamo avere gli stessi sentimenti che furono di Cristo, con denunce e appelli, in certe occasioni,



la vita, anche se, in casi come quelli che abbiamo citato, essa sembra essere poco coltivata, se non essere addirittura carente.

Tale atteggiamento si esprime mediante l'accoglienza, la capacità di ascolto, il rispetto, il servizio, l'umiltà, la semplicità, la tenerezza, la responsabilità, la solidarietà, l'amore, la sensibilità, la vicinanza, la rettitudine, la giustizia... Francesco Tollalba la definisce come: "Accogliere l'altro, straniero e vulnerabile, nella propria casa". Nel caso dell'assistenza professionale, potremmo trovare nuovi valori che essa contiene e incarna. Questo è espressione della sua grandezza.

4. L'ospitalità come carisma

Molti dei nostri *Ordini o Congregazioni* religiose si sentono ar-

piuttosto antropologico. Si esige da noi una preparazione concreta che dobbiamo seguire per lo sviluppo della missione.

Ma anche molte altre persone possono essere *antropologicamente carismatici*, professionisti dell'assistenza con le stesse nostre qualità, con un senso di umanizzazione come paradigma, che include tanto l'etica della responsabilità quanto il rispetto per i valori e le credenze religiose, anche se non sono credenti. Essi si sentono anche chiamati a realizzare una missione nella società a motivo del fatto di essere persone o della loro professione.

I professionisti, così come noi, devono sviluppare il dono al fine di possedere una preparazione sufficiente per poter realizzare la missione alla quale si sentono chiamati: per quanto concerne il servizio che si offre a coloro che soffrono,

ad agire degnamente, e in altre con tutto l'amore e la comprensione verso coloro i quali, a causa di malattia o esclusione, stanno soffrendo: "I grandi progressi in campo scientifico e tecnico ... questo nostro tempo richiede ... una nuova disponibilità a soccorrere il prossimo bisognoso" (Benedetto XVI, *Deus Caritas est*, 30).



6. Complicità tra ospitalità e umanizzazione

Molte volte nel nostro linguaggio parliamo delle *complicità* delle persone e anche delle idee. Penso che possiamo affermare la stessa cosa dei due termini che sono il cuore del nostro piccolo contributo.

Abbiamo considerato l'ospitalità come gesto e come atteggiamento, strumento della presenza di Dio nei testi del Vecchio Testamento che abbiamo citato. Abbiamo constatato l'ospitalità nel modo di comportarsi di Gesù Cristo. Essa è presente come invito anche nelle Lettere di Paolo e nella Lettera agli Ebrei.

Far germogliare l'ospitalità nel nostro essere, ci fa crescere come persone, ci rende umani, ci umanizza. La nostra società, il nostro servizio assistenziale, hanno bisogno di umanizzazione. Una frase famosa di un nostro Superiore Generale, Fra Pierluigi Marchesi, scritta nel 1981 nel suo documento intitolato "L'Umanizzazione", ci esorta a questo modo di vivere: *Umanizzarci per umanizzare.* Egli voleva apportarci una forza uma-

nizzatrice per la nostra vita, voleva condurci verso un'assistenza che si realizzasse ponendo al suo centro la persona. Sue espressioni sono: "Il malato è il centro della nostra vita", "il malato è la nostra università".

Nell'ospitalità sanitaria abbiamo bisogno degli atteggiamenti che la definiscono, abbiamo bisogno di realizzare un processo che ci faccia diventare persone che pongono in atto un'assistenza che sia umana, che metta al centro della nostra attenzione l'infermo che abbiamo davanti, la sua famiglia, che curi i mezzi, la professionalizzazione ma che curi anche il fulcro dell'ospitalità, cioè l'umanizzazione. "L'uomo sofferente – ogni uomo – ha bisogno di amorevole dedizione personale". "L'amore [della Chiesa] non offre agli uomini [specialmente quando soffrono] solamente un aiuto materiale, ma anche ristoro e cura dell'anima, un aiuto spesso più necessario del sostegno materiale" (BENEDETTO XVI, *ibidem*, 28b).

7. Le sfide della nostra società nell'esercizio del compito assistenziale

Conosciamo il mondo nel quale viviamo, i progressi che sono stati realizzati, la relazione tra fede e scienza e le implicazioni per il mondo dell'assistenza, le azioni che con diversi criteri possono intraprendere coloro i quali lavorano con i sofferenti, gli effetti che tutto questo ha nel campo bioetico. Cercare di *accudire, curare, accompagnare* quando non si può guarire; aiutare a *nascere* e a *vivere* con dignità; aiutare a *morire* con dignità; oggi tutto questo è oggetto di grande preoccupazione per noi come Chiesa e per coloro che ci circondano: scienziati, politici, professionisti del servizio assistenziale, pazienti, familiari.

Noi facciamo parte di questo mondo e a questo mondo vogliamo apportare la nostra ospitalità, nell'ambito della Tradizione della Chiesa, del suo Magistero, a partire dalla Parola di Dio e dalla nostra presenza come ospitalità, che deve essere umanizzata. Mediante ciò che facciamo, intendiamo essere segni di Cristo misericordioso e

guaritore per quanti ci stanno vicini, facendo del bene, evangelizzando, sebbene ogni volta ci troviamo in un mondo in cui questa evangelizzazione a partire dalle strutture assistenziali della Chiesa si fa "*Ad gentes*".

Discernere come può e deve essere oggi la nostra presenza quotidiana, è un nuovo compito. Vogliamo farlo come Cristo che denuncia però si avvicina, vogliamo farlo come Cristo che a volte tace però invita con lo sguardo benevolo, vogliamo farlo come Cristo che si avvicina a persone non socialmente corrette secondo i criteri religiosi del tempo, che proclama che essi saranno i prediletti nel Regno dei cieli e per i quali vuole essere portatore dell'acqua viva, con la sua salvezza che dà il vero senso all'esistenza.

Quanti di noi esercitano l'ospitalità nei nostri centri assistenziali, si sentono molte volte in *zona di frontiera*. Abbiamo acquisito molte esperienze dai nostri servizi di assistenza spirituale e religiosa, testimonianze di persone alle quali abbiamo fatto del bene, e che ce lo hanno comunicato in parola o per iscritto. Ci sentiamo felici di essere Chiesa sempre, ma in modo particolare in queste situazioni.

Probabilmente non li convertiremo al vero senso della nostra fede, però li avremo avvicinati a Dio, che spesso riescono difficilmente a vedere come Padre, come Verità, come Bene, e di cui noi vogliamo essere suoi testimoni. La Chiesa, nel suo Magistero, deve essere molto prudente, certa delle sue affermazioni, nell'evoluzione dei suoi criteri. Noi ci sentiamo parte di essa, la amiamo così. Però nella nostra prassi ordinaria ci sentiamo a volte chiamati a discernere motivati dall'amore di Dio, manifestato in Gesù Cristo e impegnati in una missione che deriva dall'ospitalità, che in questa riflessione abbiamo definito *paradigma dell'umanizzazione*. Vogliamo vivere la carità nella verità, verità che è arricchita dalla forza della carità.

8. Conclusione

Ci sentiamo orgogliosi di essere stati chiamati da Dio tramite il dono dell'ospitalità. Viviamo con molto

entusiasmo il fatto di essere Chiesa della misericordia e di cercare ogni giorno di fare del bene a persone che prima non conoscevano e che la malattia, l'esclusione, l'immigrazione hanno portato a noi.

Per loro vogliamo essere ospitalità umanizzata, vicina, comprensiva e professionale. Per loro vogliamo essere presenza di Chiesa, di persone che ne sono parte e che proprio da essa si sentono spinte verso questa missione. Magari riuscissimo a trasmettere il valore dell'apporto di Gesù Cristo e della sua Chiesa alla loro vita, alla storia in generale.

Vogliamo conciliare in ogni istante la *verità*, il *bene* e l'*amore* a partire dall'ospitalità, paradigma dell'umanizzazione, che nel nostro caso vuole essere sempre, nel suo operare, anche evangelizzazione.

Ci danno molta forza nella rea-

lizzazione della nostra missione le parole di Benedetto XVI nella *Deus Caritas est*: “Ad un mondo migliore si contribuisce soltanto facendo il bene adesso ed in prima persona, con passione e ovunque ce ne sia la possibilità” (31b) “La carità, inoltre, non deve essere un mezzo in funzione di ciò che oggi viene indicato come proselitismo. L'amore è gratuito; non viene esercitato per raggiungere altri scopi (si veda il sito: http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20051225_deus-caritas-est_it.html-fn30)”. “Chi esercita la carità in nome della Chiesa non cercherà mai di imporre agli altri la fede della Chiesa”. “Il cristiano sa quando è tempo di parlare di Dio e quando è giusto tacere di Lui e lasciar parlare solamente l'amore. Egli sa che Dio è amore e si rende

presente proprio nei momenti in cui nient'altro viene fatto fuorché amare” (31c).

Come Cristo vogliamo portare al mondo la salvezza affinché tutti arrivino alla conoscenza della verità. Per questo preghiamo e in questo confidiamo. Cerchiamo di farlo con l'ospitalità, come nuovo paradigma dell'umanizzazione, coscienti del fatto che ci avviciniamo a Dio e alle persone sempre e quando Dio vuole ed è opportuno, e lo facciamo con una vera evangelizzazione. Con Benedetto XVI proclamiamo “Caritas in veritate”.

Fra PASCUAL PILES FERRANDO,
O.H.

*Priore generale emerito
Ordine Ospedaliero di San Giovanni
di Dio, Spagna
Membro del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede*



MANUEL DE LEMOS

Il contributo dei volontari nell'umanizzazione della salute: la realtà portoghese

Vorrei iniziare con l'esprimere i miei ringraziamenti a quelli delle Sante Case di Misericordia del Portogallo per l'invito del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute a partecipare a questa Conferenza e a riflettere sul contributo del lavoro volontario nell'umanizzazione della salute e sulla sua dimensione etica.

Credo sia importante menzionare che, sebbene sia stata fondata nel 1498 da un gruppo formato da centinaia di "brave persone" sotto gli auspici della monarchia portoghese, la missione delle Misericordie è sempre stata quella di impegnarsi in "lavori di misericordia", in linea con la loro definizione quale associazioni di fedeli secondo la legge canonica.

Ritengo inoltre necessario fare riferimento al fatto che dal 1516, quando il re portoghese Emanuele II accordò alle Misericordie di Lisbona l'amministrazione dell'Ospedale di tutti i Santi, le Misericordie portoghesi – senza interruzione – si sono attivamente impegnate nella gestione di ospedali e di altri servizi sanitari. Esse, pertanto, hanno svolto il "lavoro di misericordia" che impone loro di "prendersi cura dei malati".

Le Misericordie possiedono la competenza in materia di assistenza sanitaria che, anche se da un lato si estende oltre l'orizzonte della memoria, dall'altro, si traduce in una preoccupazione costante della qualità. Per quanto riguarda quest'ultima, per citare un esempio, uno studio realizzato nel 2010 dalla "Joint Commission International and Siemens", ha classificato gli ospedali delle Misericordie portoghesi come tra i migliori del Paese.

Come si può spiegare la longevità, come pure il riconoscimento,

dell'impegno delle Misericordie per l'assistenza sanitaria? Ciò, infatti, va oltre i confini del Portogallo continentale, in quanto i portoghesi hanno diffuso questo movimento in tutto il mondo, dal Brasile all'Angola, da Sao Tomé e Principe a Timor e, più recentemente, alle comunità portoghesi in Francia e Lussemburgo.

Innanzitutto, vorrei sottolineare il loro carattere di movimento di volontari dedicati (in accordo con la realizzazione delle "opere di misericordia") per fornire assistenza disinteressata a coloro che soffrono e hanno bisogno di aiuto. È opportuno, perciò, ricordare le parole di S. Pietro Martire, negli statuti originali della Misericordia di Firenze: "nessun fratello dovrà aspettarsi per il suo contributo qualche cosa che non sia un bicchiere d'acqua".

In effetti, abbiamo ogni ragione per credere che la dimensione etica di coloro che altruisticamente dedicano il loro tempo e la loro attenzione alla cura degli altri crea un'enorme differenza nel campo della salute; chi agisce in questo modo, pone se stesso in una posizione dissimile a quella di coloro che forniscono assistenza sanitaria per ragioni istituzionali, come lo Stato attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, o coloro che forniscono assistenza sanitaria con il legittimo obiettivo di ottenere profitti, come le imprese degli ospedali privati.

Non è un caso che gli operatori del cosiddetto terzo settore o settore sociale siano spesso menzionati tra i migliori nel campo delle cure sanitarie acute. Inoltre, non è pura coincidenza che la dimensione di umanizzazione dei servizi di assistenza di cui sopra abbia acquisito una rilevanza sempre maggiore come criterio di qualità.

Il concetto di "volontario" rappresenta, in primo luogo, un impegno con se stesso, e con la società in generale, per aiutare gli altri senza alcun interesse, attraverso un'azione specifica e continua e, per quanto possibile, nell'ambito di un quadro adeguato. Dal punto di vista etico, esso indica non solo una crescente consapevolezza delle disparità e delle differenze, ma anche una ricerca di valori e riferimenti che definiscono un individuo e il suo ambiente sociale.

Per i cattolici, la Dottrina sociale della Chiesa costituisce il quadro etico entro il quale il volontariato realizza la propria opera. La recente Lettera Enciclica *Caritas in veritate* cattura l'essenza del volontariato per i cattolici. In particolare, essa sostiene che la carità proclama la verità di Cristo nella società e che lo sviluppo, il benessere sociale e il superamento dei problemi socio-economici presenta una richiesta di "caritas" – in altre parole, di Amore, inteso qui come Amore per il prossimo.

È lo stesso messaggio a permeare gli statuti della prima Misericordia portoghese – la Santa Casa di Misericordia di Lisbona – in cui si afferma che "Dio ha dato il cuore, la ragione, la forza e la carità a pochi cristiani buoni e fedeli per creare una fratellanza e una confraternita... di modo che da questa confraternita possano essere eseguite, per quanto possibile, tutte le opere di Misericordia, sia corporali che spirituali".

Nel campo specifico della salute, nella misura in cui corrisponde a una attività che mira ad aiutare coloro che soffrono e non sono quindi protetti, il volontariato è la più nobile di tutte le risposte alle più profonde esigenze morali degli individui.

La presenza di cinque secoli delle Misericordie portoghesi nel settore sanitario rappresenta, per la società portoghese in generale e la comunità cattolica in particolare, l'incarnazione di questa responsabilità etica nei confronti delle persone. In pratica, tale responsabilità si traduce nel volontariato e nella realizzazione di quella "Opera di Misericordia", che stabilisce che dovremmo "prenderci cura del malato".

Vorrei terminare il mio intervento descrivendo il nostro ruolo, negli ultimi cinque anni, nella creazione della Rete Nazionale di cure integrate a lungo termine in Portogallo.

L'invecchiamento, e la successiva esplosione di malattie croniche e disturbi mentali, nonché la frammentazione delle famiglie, l'inefficienza delle strutture ospedaliere esistenti e le limitate risorse finanziarie dello Stato, sono diventate una questione sempre più pressante nella società portoghese. Impregnate dello spirito cristiano che caratterizza la nostra attività, le Misericordie hanno accettato la responsabilità di costituire una rete di vicinanza altamente qualificata ed efficiente, fornendo servizi di assistenza a prezzi ragionevoli.

Oggi, le Misericordie portoghesi hanno in esercizio/costruzione circa 150 impianti, sparsi in tutto il Paese, che corrispondono a oltre il 70% della rete nazionale integrata di assistenza a lungo termine. In questo modo determinante, esse hanno assunto una posizione

centrale nel servizio sanitario nazionale.

Ho attirato la vostra attenzione su questa circostanza, non solo per illustrare la nostra efficace risposta ai problemi che affliggono la società moderna, ma anche perché abbiamo trovato qui la più chiara conferma per la dimensione "umanizzante" del volontariato. La vicinanza con la morte, le implicazioni delle malattie croniche, e la debolezza generale della persona in questa fase della vita, rendono il contatto umano un ruolo particolarmente rilevante dell'assistenza.

Contrariamente agli ospedali per le cure acute, dove la pleora di tecnologia riduce l'essere umano alla sua dimensione più materiale, nei nostri servizi di continuità di cure, sono il nutrimento, l'affetto e la comprensione per il paziente a definire la nostra attività. Il volontario, in posizione di etica e pratica di "compagno", adotta un approccio che è certamente diverso da quello di un fornire più tecnico, e quindi, più freddo, di assistenza sanitaria. Chiara evidenza di questa affermazione è che i volontari nei nostri servizi hanno più tempo a disposizione rispetto agli operatori di altri servizi sanitari.

Credo che gli sviluppi, in un prossimo futuro, della medicina e l'introduzione di alta tecnologia negli ospedali per le cure acute, contribuirà ulteriormente a rafforzare il ruolo dei volontari nei servizi sanitari. Ciò confermerà ulteriormente la visione di Cecily Saunders secondo cui le cure palliative e

terminali ci costringono "a fare tutto ciò che può essere fatto, quando non può essere fatto nient'altro".

L'umanizzazione è proprio ciò che può essere fatto, quando la scienza e la tecnologia non sono più in grado di fare nulla. Tenere una mano, ascoltare una storia, disegnare un sorriso. Questa è la richiesta di umanizzazione che, nonostante i buoni sforzi dei professionisti, può essere affrontata solo in modo permanente, costante ed efficace da un volontario.

Anche se è vero che molti professionisti oggi riconoscono e adottano questa dimensione umana di fornire assistenza, è altresì evidente che gli sforzi delle squadre di volontariato hanno contribuito a imporre questo approccio etico nei servizi sanitari.

Signore e signori, le Misericordie portoghesi hanno fornito servizi per 511 anni. Adottiamo, per quanto possibile, il concetto di volontariato e, pertanto, abbiamo sempre posto le persone al di sopra della gestione. Infatti, se cominciamo ad aiutare le persone e a prenderci cura di loro, gestire le istituzioni che servono la gente verrà in modo naturale. Oggi, con una gestione sempre più efficiente, torniamo alle persone. È quindi mio privilegio essere il portatore di questo esempio, un esempio per le comunità cattoliche e cristiane nel mondo moderno.

Dott. MANUEL DE LEMOS
Presidente dell'Unione delle
Misericordie del Portogallo



M. BENEDICTA

Centri sanitari e cura dei poveri

Le Missionarie della Carità sono state fondate dalla Beata Madre Teresa di Calcutta con lo speciale carisma di spegnere l'infinita sete di Gesù Cristo sulla Croce per amore delle anime con la professione dei consigli evangelici e un quarto voto di "servizio generoso e gratuito ai più poveri dei poveri".

In 137 Paesi noi "condividiamo quella speciale missione della Chiesa di illuminare tutto il mondo con il messaggio evangelico; radunare in un solo Spirito tutti gli uomini di qualunque nazione, razza e civiltà, diventa segno di quella fraternità che permette e rafforza un sincero dialogo" (*Gaudium et Spes*, n. 92) (*Cost.*, n. 1).

Viviamo la nostra vita nelle diverse culture, situazioni e angosce del nostro mondo, negli ospedali di Londra e nelle zone di guerra del Medio Oriente e dell'Africa, tra i tossicodipendenti di Francoforte e i bambini di strada di Rio de Janeiro, a fianco di coloro a cui viene data un'apparente misericordia attraverso l'eutanasia, o privandoli di cibo e acqua nelle case di riposo di Melbourne e quelli che vivono nei campi profughi in Etiopia, o che sono nelle prigioni della Polonia e nei rifugi notturni di Cuba. La Madre ha detto: "Gesù rivive la sua passione nella nostra povera gente. Nei poveri noi nutriamo, vestiamo e accogliamo Gesù. Dobbiamo fare tutto ciò con un grande amore indiviso".

Dio non ha creato la povertà. L'egoismo e l'avidità dell'uomo hanno permesso alla povertà di separare le persone. Essa è la mancanza di volontà dell'uomo di amare e vivere come Dio vuole. È il risultato del peccato. Eppure, Dio ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito per vincere il peccato e trasformare in Redenzione la forza del male proprio là dove era al suo culmine, sulla Croce. L'uomo ha ucciso il

Figlio di Dio, morto ma risorto dai morti. L'opera della Redenzione continua. I Calvari del nostro mondo sono là dove ancora oggi Cristo ha sete dell'amore di ogni uomo creato per vivere in Lui, con Lui e per Lui, nell'unità dello Spirito Santo, per la gloria di Dio Padre, in terra e in cielo.

Sulla Croce, Gesù è diventato IL più povero dei poveri e IL Salvatore, la fonte del mistero dell'amore di Dio da ricevere e a cui permettere di scorrere anche oggi dalla Croce nella vita di ogni persona: fonte visibile che esprime a voce alta la sete di Dio a tutti i Calvari del nostro mondo, invisibile e che risuona nel cuore di ogni persona.

La nostra deve essere una vita santa, una vita mistica che si traduce, se vera, in amore e in azione: "amore ricevuto e donato" (*Caritas in veritate* [CV], n. 5) nella nostra vita di preghiera e unione profonda con Cristo, maggiormente espresso e impresso nell'Eucaristia, e "amore ricevuto e donato" (CV, n. 5) nella nostra vita di presenza, compassione, servizio e unione profonda con Cristo, maggiormente espresso e impresso nel sofferente più Povero dei poveri. Noi viviamo entrambe le dimensioni, preghiera e servizio (cfr. CV, n. 79), per essere Missionarie della Carità nella verità.

Una volta un uomo giunse a Kallighat, la casa dei morenti "Nirmal Hriday" (= cuore puro) di Calcutta. Era sinceramente commosso e nella generosità e bontà del suo cuore si offrì di aiutare Madre Teresa nel suo bellissimo lavoro. Avrebbe fornito i migliori letti d'ospedale e altre utili attrezzature mediche di ultima generazione. Madre Teresa si inchinò e rifiutò con gentilezza.

La nostra conferenza riguarda la questione dell'equità nelle cure sanitarie. L'equità è un termine di

giustizia: dare a una persona quel che le è dovuto. Nel nostro mondo l'iniquità tra ricchi e poveri è in aumento. La povertà diventa sempre più lo scandalo descritto da Papa Paolo VI. Alla base di questo scandalo vi sono altre disuguaglianze più fondamentali che possono avere indotto il rifiuto di Madre Teresa a un'offerta comunque nobile. Esaminiamo tre verità:

1. È diritto fondamentale di ogni persona ricevere attenzione e amore indivisi, di essere accolta e trattata come essa è, come una persona che proviene da Dio e che cammina verso Dio, con una dignità che esige un rispetto che è sacro e assoluto. La salute è un bene che deve essere sicuramente salvaguardato, ma non è un bene assoluto (EV, n. 47). Essa è subordinata al bene assoluto della vocazione eterna di ciascuna persona e del suo destino di figlio di Dio.

La tecnologia medica ha compiuto grandi progressi negli ultimi anni. Ma non dobbiamo anche ammettere che spesso la pratica medica è diventata più depersonalizzata? Non dobbiamo dire che il rispetto della dignità umana – la cui prima espressione è il diritto alla vita – è diminuito per la maggior parte dell'umanità, anche se la tecnologia è progredita? I progressi della tecnica, non solo in medicina, avvengono a volte a prezzo dei poveri, degli indesiderati, dei non amati, dei non nati? (cfr. CV, nn. 70, 71). L'aborto, l'eutanasia e il traffico di organi sono i maggiori distruttori della società.

Non dare a ogni persona l'attenzione, l'amore e le cure che le sono dovute minaccia il bene dell'umanità in un modo che è molto più pericoloso di ogni malattia o infortunio o addirittura della mancanza di cure mediche adeguate. La risposta più importante per tutti noi è quella di dare amore e attenzione

totali alla maniera di Cristo a ogni persona con cui veniamo a contatto, in particolare i più poveri dei poveri, anzitutto attraverso il nostro tocco umano e, naturalmente, dove la situazione concreta lo necessita, con conoscenze e competenze professionali mediche.

Madre Teresa racconta: «Una sera uscimmo e raccogliemmo quattro persone dalla strada. Una di loro era in condizioni terribili. Dissi alle suore: «Prendetevi cura di questi tre, io mi occuperò di quella donna che sta peggio». Così feci per lei tutto ciò che il mio amore poteva fare. La misi a letto, c'era un bellissimo sorriso sul suo volto. Ella prese la mia mano, mi disse una sola parola: «grazie» e morì. Non potei fare a meno di fa-

mo che sapeva parlare in questo modo senza incolpare nessuno, senza fare confronti. Come un angelo...».

2. Un altro diritto fondamentale di ogni persona è il diritto di amare come membro della famiglia umana. Noi non abbiamo ospedali, cliniche o scuole regolari. Quando i nostri poveri hanno bisogno di essere ricoverati, collaboriamo con le istituzioni che li gestiscono. Le nostre case devono essere semplici e modeste e i poveri devono sentirsi accolti come a casa. Abbiamo CASE per: bambini abbandonati, fisicamente e mentalmente disabili; case per bambini e adulti malati di AIDS; poveri malati e moribondi; malati di mente; leb-

Con un bambino nella nostra casa che accarezza la guancia di quello più piccolo che piange accanto a lui.

Con il bicchiere d'acqua dato da una malata di mente a un altro nella nostra casa.

Con un ragazzo affamato che dà la sua parte di riso alla madre morente.

I poveri sono stupendi. Vengono tolti loro salute, ricchezza, famiglia, nome, prospettiva di vita e perfino la vita stessa. Spogliati di tutto, rimane loro solo il fatto di essere persone umane. E questo li rende così umani, proprio come ciò che Dio ci ha destinati a essere: capaci di essere amati e di amare come risposta, anche nella e attraverso la sofferenza, nel dolore e la morte verso la vita nuova in Cristo.

Ecco perché le nostre case devono essere case in cui possano essere accolte tutte le persone respinte dagli altri, nessuno escluso; la grande famiglia umana cresce da piccoli semi. Nelle nostre case, ciascuno è chiamato a uscire da se stesso per prendere parte, per dare in ogni modo possibile un'espressione di amore e preoccupazione per tutti. Spesso, a prima vista, vi è molta miseria nelle nostre case. Eppure, a un secondo sguardo, vi è tanta gioia nella miseria, frutto dello Spirito per tutti.

3. Il diritto più fondamentale di ogni persona è quello di conoscere l'amore di Dio, sapere che Dio è nostro Padre, che da Lui dipendiamo, che da Lui veniamo e da Lui siamo sostenuti in ogni momento, che da Lui siamo redenti attraverso il Suo Figlio, e che andremo alla Sua casa per l'eternità. Questa può essere stata la preoccupazione principale di Madre Teresa nel rifiutare l'offerta di quel signore a Kalighat. I mezzi tecnici possono limitare la nostra visione di Dio, o farcelo dimenticare completamente. Essi possono farci dimenticare che siamo stati creati e redenti dall'amore e farci dimenticare che Dio è all'opera nella nostra vita concreta personale – qui e ora.

Possono farci dimenticare che siamo solo strumenti del Suo amore l'uno per l'altro; che Dio, non l'uomo, è autore della nostra e della vita degli altri, che è Suo dono e che Egli vuole fare di noi «un sa-



re un esame di coscienza davanti a lei. Mi chiesi: cosa avrei detto se fossi stata al suo posto? La mia risposta fu molto semplice. Avrei cercato di attirare un po' di attenzione verso di me. Avrei detto: ho fame, sto morendo, ho freddo, ho dolore, o qualcosa del genere. Ma lei mi diede molto di più, mi diede il suo amore riconoscente. E morì con un sorriso sul volto. Poi ci fu quell'uomo che prendemmo dalla fogna, per metà mangiato dai vermi e che, dopo che lo avevamo portato a casa, disse soltanto: «Ho vissuto come un animale per strada, ma sto per morire come un angelo, amato e curato». Poi, dopo aver rimosso tutti i vermi dal suo corpo, tutto quello che disse con un grande sorriso, fu: «Sorella, vado alla casa di Dio» e morì. Fu bello vedere la grandezza di quell'uo-

brosi e malati di TBC (compresi centri di riabilitazione); tossicodipendenti e alcolisti; ragazze in pericolo, madri indesiderate, donne in difficoltà; centri per persone malnutrite o per la distribuzione di cibo e mense; centri di assistenza in tempi di carestia o altri disastri. Ognuno contribuisce a suo modo a rendere il luogo una *casa*. Questa è la vita nuova in Cristo, già sulla terra così come un giorno pienamente in Cielo. Noi impariamo dai poveri mediante azioni non misurabili con dati tecnici, ma:

Con il sorriso di quell'uomo morente e della donna di cui ha parlato la Madre.

Con una lacrima che cade dagli occhi di una prostituta.

Con il viso di un giovane che si rivolge, dopo un overdose di eroina, verso la Sorella.

crifizio perenne a se stesso”, attraverso ogni momento vissuto nell’amore e anche nella sofferenza, nel dolore e nella morte.

Il Santo Padre scrive che “emerge con drammatica forza la questione fondamentale: se l’uomo si sia prodotto da se stesso o se egli dipenda da Dio” (CV, n. 74). “Quando prevale l’assolutizzazione della tecnica si realizza una confusione fra fini e mezzi” (CV, n. 71).

Per questo noi Missionarie della Carità abbiamo scelto volutamente di essere semplici e di usare umili mezzi nel nostro servizio ai più poveri dei poveri. Anche se incontriamo una folla di poveri, il nostro modo di trattare con loro è sempre personale, come una persona presa singolarmente. Viviamo da poveri noi stesse.

Vogliamo imitare Cristo, che pur potendo usare tutti i mezzi della Sua divinità per mostrarci il Suo amore e per innalzarsi fino a sé, ha spogliato se stesso, si è fatto nostro servo, *ha dato se stesso* per tutti, affinché tutti potessero vivere e darsi a Lui nell’amore.

La tecnologia promuove uno spirito di utilità. Ciò è una cosa buona, ma il Vangelo ci chiede di più: di donare noi stessi, seguendo l’esempio di Gesù Cristo.

La Divina Provvidenza include molti doni meravigliosi, tra cui i progressi della medicina e della scienza. Ma tutti questi doni rimangono sempre al servizio del bene di tutti e di quello che resta la causa più grande: essere figli preziosi di Dio.

Ringraziamo il Signore per la

nostra vocazione nella Chiesa e per tutte le altre vocazioni a cui dà vita secondo diverse espressioni. Quando tutto è detto e fatto, vi è la certezza che nella Sua saggezza Dio vuole che tutti siano insieme nel Suo Regno, dove Egli sarà tutto in tutti. Ogni ingiustizia sarà spazzata via. Noi saremo i suoi figli amati nel Figlio. Il mondo ha bisogno del nostro messaggio cristiano, quello cioè di condividere il bene dei nostri vari doni sulla via verso la casa del Padre.

Grazie a tutti e Dio vi benedica.

Suor M. BENEDICTA, MC
già Superiore regionale in Etiopia
per Suor M. Prema MC,
Superiore Generale
delle Missionarie della Carità
Kolkata, India.



MARIO BONORA

Una sfida appena cominciata

“La città dell’uomo non è promossa solo da rapporti di diritti e di doveri, ma ancor più e ancor prima da relazioni di gratuità, di misericordia e di comunione” (Caritas in veritate, n. 6).

Queste parole di Papa Benedetto XVI dicono molto a tutti coloro che, a vario titolo e secondo diverse funzioni, sono impegnati – da credenti – nell’esercizio dell’attività clinica, di cura e di riabilitazione, così come quotidianamente si sviluppa a cominciare dalle centinaia di migliaia di presidi sanitari che, in Italia e nel mondo, sono nati da una forte istanza di carità cristiana. Esse indicano infatti, in modo così netto ed essenziale, quale debba essere la linea-guida di fondo, l’indirizzo ideale, la cifra che connota e qualifica l’atteggiamento con cui ci si china – questa è l’esatta etimologia di “clinica” – sul letto del paziente, del fratello che chiede il nostro aiuto e la nostra solidarietà.

1. La ricchezza di un confronto

In questi due giorni di intenso lavoro abbiamo ascoltato riflessioni e indicazioni proposte da eminenti relatori – esperti, studiosi, operatori, volontari – che ci hanno condotto per mano attraverso le pagine dell’enciclica ratzingeriana. È stato un excursus tutt’altro che sommario o approssimativo. Mi pare di poter dire che non è stato trascurato nessuno dei molteplici aspetti del documento: da quelli più evidenti a una lettura rapida e superficiale, fino a quelli più profondi, direi quasi intimi, poiché nelle pieghe più nascoste del pensiero del Papa è veramente possibile cogliere tutti i risvolti che l’esercizio della carità deve avere nei confronti dell’uomo del Terzo millennio.

In questo senso, non posso non rilevare con piacere il sottofondo “esperienziale” che ha animato l’itinerario di queste giornate. Perfino negli interventi intellettualmente più densi e impegnativi mi è sembrato di cogliere sempre uno sguardo proiettato “oltre” la pura analisi teorica: uno sguardo puntato sull’uomo, immagine di Dio e perciò punto focale e ragion d’essere dell’impegno di ogni operatore sanitario. Su questo comune filo conduttore si è innestata la ricchezza dei vari contributi – scientifici, pastorali, filosofici, economici, giuridici – offerti da oratori competenti e qualificati. Se mi è consentito di parafrasare le parole usate da Benedetto XVI per descrivere il recente Sinodo dei Vescovi per il Medio Oriente, direi che si è trattata di una significativa esperienza di “polifonia nell’unità”. Diverse voci, una sola tensione ideale verso le sorgenti della carità che alimentano la nostra missione.

2. Sulla rotta dell’uomo

Una cosa, in particolare, sento il dovere di sottolineare. Tenendo fisso il timone della nostra riflessione sulla rotta dell’uomo, abbiamo enucleato quella che, a mio giudizio, resta la chiave di lettura più autentica e fedele della *Caritas in veritate*. Che non è riducibile a un semplice, per quanto autorevole, trattato economico-sociale o a un banale prontuario anti-crisi. Il professor Ettore Gotti Tedeschi, uno dei nostri più illustri relatori, ha lanciato qualche tempo fa una proposta-provocazione: assegnare il Nobel per l’economia a Benedetto XVI. Dietro questa sollecitazione io leggo soprattutto un richiamo a saper guardare con occhi nuovi l’“economia”, come suggerisce esplicitamente il Papa nella sua enciclica: a partire cioè dalle sue ori-

ginarie radici etimologiche, che hanno a che fare con l’amministrazione dell’*oikos*, della “dimora”. E sappiamo bene che al centro di ogni “dimora”, di ogni “casa”, vi è una persona, una famiglia, una comunità umana.



Analizzata da questa prospettiva, la *Caritas in veritate* ci appare allora per quella che realmente è: un manuale di umanità, un vademecum di quella “vita buona secondo il Vangelo” (Messaggio alla plenaria del Pontificio Consiglio della Giustizia e della Pace, 3 novembre 2010) che rappresenta l’orizzonte concreto della dottrina sociale della Chiesa. Per tracciare le coordinate di tale convivenza l’enciclica suggerisce una serie di parole-chiave.

Le ricordavamo all’inizio: gratuità, misericordia, comunione. E potremmo aggiungere: fraternità, dono, solidarietà, reciprocità, sussidiarietà. Vorrei invitarvi a scandirle mentalmente, una per una: gratuità, misericordia, comunione, fraternità, dono, solidarietà, reciprocità, sussidiarietà. E sono sicuro che anche a voi – come è successo a me – verrà spontaneo domandarvi: non sono queste esattamente le modalità che esige ogni giorno il nostro servizio accanto a chi soffre? Dico questo non per sovravalutare il lavoro degli opera-

tori sanitari cattolici, ma piuttosto per caricarlo di una responsabilità ulteriore. La nostra testimonianza di credenti nel mondo della salute umana – e gli interventi di questi giorni ci hanno aiutato a capirlo – può costituire realmente una profezia e un paradigma della “buona società” fondata su “un vero sviluppo integrale” (*Caritas in veritate*, n. 4) a cui guarda l’enciclica. A patto che, naturalmente, non rinunciamo a nutrirci alle fonti evangeliche dell’amore verso chi soffre – in particolare quell’*euntes docete et curate infirmos* (Mt 10,6-8) di cui ci ha mirabilmente parlato l’arcivescovo Gianfranco Ravasi – né dimentichiamo che la posta in gioco resta sempre e comunque l’uomo nella sua integralità. Vogliamo dirlo senza vanto o presunzione, con umiltà, quasi sommessamente.

Quando ci prendiamo cura del malato andando oltre la logica del *do ut des*, rifiutando di misurarci

mo concretamente che “la sfera economica deve essere strutturata e istituzionalizzata eticamente” (*Caritas in veritate*, n. 36).

Quando i nostri occhi non si appuntano solo su numeri, cifre, analisi di costi e benefici, ma restano fissi sulla stella polare della inviolabile e irripetibile dignità di ogni creatura, fosse anche la più piccola e insignificante, allora mostriamo concretamente che “il primo capitale da salvaguardare e valorizzare è l’uomo, la persona nella sua integrità” (*Caritas in veritate*, n. 25).

3. Un compito profetico

In una società tecnologica e globalizzata come quella in cui viviamo – che sta ancora pagando il conto di una crisi economica e finanziaria rivelatasi essenzialmente “crisi etica”, come hanno confermato i contributi degli autorevoli economisti intervenuti ai lavori – il

spirito, innovazione scientifica e carità evangelica, eccellenza tecnica e testimonianza cristiana. Un modello che risulti non soltanto plausibile dal punto di vista medico-sanitario ma anche – ed ecco la scommessa e la sfida decisive – pienamente sostenibile dal punto di vista economico e sociale.

Non si tratta di un compito da poco. In questo, come dicevo, l’enciclica ci viene in soccorso suggerendoci una sorta di “vocabolario di umanità” composto da parole che in qualche modo sono parte integrante del nostro Dna. Un vocabolario che abbiamo sfogliato insieme in questi giorni, grazie a testimonianze significative e illuminanti: ricordo solo quella del cardinale Peter Kodwo Appiah-Turkson, che nella sua duplice veste di pastore africano e di presidente del Pontificio Consiglio della Giustizia e della Pace ci ha offerto alcune prospettive interessanti per la promozione di una salute veramente a misura d’uomo.

Mi sembra che il merito più grande di questi interventi sia stato proprio quello di averci spiegato l’economia in termini di umanità e, allo stesso tempo, di averci raccontato l’umanità in termini di economia. Così da farci capire, per esempio, che la fraternità non è un residuo da sagrestia o, tutt’al più, un optional riservato alle anime nobili, ma un elemento che permette al mercato di funzionare e di prosperare: lo aveva intuito già otto secoli fa san Francesco e lo avevano ribadito successivamente gli “economisti” ispirati alla sua scuola (non dimentichiamo che grazie ai frati minori nascono nel Quattrocento i “monti di pietà”), come ama sottolineare il professor Stefano Zamagni, che ci ha aiutato nella sintesi degli interventi della prima giornata. Allo stesso modo, abbiamo compreso che quella che Pavel Florenskij definiva “l’arte della gratuità” (*Lettera dal gulag*, 11 maggio 1937) – in base alla quale guardiamo alle persone e alle cose come un fine e mai come un mezzo per meri scopi di profitto – resta un ingrediente fondamentale per umanizzare l’economia e civilizzare i rapporti sociali. E ci siamo resi conto, inoltre, che quote crescenti di comunione innestate nella logica mercantile creano socia-



unicamente col metro del guadagno o del profitto, sottraendoci alla legge – solo apparentemente ineluttabile – della prevalenza del forte sul debole, allora mostriamo concretamente che “l’attività economica non può prescindere dalla gratuità che dissemina e alimenta la solidarietà” (*Caritas in veritate*, n. 38).

Quando, con il nostro stile di presenza amorevole e disinteressata, scompaginiamo i calcoli ferrei della competitività senza compassione, del professionismo senza professionalità, della capacità senza responsabilità, allora mostria-

nostro compito è di certificare che la cura dell’uomo non è una missione di retroguardia, né un passatempo da filantropi. Tocca a noi dimostrare che per i malati vale quanto la *Caritas in veritate* afferma più in generale per i poveri: e cioè che essi “non sono da considerarsi un «fardello», bensì una risorsa anche dal punto di vista strettamente economico” (n. 35). Abbiamo, in definitiva, la responsabilità di offrire al mondo un modello di assistenza sanitaria capace di coniugare competenza e umanità, sollievo del corpo e sollievo dello

lità, sviluppano equità, costruiscono solidarietà: in altre parole, garantiscono quella giustizia a cui ogni società aspira ma che, d'altra parte, è continuamente perfezionata e sopravanzata dalla carità.

“La carità eccede la giustizia” scrive infatti quasi all’inizio dell’enciclica Benedetto XVI (*Caritas in veritate*, n. 6). Un’asserzione che per noi ha un’importanza fondamentale. Significa che abbiamo, anzitutto, il dovere di una competenza professionale autentica e vera, così come è autentico e vero il diritto del paziente di potersene avvalere, con piena fiducia. Ma la stessa professionalità del clinico va ricompresa in una relazione personale umanamente ricca, in un rapporto di dialogo e di condivisione che, appunto, “eccede”, cioè “va oltre”. E permette così di accostarsi alla malattia non in astratto, bensì nel riferimento puntuale e concreto alla persona del malato, accolta nella sua irriducibile singolarità. Vi è, insomma, una “economia della carità” (*Caritas in veritate*, n. 2) che non può non annoverare tra i suoi artefici più convinti e appassionati quanti, in nome della Chiesa, offrono cura e salute. Noi tutti avvertiamo la responsabilità di questa chiamata. E in fondo sappiamo che il successo delle nostre opere dipende certamente da tante situazioni che ci costringono e ci condizionano dall’esterno, ma, in ultima istanza, trova nella fedeltà al carisma originario la sua scaturigine ineludibile, inattaccabile e, perciò, più vera.

4. Verso una fase nuova della medicina

La medicina è entrata in una fase nuova della sua storia. Credo che tutti ce ne rendiamo conto. Siamo ormai pienamente dentro una stagione di forte declinazione tecnologica dell’atto sanitario. Dobbiamo perciò esaminare questo aspetto e chiederci come possiamo governare i mille versanti che ne derivano, preoccupandoci – da credenti – che non venga comunque mai smarrito il valore relazionale di quella “alleanza terapeutica” tra medico e paziente che costituisce pur sempre l’asse portante del curare e del prendersi cura.

Senonché, un rilievo non meno attento dobbiamo riservare a un secondo profilo della nostra riflessione. La forte sollecitazione tecnoscientifica che sospinge oggi la medicina sembra destinata a indirizzarci, ineluttabilmente, verso una condizione politico-finanziaria tale da rendere ben difficilmente difendibili sistemi sanitari a copertura totale. E come conseguenza diretta – lo abbiamo sentito dall’intervento del dottor Luis Gomes Sambo, dell’Organizzazione Mondiale della Sanità – vi è oggettivamente il rischio che si vada verso una situazione tale per cui determinati presidi farmacologici e non, per quanto essenziali per la cura innovativa e avanzata di determinate patologie, avranno un prezzo talmente alto da non essere più accessibili a tutti.

Viviamo, insomma, una fase storica di profonde trasformazioni, un tempo ricco di sfide e di autentiche provocazioni, di vere e proprie svolte epocali. Un’età, peraltro, avvincente, affascinante.

Decisiva, per chissà quale lungo, secolare sviluppo della vicenda umana.

Proprio per questo, ci preoccupa vedere in giro campioni di uno “scientismo” riduzionista che soffiano sul fuoco di un presunto e insanabile conflitto tra scienza e religione, tra ragione e fede. Vi è una partita aperta che ci coinvolge e comunque ci impegna, anche nostro malgrado. Mentre ogni giorno, con lo scrupolo di sempre, compiamo il nostro lavoro, al letto dei nostri pazienti, dobbiamo essere coscienti che questa partita è soprattutto nelle nostre mani. La si gioca, cioè, in primo luogo sul campo della cosiddetta “nuova medicina”, a fronte delle enormi potenzialità di una “biotecnologia” che solo nel rispetto integrale e profondo della vita e della persona può trovare quella misura e quella regola che la salvaguardino da se stessa, da un’esplosione incontrollata della sua inedita e immane potenza.

Il rischio è di ritrovarsi prigionieri in quell’“orizzonte culturale tecnocratico” secondo il quale “il vero” coincide con “il fattibile” (*Caritas in veritate*, n. 70). Ma abbiamo sentito dal professor Arduini quali pericoli possono venire da

un’esasperazione della tecnologia che particolarizza l’uomo malato: cervello, fegato, polmoni, cuore. Si rischia di perdere di vista l’uomo nel suo complesso. Il professore ha parlato di equità della cura rapportandola al grado della sua umanità, che è poi quello dell’umanizzazione, l’aspetto da ricercare con maggiore insistenza. Non a caso il professore ci ha ricordato che per essere equa la cura deve essere soprattutto umana.

È sul terreno della medicina, e delle scienze biologiche connesse, che si manifesta oggi una pressione “antropologica” che esercita un enorme impatto sulla concezione di sé, della vita, della storia che l’umanità del tempo cosiddetto “postmoderno” va incessantemente rielaborando. A interrogarci sono soprattutto la genetica, la cosiddetta “procreatica”, cioè l’insieme delle tecniche che intervengono nel campo della fecondazione assistita, i temi attinenti le fasi terminali della vita e la “mens eutanasi” denunciata con vigore dalla stessa enciclica (n. 75). Ed è qui che, pur nella diversità dei ruoli e delle strutture, ci sentiamo spinti a rielaborare continuamente un orizzonte comune e unitario di “umanesimo cristiano” entro cui declinare l’attività sanitaria.

Ma domande anche più coinvolgenti continueranno a investirci da più fronti: ad esempio, dalla “medicina predittiva”, sempre nel quadro della cosiddetta “rivoluzione genetica”, dalle nuove dimensioni che presumibilmente assumerà l’obiezione di coscienza, dalle più avanzate applicazioni bio-ingegneristiche in molti e svariati ambiti.

E forse la provocazione più intrigante e inquietante che dobbiamo attenderci a breve (per certi aspetti, già ci siamo, anche se non proprio in modo così dirompente) riguarda l’“etica della spesa sanitaria”, nel quadro generale di una spesa pubblica e di un welfare che arranca, più o meno, in quasi tutti i Paesi sviluppati e fatica a ridefinirsi nel nuovo contesto economico-finanziario imposto dalla globalizzazione.

Camminiamo speditamente verso un’evoluzione tecnoscientifica della medicina che potrebbe presto rivelarsi incompatibile – fatte salve le opportune politiche, ma è dif-

ficile immaginare quali – con la conservazione di sistemi sanitari a copertura universalistica. Ma questo è un problema che va decisamente oltre il tradizionale confine della medicina e delle relative politiche sanitarie, per investire la dimensione della democrazia come tale, e dei valori di libertà, di giustizia e di eguaglianza di cui essa è chiamata a essere garante.

Il nostro lavoro in campo sanitario è, dunque, portatore di una grande responsabilità che va oltre i confini delle strutture. Investe, ad esempio e in primissima istanza, anche la necessità di elaborare un più ricco concetto di cosa significhi “salute”: non solo equilibrio omeostatico e umorale del nostro organismo, ma, ben più a fondo, consapevolezza di sé; non salutasmo o generica ineccepibilità tecnico-formale dei cosiddetti “stili di

vita”, ma assunzione attiva di responsabilità nei confronti del nostro personale percorso esistenziale. Questo è un traguardo, il nostro traguardo.

5. Una sfida che comincia adesso

“Quando uno ha finito, allora comincia”. Permettetemi di concludere il mio intervento con la saggezza – antica ma sempre familiare agli uomini di ogni tempo e latitudine – di questa espressione del *Libro del Siracide* (18,6). Sono parole che ciascuno di noi dovrebbe tener presenti ora che il nostro congresso sta per chiudere i battenti.

Quando giunge il momento di tirare le somme per riannodare la trama di un confronto così ampio, profondo, articolato come quello a

cui abbiamo assistito in questi giorni, vi è sempre il rischio che prevalga la tentazione dell’auto-compiacimento, dell’appagamento intellettuale fine a se stesso. Ma nessuno di noi può pensare di aver assolto qui – per quanto brillantemente – il suo compito. Nel momento stesso in cui abbiamo accettato di “dar vita” a questo consenso, abbiamo anche accettato di continuare a “dargli vita” laddove le nostre capacità – tecniche, professionali, spirituali – sono chiamate ogni giorno a misurarsi con la sofferenza umana. Il nostro vero banco di prova è il “dopo”. La sfida per noi è appena cominciata.

Fra MARIO BONORA
Presidente Nazionale dell'ARIS
(Associazione Religiosa
Istituti Socio-Sanitari)
Italia



Intervento conclusivo del Prof. Filippo Boscia

L'enciclica *Caritas in veritate* può essere considerata un vero e proprio manifesto cristiano per il governo dello sviluppo globale; è infatti l'unico documento di politica economica di rilievo mondiale, che presenta come strumento di sviluppo il dono, offerto in nome della carità.

Nell'enciclica si propone un nuovo modello di sviluppo, in cui è inserito organicamente il ruolo del dono e della gratuità, diversamente da ambienti economici e sociali che, purtroppo sovente, tutelano interessi di chi detiene il potere.

L'enciclica ci invita a una nuova responsabilità, cioè alla costruzione della Città dell'Uomo; ci spinge a realizzare relazioni fraterne, coesione sociale, impegno politico, per costituire la "grande famiglia umana".

La *Caritas in veritate* rivendica un nuovo bisogno di etica sociale, su scala mondiale, basata su regole di giustizia e di solidarietà, superando ogni tentazione legata alla speculazione finanziaria, allo sfruttamento dell'uomo, della donna e dei bambini, con connessi vantaggi di breve termine.

L'enciclica pone l'attenzione sul tema del lavoro, sulla lotta alla povertà e sulle varie condizioni di emarginazione, di esclusione sociale, evidenziando alcuni elementi di novità su cui noi credenti, ma anche tutte le persone di buona volontà, siamo chiamati a riflettere.

Nella XXV Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, questa riflessione ha focalizzato problematiche cogenti riguardanti l'economia globale, il significato autentico dello sviluppo, la giustizia sociale, i diritti e i doveri dei cittadini per la promozione della vita in tutti i paesi, l'impegno degli stati a garantire cure eque e solidali, l'ospitalità, la giustizia, la carità in armonia con la verità, lo sviluppo e il progresso, la tecnica e la finanza, non perdendo mai di vista l'atten-

zione alla persona e all'ambiente e non trascurando mai azioni positive e virtuose sulle dinamiche sociali ed economiche, e promuovendo opportune discipline delle leggi di mercato.

A me pare che la riflessione su questi temi abbia contraddistinto i lavori di tutte le sessioni della XXV Conferenza Internazionale "*Caritas in veritate*. Per una cura della salute equa ed umana". Nello svolgimento di tali lavori la persona è stata sempre "al centro": lo spirito di verità ha sensibilizzato i partecipanti a garantire nelle strutture cure eque ed umane, non attuabili compiutamente, senza gli emergenti ruoli assegnati a famiglia, carità, solidarietà, sussidiarietà, missionarietà e volontariato.

È emersa la fatica per la ricerca di un nuovo rinnovato paradigma di umanizzazione per una attenzione sempre più viva e audace verso le nuove povertà e le tante situazioni di abbandono e di negazione dei più elementari diritti.

La questione sociale della parità di accesso ai servizi sanitari di base non è un *optional* ma un imperativo categorico che affonda le sue radici nel Vangelo della carità. L'uomo è la passione del Dio vivente, per cui la nostra attenzione deve essere incentrata sull'uomo, sforzandoci di costruire un mondo più accogliente e più giusto. Da questo proficuo lavoro emerge la necessità di avere testimoni credibili e persone dedite alla carità, missionari della carità capaci di attuare nuove forme di intervento presso i poveri ovvero sana nutrizione, prevenzione, cure eque umane e solidali per tutti, accoglienza tramite organizzazioni di varia natura a valenze territoriali e/o ospedaliere, strutture e centri sanitari opportuni.

La presentazione di questa conferenza internazionale, enunciata da Sua Eccellenza Mons. Zimowski, presidente del Pontificio Consiglio, ha messo in risalto come l'enciclica sia lo strumento ideale

per valutare i sistemi economici e sociali attraverso l'ottica della carità e della verità per lo sviluppo integrale e il bene della persona singola e di tutta l'umanità come corpo sociale.

Nella preparazione della conferenza ci si è chiesti "chi sanerà le continue ineguaglianze tra sistemi sanitari dei paesi ricchi e di quelli in via di sviluppo o di quelli in assoluto meno sviluppati?"



Chi sanerà il diverso accesso ai servizi sanitari di base, ai farmaci e ad altre tecnologie salvavita?

Chi integrerà le scarse infrastrutture sanitarie esistenti nelle diverse nazioni "povere o impoverite"?

La conferenza internazionale ha fornito puntuale risposta:

La risposta è la carità nella verità e la verità nella carità, carità illuminata dalla luce della ragione e della fede, aperta a conseguire obiettivi di sviluppo umano in una pluralità di ambienti.

Nelle diverse sessioni abbiamo ascoltato significative testimonianze di persone animate da carità, che si sono adoperate per rimuovere ingiustizie, per instaurare rapporti più umani e più sani e testimonianze di tanti gruppi, movimenti e associazioni di impegno cristiano operanti in sanità, nel mondo.

Le toccanti relazioni e testimonianze dei tanti relatori che abbiamo ascoltato hanno, non solo, avuto la funzione di essere aperta de-

nunzia delle carenze presenti nel mondo sanitario e dei forti squilibri che si percepiscono nel mondo dei bisogni, ma hanno avuto la positiva funzione di sollecitare risorse per alimentare la speranza di migliorare quei criteri che attualmente guidano le scelte assistenziali, ma che rischiano anche di emarginare i malati più poveri e bisognosi (vedasi ad esempio le maternità abbandonate e non assistite, i neonati esposti a morbidità e mortalità neonatale, l'infanzia denutrita, i bambini abbandonati, gli handicappati fisici e psichici gravi, gli adulti e anziani disabili, uomini, donne e bambini dolenti e morenti, senza prospettive di accompagnamento umanitario e compassionevole: uomini, donne e bambini orfani di farmaci, di quei farmaci magari in consistente esubero in nazioni opulente).

Tutti i contributi assai pregevoli sono stati invito e richiamo alla carità globale, a mettere al centro la persona, i poveri, a essere in comunione con loro, a promuovere attività missionarie atte a far emergere strutture di volontariato che per vocazione servono l'uomo nella stagione del dolore; uomini e donne che si chinano sulle piaghe di questa umanità sofferente senza che mai venga meno il rispetto della dignità umana, affinché si scorra sempre meglio il volto di Cristo nei più poveri, abbandonati e oppressi e in tutti gli ammalati.

Tutti i contributi invitano pressantemente gli uomini di buona volontà a mettere a disposizione le proprie professionalità, il proprio tempo, le proprie risorse, per un servizio alla salute più coordinato e articolato. E ancora, sollecitano responsabilità, generosità e testimonianze di carità verso l'uomo dolente soggetto di cura, affermano che il dolore e la sofferenza possono sprigionare amore e rafforzare l'impegno di chi opera nel bene a difendere e sostenere la vita nelle situazioni di confine, dal nascere al morire, e nelle situazioni di disagio, povertà e malattia.

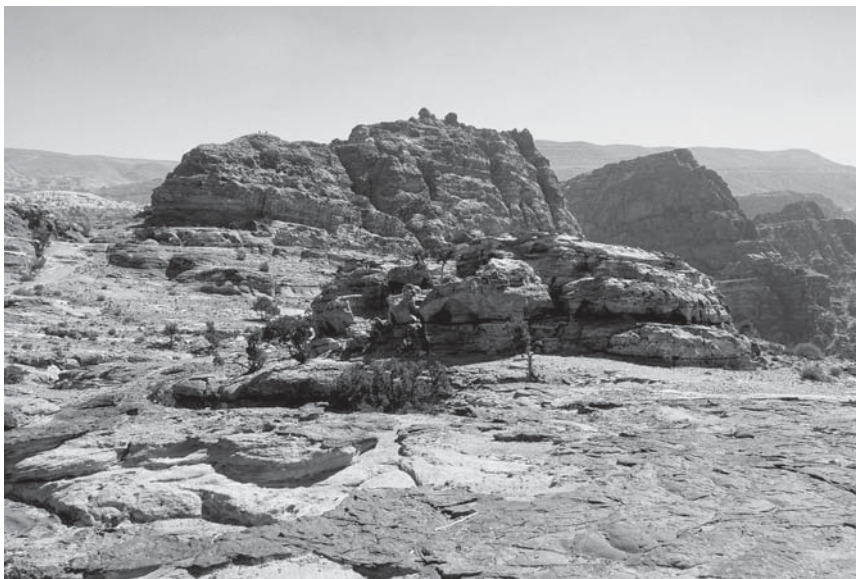
Se da un canto i problemi del mondo sanitario sono vasti e complessi, dall'altro le risposte sono spesso parziali e disarticolate.

È necessario quindi lavorare in sinergia per delineare un progetto unitario di Pastorale della Salute

che coinvolga con il *Pontificio Consiglio*, tutto l'associazionismo cattolico, tutti gli operatori sanitari cattolici del mondo per affrontare con maggiore incisività i complessi e numerosi bisogni.

Si tratta di costituire "Cittadelle della carità" in cui si realizzi un'autentica fraternità" (CV, 20) e si migliori l'accesso alla tanto desiderata parità di assistenza sanitaria di base, rispettosa della dignità inalienabile dell'uomo.

La vocazione a riparare nel malato le piaghe del Santo Volto di Cristo è la vera spinta, convincente e potente, capace di portare a compimento missioni di verità e carità nel mondo, partendo dalla percezione e dalla profonda conoscenza della sofferenza.



Questa è una proposta, una raccomandazione a non disperdere forze vitali che promuovono impegni culturali e non solo assistenziali.

Difficilmente enumerabili per la loro molteplicità sono gli istituti religiosi maschili e femminili, tutti presenti nelle zone più emarginate del mondo, che animati dal loro specifico carisma agiscono nei vari campi: sanitario, agrario, scolastico, culturale e formativo.

Molte sono le risposte che si attendono e tra queste proprio quelle sul piano culturale e formativo, anche attraverso l'auspicata creazione di Università in paesi critici, ulteriore sfida e dimostrazione del peculiare ruolo della cultura nell'ambito di quella carità globale

connessa allo sviluppo, al progresso, all'elaborazione di offerte formative in tutti gli ambiti soprattutto in quello peculiare della finanza solidale operatrice del microcredito.

Quella che stiamo attraversando è la prima grande crisi post-globalizzazione. L'attuale mondo è già profondamente diverso dal precedente: lo scenario è policentrico. Esso è già invaso da rischi e danni prima sconosciuti, tutti legati all'interdipendenza planetaria e alla variazione degli equilibri geopolitici.

Emergono sempre più spesso nuovi fenomeni trasversali che interessano: economia e finanza, ambiente e famiglia, culture e religioni, migrazioni, salute e tutela dei diritti dei lavoratori, lavoro mi-

norile e tutela dei diritti dell'infanzia con necessità di prevenire forme di sfruttamento, reclutamento di minori per la guerra o per il lavoro o per la prostituzione.

I problemi da affrontare nell'epoca della globalizzazione sono molteplici:

1) *Accoglienza della vita.* Lo sviluppo odierno è strettamente connesso con questo tema: la maggior rilevanza assunta obbliga ad allargare i concetti di povertà e sottosviluppo alle questioni collegate all'accoglienza della vita.

2) *Ricostruzione delle comunità sociali perdute* (famiglie, gruppi intermedi) a causa di migrazioni interne o verso paesi più ricchi.

3) *Perdita delle identità culturali e religiose.*

4) *Fame e disuguaglianze.*

5) *Delocalizzazione del lavoro* e delle produzioni di beni e servizi.

6) *Violenze in genere*, guerre civili e conflitti provocati da integralismi religiosi.

7) *Precarietà del lavoro.*

8) *Autonomia della "ragione economica".*

9) *Violenze sulle persone povere di risorse* addirittura invogliate a vendere o far usare parti del proprio corpo (es. sfruttamento del corpo per le maternità surrogate, per prostituzione, cessione di organi ecc.).

10) *Sfruttamento della persona* nell'ambito del lavoro.

11) *Svalutazione* inaccettabile della vita.

12) *Differente disponibilità e ripartizione dei beni*, o peggio *corruzione e dominio della malavita.*

13) *Meccanismi di sviluppo e di democrazia economica alterati* attraverso la distruzione iterativa di beni e prodotti per mantenere una logica economica di mercato.

Non basta più la carità marginale, assistenziale o emotiva, v'è bisogno di un impegno a tutto campo per lottare contro le povertà e per la promozione umana. Occorre spingersi più in là dei singoli saperi, lavorare per l'acculturamento, garantire il diritto di comunicare anche attraverso mezzi informatici, promuovere l'esigenza di una interdisciplinarietà ordinata dei saperi e delle competenze a servizio dello sviluppo umano.

Corre l'obbligo di denunciare in questa sede un attivo commercio delle cellule riproduttive promosso da alcuni paesi europei nei confronti di donne e uomini di paesi meno fortunati (Ucraina, Romania, Bulgaria, Polonia, Russia, India, Pakistan).

Uomini e donne indotti a vendere i propri gameti o addirittura espropriati dei propri gameti o peggio ancora coppie espropriate di embrioni soprannumerari sottoposti a congelamento per essere destinati ad altre donne che in età avanzata, o in climaterio, o in menopausa precoce o con patologie da esaurimento ovarico precoce, reclamano e desiderano esaudire la loro esigenza di maternità a ogni costo.

Emergono nei paesi dell'est ma-

ternità surrogate, uteri in affitto, senza alcuna regolamentazione.

Questo commercio aggiunge povertà a povertà e oggi rappresenta una grave emergenza legata alla globalizzazione e all'abbattimento di frontiere.

Ogni legge di stato è aggirabile se vengono ignorati i diritti fondamentali o vengono ignorati o sconvolti principi non negoziabili.

Molti sono i centri italiani che hanno succursali all'estero e promuovono un greve turismo riproduttivo.

In Italia registriamo problematiche relative all'exasperazione dell'autodeterminazione del paziente e di contro una ridotta autonomia e responsabilità del medico che rende più fragile il rapporto medico-paziente.

Si inseriscono in questo contesto gli abusi o i ritardi di diagnosi, gli abusi o i ritardi di terapie, l'esagerato ricorso a farmaci psicotropi.

Molto spesso si registra una overdose di prevenzione, una overdose di medicina del desiderio, con conseguente spreco di risorse pubbliche a scapito dei più bisognosi.

In assoluto occorre riproporre le prospettive di un umanesimo integrale e dare rilevanza al valore della fraternità: cerchiamo di superare l'individualismo spinto, l'egoismo, il relativismo, il nichilismo, lo scetticismo, il materialismo consumistico e dissennato e diamo valore alla vita come dono.

All'origine del sottosviluppo vi è sempre una mancanza di fraternità e di carità, di ospitalità.

La società internazionale promuoverà un autentico significato dello sviluppo, se farà emergere la giustizia sociale, i diritti e i doveri dei cittadini e degli stati per la promozione della vita in ogni angolo del pianeta, l'impegno degli stati a garantire cure eque e solidali, ospitalità, giustizia, carità e verità, sviluppo e progresso, tecnica e finanza solidale, non perdendo mai di vista l'attenzione alla persona e all'ambiente e non trascurando mai azioni positive e virtuose sulle dinamiche sociali ed economiche, promuovendo opportune discipline delle leggi di mercato per salute e salvezza.

Un'ultima riflessione: in questi

giorni ho percepito il *Pontificio Consiglio* per gli Operatori Sanitari come la struttura naturale per il lavoro dei laici, di tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche, tecnici di radiodiagnostica ecc).

L'ho vissuto come organismo della Chiesa universale della quale i laici sono componente essenziale e partecipativa.

I laici non sono stati passivi spettatori ma si sono sentiti protagonisti, parte attiva della vita del dicastero!

Personalmente ho vissuto, con il dicastero, in quella grande cattedrale che è il mondo della salute nella quale c'è Dio, il suo Figlio unigenito, gli apostoli, i vescovi, i sacerdoti, i religiosi, i diaconi, i fedeli laici e nella quale entrano ed escono pacatamente o in emergenza tutte le creature del mondo, credenti e non, quelle che si riconoscono nel Padre ma anche quelle che non si riconoscono nel Padre.

Il dicastero è per il mondo e tratta tutte le urgenze del mondo.

In questa chiesa ideale, in questa cattedrale, tutte le creature del mondo cercano ospitalità, compassione, vicinanza, consulenza religiosa, conforto ma soprattutto ascolto, cura (anche se non sempre si potrà guarire) e trovano speranza, misericordia, senso di condivisione, alleanza terapeutica.

All'interno di questa grande cattedrale vi sono gli "operai del Signore" che fanno medicina con amore e per amore.

La tecnica è per l'uomo se viene usata con sapienza, saggezza, cuore misericordioso, speranza.

Di questo personalmente sono profondamente convinto.

Nella grande struttura del mondo sanitario occorre sempre più l'opera di cappellani attivi che dedichino la loro azione agli ammalati e ai loro familiari ma anche ai medici, agli infermieri e al personale sanitario tutto.

Tutto il personale deve testimoniare carità, pazienza, umiltà e sollecitare aggiornamenti e formazioni affinché le azioni siano più efficaci.

Gli ospedali e gli istituti sanitari vicini al mondo ecclesiale hanno una maggior responsabilità nell'assicurare il rispetto della dignità della persona, nell'accompagnare

mento dell'esperienza della sofferenza e del dolore.

Dappertutto nella più grande chiesa del mondo, nel mondo della sofferenza, della fragilità, si richiede equità, giustizia, amore, assistenza, gioia del dono e quella ricchezza di conforto e di luce che scaturisce dal mistero di Cristo morto e risorto.

Un doveroso grazie va al *Presidente del Pontificio Consiglio*, Mons. Zimowski per aver voluto e organizzato questa conferenza internazionale, al segretario del *Pontificio Consiglio* Mons. Redrado e al sottosegretario Mons. Jean Marie Musivi Mupendawatu.

A loro va il mio sentimento di

gratitudine e riconoscenza per la fiducia accordata alla mia persona.

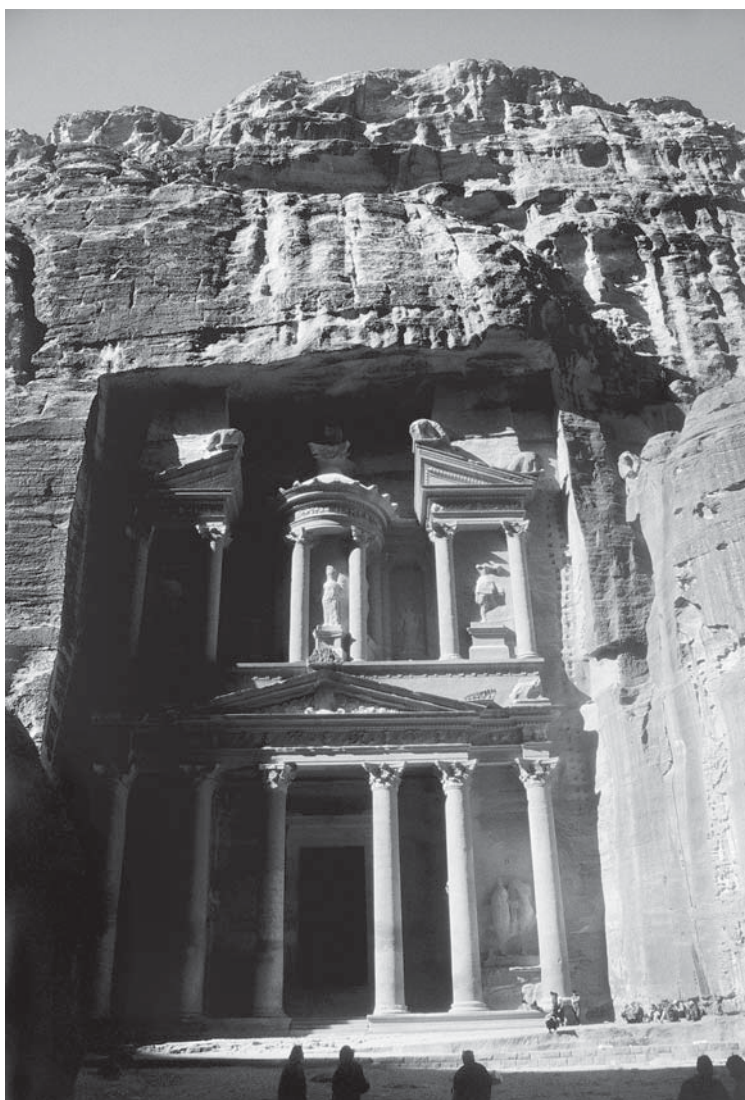
La gratitudine va anche a tutti i relatori che con le loro riflessioni hanno testimoniato la necessità e insieme la fecondità di coniugare teoria e prassi dei percorsi di umanizzazione della medicina e a tutti coloro che costantemente hanno espresso l'urgenza di porre sempre la persona al centro dell'agire in sanità.

Dare parola alla Medicina, all'impegno umanitario, alla riflessione bioetica, alla solidarietà, alla sussidiarietà, alla carità nella verità, significa aver cura della relazione fra gli uomini e aver cura della speranza che è nel mondo e in ciascuno di noi.

La parola del Santo Padre, che abbiamo ascoltato attraverso la voce del Cardinale, Segretario di Stato Mons. Tarcisio Bertone, ci richiama al rispetto della persona umana, soprattutto nelle situazioni di confine, nascita, percorsi di sofferenza, situazioni di terminalità e di naturale declino della vita.

Desideriamo conservare nel nostro cuore la parola del Santo Padre, profondamente radicata nel Vangelo della carità, come dono, aiuto, sostegno e guida nel nostro agire quotidiano.

Prof. FILIPPO M. BOSCIA
*Primario Ginecologia e Ostetricia
Ospedale "Di Venere"
Bari, Italia*



Considerazioni conclusive di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

Siamo giunti al termine della nostra XXV Conferenza Internazionale sul tema *“Caritas in veritate”*. Per una cura della salute equa ed umana”. Ringraziamo Dio per il buon andamento e soprattutto per le conclusioni e raccomandazioni della nostra conferenza.

Ringrazio prima di tutto il Santo Padre Benedetto XVI per il Messaggio che ci ha donato, nel quale il Pontefice ha sottolineato come *la giustizia sanitaria e la tutela della vita devono essere una priorità nell'azione dei Governi*.

Desidero ringraziare tutti i relatori e tutti i partecipanti, a cominciare da Sua Eminenza il Cardinale Tarcisio Bertone, gli altri Cardinali, Arcivescovi, Vescovi, Sacerdoti, Religiosi e Religiose. In modo particolare ringrazio gli Operatori Sanitari che sono ministri e “servitori della vita”, i buoni Samaritani.

Ringrazio di cuore il Segretario S.E. Mons. José L. Redrado, il Sottosegretario, il Rev.do Mons. Jean-Marie Mupendawatu, tutti i miei collaboratori del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e le interpreti.

Desidero sottolineare alcuni punti che meritano attenzione da parte di tutti:

– la missione della Chiesa in ambito sanitario nasce dal comando del Signore “Euntes docete e curate infirmos” e trova nella figura del Buon Samaritano il suo paradigma. Senza la Pastorale della

Salute manca nella missione primaria della Chiesa la cosiddetta “Salus animarum”.

Al diritto alla salute riconosciuto dagli ordinamenti nazionali e internazionali, deve corrispondere il dovere dei Governi di assicurare l'equo accesso dei cittadini alle prestazioni e ai servizi sanitari; vi è anche la responsabilità di ciascuno di noi alla tutela della salute, sia personale che collettiva.

La solidarietà e la sussidiarietà sono principi cardine, al fine di garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari essenziali, facendo in modo che le risorse o i servizi disponibili siano gestiti non soltanto con umanità, ma anche con carità, avendo come obiettivo la protezione e la valorizzazione della dignità umana.

Il problema dei diritti di proprietà intellettuale nell'ambito della biomedicina va affrontato tenendo conto sia del giusto diritto delle società di godere del frutto dei loro risultati innovativi, sia del diritto delle popolazioni di curarsi per salvaguardare la loro vita e salute.

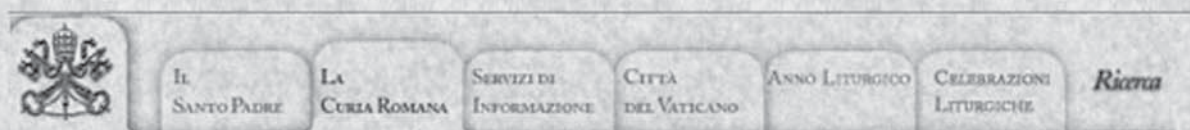
Tutto quanto è stato detto in questi giorni, può essere sintetizzato nella frase: **“Vicinanza del cuore”**. A questo proposito, desidero citare le parole del Papa Benedetto XVI pronunciate in occasione della Giornata Mondiale del Malato 2007: “Ai malati dobbiamo far sentire la vicinanza materiale e spirituale dell'intera comunità cristiana. È importante non lasciarli nel-

l'abbandono e nella solitudine mentre si trovano ad affrontare un momento tanto delicato della loro vita. Meritevoli sono pertanto coloro che con pazienza ed amore mettono a loro servizio competenze professionali e calore umano. Penso ai medici, agli infermieri, agli operatori sanitari, ai volontari, ai religiosi e alle religiose, ai sacerdoti che senza risparmiarsi si chinano su di essi, come il buon Samaritano, non guardando alla loro condizione sociale, al colore della pelle o all'appartenenza religiosa, ma solo a ciò di cui abbisognano. Nel volto di ogni essere umano, ancor più se provato e sfigurato dalla malattia, brilla il volto di Cristo il quale ha detto: «Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me» (Mt 25,40)”.

Voglio concludere con le parole del Santo Padre Benedetto XVI nel suo Messaggio di ieri ai partecipanti: “Ai fratelli e sorelle sofferenti esprimo la mia vicinanza e l'appello a vivere anche la malattia come occasione di grazia per crescere spiritualmente e partecipare alle sofferenze di Cristo per il bene del mondo, e a voi tutti impegnati nel vasto campo della salute il mio incoraggiamento per il vostro prezioso servizio”.

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





LA CURIA ROMANA

Segreteria di Stato

Congregazioni

Tribunali

Pontifici Consigli

Sinodo dei Vescovi

Uffici

Pontificie Commissioni

Guardia Svizzera

Istituzioni Collegate
con la Santa Sede

Ufficio del Lavoro
della Sede Apostolica

Accademie Pontificie

Pontifici Consigli

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

XXV CONFERENZA INTERNAZIONALE



Scheda d'iscrizione

- **Profilo**
[Inglese, Italiano, Spagnolo]
- **Archivio**
[Francese, Inglese, Italiano, Portoghese, Spagnolo, Tedesco]