



Congregazione per la Dottrina della Fede

Samaritanus bonus

Lettera sulla cura delle persone
nelle fasi critiche e terminali della vita

Introduzione di **Guido Miccinesi**
Postfazione di **padre Guidalberto Bormolini**

Congregazione per la Dottrina della Fede

Samaritanus bonus

Lettera sulla cura delle persone
nelle fasi critiche e terminali della vita

Introduzione di **Guido Miccinesi**
Postfazione di padre **Guidalberto Bormolini**

ISBN 978-88-250-5299-2
ISBN 978-88-250-5306-7 (PDF)
ISBN 978-88-250-5307-4 (EPUB)

Copyright © 2020
Amministrazione del Patrimonio della Sede Apostolica
e Libreria Editrice Vaticana – Città del Vaticano
All rights reserved International Copyright handled
by Libreria Editrice Vaticana – 00120 Città del Vaticano

Copyright © 2020 by P.P.F.M.C.
MESSAGGERO DI SANT'ANTONIO – EDITRICE
Basilica del Santo – Via Orto Botanico, 11 – 35123 Padova
www.edizionimessaggero.it

Indice

<i>Introduzione</i> (Guido Miccinesi)	
Sovvenire alla miseria più grande	7
<i>Lettera</i>	
Samaritanus bonus	
<i>sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita</i>	23
Introduzione	23
I. Prendersi cura del prossimo	27
II. L'esperienza vivente del Cristo sofferente e l'annuncio della speranza	32
III. Il "cuore che vede" del Samaritano: la vita umana è un dono sacro e inviolabile	38
IV. Gli ostacoli culturali che oscurano il valore sacro di ogni vita umana	42
V. L'insegnamento del Magistero	46
1. <i>Il divieto di eutanasia e suicidio assistito</i>	46
2. <i>L'obbligo morale di escludere l'accanimento terapeutico</i>	55
3. <i>Le cure di base: il dovere di alimentazione e idratazione</i>	58
4. <i>Le cure palliative</i>	59
5. <i>Il ruolo della famiglia e gli hospice</i>	63
6. <i>L'accompagnamento e la cura in età prenatale e pediatrica</i>	65
7. <i>Terapie analgesiche e soppressione della coscienza</i>	70
8. <i>Lo stato vegetativo e lo stato di minima coscienza</i>	72
9. <i>L'obiezione di coscienza da parte degli operatori sanitari e delle istituzioni sanitarie cattoliche</i>	74

10. <i>L'accompagnamento pastorale e il sostegno dei sacramenti</i>	78
11. <i>Il discernimento pastorale verso chi chiede eutanasia o suicidio assistito</i>	82
12. <i>La riforma del sistema educativo e della formazione degli operatori sanitari</i>	85
<i>Conclusione</i>	87
<i>Postfazione</i> (Guidalberto Bormolini)	
La benedizione per chi si prende cura	91
Il desiderio di morte e l'accanimento	92
La presa in carico integrale e la rinuncia alla richiesta eutanasica	96
Il dovere della cura	97
Il mistero della sofferenza	101
Il mistero dell'essere umano	104
Accompagnare nel mistero	106

Sovvenire alla miseria più grande

«La miseria più grande consiste, però, nella mancanza di speranza davanti alla morte» (SB, *Conclusione*). Con questa asserzione la Lettera della Congregazione per la dottrina della fede rivela la pena della Chiesa, la sua partecipazione previdente e preoccupata per le difficoltà che l'umanità intera sta vivendo nell'area della salute e del rispetto della vita umana. Stiamo cominciando a fare i conti con i limiti della nostra condizione umana che, nonostante tutte le promesse del progresso biotecnologico, sono sempre lì di fronte a noi e ci angosciano: il primo e più grande fra tutti i limiti è la morte. Al tempo stesso avvertiamo che tante ricchezze ereditate dalle generazioni precedenti vanno assottigliandosi e tra queste spicca proprio l'affievolirsi della speranza di fronte alla morte. Per il cristiano poi, che sa intimamente che Cristo è Risorto e che vive ogni giorno della sua presenza, questo impoverimento dell'umano è una ferita profonda.

Samaritanus bonus (SB) è quindi un documento di cura pastorale che vuole ricordare il messaggio di speranza del Vangelo e dare orientamenti pastorali,

non nuovi ma mai forse espressi in modo così organico e dettagliato, su come accompagnare in modo adeguato le persone che si trovano nelle fasi critiche e terminali della vita. Il documento è rivolto alla comunità cristiana e all'umanità tutta, e avrà ricezione diversa tra le persone comuni e tra gli esperti. I primi sono la grande maggioranza che incontra poche volte nella vita il limite della morte nei propri cari, mentre i secondi ne fanno esperienza ripetuta e possono contribuire a identificare i percorsi e gli standard di cura più adeguati a un accompagnamento integrale. Anche i ministri ordinati sono tra questi ultimi e il documento si rivolge anche a loro in modo esplicito a motivo dell'affermarsi di legislazioni eutanasiche che aprono, anche per la cura pastorale, fronti inattesi e scivolosi intorno ai quali occorre fare estrema chiarezza. Essendo mirato alla cura, il documento non si rivolge direttamente agli ammalati, che beneficeranno comunque, nelle intenzioni della Lettera, del ricevere azioni di cura ispirate alla sola ricerca del loro bene totale. Il malato grave, in effetti, non cerca parole e teorie ma la cura degli uomini e il conforto del Signore. Come mi ha confidato un padre di famiglia giunto ai suoi ultimi giorni: «Desidero una carezza del Cristo, sentire proprio una sua carezza su di me: prega anche tu per questo».

La cura delle persone affette da malattia o decadimento inguaribili chiede coraggio. Il coraggio di curare quando non si può guarire. Su questo sono state fondate, negli anni '60 del secolo scorso, le cure palliative superando le resistenze del senso comune

e della tradizione clinica più recente. Si tratta del coraggio di condividere l'angoscia per il male peggiore, la morte, e di impostare le relazioni di cura, professionali e familiari, sull'accettazione condivisa di ciò che mano mano si rivela col progredire della malattia (come diceva Cicely Saunders¹ – la fondatrice del movimento da cui sono originate le cure palliative – a chi ancora si preoccupava del grande impegno che comporta questa trasparenza e questo coinvolgimento: «DEVE essere difficile!»). Si tratta, infine, del coraggio più prezioso oggi, quello di non accedere a soluzioni arbitrarie e di trovare piuttosto il modo più umano per attendere la morte naturale. Chi ci darà questo coraggio? Cicely Saunders, lo traeva dal Cristo e dal suo amore per l'umanità². Il documento della Congregazione della dottrina della fede segue la stessa strada, dedicando al coraggio e alla bontà del Samaritano, immagine di Cristo, immagine di Dio, un buon terzo dell'intero testo (SB I-III).

Per comprendere gli orientamenti espressi nei due terzi successivi del documento conviene provare a enucleare le scelte fondamentali che gli estensori paiono aver compiuto, in coerenza con uno specifico insegnamento del Magistero che dura ormai da decenni. Provo a indicarne quattro che mi hanno particolarmente persuaso. La prima riguarda l'opzione per un modo pienamente umano di intendere

¹ Cf. S. DU BOULAY, *Cicely Saunders. L'assistenza ai malati «incurabili»*, Jaca Book, Milano 2004.

² Cf. C. SAUNDERS, *Vegliate con me: Hospice: un'ispirazione per la cura della vita*, EDB, Bologna 2008.

l'etica, conformemente alle scelte fondamentali già compiute in *Veritatis splendor*, cioè un'etica in prima persona che pone come riferimento antropologico l'unità di anima e corpo. La seconda coincide con la scelta – che le cure palliative hanno fatto fin dal loro sorgere ma che adesso è sottoposta a tante tensioni – a favore della sola morte naturale, cioè l'approvazione dell'intendimento di non anticipare né di ritardare la morte naturale in caso di malattia irreversibile. La terza è la disambiguazione che ogni autore avvertito in temi di bioetica sente oggi necessaria di termini cardine per la riflessione sul valore dell'uomo e il bene da compiere a suo favore, quali dignità e compassione. La quarta e ultima è il recupero dell'empatia e della consolazione tra le virtù.

La prima scelta è evidente dove SB afferma che la valutazione morale dell'eutanasia, o del suicidio assistito, non si situa a livello di un bilanciamento di principi ma a livello dell'atto stesso e dell'intenzione prossima che lo anima, mentre intenzione remota e circostanze non sono in grado di mutare la natura dell'atto anche se lo specificano (SB V, 1). Questo sottintende, secondo l'insegnamento di M. Rhonheimer³, la domanda rivolta a ognuno su che persona divento compiendo quell'atto e che persona, al contempo, manifesto di essere. L'etica è concepita dunque in prima persona: il malato, i suoi familiari e i medici o gli infermieri coinvolti non assistono da lontano a un bilanciamento astratto tra principi

³ Cf. M. RHONHEIMER, *La prospettiva della morale. Fondamenti dell'etica filosofica*, Armando Editore, Roma 1994.

non tutti contemporaneamente conciliabili, ma hanno libertà e responsabilità in atto e, pertanto, motivazione ad agire liberamente rispondendo alla propria coscienza. Per questo è determinante indagare il senso dell'atto eutanasi, rilevare come esso sia estraneo alla relazione di cura (e pertanto, aggiungo, non propriamente atto medico) e configuri una risposta erronea ai bisogni di cura e riconoscimento che, quelli sì, sono sempre presenti nel malato che vede avvicinarsi i suoi ultimi giorni. In quelle situazioni, infatti, si è come isolati dal mondo degli altri (quelli che vivranno ancora, quelli che noi lasciamo) e abbandonati al proprio destino. La scelta eutanasi o suicidaria necessariamente incrementa questo isolamento terribile. La prospettiva dell'etica in prima persona comporta anche l'utilizzo di un lessico non comune al di fuori degli ambienti specialistici, quello del valore intrinseco di un atto, che a qualcuno forse apparirà impietoso quando definisce l'eutanasia «atto intrinsecamente malvagio» (SB V,1). D'altra parte guardare all'etica in questo modo, oltre a fare molta chiarezza e distanziarsi irrevocabilmente dalle letture utilitariste o non cognitiviste dell'etica oggi imperanti, che sono state peraltro determinanti per lo smarrimento morale che alla fine ci ha colto, libera le responsabilità personali dei diversi agenti e invita a leggere più profondamente l'animo delle persone che richiedono la morte medicalmente assistita, come si usa dire oggi, unificando le diverse forme eutanasiche o suicidarie. Si riscoprono così livelli più profondi dell'essere umano. Quelli che ci

si attende di rilevare se l'uomo è ancora, anche morente, un'unità di anima e corpo e non si riduce mai a una mente incorporata che controlla la degenerazione del corpo morente scegliendo di porvi fine, ma piuttosto sente l'orrore di una separazione tra anima e corpo che sempre si vorrà ricomporre. O quelli che rendono comprensibile l'insopprimibile domanda di riconoscimento, di essere prezioso per qualcuno, domanda di amore difficilmente esaudibile eliminando il soggetto di questo desiderio, così profondamente umano. O anche quelli dove si svela la grandezza spirituale dell'uomo che può attingere allo Spirito che lo trascende, promettendogli intimamente di rendergli la vita che ora appare così crudamente tolta.

Il secondo elemento caratterizzante il testo, conforme non solo al Magistero ma anche all'ispirazione di tutta la cura al morente fino a oggi è il riferimento alla morte naturale. Qui la difficoltà sta nel declinare il rapporto natura-cultura, o meglio nel definire cosa ci sia di naturale nell'uomo, essere libero e responsabile, capace di auto-riflessione e auto-dominio, capace di amore e di relazione fino al dono sincero di sé. Come specifica icasticamente R. Spaemann⁴, l'uomo ha una natura ma non è una natura. Cosa è allora nell'uomo la morte naturale,

⁴ R. SPAEMANN, *Della normalità*, in E. SGRECCIA - J. LAFFITTE (a cura), *Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici e operativi, Atti della quattordicesima assemblea generale della Pontificia Accademia per la Vita, Città del Vaticano 25-27 febbraio 2008*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2009, pp. 244-251. Si veda in particolare p. 250: «La persona umana non è la propria natura ma ha la propria natura e questo possesso di una natura è il suo essere».

che al di fuori delle situazioni di irreversibilità e di imminenza di morte, tutta la medicina contrasta attivamente? Nel documento del Comitato Nazionale per la Bioetica redatto nel 1995⁵ se ne prova una definizione indicandola come quella condizione in cui il corpo biologico, a prescindere dall'esperienza interiore cosciente, si arrende alla malattia mentre ancora resiste ad essa. È una definizione filosofica. Altri, come S. Nuland⁶, hanno cercato di descrivere da un punto di vista medico i complessi e a volte sorprendenti accadimenti corporei legati agli ultimi momenti della vita. Il documento della Congregazione per la dottrina della fede non dà invece indicazioni in merito, lasciandoci quindi dedurre che si tratti semplicemente di non anticipare e di non prolungare la sopravvivenza di un vivente che non ha più risorse proprie da introdurre per il progressivo cedimento delle sue funzioni vitali (SB I e V,2). Mettere in pratica indicazioni così generali chiama necessariamente in causa il giudizio clinico, come avviene nel documento anche quando si ribadisce

⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, Questioni relative alla fine della vita umana. Parere del 14 luglio 1995, *bioetica.governo.it/media/1909/p18_1995_fine-vita_it.pdf* (ultimo accesso 7 ottobre 2020). Si veda in particolare p. 17: «La morte è naturale in quanto sia fatta propria dall'organismo che muore, con un'accettazione, per dire così, organica, diversa dall'accettazione psicologica e ancor più dalla deliberazione volontaria di morire [...] la malattia ha ragione dell'organismo solo quando questo, in certo modo, si arrende [...]. La coincidenza di resa e resistenza organica nell'agonia costituisce la naturalità della morte ed è diversa da quella che si trova in qualsiasi altro fenomeno naturale (ad es. rottura da fatica) in cui attività e passività sono distinte».

⁶ Cf. S.B. NULAND, *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*, Vintage Books/Random House, New York 1994.

l'ordinarietà dei sostegni nutrizionali qualunque sia la via attraverso la quale vengono somministrati (SB V,3), lasciando però anche in quel caso al clinico la libertà e la responsabilità di giudicare le situazioni in cui anche questo supporto si riveli inappropriato, perché non apporta più beneficio e anzi può aggravare la situazione clinica ormai discendente inesorabilmente verso lo spegnimento vitale.

La scelta per la morte naturale si presenta come punto di reperi per trovare il *sentiero di Cicely*⁷, come alcuni lo hanno chiamato, cioè la via delle cure palliative, via mediana tra accanimento od ostinazione terapeutica e desistenza o abbandono terapeutico. La centralità della professione medica è un sottinteso di tutto il documento e in particolare di questa scelta, che spetta al medico interpretando la singola situazione clinica. Essa si rivela importante proprio per intendere la centratura della SB non sull'individuo isolato e offeso dal male ma sulla relazione di cura, nella quale l'arte terapeutica porta chiarezza e vera libertà di scelta, nei limiti della difesa del valore incommensurabile della vita umana ma anche nei limiti della sua capacità naturale di resistenza al male. La centralità della professione medica è anche l'antidoto al graduale avvelenamento dei

⁷ Cf. G. MICCINESI E ALTRI, *The Path of Cicely Saunders: The "Peculiar Beauty" of Palliative Care*, «J. Palliat Care» 35 (2020), pp. 3-7. Il sentiero di Cicely Saunders è una iniziativa di ridefinizione culturale delle cure palliative lanciata da alcuni palliativisti di grande esperienza e coordinata da Marco Maltoni, MD, che mira a distinguere le pratiche e gli atteggiamenti conformi al progetto originario da quelli che si vanno insinuando oggi nelle cure palliative a seguito della profonda trasformazione del contesto culturale.

rapporti di cura attraverso progressive attribuzioni di competenze improprie al malato, come quando oltre a riconoscere il valore insuperabile del suo consenso per attuare un qualsivoglia trattamento si vorrebbe che certi trattamenti, ad esempio la sedazione profonda, si possano eseguire a richiesta e non secondo indicazioni cliniche, che accertino – nel caso della sedazione profonda – la presenza di sintomi refrattari e l'imminenza della morte come indicato nel 2016 dal Comitato Nazionale di Bioetica⁸.

La compassione e la dignità, da cui muovono anche le spinte verso un uso sempre più liberalizzato della stessa sedazione profonda, sono state al cuore delle argomentazioni a favore della morte medicalmente assistita fino dagli anni Novanta. La compassione per il dolore fisico nei malati di cancro terminali, che pure la terapia analgesica riusciva in certa misura a controllare, presto venne in quelle argomentazioni sostituita dalla compassione per ogni «sofferenza insopportabile», come recita la legge olandese sull'eutanasia. L'anello di passaggio è stato quello della dignità, l'asserzione cioè che vivere condizioni non dignitose per una vita umana, tali da

⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica, Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte. Parere del 29 gennaio 2016, bioetica.governo.it/media/1804/p122_2016_sedazione_profonda_it.pdf (ultimo accesso 7 ottobre 2020). In particolare p.15: «Il Comitato: 1. Ritiene che sia legittimo adottare un protocollo di sedazione profonda e continua in presenza di tre situazioni contestuali: malattia inguaribile in uno stadio avanzato; imminenza della morte, generalmente attesa entro poche ore o pochi giorni; presenza di uno o più sintomi refrattari alle terapie adeguatamente verificati o di eventi acuti terminali con grave sofferenza sia fisica che psichica».

provocare una sofferenza insopportabile, possa giustificare la scelta di anticipare il momento della propria morte. Presto il linguaggio della qualità di vita, inteso perlopiù in modo oggettivo (cioè secondo un giudizio esterno al soggetto, pertanto esposto a fallacie), si è venuto ad aggiungere a queste denunce. Il rifiuto di riconoscere valore alcuno alla dipendenza, che pure come propone A. MacIntyre⁹ è caratteristica costitutiva della nostra razionalità se accettata e trasformata in disponibilità alla cura vicendevole, ha allargato di molto le condizioni che sono andate percependosi, anche nell'opinione pubblica, come prive di dignità. Per questo è rilevante che la SB affronti a viso aperto questi aspetti e ne proponga una interpretazione alternativa. Innanzitutto, denunciando quella visione per cui «la vita viene considerata degna solo se ha un livello accettabile di qualità» (SB IV), sicché «non si riconosca più che la vita umana ha un valore in sé stessa» (SB IV), forse uno dei temi più caldi oggi anche in aree ben lontane dalla cura e dall'arte medica. Inoltre, e questo a mio parere è ancor più innovativo e meritorio, denunciando una «erronea comprensione della “compassione”» (SB IV), che spinge a uccidere il malato invece che il suo dolore mentre dovrebbe piuttosto trasformarsi in risposta sapiente che porti a un effettivo sollievo della sua sofferenza in tutte le dimensioni della sua vita umana, in un momento di straordinaria fragilità. Un aforisma ippocratico recita *Divinum est sedare*

⁹ Cf. A. MACINTYRE, *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, Vita e Pensiero, Milano 2001.

dolorem: questa è la compassione adeguata al contesto della terminalità e, fin dalle origini della medicina, questa è l'autentica compassione medica e non l'uccisione compassionevole – termine che si rivela quindi un ossimoro – dell'uomo innocente.

La lettera si spende inoltre per suggerire una intima unità tra empatia, compassione e consolazione. In modo molto chiaro si sostiene che questa triade è alla base dell'accompagnamento spirituale da parte dei ministri ordinati (SB V,10) (si fa cenno solo ai presbiteri ma anche per i diaconi permanenti, accuratamente scelti, questa pastorale di ambiente, come oggi si definisce, pare essere assolutamente adeguata). Al tempo stesso si suggerisce che anche i medici e gli operatori sanitari dovrebbero essere formati a questo poiché si danno occasioni, ed è da sottolineare il realismo degli estensori in questa considerazione, che rendono assai difficoltoso l'intervento del ministro ordinato (SB V,10). Ciò però che è più straordinario, a mio parere è proprio indicare l'intrinseca unità di empatia compassione e consolazione, e rubricarle unitariamente come virtù umane e cristiane. Si sa infatti che ognuna di esse è stata fatta oggetto di intenso interesse negli ultimi decenni, spostandole dal campo delle virtù e quindi privandole della caratteristica di poter essere oggetto di disciplina interiore, umile formazione, preghiera costante. L'empatia entra nel mondo della filosofia fenomenologica grazie al genio di Edith Stein, santa Teresa Benedetta della Croce, patrona di Europa. Recuperare la lettura originale che ne fa la filosofa

santa in un'opera giovanile, mai superata¹⁰, è compito urgente della cultura medica. Il riflessivo “mettersi nei panni di un altro”, che viene insegnato nei più diversi ambiti e a volte ridotto alla sola acquisizione della capacità di offrire risposte empatiche verbali durante un colloquio medico, non è sufficiente. Nella lettura di Stein l'empatia è chiaramente una virtù che si raggiunge e si esercita attraverso il coinvolgimento sincero e profondo in rapporti interpersonali, coinvolgimento attraverso il quale si passa da un'empatia sensoriale fino a un'empatia affettiva e, più oltre, fino alla comprensione della vita originaria dell'altro, del suo livello spirituale e generativo di risposte valoriali di fronte al reale. Straordinaria quindi l'indicazione della Lettera, e altrettanto eccellente l'aver indicato l'unità naturale tra empatia, compassione (la risposta fattiva che dall'empatia, in libertà, può risultare) e consolazione (la capacità di dare conforto rompendo l'isolamento dell'altro) (SB V,10).

L'etica va pensata in prima persona. La vita dell'uomo è dotata di una dignità intrinseca non suscettibile di mutazione secondo le sue capacità funzionali (SB IV); l'empatia, la compassione e la consolazione sono virtù umane e cristiane (SB V,10). Basterebbero questi punti per fare della Lettera un documento destinato a durare negli anni e a essere efficace sull'orientamento di molti che sinceramente cercano come meglio curare e prendersi cura delle persone che sono in fase critica e terminale della

¹⁰ E. STEIN, *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 1998.

propria vita. Il sentiero di Cicely, della cristiana Cicely Saunders, è però davvero tale: non è una strada maestra da tutti riconosciuta. Chiede coraggio.

Coraggio è richiesto al ministro ordinato di fronte alle richieste eutanasiche e alla sfrontata proposta, esplicitamente avanzata anche in articoli scientifici e interventi pubblici di *maître à penser*, che il compimento di un atto eutanastico sia un momento solenne, da onorare e presenziare da parte del ministro ordinato. La Lettera è molto chiara su questo (SB V,11), nonché sulle implicazioni sacramentali relativamente al sacramento della riconciliazione e mette giustamente in guardia i presbiteri dal lasciarsi travolgere dalla pressione di un'opinione pubblica ormai intollerante alla serietà del peccato e della contrizione.

Coraggio è richiesto al medico, che deve reggere alla pressione spesso mal informata dei familiari, oltre che del malato stesso, che sostengono ad esempio di poter "fare richiesta" di una sedazione profonda invece che acconsentire ad essa quando clinicamente indicata, o addirittura di un aiuto al suicidio per equità con quelli che il suicidio possono darselo da soli. Resistere, a fronte di una situazione legislativa che va cambiando, vorrà dire anche fare obiezione di coscienza e se necessario pagarne le conseguenze in termini di contrasto e passeggero (perché il modo rinsavirà, io credo) isolamento sociale. È triste che i sostenitori dell'eutanasia siano disposti a strategiche e ben concertate disobbedienze civili e gli oppositori di essa, pur intimamente convinti, si ritraggano di

fronte all'attuazione di un loro diritto di alto livello, un diritto a fondamento costituzionale oggi rimesso in discussione forse anche a motivo della loro timidezza. La Lettera infatti è molto chiara nel ricordare la necessità di non cooperare col male (SB V,9), necessità che i cristiani hanno conosciuto fin dalla *Lettera a Diogneto* quando, pur accettando di essere per sé stessi come tutti gli altri nello scorrere delle vicende umane, già reclamavano di non essere però disposti a condividere il talamo (con altri al di fuori del matrimonio) o ad esporre i bambini deformati (cioè eliminarli), a motivo della salvezza e della luce interiore donata loro dal Cristo risorto¹¹.

Infine, coraggio è chiesto alla società, alle rappresentanze politiche, agli estensori dei budget destinati alla sanità e alla loro distribuzione, alle istituzioni sanitarie cattoliche. A questo livello non è solo questione di risorse economiche e di organizzazione ispirata da una chiara visione, è questione anche e soprattutto di formazione. Lungimirante allora è la

¹¹ *A Diogneto*, in A. QUACQUARELLI (a cura), *Didachè-Prima lettera di Clemente ai Corinzi - A Diogneto*, Città Nuova, Assisi 2008, V,1-6: «I cristiani né per regione, né per voce, né per costumi sono da distinguere dagli altri uomini. Infatti, non abitano città proprie, né usano un gergo che si differenzia, né conducono un genere di vita speciale. La loro dottrina non è nella scoperta del pensiero di uomini multiformi, né essi aderiscono ad una corrente filosofica umana, come fanno gli altri. Vivendo in città greche e barbare, come a ciascuno è capitato, e adeguandosi ai costumi del luogo nel vestito, nel cibo e nel resto, testimoniano un metodo di vita sociale mirabile e indubbiamente paradossale. Vivono nella loro patria, ma come forestieri; partecipano a tutto come cittadini e da tutto sono distaccati come stranieri. Ogni patria straniera è patria loro, e ogni patria è straniera. Si sposano come tutti e generano figli, ma non gettano i neonati. Mettono in comune la mensa, ma non il letto».

SB nel cogliere la necessità di una formazione specialistica in cure palliative e, al contempo, la necessità di dare solide fondamenta alla tendenza che da una decina di anni si è fatta strada in medicina, quella che favorisce una cura integrale che consideri unitariamente, distribuendo poi i compiti che ne derivano secondo competenze e funzioni, la dimensione biologica, psicologica, sociale e spirituale. L'ultima dimensione è la più difficile da implementare perché del tutto resistente a una riduzione meccanicistica o utilitaristica. Senza eccessivo pudore i capofila di questa corrente descrivono le difficoltà, lo scetticismo e i contro-transfert spirituali (cioè i pregiudizi negativi, non chiaramente formulati e difficilmente removibili, verso le loro posizioni di apertura all'integrazione dello spirituale nella attività clinica) che hanno dovuto fronteggiare per portare avanti a livelli scientifici affidabili e al contempo sapientemente clinici, la loro proposta di cura integrale, cioè anche spirituale. Ringraziamo questi pionieri, ringraziamo la SB, e mettiamoci a lavorare.

Guido Miccinesi,
*medico psichiatra ed epidemiologo,
diacono permanente della diocesi di Firenze*