



QUALE BIOETICA PER LA PERSONA ANZIANA?

## La dignità della persona umana in ogni fase della sua esistenza

### The dignity of the human person in every phase of his existence

E. SGRECCIA

Presidente della Pontificia Accademia per la Vita e della Federazione Internazionale dei Centri ed Istituti di Bioetica di Ispirazione Personalistica, Roma

**The recent crisis of the anthropology in the occidental culture, influenced by the secularization, produces the loss of the sense of man, of his ontological value and his dignity, and leads to the reductionism.**

**This crisis is overall characterised by the exaltation of individual rationality and moral autonomy, eradicated from the transcendent Being, by the freedom interpreted both as internal root and as end of own acts, and finally by the identification of quality of life with the capability to feel pleasure and win pains.**

**In this context the old age, with its rich store of maturity and wisdom, is considered an unproductive and useless period of the human existence; so the elderly is more and more marginalized; he/she is not considered a "subject of rights" because he/she wouldn't have autonomy and capacity of self-determination.**

**On the contrary, the ontologically founded personalism, through the identification between human being and human person, recognizes the value and the dignity of man from conception to death. In particular the personalism asserts an ontological vision of the corporeity, that means more than biology: it has moral meaning.**

**So, about medical and human care to the dying elderly, the personalist bioethics asserts: a) the refusal of euthanasia and overtreatment; b) the evaluation of proportionality of treatments for the patient; c) the right and proper continuation of ordinary care (nutrition and hydration, corporal hygienic, dressings, cleansing of ulcers); d) the promotion of a care that responds to patient's needs, clinic of course but also moral, psychological and spiritual.**

**Key words:** Human person • Dignity • Old age • Ontologically founded personalism

### Introduzione

La considerazione etica dell'età anziana comprende due problemi distinti: l'invecchiamento delle popolazioni e i problemi inerenti l'anzianità nelle singole persone. Per considerare ciò è comunque rilevante cogliere gli aspetti di fondo della cultura circa la visione del mondo.



## L'invecchiamento delle popolazioni

Uno dei fenomeni che più caratterizzano le società occidentali è l'invecchiamento della popolazione. Tale fenomeno può essere letto da due diversi punti di vista: individuale ed epidemiologico; in altre parole bisogna distinguere l'invecchiamento delle popolazioni dalla vecchiaia come fenomeno individuale. Il primo è un fenomeno multifattoriale che ha carattere socio-politico, ma anche una notevole rilevanza etica, mentre il secondo è un fenomeno biologico naturale e, ad oggi, irreversibile.

L'invecchiamento della popolazione, elemento di novità nell'ambito delle scienze demografiche, consiste nell'aumento della popolazione anziana in proporzione a quella giovane. Tale situazione, ormai comune nella maggior parte dei Paesi industrializzati e particolarmente accentuata nel nostro Paese, ha due cause principali: la denatalità e l'aumento della vita media. Sulla prima pesano fattori quali il carattere edonistico-individualistico delle società sviluppate (che porta, ad esempio, a considerare un figlio come limite alla qualità di vita della coppia), la scarsa efficacia o l'assenza di politiche a favore della famiglia e della natalità e tutte quelle pratiche che hanno a che fare con la procreazione e la pianificazione familiare (aborto, contraccezione, fecondazione artificiale).

Tale situazione solleva preoccupazione e allarme anche a livello politico, per la concreta possibilità che i Paesi con un tasso di nascite ancora molto alto - i Paesi meno industrializzati - possano, nell'arco di pochi decenni, raggiungere una popolazione, da un punto di vista numerico, significativamente maggiore rispetto ai Paesi occidentali e questo, unito ai fenomeni migratori, possa implicare un serio pericolo per la cultura, l'identità e l'egemonia politica dell'occidente. Il mondo occidentale corre ai ripari tentando di bloccare la crescita dei Paesi in via di sviluppo, chiudendo le frontiere e cercando di esportare, a volte con metodi anche ricattatori e coercitivi, la cultura della pianificazione familiare attraverso un nuovo colonialismo di carattere biologico. Ma si sa, *come ho scritto nel mio Manuale di Bioetica*, che questa strada - oltre a essere immorale, se non altro per i metodi che usa, privi di rispetto della responsabilità procreativa delle coppie - è anche inefficace e funziona semplicemente come "boomerang": la limitazione incide per lo più sui popoli occidentali che dovrebbero, invece, incrementare il tasso delle nascite almeno per pareggiare quello delle morti.

Un'altra importante causa dell'invecchiamento delle popolazioni, ma di carattere positivo, ri-

guarda invece l'allungamento della vita media dovuto ai successi della medicina sulle malattie infettive e parassitarie, sulla mortalità infantile e materna e su altri tipi di patologie un tempo mortali. Si pensi solo che nel nostro Paese intorno al 1880 l'aspettativa di vita media era di circa 35 anni (solo il 33% della popolazione arrivava a 60 anni e il 6-7% ad 80 anni), mentre oggi la sopravvivenza media è stimata intorno agli 80 anni con tendenza all'aumento.

Si capisce pertanto come il ruolo della persona anziana nella società sia diventato un tema sempre più discusso in relazione al problema sociale della sua gestione, dell'offerta dei servizi e, in particolar modo, dell'assistenza sanitaria.

Per comprendere la condizione anziana così come si presenta e che da tutti pressoché viene descritta come tendenzialmente emarginante e, più ancora, per comprendere l'esigenza di un cambiamento, bisogna rendersi conto della componente dominante della nostra cultura, dello spirito informatore della nostra società.

È innegabile che la cultura del mondo occidentale sia una cultura a sfondo meccanicistico e utilitarista caratterizzata dalla "soppressione" della metafisica e della trascendenza, visione che, in epoca moderna, si fa risalire al Galilei, Cartesio, Hobbes, all'illuminismo, a Darwin ecc. Da questo modo di intendere la vita è bandita la contemplazione, l'interiorità e viene invece esaltata l'immanenza e la materialità. I modelli culturali ivi proposti ruotano attorno a concetti come produttività, utilità, fruibilità, benessere, dinamicità, ricchezza, evoluzione ecc. Questa visione considera le cose, il mondo e l'uomo, a partire dalla causa efficiente, o meglio, dalla descrizione quantistica dei fenomeni; annulla la visione dell'essere e della scala degli esseri che la cultura classica e medievale aveva costruito identificando il vertice in Dio Creatore, origine e fine della realtà mondana e della storia umana. L'etica di questa impostazione è un'etica utilitarista.

Questa visione viene rinforzata dall'avvento della civiltà industriale e, dopo questa, dalla civiltà tecnologica. Nessuno di noi vuol negare quanto di positivo è stato realizzato per il progresso materiale e per il progresso economico di tante popolazioni, né si vogliono negare le meraviglie dei risultati delle scienze sperimentali, anche in campo medico e anche a favore dell'allungamento della vita e del miglioramento della sua qualità. Ma sarebbe cecità imperdonabile non accorgersi che, nella nostra cultura, il fare e l'avere hanno sopraffatto l'essere.

Conseguenza di questa visione della vita è lo stravolgimento del senso stesso della vita: se la vita è sentita come dono – e dono il cui valore trascende l'immanenza della economia, della politica e della storia – la vita sarà amata e donata; ma se la vita è sentita e vissuta nel suo atomismo terreno come “non senso” – e aggiungerei come prodotto e tempo per la produzione – allora si cercherà di limitarne il dolore, la durata e il numero dei “beneficiari” non convinti del beneficio. Se si conserva l'orizzonte trascendente e creazionistico, la vita è sentita come dono anche quando è lotta e l'amore verso la vita fruttifica verso la solidarietà sociale; se questo orizzonte si perde, il nichilismo e l'individualismo prendono il campo e la limitazione delle nascite, l'aborto selettivo dei soggetti difettosi, le limitazioni ingiustificate delle spese per l'assistenza e, infine, l'eutanasia, costituiscono un ineluttabile corteo crepuscolare e funereo.

## Bioetica e visioni dell'uomo

Nell'ambito della bioetica, siffatta cultura trova piena corrispondenza in modelli antropologici che informano alcune moderne filosofie dell'uomo, filosofie che hanno il loro comune denominatore nella *tendenza al riduzionismo*. Occorre pertanto analizzare, seppure in breve, le maggiori correnti riduzionistiche contemporanee il che servirà anche a far apparire in maniera più netta e chiara la visione antropologica personalista che è a fondamento della dottrina Cattolica e delle posizioni del Magistero rispetto alla visione della persona umana in tutte le fasi della sua esistenza.

Il pensiero antropologico che ha caratterizzato la cultura occidentale negli ultimi decenni è stato influenzato dal processo di secolarizzazione, caratterizzato da “una profonda crisi della cultura, che ingenera scetticismo sui fondamenti stessi del sapere e dell'etica e rende sempre più difficile cogliere con chiarezza il senso dell'uomo, dei suoi diritti e dei suoi doveri”<sup>1</sup>, è quanto afferma nella *Evangelium Vitae* il servo di Dio Giovanni Paolo II. In questo clima culturale, dunque, il senso dell'uomo risulta sfumato, indefinibile o volutamente non definito in una tendenza generalizzata a ridurre l'uomo a questa o a quella sua manifestazione “accidentale”, trascurando di vedere il valore dell'uomo nella sua stessa essenza. Queste tendenze culturali nell'ambito della bioetica si possono schematizzare in due tipi di visione dell'uomo: una visione riduzionistica “verso l'alto”, o soggettivista, ed una visione riduzionistica “verso il basso”, o materiali-

sta. Entrambe queste visioni si oppongono, poi, ad una terza visione dell'uomo che è quella personalista, propria della cultura cattolica.

## Il riduzionismo “verso l'alto” e il riduzionismo “verso il basso”

Quando si parla di antropologia riduzionista, bisogna riconoscere che il fattore unificante e fatale dei due riduzionismi consiste in una visione dell'uomo anti-metafisica, nello staccare la realtà dell'uomo dalla sua sorgente di vita, che è Dio: “Chi si lascia contagiare da questa atmosfera, entra facilmente nel vortice di un terribile circolo vizioso: smarrendo il senso di Dio, si tende a *smarrire anche il senso dell'uomo*, della sua dignità e della sua vita”<sup>2</sup>. È proprio da questo primo passo, che non si limita alla rivendicazione della giusta autonomia delle cose terrene, ma si esprime nella negazione della radicale relazione con Dio Creatore, che derivano le antropologie, riconosciute in letteratura come *riduzioniste*, proprie della cultura post-moderna. La dimensione trascendente, presente nell'uomo creato a immagine e somiglianza di Dio, fa parte della sua creaturalità, della sua struttura; quando si sopprime o reprime o anche soltanto si oblitera questa dimensione, l'uomo si chiude in un orizzonte puramente temporale.

La visione riduzionistica “verso l'alto” è quella che esalta l'individuo-uomo per la sua *razionalità* e *autonomia* morale sradicata dall'Essere trascendente, una libertà interpretata sia come origine sia come fine e sia, ancora, come sorgente interiore del proprio operare. L'uomo si riconosce tale soltanto in quanto autocoscienza e libero arbitrio. La libertà non è concepita soltanto come condizione necessaria per la moralità, ma come condizione sufficiente e unica (è morale tutto ciò che procede dalla libertà e per il semplice fatto che proceda da essa); si perde il rapporto con la verità del proprio essere ricevuto, della propria essenza (che precede l'agire), del fine e del contenuto delle proprie azioni. Una siffatta interpretazione della libertà umana la si trova, inoltre, sul piano sociale e politico, a fondamento di un atteggiamento sempre più condiviso e allarmante: la giustificazione di determinati delitti contro la vita come “legittime espressioni della libertà individuale, da riconoscere e proteggere come veri e propri diritti”<sup>3</sup>. Il discorso della *Evangelium Vitae* diventa incalzante quando, nella diagnosi di questa concezione soggettivista dell'uomo e della libertà, denuncia la perdita del legame libertà-verità con ogni tipo di responsabilità

vera e si indica che “in questa concezione della libertà, la convivenza sociale” è “profondamente deformata” quando “viene meno ogni riferimento a valori comuni e a una verità assoluta per tutti” e “la vita sociale si avventura nelle sabbie mobili di un relativismo totale” dove “tutto è convenzionabile, tutto è negoziabile”, anche il primo dei diritti fondamentali, quello alla vita”<sup>4</sup>.

Tale orientamento antropologico è oggi presente in modo evidente, in bioetica, nella corrente del non-cognitivismo decisionistico e nel contrattualismo.

Il non-cognitivismo, non riconoscendo la possibilità di “conoscere”, di distinguere in campo morale il bene e il male e di derivare la morale dall’esame della realtà (legge di Hume), attribuisce al soggetto la fonte ultima della morale. In una prospettiva neopositivista, ove l’unico criterio di verità è la verifica empirica, tutte le proposizioni morali valutative e normative, non essendo empiricamente verificabili, sono considerate come poste dal soggetto. L’autodeterminazione e l’autonomia sono dunque gli attributi fondamentali nella definizione del soggetto: chi non ha la capacità di espressione di tali funzioni non va considerato “soggetto di diritti”.

Il contrattualismo, ponendo all’origine del rapporto interpersonale il “contratto”, ossia l’accordo tra gli individui per porre norme e procedure condivisibili intersoggettivamente, attribuisce solo all’essere umano con capacità di autocoscienza, di esercizio razionale e di senso morale la possibilità di appartenere ad una “comunità morale”. All’individuo si riconosce la qualità di persona quando è “agente morale”, dunque quando ha la capacità di porsi eticamente nella comunità contraente. T.H. Engelhardt, uno degli Autori più noti di tale corrente di pensiero, su tale base fonda la distinzione tra “esseri umani” e “persone”, tra “vita umana biologica” e “vita umana personale”: le “persone in senso stretto” sono gli agenti morali ai quali sono attribuiti tutti i diritti, mentre gli esseri umani non persone o “persone potenziali” hanno i diritti in una scala graduale. Più precisamente, hanno più diritti i bambini e i neonati (“persone 2 e 3”) in quanto hanno una alta probabilità di diventare persone; rispetto a coloro che furono persone ma non lo sarebbero più (gli anziani, i malati mentali e gli individui in coma, riconosciute come “persone 4”); infine coloro che non furono mai persone e non lo saranno mai (gli handicappati gravi congeniti o “persone 5”). Si tratta di una teoria con spiccati caratteri evuzionistici in quanto si ritiene che l’essere umano diventi gradualmente persona

nella misura in cui acquisisce determinate capacità e funzioni<sup>5</sup>.

Un secondo tipo di riduzionismo è quello che fa capo alla *visione materialista dell’uomo*, definibile, quindi, come riduzionismo “verso il basso”, in quanto separa e elimina dalle proprie considerazioni la dimensione spirituale o le “funzioni alte” dell’essere umano. Nell’individuo umano si apprezza il suo essere al vertice dell’evoluzione, la sua complessità neuronale (l’uomo neuronale), la sua capacità di promuovere e influenzare con le tecnologie l’evoluzione sociale, e si identifica “la qualità della sua vita” nella capacità di sentire e fruire il piacere e di vincere il dolore. Se il razionalismo ha influito sulla concezione riduzionistica “verso l’alto”, l’empirismo umano ha fortemente influito sulla concezione riduzionistica “verso il basso” che sta alla base dell’utilitarismo. Il riconoscimento del valore dell’individuo umano si identifica con il momento dell’inizio dell’attività percettiva: persona è il soggetto percepiente che, quantomeno, percepisce il piacere e il dolore, le preferenze e le sofferenze. Non più il criterio della ragione, ma il criterio neurologico definisce i limiti di rispetto dell’individuo umano. Su tali basi il riconoscimento della dignità di persona all’essere umano esclude chi non ha ancora sviluppato la capacità neurologica di provare piacere e dolore. Basti ricordare i nomi dei filosofi dell’utilitarismo come Dworkin e Singer per ritrovare gli artefici ispiratori di questo umanesimo: “Partendo da Locke, che definisce la persona come ‘un essere pensante intelligente, dotato di ragione e di riflessione, che può considerare se stesso come se stesso, cioè la stessa cosa pensante in diversi tempi e luoghi’<sup>6</sup>, Singer individua nella razionalità e nell’autocoscienza lo specifico della persona, distinguendo fra: 1) esseri autocoscienti (vita personale); 2) esseri coscienti (vita cosciente); 3) esseri non coscienti (vita non cosciente). Alla prima categoria appartengono gli umani adulti capaci di intendere e di volere, ma anche alcuni animali non umani adulti che presentano un certo grado di razionalità e autocoscienza (gorilla, scimpanzè ecc.). Di fronte a questi esseri vale il principio del rispetto delle (loro) preferenze. Alla seconda categoria appartengono tutti gli altri animali non umani adulti, i feti sviluppati (umani e non), i neonati e gli umani affetti da disabilità o patologie mentali. Di fronte a questi esseri si impone il problema della massimizzazione del loro piacere e della minimizzazione delle loro sofferenze. Nella terza categoria rientrano tutti quegli esseri che non hanno coscienza o sensibilità, come gli embrioni, i feti non ancora svi-

luppati, i neonati anencefalici, gli individui in stato vegetativo persistente, le piante ecc. Di fronte a questi esseri non si pongono problemi morali, in quanto la soglia discriminante perché un individuo sia degno di considerazione etica è la sensibilità al dolore. Sulla base di questa sorta di fenomenologia degli esseri [...], Singer arriva logicamente a concludere che non tutti i membri della specie *Homo Sapiens* sono persone, e non tutte le persone sono membri della specie *Homo Sapiens*"<sup>7</sup>. Questo Autore ha ispirato recentemente il Progetto di Legge spagnolo sulle Grandi Scimmie che mira al riconoscimento della dignità di questi primati e quindi di alcuni diritti fondamentali che li renderebbero pertanto giuridicamente pari rispetto agli individui umani.

Tutte e due questi riduzionismi concordano nel considerare degno di rispetto soltanto l'individuo autocosciente non impedito nelle sue facoltà intellettive e decisionali.

## Il personalismo ontologico

Con queste due antropologie riduzionistiche si confronta oggi la visione del personalismo ontologico o sostanzialista che identifica il concetto di persona con quello di essere umano, recuperando la dimensione trascendente, spirituale dell'uomo. Nel personalismo ontologicamente fondato, sulla linea della concezione cristiana e creazionista elaborata dai Padri e dai Dottori della Chiesa, come S. Tommaso e, recentemente, da J. Maritain, la persona è l'essere umano singolo e sussistente, che non si esaurisce nella manifestazione fenomenica, bensì trascende la sua stessa manifestazione nella ricchezza inesauribile della spiritualità che lo anima. La persona è priorità ontologica reale che trascende le molteplici determinazioni empiriche; è "essere oltre l'apparire"; è il nucleo sostanziale unificatore dell'essere. La dimensione materiale e quella funzionale del corpo non sono soppresse, ma integrate in una visione olistica con lo spirito.

L'aspetto soggettivo-relazionale non giustifica e non esaurisce pienamente il concetto di persona umana poiché anche la soggettività per esprimersi deve supporre una sorgente, un essere che unifichi e vivifichi la molteplicità delle espressioni e degli atti. L'essere individuale umano, capace di facoltà intellettiva, di coscienza e di libertà è in ultima analisi un essere spirituale, una sorgente attiva di natura spirituale che fonda e spiega le facoltà operative (appartenenti alla sua natura) senza esau-

rirsi in esse, così come i singoli atti liberi non si identificano *tout court* con la libertà, né i singoli atti intellettivi con l'intelletto. Le facoltà non sono sempre attive e perciò non esprimono totalmente la loro sorgente; gli atti sono mutabili e contingenti e rimandano alla sorgente dell'essere personale permanente ed immutabile che ne spiega l'attuazione, ed al tempo stesso è più ricca della stessa manifestazione fenomenica.

L'antico principio "*operari sequitur esse*" esprime l'esigenza della fondazione ontologica del soggetto. Inoltre la concezione soggettivista della persona è riduzionista perché prescinde dalla intrinseca unitarietà del corpo con l'io spirituale. La persona umana è un Io incarnato, è un essere spirituale che unifica la corporeità, la quale a sua volta è pervasa dall'Io e perciò è spiritualizzata. Il personalismo ontologico, pertanto, recupera il valore unico e inviolabile della persona umana come specifico e peculiare di tutti gli appartenenti alla specie umana, indipendentemente dal loro grado di sviluppo e dalla loro capacità di esprimere certe funzioni.

Il personalismo, di ispirazione cristiana, afferma che l'anima è unita al corpo *sostanzialmente* e non accidentalmente in quanto comprincipio della persona, essendo l'anima forma sostanziale del corpo. [...] L'anima spirituale attivizza e "informa" della sua energia e forza unificante anche le facoltà proprie della vita vegetativa e della vita sensitiva. Questo fatto ha una grande rilevanza etica per ciò che riguarda l'unità di vita nell'uomo: l'uomo vivente rimane uomo anche quando non esplica ancora o non riesce più, per cause accidentali, ad esplicare le facoltà mentali. In altre parole, "nel *bios* corporeo prende forma visibile la vita della persona. Così che la natura corporea della persona ha valenza più che biologica: ha *significato morale*. Ciò che il corpo rivela nella sua struttura organica come nelle sue dinamiche fisiologiche non è eticamente indifferente, ma significativo"<sup>8</sup>. Il personalismo afferma dunque la necessità di una *visione ontologica della corporeità*: "l'esistenza non può essere letta se non dentro un'essenza e l'essenza dell'uomo è data dall'unione sostanziale di anima spirituale con il corpo"<sup>9</sup>. Ma la valorizzazione della persona umana acquista una ulteriore e definitiva fonte nel suo peculiare carattere di essere trascendente: "Quando diciamo che l'uomo è una persona vogliamo dire che egli non è solamente un pezzo di materia, un elemento individuale della natura, così come sono elementi individuali nella natura un atomo, una spiga di grano, una mosca, un elefante.

L'uomo è sì un vivente e un individuo, ma non come gli altri. L'uomo è un individuo che si guida da sé mediante l'intelligenza e la volontà; esiste non solo fisicamente, c'è in lui un esistere più ricco e più elevato, una sopraesistenza spirituale nella conoscenza e nell'amore. È così in qualche modo un tutto, e non soltanto una parte, un universo a sé, un microcosmo, in cui il grande universo può, tutto intero, essere contenuto per mezzo della conoscenza; mediante l'amore può darsi liberamente ad altri esseri che per lui sono come altri se stesso, relazione questa, di cui non è possibile trovare l'equivalente in tutto l'universo fisico. Il personalismo etico di K. Wojtyła sviluppa specialmente la caratteristica della persona consistente nella capacità di relazione oblativa, cioè nella capacità di donare se stessa nell'amore. In termini filosofici ciò vuol dire che nella carne e nelle ossa umane c'è un'anima che è uno spirito e che vale più dell'universo tutto intero. La persona umana, per dipendente che sia dai più piccoli accidenti della materia, esiste per l'esistenza stessa della sua anima che domina il tempo e la morte. È lo spirito che è la radice della persona" <sup>10</sup>. In altre parole, è la natura umana che determina il valore della persona e questa inevitabilmente la si ritrova in tutti gli stadi e condizioni della sua vita "non solo nel vigore delle forze fisiche, psichiche e spirituali, ma anche nel loro più o meno grave declino" <sup>11</sup>.

I vari tipi di riduzionismo sono, quindi, filosofie anti-metafisiche in quanto negano la possibilità di fondare sostanzialmente il valore dell'essere umano, relegando questa possibilità a determinazioni particolari e mutevoli. Il Personalismo, al contrario, è una filosofia metafisica perché recupera la dimensione sostanziale, ontologica dell'uomo riconoscendogli un valore intrinseco, indipendentemente dalle forme specifiche.

Come conseguenze pratiche, i riduzionismi conducono inevitabilmente alla emarginazione di coloro che, anziani e non, non possono, per vari motivi, rispondere alle caratteristiche di volta in volta scelte come determinanti. La conseguenza è la discriminazione e l'emarginazione di determinate classi di esseri umani che non possiedono attualmente quelle caratteristiche, tra cui gli anziani gravemente malati o non autosufficienti; la perdita dello status sociale che costringe i soggetti coinvolti a vivere ai margini e che arriva, nei casi di persone non autosufficienti, alla giustificazione della soppressione di queste persone inutili per la società attraverso pratiche eutanasiche più o meno velate da motivazioni mediche e sociali.

## Valori prioritari

### LA DIGNITÀ PROPRIA DELL'ANZIANO

Nell'ottica personalista, la dignità dell'anziano ha pertanto una doppia dimensione: generica e specifica. La dimensione generica è data dalla partecipazione alla dignità della persona umana in quanto tale e, quindi, presente dal momento del concepimento fino alla morte naturale; quella specifica, invece, è legata al fatto che l'essere anziano implica uno specifico carisma dato, ad esempio, dall'esperienza vissuta e da un peculiare modo di porsi rispetto alla vita e alla morte, alla spiritualità e all'eternità, dimensione costitutiva, strutturale dell'uomo stesso. Se la spiritualità dell'anziano è matura, essa si esprime nella capacità di donarsi e di porsi in relazione costruttiva con gli altri.

"Gli anziani aiutano a guardare alle vicende terrene con più saggezza, perché le vicissitudini li hanno resi esperti e maturi. Essi sono custodi della memoria collettiva, e perciò interpreti privilegiati di quell'insieme di ideali e di valori comuni che reggono e guidano la convivenza sociale. Escluderli è come rifiutare il passato, in cui affondano le radici del presente, in nome di una modernità senza memoria. Gli anziani, grazie alla loro matura esperienza, sono in grado di proporre ai giovani consigli e ammaestramenti preziosi [...]. Onorare gli anziani comporta un triplice dovere verso di loro: l'accoglienza, l'assistenza, la valorizzazione delle loro qualità" (*Lettera agli anziani*, 1999).

Lo stesso concetto è stato espresso da Kofi Annan, Segretario Generale delle Nazioni Unite, nel suo messaggio per la giornata mondiale degli anziani del 1998: "Una società per tutte le età è una società che, lungi dal mettere in caricatura gli anziani come infermi e pensionati, li considera al contrario agenti e beneficiari dello sviluppo" <sup>12</sup> riconoscendo il grande potenziale delle persone anziane.

Il valore dell'anzianità è altresì connesso al concetto di gratuità: "la cultura dominante misura il valore delle nostre azioni secondo i parametri di un efficientismo che ignora la dimensione della gratuità. L'anziano, che vive il tempo della disponibilità, può riportare all'attenzione di una società troppo occupata l'esigenza di abbattere gli argini di una indifferenza che svisciva, scoraggia e arresta il flusso degli impulsi altruistici" <sup>12</sup>.

Nella Bibbia, l'anziano riveste un ruolo chiave in quanto intermediario tra Dio e gli uomini e garante dell'autenticità e della lealtà dell'alleanza: "Le storie dei patriarchi sono particolarmente eloquenti a questo proposito. Quando Mosè vive l'esperienza

del rovetto ardente, Dio gli si presenta così: “Io sono il Dio di tuo padre, il Dio di Abramo, il Dio di Isacco, il Dio di Giacobbe” (Es 3, 6). Dio lega il proprio nome ai grandi vecchi che rappresentano la legittimità e la garanzia della fede d’Israele. Il figlio, il giovane incontra – anzi potremmo dire “riceve” – Dio sempre e solo dai padri, dagli anziani. Nel passo sopra citato, per ogni patriarca ricorre l’espressione “il Dio di ...”, a significare che ognuno di loro faceva la propria esperienza di Dio. E questa esperienza, che era il lascito degli anziani, era anche la ragione della loro interiore giovinezza e della loro serenità dinanzi alla morte. Paradossalmente, è l’anziano che trasmette quanto ha ricevuto a delineare il presente: in un mondo che inneggia a un’eterna giovinezza senza memoria e senza futuro, questo dato fa riflettere”<sup>12</sup>.

### Socialità, creatività e *active aging*

Una visione più completa dell’essere anziano è quella che considera gli anziani non solo una ricchezza e l’anzianità una fase della vita in cui raggiungere la pienezza dell’essere caratterizzata da quella dimensione spirituale e meditativa spesso negata e trascurata nelle fasi precedenti della vita. Tale dimensione dell’essere anziani è troppo spesso trascurata, negando così alla società e all’anziano stesso una fonte autentica di arricchimento. Le lacune sociali nei confronti di politiche adeguate verso gli anziani non si riempiono soltanto attraverso l’incremento dei servizi sociali dedicati, ma anche attraverso la promozione di quella che è stata definita anzianità attiva e creativa (*active aging*). Secondo questo concetto, questo modo di interpretare l’anzianità, l’anziano va considerato sempre soggetto di partecipazione alla costruzione della società, secondo le possibilità di ciascuno. In tal senso, allora “una società matura è chiamata a non tralasciare i soggetti quando raggiungono l’anzianità, bensì a promuoverne le risorse di cultura, di trasmissione di valori e di vissuti, di abilità e capacità attuali individuali, di spiritualità e religiosità: in tal senso può intendersi compiutamente il concetto di *Active Aging*”<sup>13</sup>.

Nell’anziano la perdita dell’autostima è spesso conseguenza della perdita del ruolo lavorativo e del ruolo familiare primario che portano all’isolamento volontario e alla passività. Ma tale atteggiamento è frutto di una interpretazione riduzionista della vita indotta dalla cultura dominante.

Una ulteriore causa del disorientamento e del disagio della persona anziana “sta nel fatto che l’anzia-

no si rende conto che tra il suo mondo e quello delle nuove generazioni non c’è continuità (in questo senso la religiosità è un esempio molto indicativo), non c’è un effettivo trasferimento di valori. La società odierna ha modificato la scala di valori di cui l’anziano è depositario. La dignità personale viene sostituita da criteri di pura efficienza, funzionalità e utilità”<sup>14</sup>. In quest’ottica si deve leggere la tendenza, nelle società del benessere, a occultare l’invecchiamento trasformandolo in una sorta di tabù.

La prima istanza sociale è dunque quella di recuperare la *partecipazione degli anziani alla comunità familiare e alla società in generale*. La comunità ha l’obbligo, secondo il principio di sussidiarietà, di intervenire maggiormente laddove la popolazione anziana è più numerosa e più bisognosa di interventi sociali. Secondo lo stesso principio, inoltre, la società ha il dovere di “restituire” agli anziani tutto quello che essi hanno dato nel corso della loro vita. Il non farlo rappresenta un grave illecito dal punto di vista della giustizia sociale oltre che dal punto di vista etico: “quel trattamento viene fatto a persone che hanno dato alla società civile, e spesso anche a quella ecclesiale, decenni di impegno, di fatiche, di lavoro, di sacrifici, e la società ne gode ancora i frutti. [...] Credo superfluo insistere sulla gravità morale di questo ‘peccato sociale’”<sup>15</sup>.

L’impegno sociale deve realizzarsi anche sotto l’*aspetto educativo* attraverso programmi di valorizzazione dell’anziano: la tendenza contemporanea è quella di associare *formazione e attività lavorativa* cosicché persone collocate a riposo si vedono escluse da qualsivoglia possibilità di formazione e apprendimento ed anche di valorizzazione del sapere acquisito. La vecchiaia tuttavia va vista come nuova tappa formativa, con un suo peculiare approccio psico-pedagogico. Ma l’opera educativa, mirata alla valorizzazione dell’anziano, va indirizzata anche ai giovani che oltre ad essere la forza viva della società attuale, rappresentano gli anziani di domani: “bisogna lavorare sui giovani di oggi se vogliamo avere degli adulti e degli anziani diversi, sia come partecipazione che come socialità, domani”<sup>16</sup>. In tal senso la riflessione sociale ha individuato nella cosiddetta “integrazione fra età” (*age integration*) un nuovo e stimolante filone di ricerca e di studio in campo medico-sociale.

La valorizzazione dell’anziano implica la ricerca di percorsi che consentano di stimolarne l’attività e la creatività, al di là di atteggiamenti di semplice adattamento se non di rinuncia. Tratti caratteristici della creatività vengono ritenuti: *l’invenzione*, *l’elaborazione*, *l’organizzazione*, *la composizione*, *la*

*pianificazione, la sensibilità ai problemi, la flessibilità, l'abilità nella complessità ecc.* La sorgente specifica di questa capacità creativa, suscettibile di educazione o di attutimento, sarebbe secondo alcuni il cosiddetto "preconscio" o la "intuizione". Questi tratti, tuttavia, riguardano solo una sfera della creatività e non tutte le sfere di essa: ci si riferisce infatti alla sfera dello psichismo o delle qualità psico-fisiche. Ma oltre a queste attività che hanno spesso sostegno nei programmi di formazione permanente e nelle cosiddette "Università della terza età", occorre attivare la sfera più ampia e più profonda, quella della creatività sociale, in cui l'anziano può esprimere altri valori: quelli etici, religiosi e socio-politici.

Tutto ciò può risultare più comprensibile e facilmente realizzabile nella fascia della popolazione anziana autosufficiente, ma come si può sentire attivo e creativo un anziano malato o magari colpito da infermità cronica o privo di capacità mentali e di coscienza? Se la creatività la si riporta alla dimensione spirituale, particolarmente viva nell'anziano, ciò diventa possibile, sempre che in ognuno ci sia la presenza di uno spirito libero, una visione della vita, una ricchezza di valori tali da dare un senso e un significato agli eventi biologici ineludibili e alla storia personale. In quest'ottica la creatività nell'anziano non autosufficiente diventa "capacità di dare senso". Nella visione cristiana, la sofferenza, anche se muta, è salvifica e stimola la solidarietà della comunità, rende creativa tutta la comunità, se questa sa raccogliere con il senso etico e con la fede lo stimolo e l'occasione di questo momento comunitario e salvifico.

Si tratta, dunque, come già aveva riconosciuto anche la Dichiarazione di Vienna, di considerare non soltanto gli aspetti quantitativi del prolungamento generale della vita, ma anche gli aspetti qualitativi, mettendo in atto una capacità creativa "per riempire questi anni in più, di scopi e di speranze"<sup>17</sup>.

La prima condizione per lo sviluppo di una cultura della creatività, che non impegna solo gli anziani, ma tutte le forze vive di una società, è quella di favorire il risveglio della cultura dell'essere, superiore a quella cultura meccanicistica ed utilitaristica di cui si è parlato. In questo, l'anziano può rappresentare una figura chiave come posizione critica nei confronti della società: chi ha più diritto dell'anziano di reclamare il proprio valore come persona umana sulla base del debito che ha la società nei confronti di chi ha contribuito nell'arco di tutta una vita al benessere e al funzionamento della società stessa? Il concetto di "*active aging*", pertanto, comporta una meta alta ed una duplice con-

versione: della figura dell'anziano, non più relegato nella sfera dell'adattamento e della sopravvivenza, e della società che riscopre il valore intimo dell'uomo attraverso il riconoscimento del debito che ha verso le persone anziane. Un obiettivo importante deve essere anche quello di rendere gli anziani partecipi dei problemi sociali (anche se vivono all'interno di una casa di riposo), mediante l'informazione, sia attraverso la stampa e i media in genere, sia attraverso un'opera di sensibilizzazione più generale.

Un'ulteriore considerazione riguarda la relazionalità che può esplicarsi al di fuori dell'ambito familiare, magari in attività di volontariato. Anche queste ultime rientrano nelle strategie per permettere alla persona anziana di realizzare il concetto di "*active aging*" secondo cui l'anziano può essere ancora fonte di risorse per gli altri, anche per i più bisognosi. L'anziano nel rapporto con gli altri può quindi fare dono di sé a più livelli: personale (famiglia), spirituale (pastorale), sociale (volontariato).

## La famiglia

Un'altra e fondamentale condizione per la promozione dell'anziano è la serenità del mondo degli affetti nel contesto a esso più proprio: la famiglia. La solitudine dell'anziano è essenzialmente una solitudine di carattere affettivo e mancanza di affetti familiari: ciò non costituisce soltanto una sofferenza per l'anziano stesso, ma è un impoverimento per tutti, per i bambini e per gli altri componenti della generazione successiva; è, inoltre, una mortificazione delle possibilità creative del soggetto e perciò un depauperamento sociale. Per questo motivo sarebbe auspicabile un contatto più frequente con le generazioni più giovani: bambini, giovani e adulti. Il rapporto intergenerazionale aiuta non solo l'anziano a riconoscersi nel tessuto sociale, ma anche il bambino o il ragazzo nella strutturazione della propria personalità. L'incontro intergenerazionale non ha solo una finalità pratica (cura dei nipotini, della casa, ecc.), ma anche una finalità emotivamente significativa: il supporto dell'anziano si esplica anche ad altri e più importanti livelli, quali l'affetto, la trasmissione del vissuto memoriale e, quindi, esperienziale e del senso di continuità della vita, il dono di sé.

Le problematiche dell'anziano, dunque, hanno una stretta relazione con quelle della famiglia: l'attuale disgregazione e disorganizzazione familiare rappresenta, pertanto, una delle cause principali dell'emarginazione dell'anziano e della sua sensazione

di inutilità e disperazione. Questi aspetti negativi dell'essere anziani oggi nelle nostre società non potranno essere eliminati finché la famiglia non riceverà essa stessa una correzione di rotta verso un ruolo più centrale nella vita sociale e verso una valorizzazione significativa delle sue potenzialità e del suo apporto.

“Gli anziani rappresentano la ‘memoria storica’ delle generazioni più giovani, sono portatori di valori umani fondamentali. Dove manca la memoria mancano le radici e con esse la capacità di proiettarsi con speranza in un futuro che oltrepassi i confini del tempo presente. La famiglia – e dunque l'intera società – trarranno grande beneficio dalla rivalutazione del ruolo educativo dell'anziano”<sup>12</sup>.

## L'anziano nell'ambito sanitario

### L'IMPOSTAZIONE “MIGLIORISTA”

Nella rappresentazione della vecchiaia un ruolo importante è rappresentato dall'ambito medico che tende a “far valere il proprio metro di giudizio in termini di salute per determinare il valore globale della vita delle persone”<sup>18</sup>.

Nell'ottica medica la vecchiaia rappresenta il periodo della vita in cui è più alta la probabilità di dover ricorrere a trattamenti medici. Per contrastare questa condizione, che alcuni ritengono erroneamente in sé patologica, sarebbe lecito immaginare di intervenire con le più moderne tecnologie di ingegneria genetica in modo da perseguire una sorta di “immortalità biologica”. Noi riteniamo invece che l'atteggiamento più indicato sia quello cosiddetto “*migliorista*”, basato sul principio terapeutico e che prevede una strategia di mantenimento dello stato di salute attraverso la terapia dei fattori patologici, cercando di mantenere l'autosufficienza al miglior livello secondo un concetto equilibrato di “qualità di vita”. Infatti la realtà per la quale ogni essere umano invecchia si iscrive nell'ambito del normale ciclo biologico (nascita/vita/morte) al quale tutti gli esseri viventi – uomo incluso – sono sottoposti. Nessuna scienza medica è in grado, attualmente, di evitare il fenomeno dell'invecchiamento e le strategie miglioristiche possono solo ritardare il deterioramento e allungare la durata della vita, ma non certamente annullare un fenomeno che è indipendente dalla volontà del singolo. Le strategie miglioriste, pertanto, consistono nel *prevenire* le malattie, nel *curare* l'anziano e nella *riabilitazione*, unendo insieme Medicina Generale e Geriatria. In quest'ottica non si po-

trà fare a meno di una politica di prevenzione e di educazione sanitaria (la dimensione spirituale della salute).

Nell'ambito del dibattito bioetico attuale in relazione all'assistenza all'anziano, vi è la tendenza a considerare il fattore “età” come un “indicatore” terapeutico ovvero come criterio discriminante per decidere se assistere o meno il paziente anziano con particolari interventi costosi. Ora, se il fattore “età” può essere d'aiuto per valutare le aspettative e l'esito di una terapia relativamente alle condizioni del paziente anziano, ovvero in un calcolo rischi/benefici, esso non può essere utilizzato, però, in un calcolo costo/benefici. In quest'ultimo caso, infatti, si tenderebbe ad intervenire solo a favore di chi – una volta ristabilitosi – fosse produttivo e utile per la società. Tale atteggiamento è tipico dell'utilitarismo etico che suggerisce come criterio prioritario quello del calcolo dei risultati in termini di quantità e produttività di vita, un utilitarismo che si fonda, tra l'altro, su una visione riduttiva e antipersonalista del concetto di qualità di vita sicché, invece di favorire la promozione di chi ha più bisogno, per malattia o per età, tra cui l'anziano, si tende a penalizzarlo. Secondo un'ottica personalista invece, la sanità dovrà mantenersi orientata al criterio della socialità e della sussidiarietà secondo il quale gli anziani devono essere curati, come tutti, in base alle proprie necessità senza che vengano privati delle cure a motivo di deprezzamento nei loro confronti e di subdolo avallo dell'eutanasia sociale.

## Mantenere in famiglia l'assistenza

Nel contesto medico assume particolare rilievo il problema dei ricoveri impropri dovuti soprattutto al disimpegno della famiglia e alla presenza sempre più numerosa nella società di anziani soli. Il ricovero improprio, oltre ad essere indice di una società che rifiuta l'anziano, rappresenta un grave danno al buon funzionamento dell'assistenza sanitaria in generale poiché impegna risorse che potrebbero essere meglio spese per situazioni di reale necessità. Anche nella considerazione del problema dell'assistenza sanitaria all'anziano, non bisogna dimenticare, infatti, il ruolo fondamentale della famiglia, soprattutto per quanto concerne l'assistenza domiciliare, ruolo troppo spesso negato e non riconosciuto con adeguate politiche di sostegno. La famiglia è il luogo naturale dell'assistenza, il luogo in cui nel momento di fragilità legato alla malattia gli affetti e le persone care rappresenta-

no un aiuto e un sostegno umano impareggiabili per il soggetto anziano. Troppo spesso tuttavia le famiglie non sono supportate, dal punto di vista clinico e sociale, in questo compito che risulta senza dubbio gravoso per la mancanza di competenze specifiche, di supporto psicologico e di risorse adeguate.

## La qualità della vita

Un problema particolare è quello della validità delle scale di valutazione della qualità di vita proposte da alcuni Autori. Per misurare la qualità di vita degli anziani sono stati predisposti strumenti e scale che riguardano le quattro componenti della qualità di vita: a) lo stato fisico e la capacità funzionale; b) lo stato psicologico e il senso di benessere; c) le interazioni sociali e i fattori economici; d) i fattori etici o valoriali. Nel valutare la qualità di vita si dovrà guardare alla totalità della persona di cui si terranno presenti i bisogni, i desideri, ma anche i valori ed essa assumerà un significato complementare alla vita stessa: la qualità infatti ha senso solo se rapportata alla vita, della quale è un attributo, una disposizione che acquisisce senso se riferita appunto alla sostanza. Questo non vuol dire che la qualità non abbia valore, ma si vuol precisare che, in quanto attributo, la qualità va sempre rapportata alla sostanza, cioè alla vita stessa della persona, che ne è il necessario presupposto.

Un grave problema sanitario è quello dell'assistenza degli anziani non autosufficienti a causa di malattie organiche e neuropsicologiche gravemente debilitanti. L'assistenza e il ricovero di questi soggetti nelle strutture ospedaliere è piuttosto difficoltosa per la precedenza che si accorda al trattamento delle patologie acute. È in questo ambito che spesso si scoprono e si propagano tentazioni eutanasiche. Occorre allora creare strutture adeguate per gli anziani non autosufficienti e lungo-degenti, potenziando nel contempo al massimo l'assistenza all'interno della famiglia, che è e rimane l'elemento chiave di ogni equilibrato sistema di cure.

## Le scale valutative del grado di benessere dell'anziano

La valutazione dell'autosufficienza o meno dell'anziano e, in definitiva, del suo benessere-malessere, non può essere basata esclusivamente su parametri biomedici, i quali risultano insufficienti a inquadrare globalmente la complessa realtà dell'anziano.

Il cosiddetto approccio "funzionale" all'anziano, invece, sembra una misura più adeguata a valutare il suo grado di autosufficienza. Tra le numerose scale valutative proposte, i riferimenti più accreditati sono senza dubbio i concetti di *Activity of Daily Living* (ADL) e *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL), rispettivamente le attività della vita quotidiana di base (inerenti la cura della propria persona) e le attività che utilizzano strumenti della vita quotidiana. Ad essi si sono rifatti i più autorevoli studi sugli aspetti socio-sanitari della condizione anziana. Il Documento conclusivo della Conferenza di Vienna dell'ONU del 1982, afferma: "Occorre ampliare l'assistenza a domicilio per assicurare servizi socio-sanitari di buon livello e di qualità sufficiente perché le persone anziane possano abitare nella loro comunità di origine e vivere autonomamente il più a lungo possibile. L'assistenza a domicilio non può essere considerata come un sostituto delle cure ospedaliere; questi due tipi di cura sono invece complementari e converrà associarle nel sistema sanitario perché le persone anziane possano ricevere, con una spesa minima, le cure più adatte alle loro esigenze. Occorre dotare i servizi a domicilio di mezzi medici, paramedici, infermieristici e tecnici che consentano di limitare il ricorso alla ospedalizzazione" <sup>19</sup>.

## L'assistenza all'anziano morente e il rifiuto dell'eutanasia

Un ultimo punto è quello che si riferisce all'assistenza sanitaria e umana all'anziano nel momento della malattia terminale e della morte. La specificità dell'anziano in quanto avanti con gli anni, non può in alcun modo costituire motivo di discriminazione nelle scelte assistenziali. Valgono anche qui alcuni criteri di base utilizzati per tutti i pazienti in fase terminale di malattia:

- 1) *il rifiuto di qualsiasi forma di eutanasia*. In nome della dignità di ogni individuo umano, che richiede innanzitutto il rispetto della vita fisica e corporea quale valore fondamentale della persona, l'etica personalista condanna il ricorso all'eutanasia, alla soppressione di un essere umano, sia che questo gesto venga richiesto per se stessi o per gli altri. Particolarmente avvertite nell'ambito della Geriatria a questo proposito sono le questioni definite del *Do Not Resuscitate* e della *Cardio-Pulmonary Resuscitation*, ovvero delle direttive mediche volte alla rianimazione o meno del paziente anziano;
- 2) *il rifiuto di qualsiasi tentativo di accanimento terapeutico*. L'accanimento terapeutico si confi-

gura qualora si ricorra ad un trattamento inefficace in situazione a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato o di sofferenza o gravami ulteriori per il paziente e si intraprenda un trattamento chiaramente sproporzionato nel rapporto rischio-beneficio. La *Evangelium Vitae* definisce l'accanimento terapeutico come l'uso di "interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza "rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi";

- 3) *la valutazione della proporzionalità degli interventi in relazione allo stato del paziente.* Ogni intervento terapeutico sul malato deve essere giustificato dalla possibilità di trarne un beneficio proporzionato al rischio e al costo umano imposto al paziente, in assenza di altre e valide alternative. L'età del paziente è senz'altro un fattore da tenere presente nella valutazione della terapia, ma solo in relazione all'efficacia della terapia stessa e non, quindi, con intenti discriminatori. In questo ambito hanno assunto oggi importanza crescente le cosiddette cure palliative, volte a migliorare la qualità della vita del paziente attraverso l'efficace trattamento dei sintomi nella fase finale di malattia assicurando al contempo al paziente un adeguato accompagnamento umano;
- 4) *la richiesta del consenso informato per gli interventi ad elevato rischio.* Il medico non può imporre al paziente trattamenti che potrebbero essergli di vantaggio in una certa percentuale di casi, ma che potrebbero presentare anche un rischio elevato di esito negativo: al paziente o a chi lo rappresenta legalmente deve essere lasciata la libertà di scegliere se accedere o meno a un programma terapeutico che presenta le suddette caratteristiche;
- 5) *la continuazione dell'assistenza ordinaria*, ivi comprese la nutrizione e l'idratazione (anche artificiali), l'igiene corporale, la medicazione, la detersione delle ulcere, assistenza che deve essere considerata un diritto del paziente non soltanto per rispetto della sua vita, ma anche per non aumentare la sofferenza della morte; inoltre la sottrazione delle cure ordinarie non deve essere assunta come una via surrettizia per anticipare la morte;
- 6) *la possibilità di somministrare analgesici*, nell'ambito delle cure palliative, qualora il paziente lo richieda, dopo averlo avvertito dei possibili effetti di obnubilazione della coscienza e calibrando le dosi in modo che non siano essi stessi causa diretta e voluta della morte. Nel caso in cui la loro somministrazione dovesse comportare la perdita della coscienza, si deve chiedere il consenso al paziente e si deve prevedere la possibilità di adempiere le sue volontà finali; in ogni caso le dosi impiegate devono essere proporzionate all'intensità del dolore. Sul problema etico legato alla liceità o meno dell'uso di analgesici e sedativi per lenire il dolore anche quando ciò comporta il rischio di abbreviare la vita al paziente, il Magistero cattolico si era già espresso efficacemente con il papa Pio XII, ripreso dalla *Evangelium Vitae*: "È lecito sopprimere il dolore per mezzo di narcotici, pur con la conseguenza di limitare la coscienza e di abbreviare la vita 'se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali'. In questo caso, infatti, la morte non è voluta o ricercata, nonostante che per motivi ragionevoli se ne corra il rischio: semplicemente si vuole lenire il dolore in maniera efficace, ricorrendo agli analgesici messi a disposizione dalla medicina" (EV n. 65);
- 7) *l'obbligo di una adeguata informazione e comunicazione* al paziente sulla gravità della malattia: tali informazioni dovranno essere commisurate alle condizioni psicologiche e spirituali dello stesso;
- 8) *un'adeguata assistenza umana, psicologica e spirituale* perché sia alleviato il senso di solitudine del soggetto. È doveroso altresì intervenire nell'elaborazione del lutto nei confronti dei parenti sia per solidarietà che per operare una vera umanizzazione della morte;
- 9) *l'organizzazione di modelli alternativi di assistenza.* Le esigenze più recenti, convalidate da oramai note esperienze, sottolineano l'importanza di modelli alternativi all'ospedalizzazione del morente quali gli *hospices*, l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare con differenti gradazioni di intervento specialistico, ma con un intento unico che è quello di riportare l'evento morte all'interno della famiglia.

## Conclusioni

La situazione attuale delle persone anziane nelle società sviluppate presenta l'errore di fondo di

considerare la vecchiaia una fase improduttiva e inutile dell'esistenza umana con la conseguente emarginazione e deresponsabilizzazione dei soggetti anziani. Questo soprattutto a causa delle caratteristiche culturali delle nostre società che privilegiano qualità tipiche dell'età giovane o adulta. Ma la persona anziana, oltre a condividere il valore specifico e sostanziale di tutti gli esseri umani, ha non solo il diritto, in base al principio di socialità e sussidiarietà, ad essere considerata alla stregua di tutti gli altri cittadini, ma possiede una ricchezza precipua che gli deriva dal suo vissuto, dall'esperienza e dal privilegiare, tipico di questa stagione della vita, la dimensione spirituale ed essenziale della vita umana, dimensioni spesso carenti all'in-

**La crisi del pensiero antropologico della cultura occidentale degli ultimi decenni, influenzata dal processo di secolarizzazione, ha portato alla perdita del senso dell'uomo, del suo valore ontologico e della sua dignità, con la tendenza al riduzionismo. L'esaltazione dell'individuo-uomo per la sua razionalità e autonomia morale sradicata dall'Essere trascendente, la libertà interpretata sia come origine e sorgente interiore del proprio operare sia come fine, l'identificazione della "qualità di vita" nella capacità di fruire e sentire il piacere e vincere il dolore ne costituiscono le caratteristiche più peculiari.**

In tale contesto la vecchiaia, con tutto il suo bagaglio di maturità e saggezza, viene considerata una fase improduttiva e inutile dell'esistenza umana; la persona anziana, custode della memoria collettiva ed interprete privilegiata degli ideali e valori comuni che reggono e guidano la convivenza sociale, è sempre più emarginata; l'anziano che non gode degli attributi di autodeterminazione e di autonomia non è più da considerare "soggetto di diritti".

Di fronte ad una cultura a sfondo meccanicistico e utilitarista e alla tendenza al riduzionismo dei modelli antropologici che informano le moderne filosofie dell'uomo, il personalismo ontologico di

terno della società. Si tratta allora di valorizzare i carismi specifici dell'anzianità: "Il contributo di esperienza che gli anziani possono apportare al processo di umanizzazione della nostra società e della nostra cultura è quantomai prezioso e va sollecitato, valorizzando quelli che potremmo definire carismi propri della vecchiaia: la gratuità [...], la memoria, l'esperienza, l'interdipendenza [...], una visione più completa della vita"<sup>20</sup>.

"La grandezza di una società - scrive Giovanni Paolo II - si misura dall'attenzione che essa porta a questi ideali e a queste ricchezze e, per conseguenza, alle garanzie che sa offrire alle persone anziane di poter sempre incrementare il proprio inserimento anche operativo come membri di una comunità"<sup>21</sup>.

**Ispirazione cristiana, identificando il concetto di persona con quello di essere umano, riconosce il valore dell'uomo nella sua stessa essenza e, con esso, quello della sua dignità, dal concepimento sino alla morte naturale. Esso, oltre a promuovere e a valorizzare la dignità dell'anziano in quanto persona ed i suoi carismi specifici all'interno della società, della famiglia e delle comunità assistenziali, afferma la necessità di una visione ontologica della corporeità, cosicché la natura corporea della persona ha valenza più che biologica, ha significato morale.**

Pertanto, circa l'assistenza sanitaria e umana all'anziano morente, la visione personalista si caratterizza per: il rifiuto di qualsiasi forma di eutanasia e di ogni tentativo di accanimento terapeutico; la valutazione della proporzionalità degli interventi in relazione allo stato del paziente; la doverosa continuazione dell'assistenza ordinaria (nutrizione e idratazione, anche artificiali, igiene corporea, medicazione, detersione delle ulcere); la promozione di un'assistenza che risponda in modo integrale e personalizzato alle esigenze del malato, che sono certamente di ordine clinico, ma anche morale, psicologico e spirituale.

**Parole chiave:** Persona umana • Dignità • Vecchiaia • Personalismo ontologicamente fondato

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Giovanni Paolo II. *Lettera Enciclica Evangelium Vitae*. 1995, n. 11.
- <sup>2</sup> Giovanni Paolo II. *Lettera Enciclica Evangelium Vitae*. 1995, n. 21.
- <sup>3</sup> Giovanni Paolo II. *Lettera Enciclica Evangelium Vitae*. 1995, n. 18. Vedi anche Lucas-Lucas R. *Soggettivismo e individualismo della libertà*. In: Sgreccia E, Lucas Lucas R, (a cura di). *Commento interdisciplinare alla Evangelium Vitae*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 1997, pp. 254-255.

<sup>4</sup> Giovanni Paolo II. *Lettera Enciclica Evangelium Vitae*. 1995; n. 20. Vedi per la parte storico-critica del soggettivismo individualista, l'analisi dell'Enciclica fatta da Lucas-Lucas R. *Soggettivismo e individualismo della libertà, radici della violenza contro la vita umana*. In: *Commento interdisciplinare alla Evangelium Vitae*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 1997, pp. 246-256.

<sup>5</sup> Sgreccia E. *La persona umana*. In: Romano C, Grassani G, eds. *Bioetica*. Torino: UTET 1995.

<sup>6</sup> Locke J. *Saggio sull'intelletto umano* (1690). lib. II, cap. XVII, § 11; tr. It., Torino: UTET 1971, p. 394.

- <sup>7</sup> Fornero G. *Bioetica cattolica e bioetica laica*. Milano: Mondadori 2005, pp. 108-109.
- <sup>8</sup> Cozzoli M. *La legge naturale a difesa della vita. Le ragioni e i limiti della difesa della vita fisica*. In: De Dios Vial Correa J, Sgreccia E, (a cura di). *Pontificia Accademia pro Vita. La cultura della vita: fondamenti e dimensioni*. Atti della settima Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la Vita, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 2002, pp. 179-206; riportato da Fornero G. *Bioetica cattolica e bioetica laica*. Milano: Mondadori 2005, p. 55.
- <sup>9</sup> Cozzoli M. *La legge naturale a difesa della vita. Le ragioni e i limiti della difesa della vita fisica*. In: De Dios Vial Correa J, Sgreccia E, (a cura di). *Pontificia Accademia pro Vita. La cultura della vita: fondamenti e dimensioni*. Atti della settima Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la Vita, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 2002, pp. 179-206; riportato da Fornero G. *Bioetica cattolica e bioetica laica*. Milano: Mondadori 2005, p. 120.
- <sup>10</sup> Maritain J. *I diritti dell'uomo e la legge naturale*. Milano: Vita e Pensiero 1977, pp. 4-5.
- <sup>11</sup> Tettamanzi D. *Aspetti etici della condizione anziana*. In: Sgreccia E, Antico L, (a cura di). *Anzianità creativa*. Milano: Vita e Pensiero 1989, pp. 123-138.
- <sup>12</sup> Citazione riportata da: Pontificio Consiglio per i Laici. *La dignità dell'anziano e la sua missione nella chiesa e nel mondo*. 1 ottobre 1998, reperibile in [www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_councils/laity/documents/rc\\_pc\\_laity](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/laity/documents/rc_pc_laity_doc_05021999_older-people_it.html)
- <sup>13</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica. *Bioetica e diritti degli anziani*. 20 gennaio 2006, p. 14.
- <sup>14</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica. *Bioetica e diritti degli anziani*. 20 gennaio 2006, p. 21.
- <sup>15</sup> Ciccone L. *Anziani e handicappati. Due sfide alla società civile e alla comunità cristiana*. LDC, Leumann, 1987, pp. 27-28. Riportato da Tettamanzi D. *Aspetti etici della condizione anziana*. In: Sgreccia E, Antico L, (a cura di). *Anzianità creativa*. Milano: Vita e Pensiero 1989, p. 138.
- <sup>16</sup> Antico L. *L'anziano tra "active aging" e disabilità*. In: Sgreccia E, Antico L, (a cura di). *Anzianità creativa*. Milano: Vita e Pensiero 1989, pp. 1-6.
- <sup>17</sup> ONU. *Documento conclusivo della conferenza di Vienna*. Allegato A/1, lettera B. In *Medicina e Morale*, 1985/2, p. 425.
- <sup>18</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica. *Bioetica e diritti degli anziani*. 20 gennaio 2006, p. 12.
- <sup>19</sup> ONU. *Documento conclusivo della conferenza di Vienna*. Raccomandazione n. 13.
- <sup>20</sup> Pontificio Consiglio per i Laici. *La dignità dell'anziano e la sua missione nella chiesa e nel mondo*. 1 ottobre 1998, reperibile in [www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_councils/laity/documents/rc\\_pc\\_laity\\_doc\\_05021999\\_older-people\\_it.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/laity/documents/rc_pc_laity_doc_05021999_older-people_it.html) pp. 14-15.
- <sup>21</sup> Giovanni Paolo II. *Ai movimenti di pensionati e anziani*. 21 maggio 1982.