

**Atti del Convegno  
“L’operatore sanitario: tra professione e  
testimonianza cristiana”**



## Indice

### **PREFAZIONE**

*Vincenzo Saraceni*

*Professore ordinario di Medicina Fisica e Riabilitazione*

*Presidente nazionale Associazione Medici Cattolici Italiani*

*p. 4*

### **“SOFFERENZA DI CRISTO E REDENZIONE DELL’UOMO”**

*Cardinale prof Carlo Caffarra,*

*Arcivescovo metropolita di Bologna*

*p. 5*

### **“IL VALORE DELLA PROFESSIONE MEDICA E IL DOVERE DI ESERCITARLA CON CARITÀ”**

*Mons prof Elio Sgreccia – Vescovo*

*Presidente Pontificia Accademia per la Vita*

*p. 9*

### **“GUARDARE CON FIDUCIA ALLA VITA: SPERARE CONTRO OGNI SPERANZA”**

*Giorgio Cocconi*

*Primario emerito Oncologia Ospedale Maggiore Parma*

*Presidente regionale AMCI Emilia Romagna*

*p. 22*

### **“LE CORSIE DELL’OSPEDALE: UN LUOGO PRIVILEGIATO PER LA FEDE, LA SPERANZA E LA CARITÀ”**

*Fabio Catani*

*Professore associato Malattie dell’ Apparato locomotore*

*Alma Mater Studiorum – Università di Bologna*

*p. 26*

### **“IL MEDICO TRA REALISMO E SUPERBIA SCIENTIFICA”**

*Claudio Marchetti*

*Professore associato di Chirurgia Maxillo-Facciale*

*Alma Mater Studiorum - Università degli Studi di Bologna*

*p. 28*

### **“ERO ANGOSCIATO E NESSUNO MI DAVA SPERANZA, ERO AMMALATO E NESSUNO MI VISITAVA”**

*Mons Stefano Ottani*

*Correttore della Confraternita della Misericordia di Bologna*

*Vicario giudiziale del Tribunale ecclesiastico della*

*Regione Flaminia – Emilia Romagna*

*p. 30*

### **“SE VUOI PUOI GUARIRMI. ASPETTI DELLA MALATTIA E DELLA SALUTE NELLA CULTURA CONTEMPORANEA”**

*Aldo Mazzoni*

*Professore emerito di Microbiologia*

*Alma Mater Studiorum – Università di Bologna*

*Centro di Consulenza Bioetica Augusto Degli Esposti – Bologna*

*p. 33*

**“IL PRINCIPIO DI AUTONOMIA. PROSPETTIVE DI UNA  
RICOSTRUZIONE NON ORIENTATA IN SENSO EUTANASICO”**

*Luciano Eusebi*

*Professore ordinario di Diritto penale*

*Università Cattolica del Sacro Cuore – Piacenza*

*p. 36*

**“CONSIDERAZIONI SU ALCUNI ASPETTI ETICI DELLA  
VITA PROFESSIONALE QUOTIDIANA”**

*Giovanni Minisola*

*Unità Operativa di Reumatologia*

*Ospedale “San Camillo” - Roma*

*p. 44*

**“I VALORI E LA FORMAZIONE DEL MEDICO  
NELLE SCIENZE DI BASE E NELLE SCIENZE CLINICHE”**

*Almerico Novarini*

*Professore Ordinario di Medicina Interna,*

*Direttore U.O. Clinica e Semeiotica Medica Dipartimento di Scienze Cliniche,*

*Preside Facoltà di Medicina di e Chirurgia - Università di Parma*

*p. 49*

**“MEDICO MISSIONARIO IN AFRICA: SIGNIFICATO E PENSIERI”**

*Stefano Cenerini - St. Michael's Hospital, Zimbabwe*

*Carlo Lesi – Unità Operativa Dietologia e Nutrizione Clinica*

*Ospedale Bellaria – Maggiore Bologna.*

*P. 54*

**“VALORI E CONTENUTI DELL’ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA E TECNICA”**

*Paola Fanin*

*Infermiera Esperta (CPSE) - AUSL Bologna, Formatore*

*p. 59*

**“GLI OPERATORI SANITARI E LA COMUNITÀ CRISTIANA”**

*Mons Benito Cocchi*

*Arcivescovo di Modena – Nonantola*

*Responsabile pastorale sanitaria*

*Conferenza Episcopale Regione Flaminia – Emilia Romagna*

*p. 66*

## PREFAZIONE

Sono davvero lieto che la mia prima presenza, per così dire ufficiale, come Presidente Nazionale dell'AMCI avvenga qui, in occasione del Convegno promosso dalla Sezione AMCI di Bologna, sul tema "L'operatore sanitario: tra professione e testimonianza cristiana" Tema, questo, a me particolarmente caro perché ho sempre pensato che fosse necessario un grande sforzo culturale per disegnare un modello di professionalità sanitaria che, pur ispirato dalla nostra visione evangelica, fosse proponibile a tutti e fosse da tutti accettabile.

Un modello, dicevo, cioè un insieme di teoria e prassi da proporre culturalmente al mondo sanitario perché vi aderisca. Sarebbe, peraltro, davvero preoccupante se immaginassimo che nei luoghi di ricovero e cura dovessero convivere, gli uni accanto agli altri, professionisti che operano secondo un'ottica di neutralità nei confronti del malato, immaginando che la malattia sia solo un meccanismo che si è inceppato e la cura lo strumento del ripristino automatico di quel meccanismo, e altri professionisti che si lasciano coinvolgere in un percorso di solidarietà con i malati consapevoli che essi pongono insieme alla domanda di salute anche la richiesta che venga data risposta a quella ricerca sul senso della vita che prepotentemente si pone nel momento della fragilità. In questo modo alcuni pazienti vivrebbero l'esperienza della accoglienza e della condivisione e altri quella dell'abbandono e della solitudine. No, deve essere possibile che coloro che giungono in ospedale, agnostici o entusiasti, credenti o atei, trovino un operatore sanitario, medico e non, che ascolti con attenzione la loro storia di persone oltre che quella di malati e che, insieme, provino a cercare una risposta al perché della sofferenza, del limite, della morte.

D'altra parte la parabola del Buon Samaritano, che abbiamo sempre preso come nostro modello di riferimento, mostra proprio come un modello di professione sanitaria fondato sulla solidarietà con il malato è essenzialmente laico. Il sacerdote, cioè la gerarchia del tempo e il levita, diremmo oggi, il laico impegnato, distolsero lo sguardo e passarono oltre. Ma un samaritano vede. Ecco, chi vede la sofferenza si ferma e scatta subito l'obbligo gratuito dell'aiuto.

Credo, allora, che il nostro compito sia quello di essere professionisti onesti e capaci ma anche testimoni credibili della volontà di umanizzare le strutture sanitarie.

L'ospedale, allora, può divenire per noi operatori sanitari cattolici il luogo privilegiato per la evangelizzazione.



*Vincenzo Saraceni*

*Professore ordinario di Medicina Fisica e Riabilitazione  
Presidente nazionale Associazione Medici Cattolici Italiani*

## “SOFFERENZA DI CRISTO E REDENZIONE DELL’UOMO”



*Cardinale prof Carlo Caffarra,  
Arcivescovo metropolitano di Bologna*

Il titolo della mia conferenza denota due realtà, la sofferenza di Cristo e la redenzione dell’uomo: cercherò di mostrarvi in che rapporto stanno.

Ma questa riflessione si iscrive dentro ad una riflessione sulla professione medica. Il rapporto allora fra la sofferenza di Cristo e la redenzione dell’uomo dovrà essere pensato anche come ispirazione dell’esercizio della professione medica da parte del credente in Cristo.

Ho così già indicato i due tempi in cui scandirò la mia riflessione articolata in due punti: sofferenza di Cristo e redenzione dell’uomo; professione medica e redenzione dell’uomo.

### 1. Sofferenza di Cristo e redenzione dell’uomo.

Che esiste un rapporto fra la sofferenza di Cristo [mi riferirò sempre alla sua passione e morte sulla croce] e la redenzione dell’uomo è una certezza che appartiene al nucleo centrale della fede cristiana. L’uomo è redento dalla sofferenza di Cristo.

Questo rapporto è specificato mediante la “categoria” della remissione dei peccati: la sofferenza di Cristo redime l’uomo perché rimette i suoi peccati. Ed allora la domanda che una fede “quarens intellectum” si pone è la seguente: che cosa significa che , e perché la sofferenza di Cristo rimette il peccato dell’uomo? Abbiamo però due interrogativi dentro a questa domanda: che cosa significa “peccato dell’uomo”? che cosa significa “remissione del peccato”?

Inizio dal primo interrogativo. Il peccato è un atto della persona che colla sua scelta libera nega la verità conosciuta circa il bene della persona. E poiché la persona diviene se stessa mediante i propri atti, mediante il peccato essa si realizza in modo falso: il suo è un essere sbagliato.

La verità circa il bene della persona, conosciuta dalla ragione, non è un ordine impersonale intrinseco alla costituzione della persona. Esso è l’ordine della divina Sapienza; è il progetto di Dio sull’uomo partecipato all’uomo stesso nella sua [dell’uomo] ragione. La costruzione della persona mediante il peccato è fatta secondo un progetto che non è quello che Dio ha pensato per noi: ci realizziamo non come Dio aveva pensato.

Parlando di peccato, ho parlato, – né potevo fare diversamente – di “atto della persona”: atti cioè pensati e liberamente scelti e realizzati. In realtà questa specie di peccato non copre tutta la realtà del peccato umano. Dobbiamo addentrarci in un mistero del peccato umano ancora più profondo.

Descrivendo il primo peccato dell’uomo la S. Scrittura in realtà non fa iniziare la presenza del male nel mondo col peccato dell’uomo. Esiste già prima dell’uomo un misterioso essere, il serpente, che induce al male: il male non eterna nell’universo creato col peccato dell’uomo. Non solo, ma se guardiamo con occhi profondi dentro di noi, noi vediamo che prima delle nostre scelte libere esiste già i noi una tendenza al male, una sorta di sintonia fra la nostra persona ed il male. Le

nostre scelte sono il libero consenso a questo “istinto del male” che le precede: «il peccato è accovacciato alla tua porta; verso di te è il suo istinto, ma tu dominalo» [Gen 4,7b].

Questa condizione è il segno di un disordine; è segno del fatto che l'uomo è già, prima di quello che sceglie o non sceglie, in una situazione dove contraddice il progetto di Dio. La fede ha chiamato questa contraddizione «peccato originale». È un peccato di cui non siamo responsabili e che non ha nulla di libertà.

Il progetto di Dio sull'uomo è Gesù Cristo. L'uomo è stato pensato e voluto ad immagine del Cristo. Ma l'uomo, già prima ancora di agire liberamente, si trova in una situazione di inimicizia con Dio. Esiste una solidarietà nel male, la solidarietà di ogni uomo con Adamo, che è subentrata in contraddizione colla solidarietà di ogni uomo con Cristo. Vi prego di fare bene attenzione a questo punto.

Benché nella cronologia della storia umana. Gesù Cristo appaia dopo un lungo tempo, nella progettazione divina Egli è il primo; Egli è il principio nel quale e in vista del quale l'uomo, ciascuno di noi, è stato pensato e voluto. Dentro a questa solidarietà divina si è inserita una solidarietà umana che ha tentato di costruirsi in alternativa e in contrasto con quella divina.

Concludo la risposta al primo interrogativo. Il peccato denota non solo l'esercizio sbagliato della nostra libertà, ma anche quel mondo, quel terreno, quella radice che precede le nostre scelte libere che si nutrono di essa, costituita da una natura umana contraffatta.

Cerchiamo ora di rispondere al secondo interrogativo: che cosa significa “remissione dei peccati”? Già comprendiamo che essa è un avvenimento che raggiunge una profondità che forse non sospettavamo: è un cambiamento radicale che accade nella condizione umana. Di che natura è?

Possiamo partire dai simboli che la S. Scrittura usa per descriverlo. È una “nuova creazione”: è il simbolo più espressivo. È l'essere stesso dell'uomo che è rinnovato. È un “patto nuziale”: è il simbolo più commovente. Una sposa ha tradito; viene ritelebrato il matrimonio. È una “liberazione”: è il simbolo più eloquente. La remissione dei peccati consiste nel ridonare all'uomo la sua libertà, la sua capacità cioè di fare la verità.

“Rimettere i peccati” significa in sostanza reintegrare la persona umana nella sua originaria giustizia: verso Dio, verso se stessa, verso gli altri.

È chiaro allora che questo non può avvenire senza che vi partecipi la libertà della persona. Essa (libertà) deve mettersi in movimento per così dire, riconoscendo la sua condizione di peccato.

Ora finalmente abbiamo tutti gli elementi per rispondere alla domanda da cui è iniziata la nostra riflessione: perché, ed in che senso la sofferenza di Cristo rimette i peccati dell'uomo? Dobbiamo costruire la risposta riflettendo da vari punti di vista.

La sofferenza di Cristo è l'esito ultimo di una condivisione della condizione umana da parte di Dio che non si ferma se non di fronte a ciò che contraddice la sua natura divina. È come se Dio dicesse: “Fin dove posso arrivo ad essere come te. Fin dove posso: non nel peccato, ma nella morte conseguenza del peccato sì”. È la divina compassione con l'uomo.

La sofferenza di Cristo non ha come suo scopo ultimo la condivisione della condizione umana, ma il cambiamento della medesima. È come se dicesse: “Arrivo fino alla morte perché tu possa conoscere non la morte ma la morte salvata. Condivido con te perché tu possa condividere con Me”. L'uomo rientra nella solidarietà con Cristo perché Cristo si è fatto solidale con Adamo.

La ragione per cui è accaduta la svolta, è perché il Cristo ha vissuto la sua vita umana e la sua sofferenza nella piena giustizia. «La redenzione del mondo ... è, nella sua più profonda radice, la pienezza della giustizia in un cuore umano: nel cuore del figlio primogenito, perché essa possa diventare giustizia dei cuori di molti uomini, i quali proprio nel Figlio primogenito sono stati, fin dall'eternità, predestinati a divenire figli di Dio e chiamati alla grazia, chiamati all'amore» [Giovanni Paolo II, Lett. Enc. Redemptor hominis 9,1; EE8/26].

È la nuova creazione che accade nella piena condivisione alla creazione sfigurata, nel cuore di Cristo. Ogni uomo ora vi può entrare perché il costato è stato aperto.

## 2. Professione medica e redenzione dell'uomo.

Vorrei ora rispondere alla seconda domanda: in che luce appare la professione medica se considerata dentro al mistero della redenzione dell'uomo? Anche in questa domanda possiamo rispondere per successivi passaggi.

Inizio da una citazione di Giovanni Paolo II:

«La Chiesa, che non cessa di contemplare l'insieme del mistero di Cristo, sa, con tutta la certezza della fede, che la redenzione, avvenuta per mezzo della croce, ha ridato definitivamente all'uomo la dignità e il senso della sua esistenza nel mondo, senso che egli aveva in misura notevole perduto a causa del peccato. E perciò la redenzione si è compiuta nel mistero pasquale, che attraverso la croce e la morte conduce alla risurrezione.

Il compito fondamentale della Chiesa di tutte le epoche e, in modo particolare, della nostra, è di dirigere lo sguardo dell'uomo, di indirizzare la coscienza e l'esperienza di tutta l'umanità verso il mistero di Cristo, di aiutare tutti gli uomini a avere familiarità con la profondità della redenzione, che avviene in Cristo Gesù». [RH 10,2-3].

È un testo di rara e profonda ricchezza. Il mistero della redenzione è un avvenimento che può essere colto solo dalla fede. Ma esso genera nel cuore del credente anche una capacità di generare una cultura umana vera, un umanesimo autentico. Per quale ragione? Per una – potremmo dire – ragione soggettiva e per una ragione oggettiva. Soggettivamente: il redento avendo sperimentato l'amore di Dio nei suoi confronti acquista una coscienza della sua dignità di grande profondità. Vede se stesso ed ogni uomo con occhi nuovi. Non solo. L'uomo redento da Cristo è reso capace di istituire rapporti con gli altri adeguati alla loro dignità di persone. Oggettivamente: il discepolo di Cristo testimonia una verità sull'uomo in larga misura condivisibile da ogni retta ragione, e pertanto il mistero redentivo diventa obiettivamente un avvenimento che nel mondo genera vero umanesimo.

L'uomo che è avvicinato dal medico è l'uomo ammalato. Si deve dunque vedere che cosa significa questa specifica qualità nel contesto della riflessione che stiamo conducendo.

Ciò che emerge immediatamente dalla considerazione del mistero redentivo è l'affermazione della dignità di ogni persona umana.

Non c'è dubbio che l'uomo ha raggiunto la piena consapevolezza del suo valore solo nell'incontro col Vangelo della redenzione. Ne deriva una visione della malattia come male dell'uomo, male della persona. La redenzione dell'uomo, nella tradizione cristiana, implica anche il "curare ogni forma di malattia". È assai significativo il testo dei Mt 8,16-17: «Venuta la sera gli portarono molti indemoniati ed egli scacciò gli spiriti con la sua parola e guarì tutti i malati, perché si adempisse ciò che era stato detto per mezzo del profeta Isaia: Egli ha preso le nostre infermità e si è addossato le nostre malattie».

La cosa significativa è che il significato originale del profeta è che il Servo assume su di sé le nostre malattie con la sua sofferenza espiatrice; Matteo interpreta nel senso che la condivisione consiste nella eliminazione anche delle malattie. La conferma di questo intimo legame è data dal modo con cui Luca sintetizza il contenuto della missione apostolica: «E li mandò a predicare il regno di Dio e a sanare gli infermi» [Lc 9,2]. Il bene della persona è un integrum; riguarda ogni dimensione che la costituisce.

In questa prospettiva il messaggio evangelico si incontra con la grande scoperta greca ippocratica: la guarigione della malattia mediante la scienza, e ne costituisce una delle ragioni del

suo sviluppo. La considerazione cristiana della malattia, desunta dalla fede nel mistero redentivo, è stata obiettivamente causa dello sviluppo della scienza medica. Devo però richiamare la vostra attenzione su un pericolo che è insito nella pur necessaria “curvatura” scientifica che ha assunto la cura della malattia. È un pericolo dovuto ad una delle proprietà del metodo scientifico: l’oggettività.

Il termine denota una scelta metodologica precisa: solo ciò che è quantificabile è da prendere in considerazione; il resto deve essere “messo fra parentesi”. Il rischio insito in questa pur necessaria scelta metodologica è che non si abbia più una visione del malato, riducendosi a considerare la malattia. Non voglio fermarmi più a lungo su questo tema.

La connessione fra la dignità della persona e la malattia ha condotto anche la coscienza dell’Occidente a percepire che esiste un diritto alla salute. Chi dice “diritto” dice facoltà morale di esigere qualcosa da qualcuno. Da chi l’infermo ha la facoltà morale di esigere la possibilità di curare la sua malattia? Da chi ha la responsabilità del bene comune. Il problema della cura delle malattie è anche essenzialmente un problema politico. Alla luce del mistero della redenzione dell’uomo come va affrontato questo problema? Mi limito ad una sola considerazione che attiene ai criteri delle allocazione delle risorse. Desidero attirare la vostra attenzione su due di essi.

Esiste una priorità della ricerca derivata dalla necessità di far fronte al “diritto alla cura”.

Esiste una distinzione assiologica fra ciò che è dovuto e ciò che è desiderabile: non tutto ciò che è desiderabile è dovuto. Il dovuto è un bene che la persona umana esige perché la sua mancanza impedisce la sua realizzazione in quanto persona. La mancanza del desiderabile non impedisce questa realizzazione. È necessario che siate molto vigilanti perché non si preferisca il desiderabile al dovuto nella allocazione delle risorse.

Ma è ovvio che la discriminante fra dovuto e desiderabile è la concezione che si ha della persona umana: anche in questo campo la “questione antropologica” è il nodo centrale.



## “IL VALORE DELLA PROFESSIONE MEDICA E IL DOVERE DI ESERCITARLA CON CARITÀ”



*Mons prof Elio Sgreccia*  
*Vescovo*  
*Presidente Pontificia Accademia per la Vita*

### 1. Per circoscrivere e precisare il tema.

Il titolo che è stato dato per questo contributo ad una prima impressione potrebbe apparire troppo vasto ed anche piuttosto generico: sul valore della professione medica lungo i secoli e in tutte le culture sono state dette cose sempre rilevanti, anche quando nei singoli casi potevano emergere deviazioni e compromessi; esercitare la professione medica con carità potrebbe apparire un consiglio valido per tutte le professioni e per tutti i mestieri. Riflettendo più concretamente in relazione al contesto di questo convegno, che è promosso dai medici cattolici, penso che la riflessione vada presa in senso più specifico ed anche teologico e, perciò, più significativo e preciso. Forse si potrebbe formulare con una domanda: quale è la fisionomia, l'identità della professione medica dal punto di vista della teologia cattolica e quale, di conseguenza, dovrebbe essere la connotazione morale di chi la esercita? La carità non dovrebbe essere, perciò, intesa come una generica benevolenza, ma come la virtù teologale per eccellenza specifica verso il mondo della malattia e della sofferenza. Così inteso, il tema potrebbe rappresentare un impegno di ordine dottrinale, alla ricerca della spiritualità propria del professionista della medicina cristiana. A complicare la riflessione può intervenire un'altra osservazione ed è quella relativa alla molteplicità di ruoli e di specialità che frantumano oggi la figura del medico e le coniugazioni della sua attività: abbiamo il medico di base e il medico ospedaliero, che più classicamente configurano la professione nella dedizione al paziente e nell'attività clinica, ma abbiamo anche il medico ricercatore, il professore universitario della medicina ed abbiamo tutta una serie di specializzazioni, alcune delle quali connotano molto specificamente l'esercizio della professione o addirittura hanno con il paziente un contatto molto fugace o mediato: si pensi all'anatomopatologo, al radiologo, all'anestesista o allo specialista dedito alla ricerca<sup>1</sup>. Pertanto la nostra riflessione primariamente vale in relazione a quanti (sono certamente la maggioranza) "esercitano" la

---

<sup>1</sup> Molte sono le opere di storia della medicina che sottolineano da una parte l'evoluzione storica della figura del medico e dall'altra parte la frantumazione della medicina nelle specializzazioni sempre più definite negli obiettivi. Per un'informazione generale si può vedere: Pelaez M., *Medicina* in "Dizionario Interdisciplinare di Scienza e Fede", Urbaniana University Press, a cura di Tanzella Nitti G. e Stuma A., Città Nuova Ed., Roma 2002, pp. 901-919. Più esaustivamente: Grmek M.D. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, Laterza, Roma-Bari, 1993.

professione medica di contatto con il malato, ma indirettamente, almeno come tensione culturale e spirituale, considero tutti i professionisti della medicina, perché credo che ci sia un'esigenza di fondo che accomuna, pur nelle specifiche competenze, tutte le specializzazioni in un qualificato servizio all'uomo che la dottrina cattolica non ha trascurato di rilevare. E' a questo tipico servizio che faremo riferimento attingendo alla fonti del Magistero della Chiesa.

## 2. La visione "laica" della professione medica nella situazione attuale.

E' doveroso intanto cogliere alcuni aspetti peculiari in cui si esercita la professione medica attualmente, in particolare nel mondo occidentale, per connotare bene la figura e la spiritualità che il medico cattolico è chiamato a vivere.

In tutti i tempi la professione medica è stata considerata di particolare valore e possiamo dire che le società hanno espresso particolare tributo di stima per questa figura, che hanno sentito vicina alle proprie sofferenze fisiche e che hanno ritenuto depositaria di un sapere capace di curare le malattie ed anche talora di guarire.

Senza dubbio il sapere medico è aumentato sempre più nei secoli passando da una conoscenza empirica del malato a quella più sistematica dovuta alla indagine autoptica, a cominciare dai tempi di Aristotele e poi nel periodo Alessandrino e soprattutto nel Rinascimento (vedi gli Atlanti di Leonardo da Vinci); ma questo sapere è cresciuto soprattutto dopo la messa a punto del metodo sperimentale proposto per la scienza in generale da Galilei e Bacone è applicato con rigore alla Medicina dai grandi medici-ricercatori come Claude Bernard e Augusto Murri. Nei tempi a noi vicini con lo sviluppo della ricerca biologica collegata alla medicina, in pochi anni la medicina ha compiuto autentiche rivoluzioni fino alle scoperte di Jacques Monod e Francis Jacob.

Mi piace ricordare quanto afferma in proposito Jean Bernard, già Presidente del Comité National d'Ethique Consultatif istituito dal Presidente Mitterand in Francia nel 1984. Egli parla di due rivoluzioni che hanno cambiato velocemente il sapere medico e la figura del medico. *«Les deux revolutions que nous venons de vivre ont tout changé. La revolution thérapeutique commence avec les sulfamides en 1937. Elle donne a l'homme, apres de millénaires d'impuissance, le pouvoir de triompher de maladies longtemps fatales: la tuberculose, la syphilie, les grandes septicémies, les affections des glandes endocrines, les désordes de la chimie des humeurs. Cette revolution change le destin des hommes. Elle reste empirique. De cet empirisme témoigne, entre autres l'histoire de la découverte de la pénicilline par Flemming, heureuse alliance, come l'on a dit, du hasard et de génie. La revolution biologique est plus récent. Elle est rationnelle. Elle inspire le concept de pathologie moléculaire qui gouverne aujourd huy toute la médecine. Elle a été illustré par la découverte du code génétique, des lois simples qui president a la formation de la vie»<sup>2</sup>.*

Da queste due rivoluzioni, cui farà seguito un enorme sviluppo della biotecnologia, la figura del medico è stata profondamente toccata, arricchita, ma anche trasformata. La ragione è ben espressa da un altro autore francese Canguilhem: *«la médecine moderne, **Lujju'elle** ?? est désormais scientifiquement et techniquement armée, doit accepter de se voir radicalment desacralisé»<sup>3</sup>.*

Paradossalmente una specie di fideismo ha accompagnato queste rivoluzioni scientifiche: da una parte si professava il determinismo fisico-chimico che governerebbe tutti i fenomeni della corporeità e della medicina (così è il pensiero dei grandi medici ricercatori come Claude Bernard), d'altra parte si nega il finalismo orientato nella ricostruzione dei fenomeni fondativi della biologia e della genetica (con Monod e Jacob). Al determinismo approdano anche le grandi scuole psichiatriche e psicoanalitiche in questo tempo. La figura del medico scienziato che ha dominato le

<sup>2</sup> Bernard J., *De la biologie a l'éthique*, Buchet Castel, Paris, 1990, p. 22

<sup>3</sup> L'affermazione è riportata dallo stesso autore J. Bernard, o. c., p. 24.

cattedre ed ha raccolto prestigio fino ad oggi è quella secolarizzata, desacralizzata e armata di biotecnocrazia. Paradossalmente, mentre più forte è divenuta la istanza etica, per l'accresciuto potere della scienza e della biotecnologia, il determinismo porta a negare la libertà e perciò ogni etica, e la negazione del finalismo porta a introdurre una nuova etica, di "un'ascesi fondata sulla conoscenza, sulla obiettività, sulla lucidità, sulla fine delle credenze trascendentali".<sup>4</sup>

L'aumento del sapere e l'acquisizione di un metodo rigoroso, mentre comporta l'aumento del potere d'intervento non più soltanto curativo, ma anche manipolatorio della vita, minaccia l'esistenza stessa dell'etica umanistica e propone un'etica detta "laica", di fatto priva di ogni riferimento alla trascendenza del soggetto e sottomessa totalmente al governo e alla legittimazione dell'efficacia.

E' necessario, io credo, che come cattolici prendiamo coscienza di questa sfida scienziata, che si definisce "laica", ma che in realtà è atea.

Voglio aggiungere che più recentemente altre responsabilità sono offerte al medico, quello ospedaliero in modo speciale, di natura economica che aumentano il suo potere e nello stesso tempo mettono a rischio la sua prioritaria attenzione al bene del paziente. Il medico, anche sotto questo aspetto, è minacciato nella sua autonomia etica e rischia di diventare sempre più un "dipendente" della struttura pagante, assoggettato alle leggi del mercato e dell'impresa sanitaria. E' giusto registrare che alla visione scienziata sono state rivolte critiche molto forti da parte della Scuola Filosofica della Fenomenologia. Edmund Husserl (1859-1938); specialmente nell'opera postuma "La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale",<sup>5</sup> ha insistito nel far comprendere che le scienze naturali disancorate dalla filosofia della natura diventano realtà oggettivate prive di senso, perché le scienze dei fatti non hanno nulla da dire sul senso o non senso della vita.

Così la medicina viene privata della sua essenza, afferma sempre Husserl, quando prescinde dal mondo dei bisogni, dei sentimenti, delle finalità e delle intenzioni<sup>6</sup>.

Ed è anche doveroso ricordare come più recentemente la Bioetica, sorta su istanze più generali riguardanti le preoccupazioni delle possibili catastrofi connesse con lo sviluppo scientifico-tecnologico sull'ecosistema e la sopravvivenza dell'uomo, quando per merito di alcuni Centri ha rivolto l'attenzione al mondo più specifico della Medicina, ha imposto l'esigenza dei limiti etici dell'atto medico e del rispetto del consenso e della soggettività ed ha richiamato l'attenzione e l'esigenza della considerazione delle scienze umane.

Specialmente alcune Scuole di Bioetica hanno insistito sulle virtù del medico e sui riferimenti alla dignità della persona come specifica fondazione del giudizio etico e sul dovere del rispetto della vita nell'essere umano e nelle possibilità di sopravvivenza della stessa umanità.<sup>7</sup>

Ma l'impostazione scienziata e laica è ugualmente e fortemente presente nel dibattito bioetico e propone una bioetica giustificatoria dell'atto medico e dell'efficacia innovativa, tentando di giustificare la stessa medicina manipolatoria e le scelte di piena antinomia nel campo della ricerca scientifica rispetto alla morale tradizionale. E' stato più volte denunciato questo filone della bioetica laica dominato dalla logica positivista, dagli interessi utilitaristici e dal principio di antinomia, come un paradosso e un rovesciamento di prospettive rispetto alle finalità native del movimento originario della Bioetica.<sup>8</sup> Si tratta tuttavia di un filone ampio e talora predominante nel panorama bioetico odierno che sostiene, non soltanto la legittimità e laicità delle scelte

---

<sup>4</sup> Ibidem, p. 25.

<sup>5</sup> Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, 1954.

<sup>6</sup> Cf. Pelaez M., *Medicina, o.c.*, p. 911.

<sup>7</sup> Vedi le opere di Pellegrino E.- Tomasma D.C., *The Cristian Virtùes in Medical Practices*, Washington, 1966. Inoltre anche Sgreccia E., *Manuale di Bioetica*, Ed. Milano 2003; Jonas H., *Tecnica, medicina ed etica*, Torino 1997.

<sup>8</sup> Vedi Fiori Angelo.,

dell'aborto e dell'eutanasia, ma anche la più ampia applicazione delle tecniche della procreatica e la ricerca nel campo della clonazione umana.

Non possiamo perciò parlare del valore della professione medica da proporre oggi in ambito cattolico, senza darci conto di questo clima culturale in cui si forma la maggioranza dei nostri medici nelle Università.

### 3. Il valore della professione medica da un punto di vista cristiano.

Di fronte a questo contesto dobbiamo situare la fisionomia della professione sanitaria dal punto di vista cristiano, rilevare il valore e lo spirito con cui può coerentemente essere esercitata.

Quando si cerca la qualificazione cristiana di un'attività nell'ambito temporale occorre anzitutto porsi nell'ottica della *Fides et Ratio*, perché le realtà temporali devono essere considerate sia dal punto di vista della ragione che dal punto di vista della fede; infatti il credente, quando riflette sul dato della fede, non può rinunciare a pensare con la ragione *des quaerens intellectum* (= la fede che cerca l'intelligenza) e quando riflette sulle motivazioni o sui dati razionali, non rinuncia a cercare un orizzonte ultimo e trascendente (*intellectus quaerens fidem* = l'intelligenza che cerca la fede).

In altre parole il cattolico non concepisce che la fede e la ragione siano come due mondi diversi e separati come due rette parallele. E' vero che la fede si fonda sulla Parola di Dio rivelata e la ragione si fonda sulla esperienza elaborata alla luce della intelligenza che intuisce, con l'intelletto (intus-legere=leggere dentro) , giudica e riflette sulla base dei principi di logicità con la ragione. Ma è anche vero che Dio è autore sia della Rivelazione sia della natura umana dotata di intelletto e razionalità consapevole.

Sicché, il rapporto tra ragione e fede va inteso non dualisticamente ma in modo circolare: la fede illumina la ragione dal di dentro e la ragione, riflettendo con le forze e i principi che le sono propri, si confronta con la fede. Così il dato della fede diventa stimolo e luce per la intelligenza e la intelligenza, nella sua intuizione e razionalità, è aiutata (ma non sostituita) dalla fede.

Se si vuole fare un paragone, desunto dalla ricerca di laboratorio, si può dire che fede e ragione stanno fra loro come il microscopio e l'occhio: il microscopio aiuta l'occhio ma non lo sostituisce; a nulla servirebbe un buon microscopio se l'occhio fosse cieco o malato. Questo rapporto va così definito in modo dialogico e circolare soprattutto in rapporto alle realtà terrene. Ci sono nella dottrina cattolica anche verità che provengono soltanto dalla Rivelazione e non provengono dalla esperienza (come la rivelazione della Trinità o il dono della Grazia soprannaturale), ma anche queste verità quando toccano la intelligenza e la razionalità umana non risultano in opposizione né assurde, ma semplicemente superiori alla capacità umana e stimolanti per lo spirito umano, preziose per tutta la visione dell' uomo.<sup>9</sup>

Per fare un esempio, la procreazione artificiale tocca il concetto di generazione, il concetto di vita nascente (embrione), il concetto di matrimonio, il concetto di famiglia: tutto ciò è oggetto di considerazione sia da parte della ragione sia da parte della rivelazione. Sicché quando si espone il pensiero della Chiesa Cattolica, bisogna sempre distinguere, ma anche unire, quello che dice la ragione e quello che conferma la fede, quello che la Chiesa richiama come esigenza di carattere razionale umano e quello che conferma con l'autorità della S. Scrittura. Il più delle volte si constaterà che una determinata azione è condannata sia dalla ragione, sia dalla rivelazione. In altre parole la visione "cattolica" è "universale" perché deve comprendere una visione integrale, che si giova di una doppia e convergente fonte di luce. Fede e ragione sono le due ali che consentono il volo verso il grande orizzonte della verità totale.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Questa premessa sui rapporti tra fede e ragione è analizzata nella Enciclica di Giovanni Paolo II, *Fides et Ratio*, Citta del Vaticano, Libreria Ed. Vaticana, 14 settembre 1998, specialmente nei capp. II e III intitolati: "Credo ut intelligam", "Intellego ut credam".

<sup>10</sup> Sgreccia E., "Biotecnologia: Estado y Fundamentalismos", in *Lexicón*, a cargo del Consejo Pontificio para la Familia, Madrid, Palabra 2004;

Ma è necessario ancora annotare che il venir meno della riflessione teologica nell'ambito di questioni antropologiche e giuridiche ha impoverito la concezione della vita in generale e rischia di togliere rilevanza umana a molte questioni della bioetica.

Una epistemologia aperta e corretta nel ricercare l'ottica più compiuta, e un corretto incontro fra tutte le fonti del sapere non deve escludere il punto di vista teologico, come tende a fare la c.d. cultura laica. Spesso si bolla come squalificante una posizione "religiosa" per il fatto stesso che, facendo appello alla Rivelazione o al Magistero, si pensa che non abbia rilevanza umana e, nello stesso tempo, obbedendo ad una tendenza "riduzionista", si tende ad assolutizzare semplicemente il dato scientifico e far così passare sul piano etico la legittimazione di tutto ciò che scientificamente è tecnologicamente possibile. Queste osservazioni introduttive hanno importanza a mio parere per quella che si chiama la formazione alla cultura della vita, che si dimostra una vera emergenza. E' risaputo che anche credenti che abitualmente praticano i sacramenti non conoscono o non danno rilevanza a quanto la teologia morale, o il Vangelo stesso, affermano su questioni essenziali che toccano il rispetto della vita umana nascente o il matrimonio. La evangelizzazione della vita è essenziale per una cultura della vita: è il messaggio esplicito della Enciclica *Evangelium Vitae* di cui stiamo per celebrare il X Anniversario della pubblicazione.<sup>11</sup> Attraverso questo mirabile incontro di fede e ragione, riverbero e conseguenza del Mistero dell'Incarnazione, per cui il "Verbo si è fatto carne ed abito in mezzo a noi" (Gv. 1), il medico credente è chiamato a considerare se stesso e la professione che esercita per la vita umana, a beneficio della quale esercita la sua missione. Questo dinamismo meraviglioso di natura e di Grazia è frutto del dono di Dio e della riflessione umana, di purificazione interiore dagli interessi egoistici e dagli influssi dell'ambiente ed è anche frutto di meditazione e di contemplazione della dignità che Dio ha dato all'uomo, al paziente e al curante, ai sani e ai malati. Questo benefico incontro di ragione e fede può e deve consentire di superare l'apriori scienziato che concepisce la vita umana come il risultato di un evolucionismo meccanicistico anonimo e incausato senza il Creatore: "evoluzionismo", "caso", "necessità"<sup>12</sup> non sono spiegazioni ultime né razionali. Il concetto di creazione è basilare per la ragione e per la fede ed è l'unico principio che può spiegare il mondo e dare senso alla vita umana. Il dialogo con lo scientismo dovrà cominciare da qui, senza complessi di inferiorità, con rispetto e carità e con altrettanta fedeltà alla ragione e alla fede. Il noto teologo, P. Raniero Cantalamessa, afferma: «Il creato è un libro spalancato davanti agli occhi di tutti ed è su di esso che vorremmo far leva.

E' urgente, afferma P. Cantalamessa, dissipare un equivoco ormai diffuso: che cioè la scienza abbia ormai spiegato esaurientemente il mondo senza bisogno di ricorrere all'idea di un essere al di fuori di esso, chiamato Dio. In un certo senso, la scienza ci porta oggi più vicino alla fede in un Creatore che non nel passato»<sup>13</sup>. Lo stesso teologo rileva la posizione aprioristica di chi tutto fa risalire al *big-bang* e si rifiuta di porre la domanda sull'origine del *big-bang*; il teologo rileva anche come questo tipo di spiegazioni si fermino alla descrizione del come e si rifiutano di porsi la domanda sul perché. "E' su questa pagina mancante che la Bibbia ha qualcosa da dire".<sup>14</sup>. E la Bibbia dice: "in principio Dio creò il cielo e la terra" (Gen. 1,1). Lo stesso autore osserva: «non si può chiedere alla scienza che si pronunci su questo "prima" fuori del tempo, ma essa non dovrebbe neppure chiudere il cerchio, dando a credere che tutto è risolto. In certe opere di

---

<sup>11</sup> Vedi anche la pubblicazione della Pontificia Accademia per la Vita : Vial Correa de Dios J.- Sgreccia E. (Editors), *La cultura della vita: fondamenti e dimensioni*, Libreria Editrice Vaticana, pp. 332.

<sup>12</sup> Mond J., *Le harsad et la nécessité*, Paris 1970. Per la critica vedi Goglia G., *Jacques Monod*, "L'Osservatore Romano", 28 agosto 1976; ed anche Blindino G., *L'Argomentazione casualistica di Jacques Monod*, "La Civiltà Cattolica", 1978, II, pp. 357-365; Idem *Caso e necessità*, "La Civiltà Cattolica", 1978, II, pp.366-368.

<sup>13</sup> Cantalamessa R., *Gettate le reti*, Piemme, Casale Monferrato, 2001, pp. 304-305.

<sup>14</sup> Ibidem, p.305.

divulgazione scientifica, si ha l'impressione che tutto sia ormai spiegato dell'universo, o in via di rapida spiegazione, mentre si vede bene che restano aperti interrogativi grossi come galassie».<sup>15</sup>

Se di evolucionismo si vorrà parlare, esso non può che essere creazionista e gli argomenti dell'armonia e dell'ordine dell'universo assumeranno una forza ancora maggiore. «Nessuno, scrive ancora il P. Cantalamessa, vedendo nel mondo tante migliaia di aerei partire e arrivare ogni giorno a ore precise e solcare i cieli in tutte le direzioni senza scontrarsi, andare ognuno per la sua rotta e alla sua altitudine, penserebbe che tutto ciò possa avvenire a caso, senza che nessuno abbia concordato prima un orario, stabilito un piano e delle regole. Eppure che cos'è questo traffico aereo in confronto a quello dei corpi celesti nel cosmo?»<sup>16</sup>. E conclude, citando diversi scienziati che furono anche credenti, e afferma che «non è vero che la scienza per sé allontana dalla fede o tende a superarla come una visione ingenua e sorpassata»<sup>17</sup>... anche se non si pretende che gli scienziati diano una dimostrazione "scientifica" dell'esistenza di Dio Creatore nel senso che si dà oggi alla parola di "dimostrazione". Questo apporto della ragione e della fede in tema di creazione oltre che aiutare il medico a superare le tentazioni scientiste e il riduzionismo antropologico, lo aiuta a rafforzare la concezione della dignità dell'uomo e della propria dignità. La Bibbia dichiarando la verità prima e originaria sull'uomo, lo radica nel suo amore e fa di lui un essere vivente che porta al di sopra di tutti gli esseri la Sua immagine e somiglianza. Lasciando da parte la spiegazione esegetica sul significato di questa espressione, il testo biblico qualifica l'uomo capace di ascolto di Dio e lo qualifica in quanto coppia uomo-donna, responsabile della vita dei suoi figli e rappresentante nel governo del mondo materiale e di tutti gli esseri viventi.

Tutti conosciamo la ricchezza della esegesi su questo testo biblico anche per quanto riguarda la fondazione del matrimonio e della famiglia.

L'approfondimento del concetto della creazione è anche il primo fondamento delle dignità della persona. Non si può parlare sul valore della professione medica senza che si premetta questa qualifica dell'uomo, dell'uomo medico e dell'uomo paziente, *la dignità*. Le problematiche stesse più calde dell'etica medica evocano necessariamente il concetto di dignità umana: ci si chiede se l'embrione ha la piena dignità umana o no, si parla della dignità del morente e di morire con dignità, della dignità del corpo e della relazione medico-paziente fondata sulla pari dignità.

Il medico non sarebbe in grado, peraltro, di rispettare la dignità del paziente e di esercitare con dignità la sua professione se non avesse alto e profondo il concetto della propria dignità. Tale dignità nasce anzitutto dal fatto di essere creature di Dio, volute e create a Sua immagine e somiglianza e cioè in relazione con Dio che è Amore e che dona la vita, che confida all'uomo la responsabilità della sua libertà e lo rende responsabile verso i suoi simili e verso il mondo, che lo rende capace, l'uomo e la donna, di amare e di donarsi, di generare figli e di prendersi cura dei fratelli. Questa dimensione creaturale della dignità si rafforza all'infinito con il mistero dell'Incarnazione per cui la nostra natura, unità di corpo e spirito, e associata indissolubilmente al Verbo fatto Uomo in Cristo. Ed è questa la seconda dimensione della dignità umana cui tutti gli uomini sono potenzialmente chiamati e già costituzionalmente capaci per dono di Dio.

La terza dimensione di questa dignità è costituita dalla presenza della vita divina in ciascun uomo con la fede e il sacramento quando si entra a far parte della Chiesa coscientemente o anche semplicemente spiritualmente per coloro che vivendo onestamente non hanno ricevuto il Battesimo.

---

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Ibidem, pp.305-306.

<sup>17</sup> Ibidem, p. 307. Tra gli scienziati che si professano credenti l'autore cita Pasteur, il Premio Nobel Beckerel insieme a Crerio, Keplero e lo stesso Galilei; più vicino a noi Einstein. Ricorda l'inchiesta fatta sui 150 massimi scienziati del XX secolo, dei quali solo 9 si proclamarono agnostici, e 5 increduli, di 12 non si riuscì ad avere dichiarazioni, tutti gli altri risultarono credenti.

La quarta dimensione è la chiamata alla vita risorta dove il Cristo Risorto ci garantisce partecipandovi la caparra della Grazia.

Sono i quattro pilastri della dignità della vita di ogni cristiano e potenzialmente di ogni uomo.<sup>18</sup> Non si può parlare di valore della professione medica senza richiamare il concetto di dignità che accomuna la persona del medico e quella del paziente, stabilendo una solidarietà di fondo che non può essere surrogata da nessuna normativa di legge, perché li accomuna in ciò che c'è di profondo nell'uomo, il senso della vita, del dolore, della morte e della speranza.

Lo specifico della grandezza morale, del valore della professione medica è di porre in solida consapevolezza della dignità umana, il cristiano medico a servizio del paziente.

Questa fondamentale valenza basata sui quattro pilastri che reggono il tempio della dignità umana agli occhi del credente rappresentano il punto imprescindibile della sua teologale grandezza.<sup>19</sup> Vivere in pienezza la propria dignità cristiana consapevole della dignità del paziente è la misura del valore di questa professione.

### 3. Il valore vissuto: la tipicità teologale nell'esercizio della professione medica.

Il titolo della nostra relazione richiama nella seconda parte il dovere di esercitare la professione medica nella carità. Certamente tutte le professioni e tutti i servizi nella visione di fede esigono nella loro pratica applicazione la virtù teologale della carità, che è esigenza costituzionale nel credente derivante dalla sua unione con Cristo nella comunione dello Spirito. Ce lo ricorda S. Paolo nel Cap. 13 della *Lettera ai Corinzi*: «se non avrò la carità nulla e niente mi giova».<sup>20</sup>

Ma la specificità della professione medica e del tipo di servizio connota anche la carità, che per sé è molteplice e si inserisce nelle situazioni umane come l'acqua che scende dal Cielo, la quale in ogni pianta contribuisce a dare un suo specifico sapore alle varietà dei frutti, delle svariate piante, pur essendo sempre la stessa. Altra è la carità degli sposi, altra quella della relazione figli-genitori, altra quella dell'educatore o del lavoratore dei campi, e così tipica è quella del medico. La teologia, basandosi sulla Parola del Signore, ha tracciato delle tonalità specifiche di questa carità e di questo servizio cristiano, che configura la missione del medico.

Tento ora di riassumere le caratteristiche di questo servizio di carità.

#### *a) Il Christus medicus accanto al Christus patiens.*

C'è un filone di riflessione che mette in evidenza la continuità della missione di Cristo che cura i malati nella persona di chi continua in nome suo ad esercitare questo compito.<sup>21</sup>

Che Cristo abbia svolto una significativa attività di sollievo dei malati è riscontrabile nei Vangeli in numerosissimi passi. Nei soli Evangelii Sinottici sono state riscontrate 22 narrazioni di guarigioni di singoli malati e per 12 volte vengono menzionate guarigioni di un numero non definito di persone. Nel Vangelo di Giovanni in quella parte che degli esegeti viene denominata "libro dei segni", troviamo ancora le guarigioni dell'ufficiale regio,<sup>22</sup> la guarigione del cieco nato,<sup>23</sup>

---

<sup>18</sup> Si veda due contributi della Pontificia Accademia per la Vita : Vial Correa J. d. Dios- Sgreccia E., *Natura e Dignità della persona umana e fondamenti del diritto alla vita*, Libreria Editrice Vaticana, Citta del Vaticano, 2002.

<sup>19</sup> Vedi anche il Documento della Commissione Teologale Internazionale dal titolo: *Comunione e servizio. La persona umana creata ad immagine di Dio.*, "La Civiltà Cattolica", 2004. IV,p., 254-286.

<sup>20</sup> I Corinzi, 13, 3.

<sup>21</sup> Crespy, *La guérison par la foi* "Cahiers Théologiques", n.30, 1952; Sgreccia E., *Pastorale Sanitaria: istanze etiche e pastorali*, Ed. Salcom, Brezza di Bedara, (VA), 1987, pp. 171-199.

<sup>22</sup> Gv.4, 46-54.

<sup>23</sup> Gv. 9, 1-41.

la resurrezione di Lazzaro,<sup>24</sup> e vengono ancora citati numerosi miracoli di guarigioni di cui non si riportano i dettagli.<sup>25</sup>

E' stato scritto che "tutte le volte che incontri Gesù nei Vangeli o lo trovi che sta guarendo qualcuno o ha appena finito di guarire qualcuno o che sta andando a guarire qualcuno".<sup>26</sup>

Gli Atti degli Apostoli portano chiari segni di questa attività ordinaria della comunità: i cristiani di Gerusalemme pregano perché Dio "compia guarigioni per il Suo Santo Servo Gesù".<sup>27</sup> Sempre il libro degli Atti riporta una dozzina di guarigioni individuali o collettive operate dal contatto fisico con gli Apostoli da parte di Pietro e Giovanni, da parte di Stefano, del diacono Filippo e di Paolo.<sup>28</sup>

E' superfluo ricordare che anche le guarigioni operate dagli apostoli nella Chiesa primitiva sono sentite come opera di Gesù Risorto, che con questo segno accredita la Sua missione e quella degli apostoli. La lettera di Giacomo porta a capire che nella Chiesa primitiva esisteva un ministero di cura dei malati<sup>29</sup> ed è stato notato che questa attività terapeutica della Chiesa apostolica presenta un'evoluzione progressiva: man mano che diminuiscono le guarigioni di carattere carismatico e miracoloso -senza peraltro scomparire completamente- si accentua la stabilizzazione dei ministeri pastorali compresi quelli di carattere sacramentale.<sup>30</sup>

E' evidente dalla lettura dei testi neotestamentari che l'attività terapeutica di Gesù (e così anche quella della Chiesa apostolica) riveste un duplice carattere: il carattere di *segno della messianicità* del Salvatore, cioè dell'avvento del Regno di Dio nella Sua Persona, e, inoltre, il carattere di *segno dell'amore* di Dio per l'uomo, espresso nell'attività del Salvatore: *segno del «dono» salvifico* e anticipativo della Salvezza escatologica e *segno del «servizio»* per l'uomo che soffre nella malattia e nella morte, così come soffre per le schiavitù del male morale e del peccato.<sup>31</sup>

E' ovvio che i due aspetti, uno cristologico, orientato alla fede, e l'altro antropologico, orientato alla salvezza dell'uomo, sono fra loro connessi, non soltanto nella persona di Gesù che opera, ma anche nella continuità e nella complementarietà delle due dimensioni: da una parte il dono gratuito e miracoloso è per l'apertura dell'uomo verso Dio e, d'altro canto, questa apertura di fede si accompagna e si concretizza con il sollievo dell'uomo nella sua infermità.

Mentre per il nostro linguaggio e la nostra esperienza l'idea di guarigione include fondamentalmente la restituzione più o meno integrale della salute, nei Vangeli questo segno ha un'apertura di significato molto più ampia: è il segno della signoria di Gesù sul male e, perciò, dell'avvento del Regno di Dio. Il Regno di Dio, che Gesù inaugura, non comporta soltanto il rapporto di comunione degli uomini con Dio e il nuovo rapporto tra gli uomini -rapporto saldato alla Persona stessa di Gesù - ma comporta anche la restaurazione integrale dell'uomo e del creato: di questa restaurazione la guarigione e segno anticipativo, profetico e tangibile. Per questo motivo troviamo che la guarigione del malato nei Vangeli è accompagnata dalla liberazione dal peccato e dal Maligno.

La spiegazione del senso che hanno questi prodigi viene offerta da Gesù stesso in Matteo in risposta all'ambasciata dei discepoli di Giovanni il Battista, che era ormai in carcere, «Giovanni,

---

<sup>24</sup> Gv. 11, 1-44.

<sup>25</sup> Gv. 2,23; 20,30.

<sup>26</sup> Mac Nutt F., *Il carisma delle guarigioni*, Ed. Paoline, Roma 1978, p. 83.

<sup>27</sup> At. 4, 29-30.

<sup>28</sup> At. 2,43; 5,12; 5,15-16; 9, 32-42; 3, 1-10; 6,8; 8, 6-13; 14,8-9; 19,11; 28, 7-10.

<sup>29</sup> At. 4, 29-30.

<sup>30</sup> Cfr. Sgreccia E., *Pastorale sanitaria*, o.c., p. 276.

<sup>31</sup> Crespy G., *La guérison par la foi*, p. 19-24; Zani L., *Guarigione e salute nel vangelo*, nel vol. *Fede e Guarigione*, Atti del X Convegno Nazionale dei Cappellani Ospedalieri Cappuccini, Trento 1978, p. 25-43.



intanto, che era in carcere, avendo sentito parlare delle opere di Cristo , mando a dirgli per mezzo dei discepoli: -sei tu che devi venire o dobbiamo attendere un altro? - Gesù rispose:- Andate e riferite a Giovanni ciò che voi vedete e udite: i ciechi recuperano la vista, gli storpi camminano, i lebbrosi sono guariti , i sordi riacquistano l'udito, i morti resuscitano, ai poveri è predicata la nuova novella».<sup>32</sup>

Parabole del Regno e guarigioni si susseguono nel Vangelo di Matteo, con lo stesso intento di proclamare il Regno, di illustrarne il mistero e le condizioni di appartenenza, ma nello stesso tempo di offrirne la certezza coi segni di anticipazione e di accreditamento.

L'inaugurazione della predicazione e della missione di Gesù, secondo la narrazione di Luca, avviene, dopo il Battesimo e le tentazioni, nella Sinagoga di Nazareth; «Si reco a Nazareth, dove era stato allevato; ed entro, secondo il suo solito, di sabato nella Sinagoga e si alzò a leggere. Gli fu dato il rotolo di Isaia, apertolo trovo il passo dove era scritto: - *Lo Spirito del Signore è sopra di me, per questo mi ha consacrato con l'unzione, e mi ha mandato per annunziare ai poveri un lieto messaggio, per proclamare ai prigionieri la liberazione e ai ciechi la vista; per rimettere in libertà gli oppressi e predicare un anno di grazia del Signore* - . Poi arrotolò il volume, lo consegnò all'insergente e sedette. Gli occhi di tutti nella sinagoga stavano fissi sopra di lui. Allora incomincio a dire: Oggi si è adempiuta questa scrittura che voi avete udita coi vostri orecchi».<sup>33</sup> In questa scena inaugurale Luca offre, appoggiandosi al testo di Isaia, in un compendio simbolico come osservano i commentatori, la illustrazione della missione di grazia di Gesù, di cui la liberazione degli oppressi e dei prigionieri e, insieme, la guarigione dei ciechi rappresentano i segni profetici e premonitori.

Nella narrazione della resurrezione di Lazzaro malato, riferita da Giovanni «Gesù disse: questa malattia non è per la morte, ma per la gloria di Dio, perché per essa il Figlio di Dio venga glorificato».<sup>34</sup>

Glorificazione significa qui manifestazione, nella Sua persona, della presenza operante di Dio. Tali interventi di Gesù non erano soltanto un segno della salvezza di Dio, presente e futura, concernente l'avvento del Regno nella Sua persona, ma portavano anche il segno della *filantropia* di Dio. C'è in questo atteggiamento del Messia , che passa sanando tutti, un nuovo volto di Dio e una nuova concezione del male fisico: Dio è Colui che sana e redime: di questo fatto Gesù è rivelazione vivente. La malattia non è più segno della maledizione sul singolo, ma il titolo, semmai, perché lo sguardo di Dio si posi e si fermi, come su colui che ha titolo preferenziale ad una attenzione nuova da parte di Dio.

Molte volte i Vangeli mettono in evidenza la compassione di Gesù verso le folle e verso i singoli, «Gesù andava attorno alle città e ai villaggi, insegnando nelle loro sinagoghe, predicando il Vangelo del Regno e curando ogni malattia e infermità. Vedendo le folle ne sentì compassione, perché erano stanche e sfinite, come pecore senza pastore».<sup>35</sup> Nella guarigione del lebbroso Marco afferma: «mosso a compassione, stese la mano, lo toccò e gli disse: lo voglio, guarisci !».<sup>36</sup>

Incontrando la vedova di Naim, che piangeva per la morte del suo figlio, Gesù «vedendola ne ebbe compassione e le disse: non piangere!».<sup>37</sup> Sappiamo che soprattutto l'evangelista Luca sottolineò questo atteggiamento di Gesù, improntato a rilevare «la bontà misericordiosa del nostro Dio che ha visitato e redento il suo popolo».<sup>38</sup>

---

<sup>32</sup> Mt. 11,2-6.

<sup>33</sup> Lc.4,14-21.

<sup>34</sup> Gv. 11,4.

<sup>35</sup> Mt., 9,36-38.

<sup>36</sup> Mc., 1,41.

<sup>37</sup> Lc., 7, 13.

<sup>38</sup> Lc.,1,48-68.

Ma per tutto il nuovo Testamento Gesù è colui nel quale «si è manifestata la bontà di Dio, Salvatore nostro, e il suo amore per gli uomini». <sup>39</sup> E quando Gesù piange su Lazzaro, morto, e la gente osserva: «vedi come l'amava!», <sup>40</sup> possiamo leggere nel volto di Gesù l'amore e la partecipazione per ogni sofferenza umana.

Ma il brano che forse meglio delinea ad un tempo l'atteggiamento di Gesù (e quello che Egli stesso desidera che sia l'atteggiamento perenne dei suoi discepoli sulla concreta applicazione del precetto della carità) è l'insegnamento racchiuso nella Parabola del Buon Samaritano. <sup>41</sup>

La interpretazione del comandamento della carità viene data dal personaggio, il Buon Samaritano, che, oltrepassando le barriere della razza e della stessa diversità di religione, si china sul ferito, su colui che è «mezzo-vivo», lo prende in carico, lo cura personalmente e a proprie spese.

L'atteggiamento suggerito da Gesù per il credente è quello di «farsi prossimo» a chi soffre e di soccorrerlo, senza badare a distinzioni sociali, razziali o religiose.

Ma nello sfondo della parabola è la figura di Gesù stesso che si fa vicino all'uomo ferito dal male. Questa parabola diventerà il quadro di riferimento nella storia della Chiesa per il sorgere e lo svilupparsi dell'ospedale religioso a cominciare dal terzo secolo presso i Monasteri d'Oriente e poi in Occidente per tutto il corso della storia plurisecolare della civiltà dell'amore. Non è facile per il malato, qualora manchi una solida evangelizzazione, sentire vicino Dio, e sentire che Dio è colui che usa la misericordia e che salva. La malattia è una tentazione per la fede stessa del credente e si spiega come Gesù moltiplichi nella Sua vita i segni di questa Sua filantropia per svelare il vero volto del Padre.

Si comprende anche perché Egli comandi ai Suoi discepoli e alla Sua Chiesa di curare gli infermi: «quando entrerete in una città e vi accoglieranno, mangiate quello che vi sarà messo dinanzi, curate i malati che vi si trovano, e dite: si è avvicinato a voi il Regno di Dio». <sup>42</sup>

Si comprende infine perché Gesù si identifichi con il malato visitato dai discepoli (l'insegnamento è valido forse anche per coloro che non ci pensano con esplicito riferimento di fede). Nel momento del giudizio finale Gesù afferma: «venite benedetti del Padre mio, ricevete in eredita il Regno preparato per voi fin dalla fondazione del mondo, perché *...ero malato e mi avete visitato*» <sup>43</sup> e condanna in pari tempo coloro che hanno semplicemente ommesso di fare questa stessa opera, come le altre opere, di misericordia.

Non dobbiamo interpretare semplicemente in senso moralistico la portata di queste, che usiamo chiamare, "opere di misericordia", di cui peraltro Gesù certamente ha voluto semplicemente ricordare quelle più tipiche, senza con ciò voler dare un elenco chiuso e definito.

Occorre, a nostro avviso, coglierne il fondamento nel Mistero della Incarnazione: Gesù è Redentore della umanità, perché ha assunto nella Sua Persona l'umanità, la natura umana, debole e ferita, per cui questa presenza di Cristo nell'uomo, soccorso o non soccorso, dai discepoli, ha un fondamento cristologico reale.

La Chiesa non può dimenticare questa presenza di Cristo in chi soccorre e in chi è soccorso.

E' il *Christus Medicus* rappresentato dalla comunità che cura e dall'operatore che si prende cura ed è il *Christus patiens* che è rappresentato nel malato.

Sara proprio questo volto del Cristo che si fa vicino a chi soffre per liberarlo e sollevarlo con il Suo Amore umano-divino che renderà comprensibile il suo annuncio profetico ultimo e il Mistero della Redenzione da Lui operata per cui Egli si fa carico del male umano caduto sull'uomo

---

<sup>39</sup> N.t., 3,4.

<sup>40</sup> Gv.11, 35.

<sup>41</sup> Lc.10, 25-37.

<sup>42</sup> Lc.10, 8-9.

<sup>43</sup> Mt. 25, 31-46.

(il dolore, la morte, il peccato) e con la Sua Morte e Resurrezione introduce l'umanità nella Vita risorta.

E' questo l'oggetto del Suo atto salvifico che si prolunga nella Chiesa con la Fede e il Sacramento; ma la lettura dell'opera salvifica soprannaturale di Gesù non sarebbe stata capita dai suoi discepoli e neppure dalla Chiesa futura se non ci fosse stata la Sua vicinanza di carità e di amore; così come non potrebbe essere compresa la Chiesa che annuncia e celebra il mistero salvifico se non ci fosse la molteplice testimonianza di vicinanza e di carità verso l'uomo che soffre.

Il mistero dell'Incarnazione è presentato da Giovanni come l'ingresso della Vita propria di Dio nella carne umana, carne che è sede e segno della precarietà umana, del dolore e della morte secondo il linguaggio biblico. «In Lui era la vita e la vita era la luce degli uomini ...E il Verbo si fece carne e dimorò fra noi».<sup>44</sup> «Come infatti il Padre ha la vita in se stesso, così ha dato anche al Figlio di avere la vita in se stesso». «Questa è la volontà del Padre mio, che chiunque vede il Figlio e crede in Lui abbia la vita eterna e io lo rescuisti nell'ultimo giorno». «Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza».<sup>45</sup>

Cristo continua la Sua presenza nella Chiesa attraverso il segno sacramentale letto e vissuto nella fede e vive anche nella Chiesa attraverso il segno della carità e in particolare della carità che cura e assiste. Il gesto di amore di Cristo per il sofferente vive nella carità della comunità che lo cura e lo assiste: nella carità dei medici, degli infermieri e di quanti vivono e servono il sofferente.

Il S. Padre Paolo VI rivolse un particolare appello ai medici nel Messaggio per la Giornata della Pace del 1° gennaio 1978, in esso qualifica il loro lavoro con le parole: «professione», «vocazione», e le loro persone: «protettori, difensori, amici dell'uomo» ... la loro opera è definita *ministero terapeutico*.<sup>46</sup>

Crediamo che il fatto di sapere, da parte del personale sanitario, che *essi sono chiamati a continuare il gesto di amore di Cristo*, che cura gli infelici e i malati, e che ciò fanno per Suo comando e in Suo nome (così come il Sacerdote-Ministro dona il Segno Sacramentale alla comunità per ordine e con l'autorità di Cristo), il fatto di sapere che Cristo, ora, nel tempo del pellegrinaggio, fa passare attraverso la loro persona e le loro mani il proprio amore di dedizione e di servizio all'uomo che soffre: il saper tutto questo, chiama questi «amici dell'uomo» a sentirsi *ministri dell'amore di Cristo compaziente*, rappresentanti della Chiesa che cura i malati, depositari del testamento di Gesù che comanda l'amore, come Egli ha amato, e che riguarda in modo speciale la categoria di fratelli infermi come coloro che gli furono più cari e vicini.

Questo mandato di rappresentanza e di ministerialità non diminuisce e non surroga nulla di quanto possa offrire la scienza umana -anche il medico è dono di Dio, dice il Siracide- con il suo sviluppo prodigioso: anzi, poiché l'amore spinge a impegnare tutte le risorse personali e tecniche, queste saranno da considerare dentro e non fuori della dinamica dell'amore.

Ma lo spirito, lo scopo e il limite con cui sarà esercitata la medicina, come arte e come scienza, saranno dettati da quell'insieme di valori che Cristo vede nell'uomo, nella sua sofferenza e nel suo futuro.

Il fatto di sapere che il gesto curativo e medico è un gesto *intermedio e penultimo*, rispetto a quel gesto di sanazione finale ed escatologica della creatura umana che sarà operato da Cristo, che solo da la vita eterna, manterrà il medico credente in un atteggiamento di obbedienza a Cristo e di umiltà, di rispetto verso il paziente, che lo immunizzerà da ogni pericolo di sapore padronale e manipolatorio.

---

<sup>44</sup> Gv.1, 4 -14.

<sup>45</sup> Gv. 5, 26; 6,40; 10,10.

<sup>46</sup> Paolo VI, Messaggio per la Giornata della Pace, 1° gennaio 1978.

Il fatto di sapere che *sarà il paziente a giudicare il medico nell'ultimo esame* per la propria salvezza a seconda che egli, il malato, sarà stato curato e amato o meno, lo renderà umile e debitore verso il paziente.

Il fatto di riconoscersi, il medico o l'operatore sanitario, egli stesso un malato da guarire - per lo meno nello spirito- ed uno chiamato a condividere dolore e morte, come pure a ereditare la stessa speranza di immortalità con i propri pazienti, gli farà sentire ancor più concreto il vincolo della fraternità anche al di là dei contratti, dei codici deontologici sempre inferiori e all'etica e alla carità.<sup>47</sup>

### *La missione dei laici.*

La Carta degli Operatori Sanitari, che è come il codice deontologico degli operatori sanitari cattolici, così si esprime a proposito della professione degli operatori sanitari: «L'attività degli operatori sanitari ha l'alto valore di *servizio alla vita*. E' l'espressione di un impegno profondamente umano e cristiano, assunto e svolto come attività non solo tecnica, ma di dedizione e amore al prossimo».<sup>48</sup>

La enciclica *Evangelium Vitae* afferma: «la loro professione li vuole custodi a servizio della vita umana».<sup>49</sup>

E' quindi in relazione al contenuto e all'oggetto della professione stessa che la riflessione teologica ha cercato anche di chiarirne ulteriormente la qualificazione teologica.

In questa ottica la stessa Carta, da una parte ribadisce quanto abbiamo spiegato precedentemente e cioè che «l'attività medico sanitaria è uno strumento ministeriale dell'amore effusivo di Dio per l'uomo sofferente, ed insieme opera di amore per Dio ... per il cristiano è continuazione attualizzatrice della carità terapeutica di Cristo e nel contempo carità diretta a Cristo».<sup>50</sup>

D'altra parte collocando questa attività nell'interno dell'opera della Chiesa «considera il servizio ai malati come parte integrante della missione della Chiesa stessa e lo assume come momento della sua ministerialità».<sup>51</sup>

Come laico nella Chiesa, partecipando come tutti i laici consapevoli con la Sua testimonianza alla missione evangelizzatrice, esercitando così la missione profetica propria del laico, ed inoltre offrendo se stesso come offerta di amore e di servizio realizzando la missione sacerdotale, il medico compiendo adeguatamente e secondo i doni dello Spirito e le leggi proprie di questa professione il proprio lavoro, compie la sua specifica *missione regale*, quella che compete al laico nell'ambito delle realtà temporali.

Il mondo della vita e della salute è fra le realtà temporali la più umana perché sede e segno della dignità propria dell'uomo.

Nell'ambito della missione regale del laico perciò la professione medica è fra le più delicate e cariche di responsabilità. Si può forse avvicinare alla professione dell'educatore e del giudice, ma da sempre è stata ritenuta la più carica di umanità.

Dice un celebre testo del Concilio:

«con la loro competenza nelle discipline profane e con le loro attività elevata interiormente dalla Grazia di Cristo, i laici contribuiscano efficacemente a far sì che il lavoro, la tecnica, la cultura utilizzino i beni creati a reale vantaggio di tutti gli uomini, in conformità all'ordinamento del Creatore e alla illuminazione del Suo Verbo ...I laici uniscano inoltre le loro forze per risanare

<sup>47</sup> Cfr. Sgreccia E., *Coscienza cristiana e professione medica*, in "Pastorale sanitaria", o.c., pp. 171-190.

<sup>48</sup> *Carta degli Operatori Sanitari*, Pontificio Consiglio degli Operatori Sanitari, Citta del Vaticano, n. 1, p. 9.

<sup>49</sup> Giovanni Paolo II, *Lettera Enciclica Evangelium Vitae*, Citta del Vaticano, 25-3-1995, n. 89.

<sup>50</sup> *Carta degli Operatori Sanitari*, o.c., n.4, p.12.

<sup>51</sup> *Ibidem*, n. 5, p.13; Cfr. Giovanni Paolo II, *Dolentium Hominum*, 11-2-1988.

le istituzioni e le condizioni di vita del mondo, quando esse inducessero comportamenti di peccato, così che diventino conformi a giustizia e favoriscano l'esercizio delle virtù, anziché ostacolarlo. Agendo in tal modo i laici impregneranno di valori morali la cultura e le opere umane. Nello stesso tempo il campo del mondo sarà meglio preparato a ricevere il seme della parola divina e si apriranno più ampiamente le porte alla Chiesa, perché nel mondo entri l'annuncio della pace».<sup>52</sup> Da questo duplice legame che il laico mantiene da una parte con Cristo come membro della Chiesa e dall'altra parte con le realtà temporali e umane come membro della società, è chiamato "a reggere" le cose secondo la legge di Dio e il disegno di amore del Creatore.

Di qui promanano le istanze etiche e bioetiche del professionista della sanità. Tali esigenze chiamano in causa, secondo gli stessi documenti del Concilio, un insieme di qualità e virtù nel medico: anzitutto la *competenza* nelle realtà proprie della sua professione, la *coscienza* del loro lavoro davanti a Dio, la capacità di coniugare nella pratica con *coerenza* le esigenze dell'etica con quella della professione e la attitudine a collaborare con gli uomini di buona volontà: competenza, coscienza, coerenza e collaborazione sono istanze che si trovano espresse nei Documenti dedicati ai Laici del Concilio e che qualificano la figura sociale e la loro missione ecclesiale. I nuovi problemi della bioetica richiedono oggi una competenza etica professionale di grande impegno e delicatezza.

Mi piace concludere con un passo che prendo ancora dalla Carta degli Operatori Sanitari e che riguarda un rinnovato impegno nel campo della formazione: «il continuo progresso della medicina richiede da parte dell'operatore sanitario una seria preparazione e formazione continua, per mantenere anche mediante studi personali la dovuta competenza e il debito prestigio professionale.

Di pari passo deve essere curata una solida formazione etica religiosa degli operatori sanitari, che promuova in essi il culto dei valori umani e cristiani e l'affinamento della loro coscienza morale».<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Concilio Vaticano II, *Costituzione Lumen Gentium*, n. 36, in "Enchiridion Vaticanum", vol. 1, 21-11-1964, n.379, Ed. Dehoniane.

<sup>53</sup> *Carta degli Operatori Sanitari*, o.c., n. 7.

## “GUARDARE CON FIDUCIA ALLA VITA: SPERARE CONTRO OGNI SPERANZA”



*Giorgio Cocconi*  
*Primario emerito Oncologia Ospedale Maggiore Parma*  
*Presidente regionale AMCI Emilia Romagna*

Il titolo contiene due raccomandazioni (guardare con fiducia alla vita; sperare contro ogni speranza) che sono da riferire in sè al medico, con l'obiettivo di delinearne l'identità morale e cristiana, ma in funzione di un servizio al paziente, in funzione dell'evasione di esigenze che risiedono primariamente e per definizione nel paziente.

I riferimenti della riflessione si pongono all'interno di tre postulati. Il primo presuppone che i due verbi (guardare e sperare) e i tre sostantivi (fiducia, speranza, vita) esprimano il contenuto di una tensione ideale e culturale del medico e richiamino perciò l'esigenza di una sua preparazione specifica. Il secondo sottintende che i vissuti di fiducia e di speranza in riferimento alla vita, fatti propri dal medico, vengano evocati e sollecitati più o meno inconsciamente nel paziente come forma supplementare di aiuto. Il terzo invita a riflettere da un lato sul rispetto dei contenuti e dei metodi necessariamente laici della professione medica e, dall'altro, sulla coniugazione dell'agire del medico (e dell'operatore sanitario in generale) con la propria identità cristiana.

*Fiducia e speranza riferite alla vita.*

***In senso filosofico*** la speranza può essere definita come un atteggiamento dell'uomo che attende e desidera con fiducia un bene futuro dal quale dipende il senso della sua vita presente. In altre parole la speranza è una tensione dell'uomo secondo la quale egli partecipa di un senso universale che gli fa riconoscere il futuro già nel presente.

Un filosofo ebreo tedesco vissuto nel secolo scorso, *Ernst Bloch*, ha dedicato alla speranza molta parte della sua riflessione. La speranza è da lui vista non tanto o non soltanto come elemento psicologico, quanto come principio ontologico del non essere ancora, come impulso originario che spinge l'uomo in avanti verso le novità del futuro. La speranza è alternativa rispetto alla paura e al terrore e implica una partecipazione attiva alla vita ed una immersione nel nuovo, non un atteggiamento di attesa passiva, di immersione nel nulla. L'uomo, nella sua essenza originaria, vive come teso verso il futuro. La speranza configura non un intelletto contemplante ma partecipe, aperto verso un'utopia non astratta ma concreta, non illusoria ma capace di influire, oggi, sulla prassi e sulla vita.

Se si affronta il tema ***da un' angolatura teologica*** non ci si può non riferire ad alcuni teologi, ora protestanti ora cattolici, che nel secolo scorso furono considerati espressione della cosiddetta "teologia della speranza"; fra essi in particolare *Jürgen Moltmann*. In quel contesto la speranza costituisce una dimensione essenziale dell'esperienza religiosa. La speranza si fonda sulla differenza ontologica fra ciò che è e ciò che non è ancora e dà senso alla storia. Il messaggio cristiano è perennemente impostato su una tensione escatologica ed un'attesa messianica che sostituiscono l'eterno presente che era tipico dell'assoluto filosofico dell'ontologia classica. La

speranza e la fiducia del cristiano non si debbono confondere con la credulità perché esse si basano su un'esperienza passata che giustifica la fidatezza del presente e del futuro. La risurrezione del Cristo crocifisso è l'evento in grado di collegare il Dio biblico della promessa con il futuro di ogni uomo che vive oggi in vista della *parousia*, dell'incontro definitivo con il Signore, del suo futuro di salvezza, della cancellazione definitiva della sofferenza. Su questa base Gesù Cristo è la nostra speranza. Egli ci aiuta a non adattarci e a non soccombere di fronte alle fatalità e alle ineluttabilità di questa vita terrena.

I teologi della speranza hanno elaborato ed espresso una sistematicità di pensiero e di dottrina le cui basi si evincono con immediata evidenza da una serie di **riferimenti biblici**.

Jahvè era la speranza di Israele e degli Israeliti e come tale viene definito in una serie di richiami in Genesi, Salmi, Isaia ed altri. Anche nel nuovo Testamento, soprattutto nei testi elaborati dopo la resurrezione di Gesù, ossia negli Atti e nelle lettere di Paolo e di Pietro, si ritrova una serie assai suggestiva di richiami alla speranza come base del messaggio che Gesù ha affidato al mondo.

Da questa serie di riferimenti biblici emerge una visione della speranza, che poggia sulla fede, che si nutre della carità e che si propone come uno dei fondamenti della concezione cristiana. La speranza si basa sul Padre, sul suo amore, sulla sua chiamata, sulla sua potenza, sulla sua fedeltà nel mantenere le promesse che sono state realizzate nella persona di Gesù Cristo. Lo Spirito Santo, dono escatologico per eccellenza, proietta il presente del cristiano verso la *parousia* e, per mezzo della fede in Gesù Cristo risorto, lo riempie di sicurezza, di conforto, di gioia e di fierezza e non lo lascia abbattere dalle sofferenze presenti che contano poco a confronto con la gloria promessa.

Si può riflettere sul tema anche da un **versante psicologico**. La speranza, in senso psicologico, significa fiducia nel futuro anche dopo insuccessi e aspettative vane. Essa è tale da funzionare come difesa dalle conseguenze patologiche delle frustrazioni. La fiducia, in senso psicologico, è uno stato rassicurante che deriva dalla persuasione dell'affidabilità del mondo circostante percepito come ben disposto verso di sé. La speranza e la fiducia vanno più avanti, verso il futuro, rispetto all'attesa. Esse fanno vivere una direzione avvenire-presente e non una direzione presente-avvenire. Io infatti attendo le cose immediate, non attendo ciò che spero e ho fiducia di raggiungere perché lo vedo già realizzato nel mio futuro, che diventa perciò presente.

Il medico che si avvicina ad un paziente che si affida a lui si deve perciò impegnare per acquisire, proprio nello spirito di una medicina arricchita dalle scienze delle cosiddette *humanities*, conoscenze e comportamenti mediati da un ambito culturale e metodologico anche di tipo antropologico e soprattutto psicologico. La speranza e la fiducia riferite alla vita dovranno essere perciò considerate anche in tale contesto.

La malattia evoca una serie di conseguenze che, in senso psicologico, coinvolgono la percezione, l'emozione, la motivazione, l'umore, il tono dell'umore, la tristezza e la gioia. Il medico deve conoscere e considerare soprattutto le modalità che il paziente è in grado di utilizzare per far fronte allo *stress* della malattia. Si tratta dei cosiddetti meccanismi di difesa, intesi come reazioni psicologiche inconsce che entrano in funzione quando l'Io è oggetto di minacce (nel nostro caso la malattia e le cure) e che gli permettono di non essere travolto da forme di vera e propria psicopatologia (ad esempio le forme depressive) e di continuare a funzionare in modo autonomo. All'interno e come effetto dei meccanismi di difesa dallo *stress*, la speranza e la fiducia nella vita potranno continuare a far parte del vissuto del paziente anche in situazioni difficili o drammatiche, potranno mantenere in lui un relativo equilibrio emotivo e cognitivo. In rapporto alle reazioni allo *stress* da malattia e da cure il medico dovrà favorevolmente contribuirvi facendo ricorso a meccanismi di regressione e di razionalizzazione della situazione esistente. Ciò potrà avvenire ad esempio sfruttando la comunicazione al paziente di specifiche procedure connesse con la cura, favorendo l'evocazione di loro scopi anche limitati ma concreti, facilitando l'individuazione, da parte del paziente, di un significato logico e credibile degli eventi clinici attesi e che via via si

realizzano. Insomma è importante per il medico conoscere e saper leggere le varie modalità di reazione allo *stress* messe in atto dal paziente; è importante saper valutare in quale misura esse siano utili al fine di permettere una piena riorganizzazione personale evitando, nei limiti del possibile, che esse diventino più dannose e pericolose della malattia stessa. Ciò avviene ad esempio quando la reazione allo *stress* corrisponda ad una negazione della malattia, ad un rifiuto delle cure, ad atteggiamenti patologicamente psicodepressivi.

### *Rapporti tra professione e testimonianza cristiana*

L'ultimo aspetto del tema fa riferimento al come debbano essere delineati i ***rapporti tra professione e testimonianza cristiana*** in funzione della fiducia e della speranza nella vita che il medico cristiano deve possedere come elementi valoriali del suo essere persona e che deve in qualche modo erogare in funzione dei risvolti assistenziali che sono tipici della sua professione. Il quesito riguarda infatti, nel nostro caso, se possa e debba e fino a che punto e con quali modalità configurarsi anche una testimonianza più o meno palese di una fede cristiana, presente nel medico, nell'esercizio della sua professione; in altre parole se egli possa o debba essere chiamato ad esercitare qualche forma di apostolato e di evangelizzazione.

Questa discussione può essere considerata come un aspetto particolare ed applicativo del tema generale dei compiti dei laici nella Chiesa, affrontato nelle costituzioni conciliari *Lumen Gentium e Gaudium et spes*, in modo monografico nel Decreto conciliare *Apostolicam Actuositatem* e nell'esortazione apostolica *Christi fideles laici*, oltre che in una serie di discorsi del papa Giovanni Paolo II.

Quando si passa dalle enunciazioni di principio alla ricerca di indicazioni comportamentali specifiche si incontrano difficoltà che sembrano talora sfociare nella contraddittorietà e nell'inconciliabilità. Da un lato infatti si trovano solenni richiami alla pari dignità di tutti i membri della Chiesa ed alla partecipazione a pieno titolo dei laici alle funzioni sacerdotali, profetiche e regali di Gesù Cristo. In tale senso, i laici debbono contribuire alla santificazione del mondo, a manifestare Cristo agli altri, ad essere di lode al Creatore e Redentore con la testimonianza della loro vita e con il fulgore della loro fede, speranza e carità; si tratta cioè di "doveri di apostolato" affinché la forza del Vangelo risplenda nella vita quotidiana soprattutto in un senso sociale, ossia negli ambiti della vita dove la Chiesa, composta dal cosiddetto ordine sacro, non può essere direttamente presente, e affinché possa essere annunziato Cristo, con la parola e con la testimonianza della vita.

D'altro canto negli stessi documenti si ritrova una serie di affermazioni che richiamano non soltanto il valore della cosiddetta "indole secolare", da intendere in un senso teologico e non sociologico, ma anche i valori e le responsabilità vocazionali dell'indipendenza degli ambiti nei quali i laici sono chiamati ad operare. Per il medico è essenziale il richiamo alla tendenziale autonomia della scienza e della tecnica. D'altra parte, nella vita del medico, negli apporti che egli può dare all'applicazione dei risultati della ricerca nell'assistenza dei pazienti, la Chiesa vede un modo di manifestarsi della creazione nei suoi aspetti secondo i quali l'uomo è immagine di Dio, è capace di manifestare Dio.

Partendo comunque dal nostro vissuto scientifico e professionale di medici, è evidente che l'impegno nella preparazione scientifica e nell'esercizio dell'assistenza ai pazienti deve essere pieno e senza risparmio. Il metodo per applicare la medicina ed i contenuti delle nostre decisioni dovranno essere quelli propri della scienza medica, senza alcuna sottrazione o aggiunta. In altre parole, anche per ragioni di rispetto e di equità verso il paziente, l'arte medica da noi applicata deve essere pienamente laica, non deve possedere alcun connotato di "sacralizzazione", che potrebbe risultare indebita, stridente, ingiusta.

Come conciliare, allora, la necessità di questo rispetto degli ambiti tecnico-scientifici della medicina con la testimonianza, che pure dovrebbe essere espressa dal medico cristiano soprattutto



quando egli si propone di trasmettere e di alimentare nel paziente la fiducia e la speranza nella vita? Il medico cristiano non deve certamente dissociarsi in due personalità, in due vissuti paralleli, non comunicanti fra di loro, nella fede e nella vita. Non deve trascurare in nessun modo i suoi impegni professionali creando un'opposizione artificiale fra essi e la vita religiosa; non deve neppure trascurare i suoi doveri religiosi creando la stessa opposizione artificiale fra essi e la sua vita professionale. Ed ancora non deve essere cristiano nella parrocchia o nella sezione AMCI e, in un modo totalmente avulso, medico non cristiano nell'ambulatorio o nella corsia dell'ospedale.

Non è certamente facile armonizzare tutte queste regole. Ritengo che l'identificazione di un atteggiamento coerente con le esigenze delineate non possa venire altro che da un recupero del valore antropologico della professione medica e da un continuo riferimento alle sue radici teologiche. L'ottimalità in altre parole dovrà nascere prima dentro e dovrà essere in seguito espressa tramite l'assunzione di un atteggiamento di santità, anche nell'esercizio ordinario della professione, che lasci trasparire, senza bisogno di dichiararli, i propri connotati di fede, di speranza e di carità. E' la fede che alimenta la speranza ed è l'apertura verso lo Spirito che rende capaci di esprimere la carità di Dio. La santità non deve togliere nulla del carattere naturalmente laico della professione medica, non deve permettere che alcunché venga distorto o modificato, e d'altra parte non richiede che alcuna espressione di contenuto non medico venga espressamente dichiarata.

Qui deve naturalmente esistere una certa libertà individuale di scelte da inquadrare in specifiche situazioni particolari. D'altra parte i santi medici o operatori sanitari, da Giuseppe Moscati a Madre Teresa di Calcutta, sapevano mediare a perfezione tra le due esigenze apparentemente discordanti delle quali stiamo parlando. In tale contesto di pratica della santità dovranno comunque assumere valore la lealtà e la delicatezza dei comportamenti, il riconoscimento della dignità e dell'eccellenza della persona umana anche se penosamente ammalata e sofferente, il distacco da ogni eccessiva avidità per il danaro e la ricchezza, la disponibilità generosa verso necessità assistenziali e psicologiche espresse o anche non espresse dal paziente, il coinvolgimento e la partecipazione ai suoi vissuti di sofferenza e di angoscia, il contenuto di un dialogo diretto ad evitare sensazioni di abbandono e di disperazione, il valore di uno sguardo, di una carezza, di una stretta di mano più intensa di quella attesa. Assumeranno valore alcuni connotati interiori attinti da un ambito teologico, quali vivere alla luce della fede, meditare la parola di Dio, riconoscere Dio e cercare la sua volontà in ogni avvenimento, vedere il Cristo in ogni uomo, soprattutto quando ci si presenta come sofferente, animare il proprio vissuto alla mensa della parola e del pane della vita, l'eucaristia. Sperare contro ogni speranza non significherà allora ingenua coltivazione di illusioni ma atteggiamento intimamente spirituale, rapporto interumano che non soltanto dà ma che continuamente anche riceve, umanizzazione da pari a pari del rapporto medico-paziente proprio allorché lo stesso rapporto, in un ambito medico-scientifico, si sta svuotando di contenuti.

Il medico cristiano non deve ritenere che il richiamo alla santità risulti un obiettivo per iniziati. Il richiamo alla santità deve servire per tutti, anche per noi oggi, non è difficile seguirlo, basta coglierne, con senso di responsabilità, la fattibilità ed il fascino. Ciò può avvenire anche soltanto riflettendo sul come il medico cristiano sia in grado, per la ricchezza del contenuto della sua fede e per gli atteggiamenti che gli sono suggeriti dai richiami evangelici, di cogliere le potenzialità meravigliose della sua professione nell'interagire con i vissuti del paziente, nell'alimentare in lui la fiducia e la speranza nella vita, nella vita a tutti gli effetti e in tutti i contesti, soprattutto allorché sembrerebbe che tutto crollasse, che tutto finisse, che tutto orientasse verso la disperazione, la fine, il nulla. Il medico dovrebbe essere capace di far percepire, di far trasparire il grande valore, la consapevolezza e il livello di immediatezza della grande speranza che abita anche in lui, proprio in lui, nel medico cristiano di oggi.

## **“LE CORSIE DELL’OSPEDALE: UN LUOGO PRIVILEGIATO PER LA FEDE, LA SPERANZA E LA CARITÀ”**



*Fabio Catani*

*Professore associato Malattie dell' Apparato locomotore  
Alma Mater Studiorum – Università di Bologna*

Le domande fondamentali che spesso mi pongo nel fare il mio lavoro e che voglio porre anche qui sono: Che cosa significa prendersi cura del malato? Come possiamo prenderci cura del malato? Per tentare di dare una risposta vorrei citare una frase di Giuseppe Moscati, medico e Santo della Chiesa di Dio. “Non la scienza, ma la carità ha trasformato il mondo in alcuni periodi, e solo pochissimi uomini sono passati alla storia per la scienza; ma tutti potranno rimanere imperituri, simbolo dell’Eternità della vita in cui la morte non è che una tappa, se si dedicheranno al bene”. È questo incontro, l’avvenimento di un incontro con una persona, che rende possibile per il cristiano, e perciò anche per il medico cristiano partecipare alla carità di Dio. Questa partecipazione alla realtà totalizzante della persona sana o malata permette di cogliere il senso del limite come fattore costitutivo ed ineliminabile. È proprio dalla consapevolezza del limite che nasce una posizione seria davanti alla realtà; dalla consapevolezza del proprio limite, innanzitutto umano e poi professionale. Il limite è costitutivo della natura dell’uomo ed è fattore di crescita perché introduce ad un rapporto con la realtà finalizzato alla conoscenza e non alla misura. Ma qual è il motore dell’azione umana che permette di considerare il limite come fattore di crescita umana, come fattore di cambiamento? E’ il desiderio infinito, indomabile di felicità che ogni uomo ha “sano” o “malato” che sia. “Lo spirito dell’uomo non è definito dalla grandezza delle sue azioni, ma dalla dimensione del suo cuore”. Questa frase troneggia sotto la croce, unico segno tangibile rimasto nel luogo in cui sorgevano le Torri Gemelle.

Fig. 1 Foto personale del 2003 a “Ground zero”



Ogni uomo è unico e irripetibile per questo cuore, per questo desiderio di felicità, di infinito, di bello, di vero, di giusto. Prendersi cura del malato vuol dire, allora, prendersi cura di questa unicità, di una persona. Il limite, la malattia, la morte, sono un segno della condizione umana, strutturale e dentro al limite c’è la consapevolezza di un desiderio di felicità infinito, infinito perché l’uomo desidera l’eternità, vivere per sempre. Come è possibile conciliare questi due fattori apparentemente contraddittori e nello stesso tempo così veri, così strutturali ed originali dell’uomo? L’unità della persona, dove convivono il limite e il desiderio di felicità è possibile per un atto di Dio che si fa presente e attraverso la Sua misericordia salva e colma il nostro cuore.

Abbiamo così la certezza, la speranza di un cenno di cambiamento perché conosciamo un tempo e uno spazio in cui Dio, in cui Cristo si è fatto incontro alla nostra vita: ci ha cambiato la vita. Ha reso possibile che ci stimiamo, che ci amiamo che ci affezioniamo alla realtà. È così vero questo che Jessica, una ragazza madre, nella accoglienza che ha incontrato (all'interno della Casa di Accoglienza di S.Giuseppe - S.Rita di Castelbolognese) ha potuto affermare: “come posso amare mio figlio se non amo me stessa, se nessuno mi ama? Stando con voi ho imparato ad amare me stessa e così posso accogliere mio figlio”. Guardare alla tradizione è fondamentale per capire le ragioni del nostro agire adesso. Come sono nati gli ospedali? Sono nati come compagnia alla morte; i religiosi accompagnavano i malati di peste e di vaiolo alla morte. La cura è scaturita dentro questa accettazione, accoglienza del limite, della morte. L'amore alla persona, era più grande della paura di morire per il vaiolo e la peste. Questo penso sia un esempio bellissimo per comprendere come vivere la carità e la speranza oggi. Amare il paziente prima di tutto, prima di considerare la nostra capacità di riuscita. Il rapporto con il malato non è deciso da una capacità e da una riuscita ma innanzitutto da un abbraccio. Come dice Camus “la cura è una condivisione totalizzante alla realizzazione di felicità dell'uomo, in altre parole è carità”. Il malato che ci chiede di prendersi cura di lui è un dono che chiede una relazione umana e quindi professionale. Si comprende bene, quindi, come accennava l'Arcivescovo Card. Carlo Caffarra, in occasione dell'inaugurazione dell'Anno Accademico presso la Fondazione CEUR, che il nostro problema di uomini e di medici non è prima di tutto etico, ma antropologico. Non dobbiamo costruire delle leggi e delle norme di comportamento, ma vivere l'istante, il rapporto di cura con il malato, con un desiderio totalizzante, un rapporto dove avviene in nome di Cristo il cambiamento della mia vita innanzitutto e per grazia di Dio di quella del malato. La cura del malato come “offerta” non è un'etica, ma è dire un “IO”, è mettere in gioco la nostra libertà di uomini e professionisti nello stare di fronte al malato come un “IO”. Di che cosa abbiamo bisogno allora? Abbiamo bisogno innanzitutto di un punto di riferimento, di un maestro da cui imparare e soprattutto con il quale verificare la qualità del nostro lavoro. Occorre avere il coraggio di togliere ogni autoreferenzialità al nostro lavoro. Perciò la prima verifica della qualità del nostro operare è nel giudizio che il paziente dà sul nostro lavoro, sul rapporto instaurato. Il malato testimonia i nostri successi e i nostri insuccessi. Il lavoro instancabile soprattutto sugli insuccessi permette di progredire e di trovare nuove soluzioni. La valutazione dei fallimenti è indispensabile.

L'altro aspetto decisivo e che entra in merito al nostro lavoro in reparto è che non siamo in grado di rispondere pienamente e da soli al bisogno di cura, al bisogno di felicità dell'uomo con la nostra professione. Occorre un'amicizia operativa, occorre un insieme di professionalità, medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici, impegnati in uno scopo comune: la cura della persona. Occorre che il lavoro di ognuno sia sempre più di qualità per permettere all'uomo, al malato di avere tutte le possibilità per curare la propria malattia.

Fig. 2 Amicizia operativa



## “IL MEDICO TRA REALISMO E SUPERBIA SCIENTIFICA”



*Claudio Marchetti*

*Professore associato di Chirurgia MaxilloFacciale  
Alma Mater Studiorum - Università degli Studi di Bologna*

La situazione della classe medica in Italia all’inizio del terzo millennio è caratterizzata da un’alta percentuale (26%) di disoccupazione/precarariato e un’età media di occupazione decisamente elevata (47,6 anni in ambito ospedaliero).

Di converso , sempre in Italia, il tempo di attesa medio per l’inserimento dei giovani medici nel mondo del lavoro a partire dalla iscrizione al primo anno di Università è di ben 15-16 anni.

Questo genera una situazione lavorativa estremamente difficile, non aiutata dai sistemi di valutazione prescelti , che sono di tipo quantitativo e non qualitativo (leggasi ECM).

Il tutto inserito in un ambito sociale e culturale dove sembra vigere il seguente assioma:

“Salute = Salute fisica = Realizzazione di sé” , ovvero “Io sono realizzato quando sto bene fisicamente”. Da ciò nasce il senso di inutilità della sofferenza, la solitudine di chi è malato e il continuo tentativo di fuggire in un mondo di sogno.

Come abbiamo appreso dal libro-testimonianza di Emilio Bonicelli “Ritorno alla vita” (ed. Jaka Book, Milano, 2002) il medico si trova a vivere tre possibili modelli comportamentali:

- 1) Il c.d. medico “tecnico” che affronta il malato col piglio basato sulle evidenze scientifiche , sui dati desunti dalla clinica e dai dati di laboratorio e ritiene che il suo ruolo debba attenersi al massimo di neutralità per non farsi coinvolgere emotivamente
- 2) Il c.d. medico “gentile” che aggiunge agli atti professionali un tentativo di empatia nei confronti del paziente in modo da ridurgli al minimo i discomfort , aiutarlo il più possibile con un atteggiamento disponibile e aperto
- 3) Il c.d. medico “giusto”.

Mentre il medico “tecnico”, proprio perché si sente portatore di dati tecnici di cui è l’esclusivo possessore, corre inevitabilmente il rischio di vivere un atteggiamento di superbia scientifica, il medico “gentile” rischia di essere disarmato di fronte al peggioramento del quadro clinico o all’evoluzione della malattia.

Il medico “giusto” è colui che cerca di vivere la propria avventura professionale con realismo, cioè tenendo conto di tutti i fattori della realtà’.

Il che significa che:

- la realtà non è creata ne’ dal medico ne’ da altri ma è data
- il paziente così come il medico stesso, di fronte alla malattia come durante la propria giornata di lavoro, hanno un fattore comune: il desiderio di essere felici, cioè il desiderio di dare un senso a quello che stanno vivendo.

Da ciò consegue un atteggiamento operativo da parte del medico così ben descritto dal Premio Nobel 1952 Alexis Carrel:

“POCA OSSERVAZIONE E MOLTO RAGIONAMENTO CONDUCONO ALL'ERRORE, MOLTA OSSERVAZIONE E POCO RAGIONAMENTO CONDUCONO ALLA VERITA'”.

Può così essere vissuta quella posizione umana che immagina il compito del medico non come colui che cura una malattia, ma come colui che sa tenere conto di tutti gli aspetti della realtà e accompagnare il malato lungo tutta la sua malattia.

La scelta tra realismo e atteggiamento scienziato non è fatta una volta per tutte all'inizio della carriera, ma è fatta momento dopo momento. E' in gioco la propria LIBERTA' di uomini.

Da ultimo: da soli non ce la si fa' . E' necessario il sostegno di realtà amicali come AMCI o Medicina e Persona.

## “ERO ANGOSCIATO E NESSUNO MI DAVA SPERANZA, ERO AMMALATO E NESSUNO MI VISITAVA”



*Mons Stefano Ottani  
Correttore della Confraternita della Misericordia di Bologna  
Vicario giudiziale del Tribunale ecclesiastico della  
Regione Flaminia – Emilia Romagna*

### **Una piazzata per giudizio**

Il titolo assegnato a questo intervento riecheggia un noto testo del vangelo secondo Matteo, che merita essere riascoltato, almeno nei suoi elementi essenziali:

*“Quando il Figlio dell’uomo verrà nella sua gloria con tutti i suoi angeli, si siederà sul trono della sua gloria. E saranno riunite davanti a lui tutte le genti, ed egli separerà gli uni dagli altri, come il pastore separa le pecore dai capri, e porrà le pecorelle a sua destra e i capri a sinistra. Allora il re dirà a quelli che stanno alla sua destra: Venite, benedetti del Padre mio, ricevete in eredità il regno preparato per voi fin dalla fondazione del mondo. Perché ...ero malato e mi avete visitato. (...). Poi dirà anche a quelli alla sua sinistra: Via, lontano da me, maledetti, nel fuoco eterno, preparato per il diavolo e per i suoi angeli. Perché... ero malato... e non mi avete visitato” (25, 31 ss).*

Siamo di fronte alla scena del giudizio universale, giudizio ultimo e definitivo sui criteri con cui valutare tutti i comportamenti. È opportuno notare che si tratta di una procedura processuale propria di una civiltà che non conosce il diritto romano. Secondo questo il giudice deve essere neutrale e al di sopra della parti per poter essere libero di decidere senza coinvolgimento personale. Qui invece il giudice è parte in causa, addirittura coincide con la vittima. Comprendiamo questa impostazione pensando a costumi ancora in uso in qualche parte del nostro paese: è una *piazzata*. Chi si sente offeso trascina in piazza l’aggressore e urlando attira l’attenzione dei circostanti perché prendano consapevolezza dell’ingiustizia subita. Premessa di questa procedura è la percezione di un forte legame di solidarietà e di partecipazione che comunque coinvolge tutti i protagonisti. Quanto più uno ha subito, tanto più grida per accusare il colpevole.

Così è in verità anche il criterio ultimo e definitivo di valutazione del comportamento del medico e dell’operatore sanitario; il vero giudice è il malato!

Occorre perciò che tutti ci mettiamo dalla parte del malato per verificare l’adeguatezza del nostro comportamento.

### **La malattia e il male**

Mettersi dalla parte della vittima, cioè del malato, significa anche prendere consapevolezza che la malattia è una ingiustizia, una aggressione contro l’uomo, un male da combattere.

La consapevolezza di vita eterna che deriva dalla fede non porta a ritenere la malattia un fenomeno trascurabile, da lasciare alla cura di chi racchiude la vita entro un orizzonte intramondano. Lo testimoniano senza possibilità di equivoci i numerosissimi miracoli di guarigione compiuti dal

Signore Gesù. Egli si è sempre mostrato attento e pronto ad intervenire per guarire anche da malattie non particolarmente gravi. Riferisce il vangelo secondo Marco (3, 1-6) che con piena consapevolezza Gesù, in giorno di sabato, prendere l'iniziativa di sanare un uomo "che aveva la mano inaridita" con la conseguenza che "i farisei uscirono subito con gli erodiani e tennero consiglio contro di lui per farlo morire".

Dio non sopporta la malattia e accetta di morire pur di vincerla.

Questa è stata l'opera di Gesù e questa è la missione affidata ai suoi discepoli. "E li mandò ad annunciare il regno di Dio e a guarire gli infermi" è il preciso comando che il Cristo assegna ai Dodici dopo averli chiamati e dato loro "potere e autorità su tutti i demoni e di curare le malattie" (Luca 10, 1-2). Le guarigioni diventano il *segno* dell'autenticità della missione universale: "Andate in tutto il mondo e predicate il vangelo ad ogni creatura (...) E questi saranno i segni che accompagneranno quelli che credono: nel mio nome... imporranno le mani ai malati e questi guariranno" (Marco 16, 15-18).

Cogliamo qui l'importanza del servizio sanitario, della ricerca, della politica della salute, inseparabilmente congiunto dalla missione del cristiano.

### **Guarigione, segno di salvezza**

Consapevoli dell'importanza della lotta contro la malattia, si deve tuttavia essere anche consapevoli che, prima o poi, da questa lotta si esce sempre sconfitti. Con invincibile angoscia constatiamo che la guarigione non è mai una vittoria sulla morte, ma solo una procrastinazione.

Tipica è la scena del medico davanti al malato ormai terminale e ai suoi familiari che chiedono notizie circa l'evolversi della malattia: "Speriamo...". Spesso la necessità di dare speranza porta ad una pietosa bugia, vissuta però con piena consapevolezza dal medico.

Questa consapevolezza porta a non illudersi nell'accanimento terapeutico, bensì a cercare quella unica vittoria sulla morte che non viene dalle terapie mediche. Porta a riconoscere il limite anche degli interventi tecnologicamente più avanzati, oltre a riconoscere il proprio limite personale.

La fede permette di dare il giusto rilievo all'opera sanitaria perché la inserisce nella prospettiva complessiva: la guarigione (anche il miracolo) è solo un *segno* della vittoria sulla morte.

Questa è la grande lezione dell'evangelista Giovanni, che non parla di *miracolo* (termine che sottolinea l'aspetto spettacolare, *mirabile*), bensì di *segno*, ovvero di un segnale che rimanda ad una realtà che è oltre. Solo il Risorto, che con la sua morte ha sconfitto la morte, può offrire la guarigione definitiva, ovvero la salvezza.

Sappiamo quanto sia importante per un malato avere speranza di guarigione. Il medico deve dargli una speranza non illusoria. La prognosi sarà tanto più vera quanto è aperta ad un orizzonte che non si ferma al breve termine, ma si apre ad una prospettiva di salvezza che dà senso nuovo anche alla malattia, assimilandola alla sofferenza redentiva.

La speranza che vince l'angoscia viene dalla verità, non dalle bugie pietose. È questo il lieto annuncio che l'umanità ammalata attende.

### **Guarire o visitare?**

Nonostante il comando del Signore Gesù sia chiaro: "Predicate il vangelo e guarite", il testo evangelico da cui siamo partiti pone come ragione di salvezza la visita al malato, non la guarigione. Potrebbe sembrare conseguenza di una mancanza di terapia; in realtà tiene conto del risultato ultimo. Ciò che più vale alla fine, al momento della morte e del giudizio, non è la momentanea e transitoria guarigione, bensì la relazione che si è instaurata tra malato e operatore sanitario, tra parenti e personale. Da tale relazione "umana", dalla "visita", ovvero dall'attenzione alla persona prima e più che alla malattia, viene il riconoscimento della dignità del malato, viene la speranza.

Non solo non c'è opposizione tra umanità e professionalità, ma l'umanità esalta la professionalità perché fa del medico non un tecnico comunque perdente, bensì un portatore di speranza non

illusoria. Solo il Risorto, che con la sua morte ha sconfitto la morte, può offrire la guarigione definitiva, ovvero la salvezza.

Umanizzare i rapporti all'interno del servizio sanitario va a tutto vantaggio della professionalità. La testimonianza della risurrezione è in definitiva l'unico contesto adeguato per non banalizzare l'attività sanitaria a mero palliativo.

### **Terapia e cura, professionalità & testimonianza cristiana**

La necessaria terapia, condotta con professionalità, confluisce nella cura della persona malata, umanizzando la medicina.

Lasciandosi giudicare dai malati, professione e testimonianza cristiana si identificano, promuovendo un servizio sanitario che si prende cura di tutta la persona.

Il comando: "Andate e guarite" ha come verifica: "Ero malato e mi avete visitato, ero angosciato e mi avete dato una speranza non illusoria".

La ricerca di terapie che hanno come unico obiettivo la guarigione rischia di essere alienante. La cura del malato, con professionalità e testimonianza, esalta la dignità della persona e umanizza la medicina.

Ciò rende possibile ora un adeguato servizio sanitario, e allora potremo anche noi ascoltare l'invito del Re, contemporaneamente malato e giudice, che ci chiama alla sua destra.



## “SE VUOI PUOI GUARIRMI. ASPETTI DELLA MALATTIA E DELLA SALUTE NELLA CULTURA CONTEMPORANEA”



Aldo Mazzoni

*Professore emerito di Microbiologia*

*Alma Mater Studiorum – Università di Bologna*

*Centro di Consulenza Bioetica Augusto Degli Esposti - Bologna*

Guarirmi: da che? Nell'attuale convulsa trasformazione della società anche concetti sino a ieri considerati acquisiti diventano controversi. Fra questi lo stesso concetto di salute, anche se intuitivamente semplice, diviene in realtà ancor meno facile da definire. Ci viene forse in soccorso la, per certi aspetti, strabiliante definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Stato di perfetto benessere fisico, psichico e sociale". Stando così le cose, chi, alla domanda: tu, come stai?, potrà rispondere: sto bene, se non in fugaci momenti di grazia? E sempre che le condizioni economiche siano soddisfacenti. Avendo come meta da perseguire un simile stato di benessere il medico sarà piuttosto richiesto di rispondere ad una più impegnativa pretesa: non soltanto di essere sollevato da qualche grave malessere, ma di star sempre meglio, soddisfacendo oltre alle reali necessità, che possono essere circoscritte, anche ai desideri, che viceversa sono in continua espansione; e, perché no?, anche ai capricci. Necessità, desideri e capricci che il progresso delle conoscenze biomediche e delle biotecnologie consentono viepiù di soddisfare sul piano tecnico. D'altra parte la contemporanea evoluzione della coscienza sociale, con la sempre maggiore, e giusta, rivendicazione della propria autonomia decisionale e la crescente, eccessiva, fiducia nello "scientismo" da parte degli "utenti", tendono a mio avviso a trasformare la dizione "se vuoi tu puoi" nell'imperativo "tu puoi, quindi devi", con tutte le conseguenze del caso. Non per nulla ogni anno, anche per questa accentuata coscienza dei propri "diritti" da parte del malato, 15.000 medici vengono denunciati alla magistratura per *mal practice*, cioè in troppo casi per non aver saputo fornire il desiderato. Il nonno? "Aveva cent'anni, ma, prima di quel maledetto blocco intestinale acuto (ileo da cancro intestinale per i medici, n.d.r.), era in così perfetta salute!" Come non pensare quindi ad una responsabilità del chirurgo operatore d'urgenza? Il bello, anzi il brutto, è che questa situazione, che colpisce severamente i medici, *si ritorce sui pazienti*. Viene infatti promossa quella "medicina difensiva" in base alla quale il medico, nella speranza e nello sforzo di tutelarsi da eventuali ricorsi civili e penali alla magistratura, ricorre sempre più alla prescrizione di una sfilza di esami pregiudiziativi (per farsi dire, quanto meno: ma come è bravo, attento e solerte!: *captatio benevolentiae*) o peggio rinuncia addirittura ad intervenire chirurgicamente nei casi gravi, se le previsioni statistiche sono troppo sfavorevoli. Non è un'ipotesi, ma una realtà. Ma un medico impaurito non sarà mai un buon medico. Tutto ciò a vantaggio del malato? Già Orazio ricordava: "*In medio stat virtus*".

Anche l'identità umana e professionale del medico ha subito seri colpi ed appare ormai piuttosto traballante, e sempre più imprecisa. A questa identità un primo grave colpo ha dato, a mio modesto parere, la legge 194/78 sulla cosiddetta "*Interruzione volontaria della gravidanza*". E' vero che

nella legge non si parla mai di aborto, la cui pratica risulta esclusa nel noto giuramento di Ippocrate, allora ancora in uso nella sua versione originale, ma mi si concederà che se non è zuppa è pan bagnato. Non intendo qui discutere sulla liceità morale della pratica e neppure contestare la vulgata che si tratti di un irrinunciabile “conquista civile” della donna e dell’intera società. Rilevo sommessamente che, in quella occasione, per la prima volta nella storia, laureati in medicina si sono resi disponibili a praticare la soppressione del feto (fino a prova contraria un essere umano) non in seguito ad un proprio giudizio diagnostico e prognostico, ma a semplice richiesta della committente, senza neppure chiederle il perché. L’aborto “terapeutico” era infatti già ampiamente praticato, e in quei casi era realmente risolutivo della patologia materna, specie in rapporto con la presenza, a quel tempo, di due gravi affezioni non altrimenti dominabili, l’eclampsia e la nefropatia gravidiche, poi spazzate via dalla terapia cortisonica. Di fronte alla prospettiva della morte inevitabile della madre, che avrebbe trascinato nel suo destino anche il figlio in gestazione, era tuttavia l’ostetrico che si assumeva, in scienza e (sulla sua) coscienza la responsabilità dell’intervento mortifero. Il che ancora una volta dimostra come la professione del medico sia diversa da tutte, dico tutte, le altre, per il peso morale che comporta. Così era almeno sino a ieri. Altro che operatore “sanitario”, in cui solo l’aggettivazione dovrebbe distinguerlo, ad esempio, dall’operatore “turistico” od “ecologico”! Questo, a me sembra sia stato un *vulnus* molto grave all’identità professionale e morale del medico. Hanno poi fatto seguito la frantumazione specialistica e superspecialistica della professione, nonché l’irruzione nella pratica quotidiana delle, peraltro benedette, tecnologie e biotecnologie, che tendono sempre più a trasformare non pochi medici in tecnologi e soprattutto biotecnologi, realmente in questo caso più semplici “operatori “in sanità” che medici, a disposizione dei bisogni, ma anche dei suddetti desideri e capricci dei “cittadini” clienti. Guardandomi attorno riconosco però, con piacere, che la semente del medico “globale” non è estinta. A suo tempo rifiorirà. Troppo nobile infatti è l’ideale di prendersi cura del prossimo, perché possa essere cancellato nel nostro cuore.

La tecnica consente oggi grandi e meravigliosi risultati. Basti pensare agli enormi progressi dell’anestesia e della chirurgia sempre più estrema (vedansi i trapianti di organo come esempio). Nell’ambito delle biotecnologie si pone però un problema: sarà tutto consentito? No, almeno secondo *Callaghan*, di cui ricordo il noto aforisma: “non tutto ciò che è tecnicamente possibile è anche moralmente lecito”. Personalmente sarei anch’io di questo parere. Vale in tanti altri campi, perché non qui? Sarebbe magari utile sopprimere una suocera impertinente (ce ne sono ancora?), ma sarà moralmente lecito? O non lo si farà solo per timore della sanzione penale? Un’applicazione generale del virtuoso principio riproposto da *Callaghan* esigerebbe tuttavia l’esistenza di valori morali stabili e condivisi, per quanto riguarda in primo luogo, ad esempio, il comandamento di “non uccidere”. Il fatto però è che tende sempre più ad imporsi un’etica per così dire “evolutiva”, modificabile anche a quest’ultimo riguardo in via contrattuale in rapporto al manifestarsi delle sempre nuove possibilità tecniche. Un’etica “pluralistica” che sia così malleabile da poter venire incontro ai sempre nuovi diritti e desideri delle “persone. Purché, si intenda, siano “adulte e vaccinate”. Quanto al diritto alla vita di embrioni e feti? Ma anche di neonati, bimbi molto piccoli, handicappati e disturbati mentali o vecchi rimbambiti? Trascurabile, e alla mercé di “quelle” persone. Tutti costoro, infatti, non sono in grado di dimostrare *hic ed nunc*, e come potrebbero, le caratteristiche proprie ed esclusive (fra tutti viventi) delle “persone”: autocoscienza, autodeterminazione, capacità di pensiero astratto, di socializzazione e così via. In particolare, qualità facilissima da documentare: sono o no in grado di “tematizzare la morte”? Cioè, in soldoni, di immaginare se stessi cadavere, con tutto ciò che attorno ad esso possa avvenire fra amici e nemici? Solo le persone sono in grado di farlo, e senza particolare soddisfazione, non gli animali. Feti, bimbi e vegliardi insidiati dall’*Alzheimer* non sanno ancora, o non sanno più, farlo? Allora, non sono “persone”! Di conseguenza ..... Libero accesso al loro uso. C’è chi, di fronte a queste prospettive, ahimè non troppo fantasiose, non si turba, anzi esulta come di fronte ad una grande

conquista “morale” dell’umanità finalmente adulta. Io invece mi turbo, per quanto resti fiducioso in Chi regge il mondo. Riguardo poi a noi “servi inutili”, che fare?

All’inizio della mia vita di medico, quando ancora era lontano l’inizio della mia tuttora incompleta conversione, ero convinto dell’assoluta inutilità di associazioni come questa nostra dei “medici cattolici”. Il codice deontologico e l’adesione non formale al giuramento di *Ippocrate* mi sembravano allora più che sufficienti, in via ideale, per i quesiti che la professione medica poteva porre alla coscienza. Sufficienti e validi per credenti e non credenti, cattolici, atei o buddisti. Oggi a me sembra che le cose siano cambiate. A difendere valori umani (non solo religiosi!), secondo me irrinunciabili per il rispetto della persona, resta purtroppo in prima linea quasi soltanto la Chiesa cattolica, sia pure fortunatamente con il conforto di qualche laico importante, dagli altri classificato per dispregio fra i “laici devoti”. Il compito della nostra associazione mi sembra pertanto evidente. Uscire sempre più dal recinto intimistico e confessionale per prendere pubblicamente posizioni sempre più decise sui grandi temi della bioetica mi sembra doveroso. Se parla *Aldo Mazzoni* vale poco. Se le stesse cose le dice un’Associazione professionale vale molto di più.

## “IL PRINCIPIO DI AUTONOMIA. PROSPETTIVE DI UNA RICOSTRUZIONE NON ORIENTATA IN SENSO EUTANASICO”



*Luciano Eusebi*  
*Professore ordinario di Diritto penale*  
*Università Cattolica del Sacro Cuore - Piacenza*

SOMMARIO: 1. L'*altro* come un *tu*. – 2. Sulla motivazione mediante norme dei comportamenti – 3. Autonomia e vocazione *oggettiva* delle istanze morali. – 4. La contraddittorietà della scelta di sopprimere il proprio essere soggetto morale. – 5. Le ragioni giuridiche ostative di una radicale soggettivizzazione delle scelte inerenti alla tutela della vita in ambito medico. – 6. La praticabilità di scelte normative non aventi carattere eutanasi.

### 1. L'«*altro*» come un «*tu*».

La questione cui il principio di autonomia offre risposta attiene al riconoscimento di uno statuto particolare – fra ciò che esiste – dell'essere umano, statuto rilevante onde definire quanto dovrebbe caratterizzare le condotte che incidano su esistenze umane: attiene dunque, in sintesi, al riconoscimento dell'*altro*. Parafrasando Hanna Arendt, la domanda soggiacente è se siamo (e pertanto se nei reciproci rapporti possiamo considerarci) dei *chi* o dei *che cosa*.

Dichiarare l'autonomia di ciascun soggetto umano significa, in questo senso, tener per fermo che non si può mai trattare tale soggetto *come una cosa*, cioè significa ammettere un'*eccedenza* dell'essere umano rispetto a ogni altra realtà (materiale o vivente) che sussista nel mondo. Profilo, questo, che permette una definizione pratica – sulla quale sembra possibile un ampio consenso – di ciò che debba ritenersi *male*: si ha male quando un individuo umano non è considerato come un interlocutore, come un *tu*, bensì, per l'appunto, come una cosa, cioè (solo) come un corpo, vale a dire quando è ridotto a strumento, o a oggetto (passivo) di una manipolazione, o quando è relegato in una condizione di altrui indifferenza, che a sua volta lo riduce a oggetto, rispetto al mancato realizzarsi dei suoi diritti umani.

Simile eccedenza non si identifica con la somma delle singole capacità inerenti alla specie umana e meno ancora con l'attualità del loro esercizio (quasi che l'umanità consista in mere *estensioni* di un software fondamentale comune a ogni essere vivente), bensì è data dal fatto stesso che si abbia un individuo *umano*, cioè portatore di quella umanità che esprime, nel corso dell'esistenza, le suddette capacità, e che rimane intatta anche quando esse siano compromesse nella loro manifestazione da patologie o altre cause contingenti.

In particolare, l'essere umano non è (soltanto) una *cosa* particolarmente pregevole, che richieda una particolare tutela, sebbene vi siano, certamente, cose molto tutelate (talora, di fatto, più che determinati individui umani). Va considerato, piuttosto, che è proprio della natura umana il prendere decisioni secondo coscienza, operando scelte eticamente responsabili: per cui lo stabilire rapporti con un individuo umano non può che proporsi come un rivolgersi, innanzitutto, al suo essere soggetto morale, cioè alla sua capacità di discernimento e decisione (se si vuole, come un «entrare in dialogo» col suo essere soggetto morale).

Non a caso, la democrazia è da ritenersi il sistema migliore di convivenza civile non perché garantisca *ex ante* che si operino le scelte migliori, ma perché valorizza al massimo grado la

responsabilità, e dunque la dignità, di ogni individuo nel discernimento relativo alle decisioni di rilievo sociale da assumere in concreto.

Un riscontro è addirittura desumibile in proposito, secondo la competenza specifica di chi scrive, dal dibattito penalistico. S'è osservato, infatti, che una prevenzione dei reati rispettosa della dignità umana e suscettibile di risultare stabile nel tempo non può essere ricondotta a strategie di tipo intimidativo o neutralizzativo, nel cui ambito l'essere umano viene assimilato, in pratica, al suo corpo: se prevenire è, soprattutto, motivare, ciò – si precisa – dovrebbe realizzarsi considerando pur sempre ogni destinatario dell'azione preventiva come un interlocutore, secondo un modello comunicativo orientato al *consenso* tale che, anche di fronte ai precetti penali e alla comminazione o all'esecuzione delle sanzioni (fin quando possibile non detentive) che li accompagnano, nessuno sia fatto decadere dal rango di individuo chiamato ad atteggiamenti non meramente condizionati, ma liberi<sup>54</sup>.

In questo senso, il carattere *personale* (ex art. 27<sup>1</sup> Cost.) della responsabilità penale esige non soltanto la rimproverabilità del fatto costituente reato, ma altresì che sia costruita in senso personale l'istanza rivolta dall'ordinamento giuridico al cittadino sia attraverso la previsione, sia attraverso l'applicazione delle norme penali: per cui, anche sotto il profilo sanzionatorio, si manifestano conformi al modello costituzionale solo strategie motivazionali (sul piano della prevenzione generale come su quello della prevenzione speciale) che facciano appello alla capacità dell'individuo di operare scelte *per convinzione*, o in altre parole *personali*.

## 2. Sulla motivazione mediante norme dei comportamenti.

Se il principio di autonomia impone di relazionarsi a ciascun individuo come soggetto morale, ciò implica che nessuno può essere costretto ad assumere atteggiamenti contro la sua coscienza. Si può solo *convincere* ad agire in un certo modo: tanto è vero che – riferendoci ancora al contesto penale – risultano inaccettabili, e sono oggi pressoché unanimemente rifiutate, forme d'intervento su chi sia sottoposto a sanzione le quali costituiscano, come rischiava di accadere secondo l'approccio positivisticò, una manipolazione della sua personalità.

Il principio di autonomia non nega affatto, pertanto, che sia lecito relazionarsi a un individuo col fine di motivarlo verso un dato comportamento (diversamente, vivremmo in una società senza dialogo), né esige che ciò sia comunque da escludersi, in ossequio al pluralismo caratterizzante le società democratiche, se avvenga per iniziativa di istituzioni pubbliche.

La scommessa democratica si fonda, infatti, proprio sulla fiducia espressa dalle Costituzioni che sia possibile condividere – senza il rimando ad autorità precostituite e senza limitazioni relative ai percorsi di ricerca – il riconoscimento dei diritti umani, nonché sulla determinazione, attraverso il metodo proprio della democrazia, di norme giuridiche conformi a tali diritti. Per cui le istituzioni pubbliche appaiono del tutto legittimate a motivare i cittadini verso l'adesione ai principi costituzionali e verso il rispetto delle regole democraticamente sancite, come pure a operare sulle condizioni rilevanti affinché siano compiute, da parte dei cittadini, scelte conformi alla salvaguardia e alla promozione dei beni tutelati dalla legge.

Se vengono fissate regole ci si potrà ovviamente adoperare per un diritto migliore, ma è coesistente all'idea stessa del diritto che l'ordinamento giuridico agisca in favore del rispetto delle norme vigenti (salva sempre la sua neutralità sui *fondamenti ultimi* dei diritti costituzionali, in quanto l'indicazione delle radici filosofiche, antropologiche, teologiche di quei diritti – intorno al cui riconoscimento si realizza una convergenza di ordine etico – non compete alle pubbliche istituzioni).

---

<sup>54</sup> Si consenta il rinvio a L. EUSEBI, *Profili della finalità conciliativa nel diritto penale*, in *Scritti in onore di G. Marinucci*, Milano, 2006, II, p. 1109 ss.

Si può dunque ben comprendere, per esempio, che l'operatore impegnato nella fase esecutiva di una sanzione penale non si proponga affatto, verso il destinatario del suo intervento, in termini di neutralità circa la prospettiva della reiterazione di una condotta criminosa: senza con ciò che il suo lavoro risulti in contrasto col principio di autonomia e senza per questo essere autorizzato a violare tale principio utilizzando, onde evitare condotte recidivanti, tecniche di coartazione della sfera interiore.

Del pari, in ambiti fra loro ben diversi, sono del tutto conformi al principio di autonomia l'azione educativa svolta nella scuola per promuovere, insieme alle capacità critiche, l'interiorizzazione dei valori di rilievo costituzionale, o l'impegno profuso dal medico per motivare il malato, anche sotto il profilo psicologico, ad affrontare un percorso terapeutico di cui risulti chiara l'indicazione sanitaria, o il fine di «aiutare [la donna] a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza» previsto, con riguardo al *colloquio* ivi contemplato, dall'art. 5<sup>1</sup> della legge n. 194/1978.

In assenza, del resto, di simili doveri normativamente fondati, che si ispirano alla logica del dialogo e dell'argomentazione, la stessa autonomia del singolo in quanto soggetto morale non risulterebbe affatto rafforzata, ma semmai impoverita e resa in certo modo fittizia.

### 3. *Autonomia e vocazione «oggettiva» delle istanze morali.*

Quanto sin qui s'è detto evidenzia, soprattutto, come l'affermazione del principio di autonomia non sia affatto da correlarsi all'assunto che nega la natura *oggettiva* delle istanze sulle quali si concentra la riflessione etica e, pertanto, la possibilità stessa di interrogarsi intorno a ciò che *in sé* debba essere ritenuto *bene* in una data situazione: impregiudicate – è ovvio – sia le difficoltà di un corretto discernimento, sia la necessaria disponibilità a una costante verifica critica del medesimo.

Appare infatti palese che, una volta esclusa la configurabilità di un bene in senso oggettivo, cade il presupposto necessario per giungere a definire criteri comportamentali omogenei, salvo fondarli su meri *interessi materiali*, per quando fatti valere da maggioranze: così che l'unico riferimento utilizzabile dal punto di vista giuridico onde risolvere un dilemma rilevante nei rapporti intersoggettivi diviene la manifestazione più o meno formalizzata di volontà dei soggetti interessati (una volontà inevitabilmente formatasi nella solitudine indotta dal non poter più chiedere all'*altro*, quantomeno, un aiuto per decidere *al meglio*). Col rischio evidente di una sperequazione a danno delle parti più deboli e col risultato, in ambito sanitario, dell'approdo a una medicina rigorosamente contrattualistica.

L'imporsi del principio di autonomia – elevato, di fatto, a unico vero principio bioetico – finirebbe per costituire, in quest'ottica, la conseguenza dell'accoglimento di un relativismo morale sistematico.

Invece, come già si accennava, proprio l'affermazione del principio di autonomia implica una ben precisa opzione etica, se non addirittura l'intuizione fondamentale di tutta la storia dell'etica: quella che, riconoscendo nell'*altro* un soggetto morale (che partecipa del mio medesimo interrogarmi sul senso delle condotte praticabili e, come me, è chiamato a trarne decisioni), comporta la rinuncia ad agire strumentalmente nei suoi confronti, aprendo, in questo modo, alla relazionalità<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> Cfr. F. D'AGOSTINO, *Le tendenze culturali della bioetica e i diritti dell'uomo*, in ID., *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, 3<sup>a</sup> ed., Torino, 1998, in part. p. 9 s.; M. REICHLIN, *Il concetto di «beneficence» nella bioetica contemporanea*, in *Medicina e Morale*, 45, 1995, p. 33 ss.; ID., *Autonomia e responsabilità nella sfera procreativa*, in AA.VV., *Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana, l'autonomia degli individui*, a cura di P. Cattorini, E. D'Orazio, V.

Ove al contrario s'intendesse disconoscere in radice la configurabilità di vincoli morali oggettivi, non si vede come potrebbe essere escluso un approccio puramente utilitaristico nei confronti dell'*altro*. Ma allora diverrebbero drammaticamente pertinenti, sul piano degli effetti, le parole di Caino: «io sarò ramingo e fuggiasco sulla terra e chiunque mi incontrerà mi potrà uccidere» (Gen 4, 14b).

Solo il considerare inderogabilmente l'*altro* come fine in sé consente, dunque, il dialogo e la relazionalità quali dimensioni che avvertiamo necessarie al nostro realizzarci.

Il mutuo riconoscimento del valore intrinseco di ciascun soggetto umano rimanda, tuttavia, alla reperibilità di esigenze comportamentali corrispondenti a quel valore che siano in grado, per così dire, di esplicitarlo in concreto (non a caso Rosmini intuiva che i diritti giuridicamente riconosciuti sono manifestazioni del fatto che è l'*uomo* il diritto vivente): se dunque esiste un'entità, l'essere umano, che ha valore etico, allora appare plausibile che il comune interrogarci su *come* si debba agire possa trovare un linguaggio condivisibile, e che sulla determinazione di quel linguaggio possa stabilirsi un rapporto comunicativo.

Tale mutuo riconoscimento esclude, del resto, che sia teorizzabile un'estraneità di principio fra esseri umani (individui che si considerino tra loro soggetti morali non possono ritenersi, irrimediabilmente, *stranieri morali*): piuttosto, esso rimanda alla consapevolezza della duplice circostanza per cui ciascuno ha bisogno dell'*altro* se vuole realizzare compiutamente se stesso e i problemi ci accomunano più di quanto, per lo più, siamo disposti a riconoscere.

#### 4. *La contraddittorietà della scelta di sopprimere il proprio essere soggetto morale.*

Va posto in rilievo, altresì, che se il principio di autonomia individua come valore cardine della riflessione bioetica l'essere ogni individuo umano soggetto non riducibile a una cosa, ciò vale anche per il rapporto di ciascuno con se stesso.

Da ciò deriva che il principio di autonomia, sebbene frequentemente si sostenga il contrario, non permette di giustificare la scelta del singolo di annullare il suo stesso esistere – cioè il suo essere soggetto morale – attuando o esigendo condotte, attive od omissive, idonee a comportarne la morte. Il che, tuttavia, non implica – lo preciseremo – affermare l'assenza di *limiti* nell'intervento terapeutico e avallare, pertanto, il ricorso a terapie i cui benefici attesi nel caso concreto risultino sproporzionati rispetto alle sofferenze o alle menomazioni indotte: posto che con la rinuncia al c.d. accanimento terapeutico non viene in gioco un intento di morte, ma l'accettazione del carattere di finitezza che caratterizza la vita fisica e della relatività dei mezzi umani.

Nei riguardi delle scelte mediche aventi rilievo diretto circa la tutela della vita, la valorizzazione del principio di autonomia non appare dunque connessa alla *soggettivizzazione* dell'approccio, ma all'individuazione di criteriologie etiche intese a definire i requisiti dell'intervento terapeutico *dovuto*: e da ciò deriva che l'instaurarsi di una relazione medica *comperta* – fermo il rispetto di tali criteriologie – la salvaguardia della vita<sup>56</sup>.

---

Pocar, Milano, 1999, in part. p. 181 s.; v. altresì D. PELLEGRINO - D. C. THOMASMA, *Per il bene del paziente*, Cinisello Balsamo, 1992, p. 29 ss.

<sup>56</sup> Nella medesima prospettiva, la sentenza 29-4-2002 della Corte Europea per i diritti dell'uomo (caso *Pretty vs Regno Unito*) chiarifica come l'art. 2, parte prima, della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali – secondo cui «il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge» – non esprima un intento di tutela riferito, e con ciò suscettibile di poter essere circoscritto, alla *volontà di vivere* dell'individuo, bensì abbia riguardo alla vita di un individuo umano in quanto bene giuridico autonomo.

Del resto, proprio l'impegno volto a stabilire regole quanto più possibile condivise nelle questioni di pertinenza bioetica – impegno che cessa ove la risposta ai problemi venga semplicemente dislocata sul piano soggettivo – rende possibile quella massima estensione del dibattito e dell'approfondimento critico che corrisponde all'essenza stessa della democrazia.

##### 5. *Le ragioni giuridiche ostative di una radicale soggettivizzazione delle scelte inerenti alla tutela della vita in ambito medico.*

Le questioni che sorgono con riguardo alla messa in atto di condotte rilevanti circa la tutela della vita e le stesse le questioni che si è soliti sollevare quando si discute di eutanasia vengono dunque affrontate in maniera non accettabile proprio (e soltanto) nella misura in cui s'intenda trasferire la risposta sul piano meramente soggettivo, riconducendo *tout court* tale risposta all'autodeterminazione del soggetto interessato, cioè, in pratica, a un asserito diritto di scelta tra la vita e la morte che possa essere fatto valere nell'ambito di relazioni, come quella medica, giuridicamente significative.

Già s'è visto, infatti, che non vi è continuità logica tra il riconoscimento del principio di autonomia e il riconoscimento, sotto il profilo etico, della facoltà di rinunciare all'esistenza, che è quanto dire al proprio essere soggetto morale: sempre che la suddetta rinuncia non costituisca, ovviamente, il costo inevitabile della testimonianza di valori fondamentali.

Ciò, tuttavia, non significa:

a) che sussista l'obbligo di perseguire ogni possibile ambito di ulteriore dilatazione temporale della vita mediante interventi, nel senso poco sopra descritto, sproporzionati o attuati in fase terminale, cioè nell'imminenza di una morte inevitabile<sup>57</sup>;

b) che ricondurre il limite dell'intervento terapeutico, ove sia in gioco la vita, al criterio oggettivo della proporzione, negando la legittimità della richiesta soggettiva di orientare alla morte il rapporto sanitario, escluda la rilevanza nell'ambito del giudizio sulla proporzione, con riguardo a terapie comunque particolarmente gravose o rischiose, di considerazioni riferibili alla personalità e alla vicenda esistenziale del malato<sup>58</sup>.

Se ne deduce, in primo luogo, come non s'imponga affatto all'ordinamento giuridico l'obbligo di derogare in ambito medico all'inammissibilità di relazioni intersoggettive *giocate per la morte* (o, in altre parole, della finalizzazione di un rapporto fra individui al realizzarsi della morte)<sup>59</sup>: senza che la conclusione possa mutare, da questo punto di vista, a seconda che quel fine venga perseguito attraverso modalità attive od omissive.

Non si dimentichi, a tal proposito, che ciascun individuo può solo garantire costantemente le condizioni affinché la sequenza di sviluppo esistenziale, autonoma e continua, in cui si sostanzia la

---

<sup>57</sup> Profili peculiari, non affrontabili in questa sede, attengono all'uso del concetto di proporzionalità dell'intervento terapeutico in fase neonatale o precoce, essendo in tal caso in gioco il dispiegarsi del (quasi) intero arco esistenziale possibile di una vita.

<sup>58</sup> Cfr., dal punto di vista teologico-morale, la *Dichiarazione sull'eutanasia* pubblicata nel 1980 dalla Congregazione per la dottrina della fede (n. 14). Sull'intera problematica v., di recente, M. CALIPARI, *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico. Etica dell'uso dei mezzi terapeutici e di sostegno vitale*, Cinisello Balsamo, 2006, *passim*.

<sup>59</sup> L'unico caso di rapporto verso l'altro che possa legittimamente sostanzarsi, dal punto di vista giuridico, nell'uccisione programmata del medesimo (dunque, non riferita a contesti contingenti riferibili alla legittima difesa) sembra essere a tutt'oggi – presenti certe condizioni e finché non si addivenga a più alti livelli di civiltà – l'uccisione del nemico in guerra.



sua vita<sup>60</sup> – e alla quale il medesimo non dà mai impulso, né al suo inizio, né in qualsivoglia momento successivo – sia in grado di procedere senza estinguersi anzitempo: per cui ogni scelta di non più vivere, perfino quella «facilitata» da un intervento attivo, risulta pur sempre riconducibile alla volontà di astenersi dal continuare a garantire le condizioni summenzionate.

Autorizzare forme di cooperazione per la morte significherebbe, anzi, incidere sul cardine stesso della democrazia, vale a dire sulla circostanza ai sensi della quale la tutela della vita di ciascun individuo costituisce presupposto del mutuo riconoscimento fra gli esseri umani come soggetti morali eguali in dignità, riconoscimento il quale esige di essere sottratto a qualsivoglia atto di volontà fondato su criteri valutativi nei confronti di una data esistenza (foss'anche sul giudizio di taluno *contro* la sua stessa vita).

Sussistono, tuttavia, numerose ragioni ulteriori – o se si vuole controeffetti indesiderabili – perché un ordinamento giuridico laico, democratico e pluralista non consideri legittima la cooperazione a un intento di morte, sia il richiedente un soggetto sano o malato: fermo sempre l'assunto per cui la posizione di garanzia rilevante nel rapporto medico con riguardo alla vita del paziente non autorizza il ricorso a mezzi sproporzionati, da ritenersi come tali indebiti, e senza che quanto s'è detto impedisca, pertanto, una risposta adeguata nei confronti dell'argomento – l'esigenza di contrastare il c.d. accanimento terapeutico – utilizzato con maggiore frequenza in favore dell'apertura all'eutanasia.

Soprattutto, si tratta di considerare che una prospettiva aperta, in nome dell'autodeterminazione, a prassi eutanasiche finisce per indebolire la tutela *effettiva* di chi resta soggetto morale anche in condizioni di intrinseca debolezza.

Questi alcuni dei nodi più delicati:

a) l'attribuzione del *diritto a morire* impedirebbe, una volta manifestata la volontà di rinunciare alle terapie da parte del paziente, qualsiasi atto inteso anche sul piano del dialogo e della persuasione a contrastare simile intento, imponendone la pura presa d'atto; esito, questo, tanto più insoddisfacente se si considera, alla luce della letteratura psicologica, che

b) la dichiarazione di voler morire da parte del malato, ben lungi dal rappresentare una manifestazione di libertà, cela quasi sempre un contesto di *abbandono terapeutico* e rappresenta un appello (non di rado il malato ha solo la sua vita da mettere in gioco) alla presa in carico della sua situazione esistenziale attraverso la vicinanza umana e gli interventi di sostegno palliativo, anche quando non sia ormai possibile contrastare l'evolversi di una data patologia: realtà, questa, di cui l'ordinamento giuridico non può non tener conto, privilegiando una formalizzazione deresponsabilizzante dei rapporti;

c) la previsione del diritto a lasciarsi morire si converte facilmente nella colpevolizzazione dei malati e dei loro congiunti che dovessero richiedere ulteriori investimenti di risorse socio-sanitarie, una volta superate – pur in assenza di accanimento e situazioni consimili – soglie relative alle condizioni di salute oltre le quali si proponesse come giustificata la rinuncia alla tutela;

d) parallelamente, la presentazione della medicina in veste di attività senz'altro aggressiva, dalla quale il malato, a un certo punto, dovrebbe comunque difendersi brandendo il diritto all'autodeterminazione, favorisce, in concreto, spontanee uscite di scena dei sofferenti – anche quando non sia in gioco alcuna forma di accanimento – molto vantaggiose dal punto di vista dei costi economici, e che nessuno potrebbe esporsi a sollecitare in modo esplicito;

e) la totale soggettivizzazione dei problemi afferenti alla tutela della vita carica il malato e il suo contesto familiare, venuto meno il riferimento a criteri giuridicamente condivisi, di un onere psicologico enorme, che risulta angoscioso e destabilizzante, in quanto foriero di gravosi rimorsi;

---

<sup>60</sup> Valga sul punto il rinvio a L. EUSEBI, *Embrione, eugenetica, generazione*, in *Il Regno – Documenti*, 9, 2005, p. 236 ss.

f) appare in ogni caso alquanto equivoco il fatto che il diritto, costituente per sua natura una risorsa a sostegno degli individui più deboli o in difficoltà, possa di fatto esonerarsi dall'intervento in favore dei medesimi consentendo il venir meno della loro esistenza, cioè della situazione stessa che si configura come appello al suo attivarsi;

g) del pari, appare non privo di equivocità, ma anche discutibile sotto il profilo della laicità, un diritto il quale, piuttosto che limitarsi a garantire il massimo impegno in favore dei più deboli, si avventuri nell'individuare situazioni estranee a contesti di accanimento – lasciando intendere un giudizio di minor valore della vita quando esse si manifestino – in cui consentire la collaborazione all'altrui proposito di lasciar intervenire la propria morte;

h) rimettere giuridicamente alla (auto)determinazione delle parti coinvolte la stessa salvaguardia della vita significa orientarsi in modo deciso a una visione contrattualistica del rapporto medico, nella quale la medicina è concepita come insieme di mere competenze tecniche, slegate dalla elaborazione di criteri applicativi (pur faticosamente) condivisi: col rischio di ben noti atteggiamenti di natura cautelativa, intesi a minimizzare i rischi di responsabilità medica per eventi avversi, piuttosto che a perseguire il miglior interesse del malato.

i) ammessa la disponibilità del bene vita nell'ambito del rapporto medico, anche ove riferita alla sola astensione da atti terapeutici, diviene molto labile il confine – lo testimoniano, tra l'altro, le recenti proposte olandesi concernenti i minori e la fase neonatale – con logiche di eutanasia *tout court* involontaria.

Tutte ragioni, quelle suesposte, riconducibili all'esigenza sinteticamente espressa dal Comitato Nazionale italiano per la Bioetica nel momento in cui a proposito delle *dichiarazioni anticipate di trattamento* ha richiesto<sup>61</sup> che esse «non contengano disposizioni aventi finalità eutanasiche».

Va precisato, infine, che non si potrà comunque esigere l'interruzione di quelle cure, sempre dovute, le quali garantiscono ciò che è necessario per vivere a ogni individuo, sia egli sano o malato, come l'idratazione, l'alimentazione, la respirazione: salvo pur sempre valutare se siano proporzionate nel caso concreto le modalità (ad esempio chirurgiche) d'intervento che risultino necessarie per attivarle<sup>62</sup>.

## 6. La praticabilità di scelte normative non aventi carattere eutanasicò.

Sulla base di quanto sin qui considerato, appare invece possibile esplicitare sul piano normativo la non corrispondenza al dovere medico dell'attivazione o della prosecuzione di terapie ove queste si manifestino sproporzionate o concernenti una fase ormai terminale<sup>63</sup>, definendo i criteri del giudizio di proporzionalità (anche in rapporto al rilievo, come più sopra osservavamo, di elementi riferibili alla personalità e alla vicenda esistenziale del paziente stesso, adeguatamente informato, e fatto altresì salvo, date certe condizioni, un opposto desiderio di quest'ultimo).

Si tratta, in altre parole, di percorrere una strada alternativa a quella che si sostanzia nella soggettivizzazione dell'intera materia e, in tal senso, di precisare i criteri che rendono o meno *doveroso* l'intervento terapeutico.

Ferma, ovviamente, una corretta definizione delle categorie in gioco: il concetto di proporzionalità, ad esempio, andrà sempre inteso in un'ottica individualizzante, che valuti i

---

<sup>61</sup> Nel relativo parere approvato il 18 dicembre 2003.

<sup>62</sup> Cfr. il parere approvato il 30 settembre 2005 dal Comitato Nazionale per la Bioetica su *L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente*.

<sup>63</sup> Purché il malato abbia potuto assolvere a quanto ritenga doveroso prima che termini la sua vita e purché, dunque, non abbia ragioni che esigano, nondimeno, di perseguire in qualunque modo la possibilità di una pur limitatissima protrazione ulteriore della medesima.

benefici e le sofferenze o menomazioni prevedibilmente derivanti dall'attivazione di una data terapia in rapporto alle specifiche condizioni del paziente interessato, e non in un'ottica che abbia riguardo al superamento di determinate soglie predefinite (relative all'evoluzione di una certa patologia, all'età, ecc.) o di determinati standard terapeutici; e ferma, altresì, la necessità di un'elaborazione trasparente nel contesto delle diverse discipline mediche circa i fattori significativi ai fini del giudizio summenzionato.

Per scongiurare atteggiamenti di oltranzismo terapeutico, pertanto, non risulta affatto necessario rendere disponibile il diritto alla vita.

Dovrebbe essere evitata, di conseguenza, una fondazione giuridica dell'attività medica che, riconducendo quest'ultima alla mera dimensione contrattuale (ritenuta in molti altri settori della vita sociale non sufficiente a garantire la tutela dei soggetti più deboli), si limiti a menzionare il consenso del paziente, senza richiamare nel contempo il rispetto delle criteriologie comportamentali proprie della scienza medica e l'inammissibilità di un'interazione fra medico e paziente la quale *rinunci* alla tutela (con mezzi appropriati) di quest'ultimo, orientandosi, invece, a consentirne la morte.

Questione diversa è quella che attiene ai *modi* con cui il medico sia tenuto ad attivarsi per realizzare la tutela appropriata del malato, e ciò con riguardo, in particolare, all'ipotesi in cui il malato cosciente rifiuti interventi non sproporzionati e non straordinariamente gravosi sulla sua sfera fisica, che siano necessari alla salvaguardia della sua vita.

In questo caso non viene per nulla in gioco un diritto del paziente a disporre della sua esistenza che possa essere fatto valere nel rapporto medico, ma semmai un rifiuto indebito della tutela, che resta tale anche nel momento in cui non si dà luogo, salva l'attivazione di specifiche procedure legali, a un intervento medico sull'intimità della dimensione corporea in opposizione alla volontà *attualmente* espressa dal malato mentalmente capace.

Per cui, senza dubbio, si conferma *dovuta* pure – e soprattutto – in tale ipotesi l'attivazione del medico attraverso tutte le forme di natura non coercitiva (accuratezza informativa, persuasione, sostegno psicologico, ecc.) idonee a ottenere da parte del malato l'adesione alle terapie necessarie per la sua tutela<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> Non sarebbe in ogni caso esigibile dal medico di agire per *disattivare* strumenti non sproporzionati che risultino necessari alla salvaguardia della vita del paziente.

## “CONSIDERAZIONI SU ALCUNI ASPETTI ETICI DELLA VITA PROFESSIONALE QUOTIDIANA”



*Giovanni Minisola  
Unità Operativa di Reumatologia  
Ospedale “San Camillo” - Roma*

### **Introduzione**

L'etica, o filosofia morale, è la scienza che detta le regole di ciò che l'uomo deve fare (il bene), dei valori che deve realizzare e dei modi in cui, al riguardo deve operare. L'etica va distinta dalla vita etica, che indica la propensione verso la realizzazione del bene e dei valori, e dall'*ethos*, termine con il quale si indica il comportamento effettivo rispetto alla realizzazione del bene e dei valori.

I principi ispiratori di tale scienza sono in stretto rapporto con quelli che regolano la bioetica, in tutti i suoi numerosi aspetti (biogenetica, ingegneria genetica, biotecnologia genetica, antropologia genetica) e coinvolgono gli ambiti della coscienza e del comportamento.

Nella valutazione etica di ogni atto occorre distinguere il valore soggettivo dell'azione e il momento soggettivo in cui tale azione viene concepita e decisa nell'interiorità del soggetto.

Il giudizio soggettivo e l'orientamento devono essere adeguati al valore oggettivo dell'azione stessa; è proprio in forza di quest'obbligo di adeguamento dell'aspetto soggettivo a quello oggettivo che viene ad essere garantita l'unicità della moralità dell'atto.

Il giudizio esterno sul valore etico dell'azione presuppone il confronto con la norma, detta anche legge; questa può essere naturale, codificata o eterna.

La legge naturale è quella insita nella coscienza, con la quale di fatto si identifica, e si esplicita mediante la ragione. La legge codificata è quella data dall'autorità costituita, che può essere rappresentata dallo stato, da organismi internazionali o da sistemi religiosi di varia natura. Per i cattolici è valida una terza legge, quella eterna, che ordina realtà e valori secondo le regole dettate dalla religione cattolica.

Quando si valuta la responsabilità dell'uomo, specificamente del medico, nell'esercizio delle sue attività, occorre sempre tenere presente la fragilità dell'essere, gli aspetti negativi della libertà e del libero arbitrio e i condizionamenti di vario tipo che possono ridurre la capacità di eu-autodeterminazione, la libera scelta e la responsabilità soggettiva. Tra i condizionamenti più importanti figurano quelli che provengono dalla personalità e dalla psicologia del soggetto, inteso quale ente morale (*quis?*), quelli che dipendono dalla natura stessa dell'azione compiuta (*quid?*) e quelli collegati alle circostanze ambientali (*ubi?*), alle intenzionalità (*cur?*), alle modalità di esecuzione dell'azione (*quomodo*) e alle situazioni temporali (*quando?*).

In ambito medico l'etica è finalizzata alla tutela della salute, nel rispetto dei principi di autonomia e dignità della persona, solidarietà, beneficenza, non maleficenza, proporzionalità terapeutica, giustizia, verità, riservatezza, socialità e sussidiarietà.

### **Principi etici**

L'autonomia e la dignità della persona implicano la libertà di scelta e di decisione.

La solidarietà prevede una condivisione sul piano emozionale e affettivo dell'avventura negativa (disavventura) che per una serie di eventi indipendenti dalla volontà del paziente ne contrassegnano il percorso esistenziale temporaneamente o definitivamente.

Il principio di beneficenza attiene al dovere di agire per il bene e ciò significa rispondere ai bisogni fisici e alle esigenze sociali, emotive e spirituali del malato.

Il rispetto del principio di non maleficenza, strettamente collegato al precedente, impone di non cagionare danni, secondo il classico "*primum non nocere*".

Per proporzionalità terapeutica si intende la giusta misura dell'intervento medico-assistenziale. E' inutile, e illecito, impiegare una terapia se questa non dà un risultato proporzionalmente pari o maggiore rispetto ai danni che procura. Qualora poi il risultato fosse positivo, l'aspetto economico non deve interferire né, tanto meno, deve pesare in senso selettivo l'età avanzata del paziente o la sua uscita dal contesto produttivo.

Il principio di giustizia vuole una omogenea ripartizione degli oneri e dei benefici tra i membri di una società nel cui interno sono rappresentati, con pari dignità, sani e malati; in questo ambito ideologico si colloca il concetto di equa allocazione delle risorse.

Ai pazienti devono essere date informazioni e notizie veritiere, così da permettere loro di decidere nel modo più opportuno sulle vicende personali e famigliari contingenti e future. Attualmente in Italia il modello ricorrente è un *mix* tra la vecchia visione paternalistica del rapporto medico-paziente e la nuova tendenza all'autodeterminazione personalistica. La prima considera i pazienti dipendenti e passivi, la seconda attivi e indipendenti.

La relazione medico-paziente deve essere ispirata al criterio dell'alleanza terapeutica finalizzata alla vittoria dell'insieme medico-paziente sulla malattia; la battaglia va combattuta congiuntamente dall'inizio alla fine e in ogni fase il paziente deve saper di poter contare su un alleato, il medico, il cui comportamento deve essere leale e amorevole, non certo cinico o ingannevole (1).

Infine, gli operatori devono obbedire al principio di riservatezza, rispettando il segreto professionale, al principio di socialità, garantendo a tutti l'usufrutto dei mezzi a loro disposizione, e al principio di sussidiarietà, secondo il quale devono essere previsti aiuti e interventi là dove maggiore è la necessità (2).

Tra i tanti aspetti dell'etica comportamentale più significativi e di quotidiana rilevanza applicativa figurano quelli che pertengono al rispetto dei diritti del malato, al conflitto di interesse, al consenso informato e ai fondamenti etico-deontologici degli operatori.

### **Diritti del malato**

Il malato ha diritto alla soddisfazione dei bisogni (diritti) primari (o fisici), secondari (o psichico-materiali) e terziari (o spirituali).

I diritti primari sono: diritto a un intervento terapeutico appropriato, individualizzato e mirato, diritto alla qualità degli interventi, diritto all'igiene personale, a quella collettiva e al comfort ambientale, diritto alla libertà di movimento.

I diritti secondari sono: diritto al rispetto dei bisogni di sicurezza e protezione, diritto all'assistenza sociale, a un reddito minimo, all'informazione, alla verità, all'autogestione, all'autonomia di scelta, al mantenimento dei contatti con la famiglia e la dimora, alla conservazione e al recupero della propria posizione sociale.

I diritti terziari prevedono l'autonomia decisionale, il rispetto della persona, delle tradizioni sociali, culturali e religiose, il diritto a decidere il destino personale e al conforto psicologico e religioso. In quest'ultimo ambito si iscrive il concetto di spiritualità, intesa quale processo ultrareligioso, personale, dinamico, empirico, connesso con entità naturali o divine.

La spiritualità è un elemento di trascendenza secondo il quale l'essere umano è molto più di un fenomeno materiale; essa si differenzia dalla religiosità, che è un insieme o un sistema di credenze e di pratiche che caratterizzano una comunità, generalmente ispirate a una divinità. Numerose evidenze hanno messo in evidenza gli stretti rapporti intercorrenti tra spiritualità e malattie, ivi comprese quelle reumatiche.

### **Conflitto di interesse**

Il conflitto di interesse è l'insieme di condizioni nelle quali il giudizio professionale su un interesse primario tende ad essere indebitamente influenzato da un interesse secondario.

I medici che hanno interessi conflittuali rispetto a quelli da tutelare prioritariamente si trovano, quindi, in una posizione sbilanciata e, verosimilmente, influenzabile e non obbiettiva. Ne può conseguire l'impegno di risorse, economiche e/o intellettuali, in una direzione piuttosto che in un'altra.

Il conflitto di interessi in sanità può riguardare interessi primari, quali il paziente e lo sviluppo scientifico, e interessi secondari, quali il guadagno e la notorietà.

I campi di coinvolgimento prevalenti sono quelli relativi ai rapporti con le aziende farmaceutiche, con la ricerca e con la formazione (3). Di particolare importanza risultano essere i primi poiché le aziende farmaceutiche sono i soggetti promotori della parte percentualmente più significativa delle ricerche italiane di farmacologia clinica. Ciò determina un gioco di interrelazioni, talvolta complesse e non sempre chiare, tra soggetti fruitori e prestatori d'opera.

Perché un rapporto con l'azienda non configuri un conflitto di interesse e non dia adito a sospetti occorre che la collaborazione sia chiara, trasparente, verificabile e che i ruoli reciproci vengano definiti da contratti che salvaguardino la proprietà intellettuale dei dati e che non prevedano alcuna possibilità di interferenza sui risultati degli studi effettuati.

L'eticità delle procedure sperimentali fonda su principi imprescindibili, tra i quali l'onestà intellettuale e comportamentale del committente e del ricercatore, il rispetto e la condivisione dei principi etici e bioetici di riferimento e il rispetto del paziente nella sua complessità psico-fisica.

### **Consenso informato**

Rappresenta, di fatto, uno degli aspetti più significativi dell'autonomia del paziente. Esso è riferito sia alla pratica clinica quotidiana, in tutti i suoi atti diagnostico-terapeutici, sia alla sua partecipazione diretta agli studi clinici.

A tale proposito occorre sottolineare che il consenso informato può essere considerato tale solo se ricorrono alcune condizioni. In particolare, può essere espresso solo se il soggetto interessato è nel pieno possesso delle facoltà di intendere e volere e se l'informazione gli è stata presentata per iscritto in modo chiaro e intelligibile, tenendo conto del livello culturale dell'interlocutore. Inoltre, devono essere assolutamente vietati atteggiamenti coercitivi e intimidatori e deve essere assicurata la più ampia disponibilità al colloquio e alle spiegazioni. Queste devono riguardare anche le misure di *outcome* previste nel caso di partecipazione a studi clinici, con particolare riferimento a quelle che prevedono indagini strumentali invasive e semi-invasive.

Secondo la legislatura vigente il consenso informato al trattamento diagnostico e terapeutico, sia esso prestato dallo stesso paziente ovvero da chi ha il diritto o quantomeno la facoltà di esprimerlo in sua vece, è giuridicamente valido se risponde a determinati requisiti di carattere formale e sostanziale. Più precisamente deve essere: personale, consapevole (cioè informato), attuale, manifesto, libero, completo, gratuito, ricettizio, richiesto.

Il consenso informato è parte fondamentale dell'atto medico generalmente e globalmente considerato e ad esso concede liceità. La sua validità formale e sostanziale coinvolge direttamente e coscientemente il paziente, rendendolo consenziente e partecipe delle decisioni che lo vedono protagonista di scelte, anche difficili, inerenti la sua salute psico-fisica (4).

### **Fondamenti etico-deontologici degli operatori**

Gli operatori devono accogliere il soggetto che richiede prestazioni di loro competenza senza discriminazioni basate su preconcetti ideologici, fede religiosa, e giudizi morali. Ogni prestazione deve essere fornita a prescindere da razza, sesso, nazionalità, età, comportamento sessuale, presenza di handicap, affiliazione politica, religione, eventuali precedenti penali, censo economico.

E' dovere dell'operatore tenere conto delle profonde interconnessioni tra il disagio del paziente e la sfera biopsicosociale e porre la "relazione interpersonale" alla base di ogni intervento, sia esso farmacologico, chirurgico, riabilitativo o psicoeducazionale, mantenendo alto e costante il livello della propria professionalità e rispettando le posizioni socio-culturali dell'utente.

Il paziente ha diritto ad avere tutte le informazioni utili a ridurre i rischi per la sua salute e la controparte assistenziale si deve adoperare per migliorare la qualità di vita del soggetto in ogni fase del percorso terapeutico, anche indipendentemente dal raggiungimento dell'obiettivo "salute" tradizionalmente inteso. A tale riguardo deve essere ricordata la recente definizione di salute data da SS Giovanni Paolo II in occasione della Giornata Mondiale del Malato nel corso dell'Anno Santo Giubilare del 2000 (5). In tale circostanza, facendo proprio il pensiero più volte, e anche recentemente, espresso di Javier Lozano Barragán, il Sommo Pontefice ha rimodulato il concetto di salute definendo la stessa come una condizione di armonia dei vari aspetti (fisico, psichico, spirituale e sociale) che caratterizzano, in una visione olistica, l'individuo (6).

Gli operatori dell'assistenza devono assicurare alla famiglia del paziente tutte le informazioni e i sostegni necessari per fronteggiare adeguatamente le problematiche derivanti dalla malattia e devono sapere riconoscere quando, nell'interesse superiore dell'individuo, un intervento più efficace possa essere fornito da altro servizio, da altro professionista o da altra struttura, provvedendo alla doverosa informazione e adoperandosi concretamente al riguardo.

Nel momento della scelta del trattamento, occorre sempre tenere nel debito conto le propensioni del soggetto e concordare con lo stesso gli interventi del programma terapeutico, evitando imposizioni basate astrattamente o ideologicamente su considerazioni tecniche precostituite.

Gli operatori devono lavorare per una sempre più cosciente adesione al programma terapeutico-riabilitativo e devono affrontare e approfondire tutte le problematiche emergenti, sia del singolo che del contesto familiare.

I professionisti dell'assistenza devono essere consapevoli delle proprie reazioni e sapere gestire costruttivamente gli atteggiamenti emozionali, improntando la propria condotta a un modello di lavoro positivo e maturo, acquisito e costantemente rafforzato da una formazione specifica e da una educazione permanente.

I doveri deontologici obbligano a mantenere ogni informazione sul paziente secretata e strettamente confidenziale al fine di evitare che notizie comunque acquisite possano essere adoperate con finalità discriminatorie nei confronti del paziente stesso.

### **Conclusioni**

Il rapporto medico-paziente è un rapporto interpersonale che non può banalizzarsi, ma deve piuttosto, sempre e comunque, ispirarsi al rispetto dei connotati della persona in quanto tale, cioè razionale, libera e responsabile.

Questa osservazione, che di per sé è un dato generale e propria di ogni rapporto interpersonale, riveste una fisionomia del tutto particolare nel contesto della persona malata e sofferente, ossia di una persona che per la sua situazione patologica è minacciata o compromessa non solo nel corpo ma anche nell'unità psico-fisica, nella sua relazione con gli altri e nella sua attività e condizione di vita.

In questo teatro operativo si scatena una vera e propria sfida all'ottimizzazione del rapporto medico-paziente, sicché, soprattutto nei casi di malattie più gravi e di trattamenti diagnostico-

terapeutici più impegnativi, tale rapporto diventa particolarmente complesso e difficile, ma proprio per questo più importante e decisivo.

Il paziente non è un individuo anonimo sul quale vengono applicate conoscenze mediche più o meno validate, ma una persona responsabile, che deve essere chiamata a partecipare della gestione del miglioramento della propria salute e del raggiungimento della guarigione. Egli, il paziente, deve essere messo nella condizione di poter scegliere personalmente, senza dover subire decisioni e scelte altrui.

Questi principi generali sono alla base dell'etica dei comportamenti e della deontologia professionale, veri e propri istituti operativi ai quali tutti gli operatori e professionisti dell'assistenza devono sempre fare riferimento durante la loro attività assistenziale quotidiana.

#### **Bibliografia**

1. Pellegrino ED, Relman AS. Professional medical associations: ethical and practical guidelines. JAMA 1999; 282: 984-6
2. Rothman DJ. Medical professionalism-focusing on the real issues. N Engl J Med 2000; 342: 1284-6
3. Melander H, Ablqvist-Rastad J, Meijer G, Beermann B. Evidence b(i)ased medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. BMJ 2003; 326: 1171-3
4. Fiori A. Medicina Legale della Responsabilità Medica. Milano, Ed. Giuffrè, Milano, 1999: 128-9
5. Messaggio del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato, 11 febbraio 2000
6. Lozano Barragán J. Indirizzo di salute al seminario "Health and Care in Rome", 2004



## “I VALORI E LA FORMAZIONE DEL MEDICO NELLE SCIENZE DI BASE E NELLE SCIENZE CLINICHE”



*Amerigo Novarini*

*Professore Ordinario di Medicina Interna,  
Direttore U.O. Clinica e Semeiotica Medica Dipartimento di Scienze Cliniche,  
Preside Facoltà di Medicina di e Chirurgia - Università di Parma*

### **Introduzione**

Notevoli sono stati i cambiamenti intervenuti nell'attività medica e nei servizi sanitari così come importanti e profonde sono state le ripercussioni sui compiti professionali del medico (tabella 1), per cui puntuale e sostanziale deve essere ed è stato il rinnovamento nell'organizzazione e strutturazione del percorso formativo universitario per l'acquisizione di attitudini professionali, che rispondano alle nuove richieste della società civile (multietnica, multiculturale e multireligiosa).

Molteplici e complesse sono le problematiche che permettono di sviluppare, in armonica sintesi, competenze cognitive (sapere), competenze psicomotorie (saper fare) e competenze psicoemotive (saper essere) per cercare di realizzare i valori della professione medica come missione svolta al servizio della persona malata considerata in una visione olistica – unitaria: corpo ed anima, pensiero e volontà, cuore e coscienza.

In questo articolo vengono proposti i principali punti di questo nuovo processo di formazione secondo un modello bio – psico – sociale ed umanistico:

- Modelli simbolici dell'attività medica
- Corsi integrati e tutor
- Medical Humanities
- Formazione etica
- Adeguamento dell'insegnamento clinico
- Umanizzazione del rapporto con il malato

### ***Modelli simbolici dell'attività medica***

Fondamentalmente due sono i modelli, in cui si articola tale attività:

- *il modello direttivo-strategico*, proprio della *tradizione scientifico-sperimentale* nella quale è il primato della competenza strettamente biomedica a strutturare la logica dell'attività. L'attenzione del medico è focalizzata sulla patologia dell'organo o dell'apparato come macchina e sulla strategia per ripararla (schema del servizio di riparazione: Medico - Organo - Paziente). In questo rapporto "oggettivante" il malato è un caso da studiare come "spettacolo" o malattia da curare come "strumento" (studi epidemiologici, pubblicazioni scientifiche, etc.);
- *il modello direttivo empatico*, proprio della *tradizione clinico-umanistica* nella quale alla competenza biomedica si uniscono valenze affettivo-morali. Il paziente è sia un corpo da riparare, sia un essere umano con il quale entrare in sintonia per potersene prendere cura adeguatamente (schema del rapporto interpersonale: Medico - Paziente - Organo). Fra questi

due modelli da sempre è in atto una dialettica che, come un pendolo, evidenzia, volta per volta, i valori e i limiti dell'uno e dell'altro con riferimento soprattutto alle caratteristiche dei due attori principali di fronte alla malattia: la persona-malato e la persona-medico.

### ***Corsi integrati e tutor***

Lo sviluppo rapido e crescente delle varie discipline ha comportato una inevitabile frammentazione delle conoscenze, che è necessario tentare di ricondurre ad unità utilizzando strumenti adeguati per una visione olistica del paziente. A tal fine sono stati proposti i corsi integrati così da organizzare parti interdipendenti, non solo come risultato di una semplice sommatoria di contenuti, prima dispersi, ma considerando essenziale, per le singole discipline, il "core-curriculum" disegnato per prevalenza, urgenza, importanza, gravità, esemplarità, ricaduta sociale dei problemi di salute (PUIGER).

In tale modo l'integrazione multi – inter disciplinare dovrà fornire al medico la consapevolezza del suo modo di agire in una visione coerente ed unitaria delle conoscenze, rendendo compatibile *l'insegnamento pre-clinico oggettivistico - cognitivistico* (analitico, descrittivo, schematico, teorico, astratto, nosografico) con *quello clinico, di tipo costruttivistico*, che porta alla conoscenza dell'individualità, della variazione biologica, della popolazione, della medicina personalizzata, in contesti evolutivi differenti da paziente a paziente.

La realizzazione di questo modello educativo globale ed integrato si avvale della figura del tutor come punto di riferimento competente e disponibile per personalizzare e motivare la formazione, per tagliarla su misura, trattando ogni studente nella sua singolarità così da superare una arida ed anonima massificazione informativa.

### ***Medical humanities***

L'inserimento delle scienze umane nei curricula ha come obiettivo una formazione equilibrata e completa del medico, a fronte di una insufficienza della semplice preparazione tecnico scientifica per rispondere ad una assistenza centrata sulla globalità e complessità delle esigenze del paziente. Le *Medical humanities* rappresentano l'elemento unificatore del sapere e dell'agire professionale del medico in quanto armonizzano la diversità delle scienze nell'unità della verità con una speciale attenzione ai contenuti di tipo storico, umanistico, filosofico e psicologico che accompagnino ed integrino le discipline di tipo scientifico e tecnico con argomenti relativi all'epistemologia, all'antropologia, all'etica ed alla sociologia.

La disumanizzazione della medicina, lamentata con oggettività e con grave sofferenza da tante persone malate, ha il suo fondamento nel riduzionismo biologico che i medici potranno superare solo se si apriranno ad una più ampia e profonda riflessione di tipo antropologico.

### ***Formazione etica***

Il progresso tecnologico e terapeutico rende indispensabile la formazione etica del personale sanitario: in realtà il medico mai è stato così spesso arbitro della vita e della morte come nella nostra epoca e tuttavia mai è stato così fragile, così incerto, così incoerente nelle sue decisioni etiche. Di fronte alle crescenti potenzialità di intervento diagnostico e terapeutico, al medico è richiesta una iniziativa creativa con capacità di motivazioni e di riflessione perché non può assumere un atteggiamento passivo, non può ignorare i problemi (alternative fra possibilità: ciò che si deve fare piuttosto che ciò che si fa o si può fare) e i dilemmi (alternative fra valori entrambi accettabili ma in conflitto fra loro) e non può non chiedersi qual è, nell'interesse del malato, la decisione migliore da prendere o il consiglio migliore da dare.

Ne risulta complessivamente un aumento di responsabilità morale del personale sanitario e si conferma che, da sempre, l'aspetto tecnico-scientifico e l'aspetto etico sono intrecciati in modo inestricabile per cui la "medicina è di per sé un'impresa morale".

L'utilità di una preparazione specifica di etica medica nella formazione universitaria ha lo scopo di rendere i discenti capaci di:

- identificare i valori che sono in gioco in ogni decisione clinica;
- valutare in modo corretto il rapporto costo/beneficio (inteso in senso lato) di un programma assistenziale;
- distinguere bene i valori tecnici dai valori etici;
- conoscere e riconoscere le alternative di un dilemma etico e gli argomenti che giustificano la scelta;
- identificare le opinioni ed i valori etici del malato per ottenere, con l'informazione e la persuasione, il consenso informato.

In definitiva la formazione etica contribuisce alla "rettitudine" dei comportamenti ed alle buone intenzioni con il malato, mentre la sua assenza nella formazione universitaria forma degli "ingegneri degli organi ammalati", ma non dei medici.

### ***Adeguamento dell'insegnamento clinico***

L'insegnamento clinico, che è di primaria importanza nella formazione del medico, deve essere effettuato tenendo presente la grande influenza che i principi morali (libertà e responsabilità) esercitano sui rapporti fra il personale sanitario medico e non medico ed il malato specie se è in ospedale in quanto è maggiore la gravità della malattia ed è frequente l'incontro con équipe più numerose. Durante *questo percorso formativo* è importante che siano bene evidenti e quindi interiorizzati, alcuni *principi etici* che riconoscono la dignità della persona-malato:

- L'autonomia del malato: egli ha diritto di conoscere ciò che accade alla sua persona, per cui può accettare o rifiutare di essere utilizzato come strumento di insegnamento clinico o come puro oggetto di studio.
- Rispetto della sua integrità personale: l'uso del numero del letto, oggi meno comune di un tempo, ma purtroppo riemergente per la tutela della privacy, ha tradizionalmente rappresentato il primo "attacco", in senso temporale, alla sua integrità – identità personale nel corso del viaggio-malattia, così da non vedere il volto, non comprendere le ansie e non portare alla luce le risorse interiori.
- Rispetto della nudità: non è raro il rischio di far perdere l'identità personale specie nell'atto di visitare il paziente (esame obiettivo), in cui la mano del medico, spesso sconosciuto, entra nell'intimità profonda del corpo. L'esame obiettivo è forse l'unico caso in cui viene consentito ad una persona estranea di "esplorare" il nostro corpo al di fuori da ogni rapporto affettivo.
- Consenso informato: il malato deve essere informato che le manipolazioni cui verrà sottoposto (esame fisico, procedimenti diagnostici e terapeutici) vengono effettuati non solo da medici, ma anche da studenti in medicina per scopo di istruzione-formazione.
- La non maleficenza, ossia il dovere di non nuocere al malato: ciò si può ottenere mediante l'istruzione preliminare degli studenti con i simulatori tridimensionali e con la costante sorveglianza degli studenti quando effettuano le loro prime esperienze "in vivo".

La crescita esponenziale della cultura medico-scientifica in questi ultimi decenni ha determinato una vera dicotomia tra le informazioni di ordine strettamente biologico e la scarsità di orientamento sulla psicologia della persona malata, così che pur in presenza di elevate competenze specifiche, la cultura sanitaria odierna corre il rischio di diventare largamente disumanizzante perché tecnicizza i problemi vitali dell'uomo.

Per rispondere a queste problematiche è necessario che *nell'attività assistenziale* la persona-malato, considerata nella sua integrità, riceva attenzioni, premura ed amore, considerando ed applicando alcuni *principi etici* fondamentali:

- dell'identificazione e del rispetto dei valori del malato: vedere l'uomo conoscendo i suoi bisogni di autostima, di sicurezza e di affiliazione e sforzarsi di soddisfarlo;

- dell'informazione: chiara e perfettamente comprensibile per avere il consenso informato e fugare i dubbi, rassicurare e sedare l'ansia;
- della collegialità: buone relazioni di rispetto e di collaborazione tra i membri della équipe per creare atmosfera di calma e serenità, per dare sicurezza al malato;
- della competenza professionale: essere capaci di curare ed assistere il malato nel migliore dei modi e volerlo fare (evitare malattie iatrogeniche e nursigeniche);
- della riservatezza e del segreto professionale: evitare la presentazione di casistica clinica con le generalità del paziente, con la fotografia identificatoria e con caratteristiche che ne permettono il riconoscimento.

### ***Umanizzazione del rapporto con il malato***

E' importante che nell'esperienza di pratica clinica, spontanea o programmata ( tirocinio), lo studente veda fare sull'esempio di maestri o almeno di tutor e viva direttamente momenti di formazione che lo aiutino ad affrontare tutti i bisogni della persona-malato e non solo quelli strettamente connessi alla patologia d'organo: il malato è persona "sempre", soggetto di sentimenti, di dignità e di ruoli (non è un numero, non è una pratica, non è un organo, non è una malattia).

E' necessario riconoscere e dare risposte ad alcuni e fondamentali diritti a:

- tutela della salute: interventi tempestivi e professionali per le cure possibili, anche per malattie terminali (AIDS, cardiopatie, neoplasie, ecc...), avvicinandosi con partecipazione anche con piccoli gesti affettivi (esempio tenere la mano, etc.) in quanto la "compassione" del medico è un elemento fondamentale per una corretta relazione con la persona-malato nella sua integrità, non arrendendosi dinnanzi alle difficoltà, ma alimentando serenità e speranza.
- essere trattato come essere umano: rispettare la sua dignità sempre specie in situazioni difficili (perdita della coscienza, della ragione, etc) Peraltro l'informazione adeguata e responsabile sulla propria situazione di malattia può facilitare la compliance della persona-malato alla terapia e quindi anche al possibile successo terapeutico;
- rapporti sociali e serenità dell'ambiente, anche nella non autosufficienza (corsia affollata, rispetto della privacy, isolamenti, orario di visita, ecc...), superando con buona volontà e con spirito innovativo "usanze" consolidate nei decenni in quanto ritenute funzionali, ma contrarie alla vera ospitalità;
- assistenza religiosa: recuperare la dimensione spirituale (a qualunque religione appartenga o no) costruendo una vera e propria alleanza terapeutica aperta a varie figure (familiari, infermieri, psicologi, sacerdoti, etc.)

### ***Conclusioni***

Con gli argomenti trattati vengono affrontate alcune problematiche che cercano di ridisegnare e riscoprire le caratteristiche culturali, sociali ed umane della professione medica mediante il rinnovamento del processo formativo. E' un tentativo di rispondere con buona volontà e con fiducia, in spirito di servizio, alle persone sofferenti e alla società civile globalmente intesa cercando di dare sostanza alle principali caratteristiche del comportamento umano del medico:

- Il rispetto dei punti di vista e delle opinioni dei pazienti nelle decisioni sull'assistenza;
- La cura particolare per il benessere psicologico del paziente;
- La visione del paziente come di un individuo unico;
- La considerazione del paziente nel contesto della famiglia e del suo ambiente fisico e sociale;
- Buone capacità di comunicazione e di ascolto;
- La capacità di ispirare fiducia e confidenza e di dimostrare calore e partecipazione;
- L'essere empatico.

In conclusione, la formazione del medico nelle scienze di base e nelle scienze cliniche mira ad esaltare i valori della professione medica:

- rispetto dei diritti fondamentali della persona
- diritto alla vita
- rifiuto di atti diretti contro la vita di ogni essere umano
- tutela e sostegno della vita umana: curare e prendersi cura
- necessità di non tradire la fiducia del paziente
- rapporto con il paziente come persona “totale”
- professione medica come missione attuata con competenza, rispetto, coinvolgimento del paziente.

Ne risulterà così:

- un medico più buono, più comprensivo, più compassionevole (*malato al centro della relazione*);
- un medico più competente e più capace (*malato al centro della conoscenza e dello studio*);
- un medico che, insieme con altri operatori sanitari, con generoso impegno a rinnovare costantemente le strutture sanitarie, rispetta e coglie le molteplici esigenze dell'uomo (*malato al centro dell'organizzazione sanitaria*).

### **Bibliografia**

Le principali voci bibliografiche sono riportate in:

Novarini A.: L'Università e i bisogni della società: quali modelli professionali? RAYS, 1999; 24(4): 588-597.

Novarini A.: Pertinenza tra gli obiettivi professionali ed i bisogni della salute nell'educazione e formazione medica. RAYS, 2004; 29(1): 27-35.

### **Tabella 1**

#### **Compiti professionali del medico nella società odierna**

- Approccio bio-psico-sociale alla malattia, in modo da uscire da una sua concezione solamente biomedica per rilevarne anche le dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali
- Pratica medica basata sulla necessità di gestire informazioni e di risolvere problemi, piuttosto che sulla memorizzazione
- Migliore formazione in fatto di medicina preventiva e riabilitativa
- Capacità di persuadere i pazienti a seguire terapie o a cambiare abitudini di vita, mediante il loro coinvolgimento in uno sforzo attivo per comprendere la necessità della modifica di comportamento
- Capacità di risolvere i problemi clinici nel modo meno costoso
- Capacità di evitare la raccolta di informazioni non necessarie
- Capacità di valutare i rapporti costo/beneficio e rischio/beneficio nell'uso delle tecnologie terapeutiche
- Capacità di collaborare in modo efficiente con altri professionisti del campo sanitario o di campi non strettamente sanitari
- Capacità di condurre autonomamente una formazione permanente durante tutta la vita professionale.

## “MEDICO MISSIONARIO IN AFRICA: SIGNIFICATO E PENSIERI”



*Stefano Cenerini - St. Michael's Hospital, Zimbabwe  
Carlo Lesi – Unità Operativa Dietologia e Nutrizione Clinica  
Ospedale Bellaria – Maggiore Bologna.*

### **1. L'esperienza del dr. Cenerini in Africa**

Il dottor Cenerini è in Africa da otto anni.

- a) Ha passato oltre un anno in Etiopia, suddiviso in tre differenti periodi, occupandosi sia di medicina generale e tropicale che di oculistica, data l'alta incidenza in quel paese di tracoma ed altre malattie oculari.
- b) E' stato un anno in Zambia, praticando, oltre alla medicina generale, la medicina preventiva sul territorio (accompagnata dall'insegnamento al personale locale).
- c) Da circa sei anni è in Zimbabwe, dove ha prestato servizio in due diversi ospedali missionari distrettuali (attualmente si trova al St. Michael's Hospital).

### **2. Lo scenario medico in Africa**

"Sei appena arrivato al tuo ospedale e non hai ancora finito di disfare le valigie, quando arriva l'ambulanza con un messaggio della caposala: c'è un paziente con una ernia strozzata che ti aspetta ! Tu non ne hai mai operata una, poiché specialisti e specializzandi ai tempi del tuo tirocinio vollero operare da soli il più possibile. Così tu hai prevalentemente assistito e occasionalmente hai avuto il permesso di suturare la pelle. All'ospedale i tuoi predecessori sono andati via per darsi alla libera professione, cosicché non c'è nessuno che possa aiutarti. Se trasferisci il paziente, questi morirà per strada (reminiscenza personale del dottor Michael Migue, AMREF)" (1).

### **3. L'ospedale in Africa**

La magistrale descrizione dell'ospedale africano fatta da M. King (2) non ha bisogno di commenti. Ne riporto alcuni passi essenziali per inquadrare l'ambiente lavorativo nel quale si trova chi lavora in questa parte del mondo.

"I paesi in via di sviluppo hanno in comune una caratteristica: la maggior parte della chirurgia viene fatta negli ospedali distrettuali. Questi hanno tipicamente tra i 50 e i 200 letti, con un personale di 2-4 medici, assistito da infermieri e ausiliari... Ciascun ospedale serve circa 150.000-250.000 persone che vivono in una area che può essere anche di 3000 miglia quadrate. A livello mondiale questi ospedali variano tra l'eccellente e l'indescrivibile... Il reparto di maternità sarà particolarmente sovraffollato, e resisterà a tutti i tuoi tentativi di decongestionarlo. Motivi culturali possono rendere impossibile una restrizione del numero dei visitatori nei reparti...

Le tue attrezzature saranno limitate e malamente mantenute. Quando si rompono, possono essere necessari anni per averle sostituite... Così preparati a trovare tutto o niente. In certe occasioni aspettati di non trovare acqua, vapore, garze, bende, suture assorbibili, anestetici, guanti (o solo

guanti con buchi), gesso (o solo gesso che non si solidifica)... Se hai l'elettricità, preparati ad una interruzione alle 3 del mattino, proprio quando sei nel mezzo di un parto cesareo...

In cima a tutto il resto, l'AIDS e' endemico nel tuo distretto.

Infine, il più grande colpo potrebbe essere che il tuo predecessore, cui era stato promesso che sarebbe rimasto nel tuo ospedale solo per un breve periodo, non ha mai ordinato rifornimenti o piantato cavoli!

... Ma tu hai grandi benedizioni. Nell'affrontare tutto ciò, nel creare ed aver cura, nel dirigere e servire, tu avrai fatto qualcosa che i tuoi colleghi nelle più confortevoli circostanze della libera professione non avranno mai fatto. Tu sei un medico 'a tutto tondo', ed hai una delle ultime opportunità di praticare la totalità della medicina, piuttosto che un suo infinitesimale angolo.

Avrai bisogno di quattro cose:

- A. La volontà di imparare dalla cultura dei tuoi pazienti. Ciò ti arricchirà notevolmente e aumenterà di molto la fiducia dei pazienti in te.
- B. Un desiderio quasi patologico di lavorare sodo in condizioni che non lo permettono.
- C. Una inesauribile abilità ad improvvisare e a tirare fuori il meglio da ogni cosa.
- D. La capacità di resistere a periodi prolungati di isolamento culturale.

Se il tuo morale e' alto, lo sarà ben presto anche quello del tuo personale.

I tuoi pazienti ti saranno grati per qualunque cosa tu possa fare per loro, e non avranno ancora imparato a litigare con te. Se servi il tuo ospedale e la comunità attorno ad esso per una vita, guadagnerai un posto unico nel loro affetto" (2).

#### **4. La figura del missionario in Africa**

Si può lavorare in Africa come medici, come lo si fa nel resto del mondo; tuttavia essere anche missionari rende l'esercizio della professione medica completamente diversa.

Il mio punto di partenza non è affatto la medicina, ma il Vangelo: a tale riguardo non si può non citare *Il giudizio finale* (Mt. 25, 31-46). Molto importanti sono anche *La missione dei discepoli* (Mt. 10, 1.7-8) e *Il riconoscimento delle guarigioni* (Mt. 11, 4-5).

Il Concilio Vaticano II ha poi dedicato un intero documento alla missionarietà della chiesa. Nel documento *Ad Gentes*, al numero 23 si legge: "... sono insigniti di una vocazione speciale coloro che, forniti di naturale attitudine, e capaci per qualità ed ingegno, si sentono pronti a intraprendere l'attività missionaria, siano essi indigeni o stranieri: si tratta di sacerdoti, religiosi e laici" (3).

E al numero 24: "Annunziando il Vangelo alle genti, deve far conoscere con franchezza il mistero del Cristo, del quale è ambasciatore: è in suo nome che deve avere, quando è necessario, il coraggio di parlare, senza arrossire dello scandalo della croce... Vivendo autenticamente il Vangelo, con la pazienza, con la longanimità, con la benignità, con la carità sincera egli deve rendere testimonianza al suo Signore" (4).

#### **5. E' possibile essere entrambi?**

Inizialmente bisogna trovare, sul piano evangelico e su quello medico, forti motivazioni per questa scelta, che in questa ottica appare quindi principalmente di vita, non professionale. Una volta sul campo, tra le tante difficoltà che si incontrano, bisogna sforzarsi di mantenersi il più possibile in linea con queste motivazioni.

#### **6. Mansioni nell'ospedale missionario**

In un ospedale missionario, il medico ha almeno sei incarichi da portare avanti contemporaneamente!

a) Medico: ci si confronta quotidianamente con tutto, anche se di fatto nessun settore specialistico viene approfondito. Pertanto, capita nello stesso giorno di fare il giro dei reparti, visitare bambini

malnutriti, effettuare ecografie, esaminare pazienti oculistici, trattare pazienti affetti da AIDS (spesso dal punto di vista medico e psicologico), ecc..

b) Chirurgo: si opera di tanto in tanto una gravida di parto cesareo, ma soprattutto ci si occupa di molta chirurgia minore; ovviamente poi ci sono le fratture da ridurre e le estrazioni dentarie. Dato che non c'è il "vero" chirurgo, si trasferiscono altrove i casi di chirurgia maggiore (sia le urgenze che i casi elettivi).

c) Manutentore: le attrezzature dell'ospedale sono molto preziose per le attività di tutti i giorni e solo tramite una accurata sorveglianza e un pronto intervento in caso di rottura si può mantenerne una buona funzionalità.

d) Come dirigente ci sono tante attività dell'ospedale da coordinare e portare avanti, come l'aggiornamento professionale, le riunioni con il personale, assunzioni e licenziamenti, la collaborazione con gli ospedali vicini, l'inserimento di nuovi protocolli ministeriali, la medicina preventiva sul territorio, ecc..

e) Assistente sociale: numerosi casi di povertà e difficoltà familiari (in particolare in questi anni è in continua crescita il numero degli orfani, con relativo enorme peso sociale sulla comunità) devono essere affrontati contemporaneamente ai problemi strettamente medici, onde evitare di prescrivere terapie inutili o inattuabili.

f) Persona di collegamento tra ospedale in Africa e benefattori in Europa: qui c'è una convenzione tra gli ospedali missionari e il Ministero della Sanità zimbabwiano, fondamentale per pagare tutti gli stipendi ogni mese. Ad essa si aggiunge una sovvenzione statale trimestrale per il funzionamento ordinario dell'ospedale: questa si è ridotta a ben poca cosa in questi ultimi quattro anni, data la grave crisi politica che il paese attraversa. Quindi moltissime cose che l'ospedale era in grado di procurarsi in loco negli anni passati, sono diventate ora beni di lusso. Non c'è alternativa al richiederle come donazioni dai paesi ricchi, con un non piccolo lavoro (serale!) di corrispondenza, inventario, organizzazione, stoccaggio e pratiche doganali.

## 7. Difficoltà

a. Problemi linguistici: non si può capire a fondo la gente se non si capisce la lingua del posto. Apprenderla non è facile, ma è necessario sforzarsi, se si desidera vivere bene in Africa.

b. La cultura è talmente diversa da dubitare di averne appresa in questi anni anche solo le linee essenziali.

c. Anche l'adattamento fisiologico al luogo (ad esempio, cibo e clima) gioca un ruolo importante.

d. L'isolamento culturale e professionale è immenso: desiderare l'occidentalità di tutto ciò che è intorno significa semplicemente avvelenarsi il sangue, data l'impossibilità di ottenerla. Tuttavia in questi anni ho capito che "più ci si lascia coinvolgere dalla cultura locale e più ci sente a proprio agio nel paese in cui si vive. Ovviamente questo richiede molti anni, probabilmente una vita intera: è necessario quindi mettersi su questa carreggiata quanto prima e avere poi la pazienza di attendere i risultati nel tempo" (5).

## 8. Soddisfazioni

Professionali: si può lanciare lo slogan, per certi aspetti paradossale e provocatorio: "Per un medico, un anno in Africa vale quanto una intera carriera in Europa". Si è spesso costretti ad approssimare, ma si è perfettamente consapevoli che nella grandissima maggioranza dei casi l'azione del medico è fondamentale, quasi insostituibile.

Sociali: si esce spesso dal campo medico per aiutare chi non avrebbe alcun altro se non la missione come punto di riferimento. Si opera sia dal punto di vista assistenziale che di sviluppo, anche se i risultati migliori arrivano dalle realizzazioni di sviluppo (microcredito in primis).

Coinvolgimento di amici, benefattori e colleghi: è magnifico sapere di avere alle spalle numerose persone che dedicano il loro tempo libero per aiutarti a mandare avanti un ospedale a



10.000 km di distanza. Il loro aiuto materiale è imprescindibile, ma è certamente il sostegno morale la cosa più gradita e importante.

### **9. L'esperienza del dr. Lesi in Africa**

Quali possono essere le motivazioni che spingono un medico a prestare gratuitamente per un certo periodo di tempo la sua opera in terra d'Africa? Tante. Le mie sono state quella di aiutare chi non ha proprio nulla, quella di aprirmi a realtà sociali e culturali estremamente differenti dalle nostre cercando di ascoltare, osservare e domandare per meglio capire. In definitiva arricchirsi nello spirito.

Alcune considerazioni della mia breve esperienza (marzo 2003) in Zimbabwe a fianco del dr. Cenerini possono essere compiute. La prima è quella di avere toccato con mano la povertà radicata nella vita di quelle popolazioni, poi quella di essere venuto a contatto con la profonda pazienza/rassegnazione delle persone, quindi di avere compreso l'importante ruolo svolto dalla donna in seno alla famiglia. Infine quella di avere conosciuto la falcidia dell'AIDS che distrugge intere famiglie facendo tornare le nonne a svolgere compiti di mamma per i loro nipoti. I genitori trenta-trentacinquenni non ci sono più.

La conseguenza più importante è stata la nascita nell'aprile 2004 della onlus IN MISSIONE CON NOI che a Bologna raccoglie fondi a favore delle attività sanitarie e caritatevoli del dr. Cenerini, oltre a diffonderne i suoi principi di medico-missionario.

### **10. Conclusione**

Vivere in un ospedale missionario significa cercare di avere un "approccio olistico alla salute, fino al punto di considerarla molto più della semplice assenza di malattia. La salute del corpo implica essere in armonia con il Creatore, con se stessi, con gli altri e con l'ambiente" (6). Direi che questa apertura mentale in tutte le direzioni è essenziale, soprattutto per chi esercita la professione medica in terra straniera. Addirittura c'è chi si è spinto a sostenere che "mentre il punto di vista olistico riconosce l'importanza dei germi e della malattia, esso focalizza l'attenzione sulla resistenza dell'ospite" (7). Vale a dire che noi medici non dobbiamo mai dimenticarci che siamo al servizio della persona malata, che può anche "opporsi" a noi in mille modi diversi. Ciononostante il nostro dovere di esserle al fianco non può mai venire meno. Quindi, la seguente frase di Edward V. Braun del 2003 per tanti aspetti ci provoca a migliorarci quotidianamente in questa direzione: "La medicina moderna è esperta a produrre specialisti in malattie; ha mostrato scarso interesse nella formazione di specialisti in salute" (8).

#### **Voci bibliografiche:**

(1):M. King & P. Bewes, *Primary Surgery*, Oxford Medical Publications 1990, p.1.

(2):The background of surgery, op. cit., pp. 1-3.

(3):Concilio Ecumenico Vaticano II, *documento sulla missionarietà della Chiesa Ad Gentes (AG)*, L.E.V., n. 23.

(4):Op. cit., n. 24.

(5):S. Cenerini & C. Lesi, *Essere medico in Africa*, in I Martedì, n. 220, gennaio-febbraio 2004, p. 32.

(6):pastor C. Gondo, *Holistic approach to health and healing*, in Acts of Z.A.C.H. National HIV & AIDS Conference, Kadoma (Zimbabwe), CD version, 2004.

(7):Idem.

(8):Idem.

## “VALORI E CONTENUTI DELL’ASSISTENZA INFERMIERISTICA E TECNICA”



*Paola Fanin,  
Infermiera Esperta (CPSE) - AUSL Bologna, Formatore.*

### Abstract

Il presente articolo analizza l’impegno che la professione infermieristica assume, nel prendere atto della grossa responsabilità del ruolo sociale che riveste rispetto alla tutela della salute, preparando professionisti il cui operato sia la *sintesi della conoscenza professionale e della maturità personale*.

### Parole chiave:

*etica, assistenza infermieristica, codice deontologico, integrazione, formazione;*

L’idea che la persona ammalata debba essere valutata nella sua complessità è antica quanto la medicina che, sin da tempi remoti, definiva la salute come equilibrio e la malattia come disequilibrio

Ma in Occidente lo straordinario progresso scientifico in campo medico, **ha parcellizzato sempre di più l’organismo umano dando vita ad una gran quantità di specializzazioni** che, in molti casi, hanno perso di vista la base della loro conoscenza **la PERSONA!**

Una visione olistica dell’essere umano consentirà una ricomposizione delle frammentazioni, affrontando i temi della salute in tutta la loro complessità, declinando un intervento assistenziale alla persona *caleidoscopico*, che tenga conto di tutti gli aspetti che sono biopsicosociali e ambientali

Un’adeguata preparazione fornirà al personale sanitario tutto, conoscenze psicologiche e strumenti relazionali per un migliore rapporto ed inquadramento psicofisico del paziente, consentendo attraverso una collaborazione integrata la risoluzione dei problemi del paziente.

Nel mondo socio-sanitario molto dell’agire professionale è oggetto di analisi, allo scopo di essere regolarizzato in iter procedurali; Certamente, il risultato consisterà in un’ampia standardizzazione dell’organizzazione, dei processi e percorsi assistenziali ed in una maggiore omogeneizzazione dei comportamenti.

Ciò che risulta evidente, in tale sistema, è che la qualità si riferisce *all’agire* del professionista piuttosto che *al suo essere* professionista.

Si afferma, sempre più nel mondo sanitario - ma anche nella società, un’interpretazione *dell’efficientismo tecnico come sinonimo di efficacia e di qualità*, anche in ragione delle crescenti necessità di massimizzare la produttività e di razionalizzare l’impiego delle risorse e dei tempi lavorativi

L’operatività dei professionisti dell’assistenza sanitaria molte volte si basa su un’organizzazione definita a priori, mediante manuali che descrivono nei minimi particolari l’iter da seguire, procedure dettagliate, processi formalizzati per la gestione delle risorse umane materiali, ecc.

Ma se l'appiattirsi sull'esecuzione di procedure da seguire scrupolosamente, agevola l'esenzione dalle responsabilità da parte di chi compie l'atto, (in tale senso le stesse professioni sanitarie tendono a tutelarsi dotandosi di protocolli e di linee guida ai quali rifarsi anche in caso di difesa dello status) si corre il rischio di giungere al punto di valorizzare il rispetto della procedura più della coscienza dell'operatore

#### **Problematiche ETICHE nella formazione delle professioni di aiuto e di assistenza**

Metafora di un albero ( G. Bon)



La professione infermieristica, assumendo la responsabilità di servire la società attraverso la tutela della salute, necessita di professionisti il cui operato sia la *sintesi della conoscenza professionale e della maturità personale*.

La conoscenza professionale si costruisce fundamentalmente nelle aule scolastiche e durante l'attività lavorativa, il percorso di maturazione personale ed etica ha inizio fin dall'educazione primaria dell'individuo.

Le basi di un valido professionista si gettano dunque con l'educazione familiare e molti aspetti della dimensione etica di un individuo si formano ben prima del suo ingresso nel mondo del lavoro (come studente prima e poi come professionista)

Oggi l'infermiere è un professionista di livello europeo, scientificamente formato nell'università ed autonomo professionalmente. La professione infermieristica s'imbatte con frequenza in situazioni critiche, spesso molto differenti tra loro, che necessitano di scelte comportamentali, il più delle volte determinanti per l'utente.

Le situazioni critiche sono identificabili come dilemmi etici, che implicano la presa di decisioni. L'Infermiere è chiamato a realizzare un servizio assistenziale il più adeguato possibile, il miglior bene possibile per la persona ed a rispondere con competenza, pertinenza, responsabilità e tempestività.

#### **Dall'ordinamento didattico del Corso di Laurea in INFERMIERISTICA**

*Alcuni obiettivi della formazione:*

- Identificare le necessità di aiuto fisiche, psicologiche e sociali delle persone, nelle varie età della vita, nei vari ambiti sociali e rispondere ad esse nel contesto di una azione MULTIPROFESSIONALE

- Identificare i problemi ed i bisogni individuali che richiedono assistenza infermieristica in settori altamente specialistici agendo in modo coerente con la concettualità infermieristica e con i principi della professione
- Stabilire e mantenere azioni efficaci con la persona assistita, la sua famiglia e/o con le persone che si interessano di quella persona
- Promuovere una attenta educazione finalizzata alla prevenzione della malattia, al mantenimento ed al recupero di un soddisfacente stato di salute
- Conoscere e rispettare il ruolo e le competenze proprie e quelle dei membri dell'equipe assistenziale, stabilendo relazioni, partecipando alle attività ed apportando contributi costruttivi
- [...]

### **Dal Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n° 739**

*(Concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'INFERMIERE)*

Art 1 [...] l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Art 2. L'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza ai malati e delle persone disabili, di tutte l'età e l'educazione sanitaria.

[...]

La legge, nel richiamare il campo di attività e di responsabilità dell'infermiere (**profilo**), richiama il livello culturale, di base, post base e permanente che l'infermiere deve possedere.

Molte persone vivono lo stato di malattia e/o di ricovero con senso di sfiducia nei confronti della sanità, hanno un'opinione sfavorevole dell'ambiente sanitario; spetta all'infermiere il più delle volte restituire alla persona la dignità che la struttura, gli spazi, le regole gli sottraggono.

Si crea, con il paziente, un rapporto di intimità e complicità, che consente di trasformare la malattia in un'esperienza di crescita personale. Prendendosi cura della persona, l'infermiere ne apprende i bisogni, sia fisici che psichici, conosce i suoi desideri e le sue paure, entra in relazione con i suoi familiari, i caregiver, e con le persone per lei maggiormente significative.

L'infermiere è nella posizione utile a poter valutare il modo in cui la persona percepisce e vive la qualità della sua vita, quindi è in grado di tradurre le speranze e le illusioni dell'assistito e può rappresentare il fulcro dell'analisi di eventuali conflitti etici.

Un vero professionista, dotato di competenza e responsabilità, deve guidare la persona verso la ricerca del bene.

Lo stato di necessità e di dipendenza dato dalla malattia, non deve autorizzare l'operatore a monopolizzare la situazione ed a gestire autoritariamente le scelte. L'infermiere nell'aiutare e sostenere la persona nelle sue scelte, garantisce l'informazione relativa al piano assistenziale mantiene la riservatezza delle informazioni personali di cui è a conoscenza e le comunica solo a ragion veduta.

L'infermiere rispetta il segreto professionale non soltanto per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'utente assistito pone in lui.

Nell'esercizio della sua professione, l'infermiere crea le condizioni affinché i diritti umani, i valori, le consuetudini e la fede religiosa della persona, della famiglia e della comunità, siano rispettati

L'infermiere si assicura che la persona riceva le informazioni sufficienti sulle quali basare il proprio consenso all'assistenza e ai trattamenti ad essa correlati.

Si adopera affinché la persona disponga di tutte le informazioni e non solo di quelle cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di *non* essere informato

Si costruisce un'alleanza, un forte rapporto relazionale tra i vari professionisti ed i pazienti: la comunicazione, l'informazione, il coinvolgimento della persona malata nelle decisioni, la privacy

diventano basilari per una buona relazione d'aiuto; Viene pertanto stabilito *un patto* con l'utente, di rispetto, di ascolto, di garanzia, di competenza e professionalità.

➤ **Il Patto infermiere cittadino** *proposto il 12 maggio 1996 dai colleghi IPASVI*

Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

**PRESENTARMI** al nostro primo incontro, spiegarti chi sono e cosa posso fare per te.

**SAPERE** chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome.

**FARMI RICONOSCERE** attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento.

**DARTI RISPOSTE** chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti.

**FORNIRTI INFORMAZIONI** utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari.

**GARANTIRTI** le migliori condizioni igieniche e ambientali.

**FAVORIRTI** nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari.

**RISPETTARE** il tuo tempo e le tue abitudini.

**AIUTARTI** ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.

**INDIVIDUARE** i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi.

**INSEGNARTI** quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita.

**GARANTIRTI** competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali.

**RISPETTARE** la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.

**ASCOLTARTI** con attenzione e disponibilità quando hai bisogno.

**STARTI VICINO** quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

**PROMUOVERE** e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione.

**SEGNALARE** agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi.

Fondamentale per l'agire dei professionisti diventa l'adozione delle indicazioni contenute nel **Codice deontologico**, GUIDA per l'infermiere all'esercizio professionale nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile, è un documento dinamico se applicato nei diversi ambiti dell'assistenza infermieristica e sanitaria in una società in continua evoluzione.

Il Codice deve essere compreso, interiorizzato e utilizzato dai professionisti in tutti gli aspetti della loro attività, esso richiama inoltre l'infermiere ad autovalutarsi, nella competenza professionale che ogni giorno deve manifestare e per le conoscenze che ha e/o deve acquisire per esprimersi con adeguatezza e preparazione.

Il Codice deontologico diventa Strumento di **INFORMAZIONE per il cittadino** sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.

## **Dal CODICE DEONTOLOGICO della PROFESSIONE DI INFERMIERE**

*(maggio 1999):*

### **1. Premessa**

**1.1.** L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.

**1.2.** L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.

**1.3.** La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

**1.4.** Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. E' uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.

**1.5.** L'infermiere, con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza, manifesta la appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel Codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.

## **2. Principi etici della professione**

**2.1.** Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.

**2.2.** L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

**2.3.** L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.

**2.4.** L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.

**2.5.** Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.

**2.6.** Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.

**2.7.** L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale.

[...]

Il Codice deontologico all'art.3.4 recita: "L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica"

[...]

*Nella pratica quotidiana delle cure sanitarie e dell'assistenza ai malati l'operatore sanitario si trova chiamato a fronteggiare situazioni che sicuramente implicano il ricorso a norme etiche, problema etico quando si tratta di decidere ciò che si deve fare per un malato piuttosto che ciò che si fa o ciò che si può fare per lui/lei, dai tempi entro i quali tali decisioni devono essere prese: quando si presenta all'infermiere un dilemma etico, scelta tra due valori che, essendo entrambi eticamente accettabili sono in conflitto tra loro (Iandolo), spesso non c'è il tempo di consultare il collega esperto o il comitato etico aziendale o, ancora, l'Ordine o il Collegio professionale.*

*Sul piano operativo si deve tener conto che a fronte di dubbi, sovente del tutto legittimi posti dall'etica, vi sono risposte comportamentali imposte dalla legge, alcune volte le stesse coincidono con le norme etiche altre volte si possono contraporre. La norma giuridica non può non prevalere sulla norma etica salvo i casi particolari per cui è espressamente prevista l'obiezione di coscienza.*

## **4. Rapporti con la persona assistita**

**4.1** L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

4.2 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.

4.3 L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.

[...]

4.8 L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.

4.9 L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari.

[...]

4.15 L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

4.16 L'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto.

4.17 L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dall'interessato, dai familiari o da altri.

4.18 L'infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi una espressione di solidarietà. Si adopera per fornire informazioni e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

[...]

Nell'ambito dell'attività professionale ci si imbatte quotidianamente in discussione di dilemmi etici di natura più ampia rispetto a quelli trattati dalla deontologia; tali dilemmi di rilevanza bioetica richiedono una riflessione estesa e complessa ed esigono una conoscenza sicuramente più approfondita della metodologia, degli strumenti e delle linee guida necessarie per poter essere esaminati, discussi, affrontati e risolti.

La bioetica ha il compito di esaminare la qualità di ciò che si può fare, nell'intervento dell'uomo sull'uomo; ci insegna e ci guida a ritrovare il valore umano fondamentale e l'essenza dell'uomo stesso nel dedalo dell'universo tecnologico.

Le realtà vissute nel processo assistenziale obbligano i professionisti della salute ad un approccio che richiede una riflessione consapevole e responsabile.

I professionisti Infermieri ed Ostetriche che, in base alla legge 10/08/2000 n°251, svolgono con autonomia professionale le attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali e degli specifici codici deontologici, non dimenticano che **L' INTEGRAZIONE** tra i professionisti, l'accettazione reciproca e la collaborazione, consentiranno il migliore approccio al problema di salute che la persona assistita presenterà, rispondendo inoltre con appropriatezza al bisogno emerso, con qualità e con professionalità mettendo al centro la persona nella sua interezza.

*“ in un epoca nella quale la tecnologia ed il futuro fanno prefigurare cyber-infermieri molto automatizzati, abbiamo voluto riportare l'attenzione sui gesti semplici, di tutti i giorni, quei gesti che rendono così importante l'infermiere per il malato e per la sua famiglia, per il cittadino che ha bisogno”*

*( dal testo Procedure,Protocolli,Linee guida di assistenza infermieristica ANIN casa editrice MASSON )*

Bibliografia di riferimento

*Patto infermiere cittadino Documento del Comitato centrale della Federazione IPASVI proposto il*  
*12 maggio 1996*

*Collegi IPASVI Codice deontologico Maggio 1999*

*Etica Infermieristica (sviluppo norme e professionalità) C.Cortese-A.Fedrigotti-Ediz. Sorbona*

*Bioetica dalla A alla Z,G .Milano-editore Feltrinelli*

*Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico -C.G.Edizioni Medico*  
*Scientifiche*

*La rilevanza della dimensione etica nella professione infermieristica Nursing Oggi, numero 3,*  
*2001*

*[Punto Omega](#) Anno II/2000, numero 2-3 rivista quadrimestrale del Servizio Sanitario del Trentino*

*Convegno sul dolore del 20-11-04 Faenza Note della dottoressa Malvina Mazzotta*

*D.M.14 settembre 1994 n° 739*

*MURST. Ordinamento didattico del corso di laurea in infermieristica(OB della formazione)*

**Autonomia - competenza-responsabilità infermieristica.anno 2003 Collegi Provinciali IPASVI**

**RER Procedure,Protocolli,Linee guida di assistenza infermieristica ANIN casa editrice**

**MASSON**



## “GLI OPERATORI SANITARI E LA COMUNITÀ CRISTIANA”



*Mons Benito Cocchi  
Arcivescovo di Modena – Nonantola  
Responsabile pastorale sanitaria  
Conferenza Episcopale Regione Flaminia – Emilia Romagna*

Chi è incaricato di fare l'ultima relazione è indubbiamente favorito, in quanto può fare tesoro di ciò che è stato detto durante i lavori della giornata. Se, però, la relazione è definita “conclusiva” e da essa ci si attende una sintesi di quanto è stato detto nel corso della giornata, allora si esige giustamente uno sforzo di fedeltà.

E' doveroso prima di tutto esprimere un apprezzamento sincero per una partecipazione attiva e feconda, propria di chi ha la consapevolezza della responsabilità della propria professione che prevede scelte spesso decisive per la vita delle persone.

La "relazione conclusiva" che ha per titolo: "Gli Operatori Sanitari e la Comunità Cristiana.

Dopo l'intenso e (per quanto lo permetteva il tempo a disposizione) approfondito percorso, l'O.S. ritorna, per così dire, a casa, nella comunità cristiana. Arriva da luoghi e situazioni dove, nei momenti delle decisioni, si è trovato solo davanti a Dio, alla propria coscienza, alla legge.

Ritorna Convegno AMCI: Operatori Sanitari

a casa, nella comunità cristiana, con un'esigenza ed un compito:

-l'esigenza di attingere alla fonte le ragioni profonde che collegano la vita cristiana ai doveri della professione; le ragioni che orientano le scelte concrete di ogni giorno.

-il compito di portare nel seno della comunità cristiana la concretezza delle vite con i problemi gravi, scabrosi. Il compito di informare, di coinvolgere, per superare il diaframma che -con il motivo della difficoltà o impossibilità di cogliere il linguaggio e la portata di scoperte, di nuove applicazioni tecniche, di ricerche scientifiche- potrebbe di fatto isolare la comunità cristiana in un'atmosfera, dove la realtà del mondo, dei vari mondi, entra quasi esclusivamente nelle intenzioni della preghiera dei fedeli.

In quale situazione si muove l'OS

L'O.S. si trova, spesso, di fronte a situazioni di estrema gravità, riguardanti l'essere umano all'inizio o alla fine della sua vicenda, a dover scegliere fra due possibilità sostanzialmente opposte l'una all'altra; una dettata o consentita dalla legislazione civile, l'altra derivante dalla morale della Chiesa.

Comunque: sono indicazioni che, disattese, comportano conseguenze gravi.

La disobbedienza alla norma civile potrebbe avere conseguenze serie sul lavoro, sulla carriera, ecc. Disattendere alla legge della Chiesa non comporta conseguenze esteriori, ma non per questo è meno impegnative per una coscienza cristiana. Così come non può essere indifferente la testimonianza o la contro-testimonianza, diretta conseguenza del comportamento di un cristiano.

Esiste, dunque, una diversificazione che mette in evidenza la crisi dell'unità della persona. E, se vogliamo essere sinceri, nella situazione concreta, fa più presa nella gente la soluzione che favorisce la visione larga, laica, libertaria.

### ***Perché questa divaricazione?***

Alla radice c'è una profonda mutazione culturale, dalla quale deriva una diversa concezione della vita. Diciamo pure: c'è una doppia filosofia.

Si è frantumata un'unità, una sintesi; nulla autorizza a pensare che sia un problema transitorio. Prevale un individualismo sfrenato ed una ricerca di benessere, di realizzazione, di "qualità della vita" che sembrano giustificare la subordinazione di ogni altra realtà.

Si investe pressoché totalmente per questa fase della vita, con un atteggiamento tra l'agnostico o l'ateistico.

C'è, di conseguenza, una tendenza a crearsi regole di condotta ancorate più alla propria situazione mutevole, che a valori o principi solidi. La qualità della vita sembra prevalere sulla stessa vita, che –secondo una tale concezione- perderebbe senso quando ne scada la qualità.

### ***Quale soluzione?***

La situazione attuale –mi esprimo in termini massimalisti!- è statica. Statica, non pacifica. Statica perché sono evidenti due posizioni contrapposte: da una parte la medicina pensata ed organizzata con proprie regole. Dall'altra parte una concezione che trova nella Chiesa Cattolica la fautrice più convinta ed attrezzata che invece ritiene con forza che non tutto il tecnicamente possibile è rispettoso della dignità della vita umana e, di conseguenza, moralmente lecito.

E' una dialettica pressoché continua, come continua è la proposta di nuove scoperte, nuove tecniche e continua è l'opera della Chiesa che in tale situazione rischia di fare la figura dell'oscurantista.

L'OS cristiano è in mezzo a questa dialettica: deve decidere costretto tra due leggi, due concezioni, due filosofie.

Il programma del Convegno ha la sua ragione principale proprio in queste domande: quale soluzione? come aiutare l'O.S. nella sua solitudine? cosa deve fare la comunità perché proprio l'essere comunità sia avvertito nel momento delle scelte, fermo restando che comunque la decisione resta sempre un atto dipendente soltanto dalla volontà dell'O.S.

Pur nella convinzione che non esistono oggi ricette capaci di modificare nel profondo la situazione, non possiamo rassegnarci alla pur importante collaborazione "spirituale" con la preghiera.

E' giusto che chiamiamo in causa l'intera comunità, e non soltanto qualche persona, poiché si tratta di un problema che riguarda e coinvolge interamente la Chiesa.

### ***Cosa ci si attende dalla comunità cristiana in rapporto con il mondo della salute.***

La prima proposta potrebbe essere così indicata:

- rifare l'alleanza con il mondo della salute.

Un'alleanza può avvenire per totale condivisione di tutti i punti in questione, ma potrebbe anche riferirsi ad un comune interesse per questo mondo della salute, per queste persone malate, anche se persiste una profonda diversità di giudizio su alcuni aspetti.

L'alleanza segue due strade: quella della mediazione e quella dell'alterità.

La mediazione: la via del dialogo...della ricerca della collaborazione...della valorizzazione del positivo esistente nel mondo della salute...

L'alterità: la strada della profezia..Praticata con l'esempio...con le parole...con la qualità dei servizi...la competenza degli operatori... il rispetto delle leggi dello Stato ed, evidentemente, della coscienza cristiana.

La situazione attuale –mi esprimo in termini massimalisti!- è statica. Statica, non pacifica. Statica perché sono evidenti due posizioni contrapposte: da una parte la medicina pensata ed organizzata con proprie regole. Dall'altra parte una concezione che trova nella Chiesa Cattolica la fautrice più convinta ed attrezzata che, invece, ritiene con forza che non tutto il tecnicamente possibile è rispettoso della dignità della vita umana.

E' una dialettica pressoché continua, come continua è la proposta di nuove scoperte, nuove tecniche e continua è l'opera della Chiesa, che, fedele al suo compito, in tale situazione rischia di fare la figura dell'oscurantista.

L'O.S. cristiano è in mezzo a questa dialettica: deve decidere costretto tra due leggi, due concezioni, due filosofie.

#### - Impegno coerente e costante sul piano culturale.

Sempre per iniziativa ed impegno della comunità, ma con la collaborazione necessaria di O.S. e di altri esperti, è necessario impegnarsi sul piano culturale nel campo della salute, della medicina. E' fondamentale il catechismo sui misteri principali della fede, ma senza dimenticare approfondimenti sui problemi che riguardano i malati, la cura dei malati, i valori etici relativi alla vita umana. Troppo spesso dipendiamo nei giudizi da idee o concetti che ignorano i valori cristiani. Infine, un impegno culturale sarebbe l'occasione per valorizzare e stimolare i talenti di scienza e di esperienza di tanti O.S.

E' bene ricordare l'insegnamento del Papa Giovanni Paolo II: "“Gli eventi che stiamo vivendo confermano quanto siano insoddisfacenti certi modi di pensare e di concepire la cultura umana e il suo rapporto con la religione e la fede. Sorgono nuove domande che vanno oltre l'orizzonte della cultura puramente tecnicistica e si spingono verso il mondo dello spirito. Oggi si pongono con insistenza crescente interrogativi sul significato ultimo dell'uomo e sugli elementi costitutivi di un vero umanesimo...”

#### Impegno per la formazione spirituale

Quello della formazione spirituale più che uno dei compiti della comunità cristiana è il compito essenziale. Tutto, dalle celebrazioni liturgiche, all'approfondimento teologico-catechistico, ha lo scopo di rendere gloria a Dio e di formare Cristo in noi. Persino iniziative riferite al tempo libero hanno la loro ragion d'essere nell'orientamento alla formazione dei cristiani.

Ciò vale anche per gli O.S., per i quali, come per altre “categorie”, la Chiesa tradizionalmente ha cura di organizzare momenti particolari, tesi a coniugare il vangelo con la concretezza della situazione di vita (giovane...adulto...padre o madre...)ecc. e dell'attività delle persone.

Il titolo del Convegno è: “Operatori Sanitari tra professione e testimonianza cristiana”.

Quella preposizione “tra” può essere intesa come situazione dell'O.S. che vive in se stesso come elementi contraddittori la sua professione e la sua testimonianza cristiana.

Penso che si possa affermare che questa giornata di approfondimento, anche se non ha risolto totalmente i problemi, ha, però, attenuato un'eventuale opposizione professione-testimonianza cristiana. L'auspicio e l'impegno di ciascuno di noi è che il “tra” diventi sempre più non il segno di un contrasto nel rapporto della professione con la testimonianza cristiana, ma, piuttosto, il segno di una complementarità: in quanto più cristiano si può e si deve essere sempre più e sempre meglio operatore sanitario.

**Si ringraziano**



**A cura di**



**Prof. Luigi Frizziero**  
**Servizio di Reumatologia**  
**Casa di Cura Toniolo**  
**Bologna**



**Dr. Stefano Coccolini**  
**U.O. Ospedale Santa Maria delle Croci**  
**Ravenna**

**EDIZIONI ORIZZONTE MEDICO**