

Sommario

In questo numero	1
L'esperienza di un gruppo	2
Riflessione sulle problematiche di fine vita	4
E' accaduto....	9
Accadrà	9

In questo numero

In questo numero del nostro notiziario, presentiamo l'attività di uno dei gruppi: il Gruppo di riflessione sulla vita e sulla morte.

E' un gruppo affiatato, attivo ed anche molto avvinto dalle problematiche che affronta e che toccano dimensioni profonde della nostra esperienza umana.

Si è partiti infatti da esperienze personali di perdita di persone care, per interrogarci più a fondo del senso della vita e della morte.

Il gruppo ha saputo trovare un buon equilibrio tra il mettere in comune qualcosa della propria vita ed un lavoro di lettura e di approfondimento, necessario su temi spesso nuovi e a volte rimossi dal dibattito pubblico.

Così quando è stato necessario si è ricorso a contributi di persone esperte che ci hanno aiutato a capire ed approfondire.

Abbiamo anche visto crescere attorno a noi interesse per le riflessioni che affrontavamo e così il gruppo ha pensato di allargare ogni tanto la propria attività estendendo l'invito anche ad altri.

Un bellissimo incontro si è tenuto ad esempio lo scorso novembre sul tema "Umiltà per nascere, umiltà per morire", con grande interesse e partecipazione dei presenti (si può leggere la relazione sul sito, sotto la voce "Gruppo di riflessione sulla vita e sulla morte").

Anche questo modo di lavorare merita di essere richiamato: un gruppo deve poter riflettere convivialmente e con reciproca fiducia (e dunque essere tendenzialmente ristretto), ma deve sapersi aprire agli altri, non essere ripiegato su se stesso, confrontarsi, comunicare.

Comunicare significa crescere, crescere insieme.

**RICORDIAMO A TUTTI L'INCONTRO DI SABATO 24 MARZO!
(vedi dettaglio a pagina 9)**

L' ESPERIENZA DEL GRUPPO “DIGNITA' DELLA VITA E DIGNITA' DELLA MORTE”

Come e' nato il gruppo

Il gruppo si è costituito in base a rapporti amicali, sostanzialmente su tre ordini di considerazioni.

Innanzitutto l' esperienza recente di alcuni di perdita di persone care o di accompagnamento dei propri cari al momento del morire: un' esperienza profonda, cui non siamo abituati e preparati e che apre dentro di noi tanti interrogativi, che spesso non avevamo avvertito prima o che non ci eravamo posti esplicitamente.

In secondo luogo abbiamo constatato che nella società di oggi la morte viene rimossa e che anche la Chiesa rischia di subire questa pressione della mentalità odierna.

Infine certamente ha contato l'età dei promotori, tutti attorno o oltre la sessantina, età, che pur essendo ancora attiva, invita ad intraprendere la strada della meditazione (a tirare i remi in barca, per così dire)

Una riflessione sui temi della vita e della morte mette in discussione sentimenti e aspetti della nostra persona che sono di natura intima, sui quali ognuno è giustamente riservato. Eppure sono questioni fondamentali dell' esistenza per le quali spesso avvertiamo il bisogno di confrontarci e di confortarci, cioè di poterne parlare ma con chi è in grado di capirci, con chi possiamo aprirci, che vuole sinceramente ascoltarci, di cui avere fiducia. Questo è il gruppo: una zona franca, libera, amicale, dove uno può mettersi in discussione perché anche gli altri lo fanno, tutti alla pari, in uno spirito mutuo.

Le esperienze

Il gruppo ha vissuto molto sullo scambio di esperienze: esperienze di come abbiamo vissuto la morte di persone vicine a noi, di luoghi dove la morte è di casa (ospedali, AIDS), di persone molto malate o terminali, del nostro modo di accostarci al tema della morte.

E' difficile sintetizzare tanti interventi personali diversi per sensibilità e punti di

vista. Si può dar conto indicativamente dei nodi principali delle discussioni avvenute:

- *la morte dei nostri cari e delle persone vicine a noi*

La morte lascia sempre un vuoto; non siamo mai preparati anche quando ce l'aspettiamo. Poi però questo vuoto si riempie dei ricordi migliori e man mano rielaboriamo il rapporto con la persona che non c'è più e assumiamo tutto il bene ricevuto come un' occasione di maturazione; è come salire un gradino.

Poi naturalmente vi sono esperienze personali differenti.

+ chi ha perso il padre improvvisamente per infarto e sono stati necessari anni di analisi per superare il trauma

+ chi ha perso una cara amica (stessa età, stessa malattia); esisteva un patto tacito di mutuo aiuto e così la sente vicina ancora adesso

+ chi ha perso il padre anni fa e più recentemente la madre. La riflessione recente fa meglio comprendere anche la figura del padre

+ chi ha perso dei cari sin da giovane e poi anche negli ultimi anni: è come tagliare le radici, è una dura esperienza di maturazione.

- *Come vediamo la nostra morte e come prepararci*

La morte è un cambiamento (come il parto), è un passaggio: ciò che spaventa è l'ignoto. La coscienza che esiste un al di là costituisce un fattore di sicurezza (di speranza), come la corda in montagna. La vita futura sarà una vita nello spirito e tanto più siamo “spirituali” oggi tanto più si appiana la differenza del passaggio.

Altre riflessioni:

+ il mondo è il regno della finitudine, dunque della fragilità e della sofferenza. Dobbiamo imparare ad accettare i limiti, tra cui la morte

+ la morte degli altri ci insegna che la vita non ci appartiene

+ la morte come esperienza di solitudine

+ come inserire il significato della morte nel senso della vita; accettare la vita è anche accettare la morte.

- Il momento del "morire"

Una cosa è il significato della morte, cosa diversa è la concreta esperienza del morire.

C'è chi è stato accanto ai propri cari al momento del trapasso. Si tratta spesso di situazioni difficili, perché la malattia è lunga, perché i nostri cari non hanno o sembrano non avere più coscienza, perché anche noi, al di là del sentimento, non sappiamo bene come muoverci e come comportarci. Alcune letture (Maria De Hennezel e Elizabeth Kübler-Ross) sono state a riguardo valide e stimolanti.

Sviluppare una maggiore coscienza ci è sembrato essenziale per trovarci preparati alla morte degli altri, come alla nostra, quando verrà.

Alcune considerazioni:

+ parlare dalla morte ai morenti. Da una parte c'è un ritegno, dall'altra è lo stesso morente che non ne vuole parlare

+ l'esperienza in un reparto di Aids: preferiscono parlare della loro vita, piuttosto che della loro morte: sentono il bisogno di raccontarla

+ fare la volontaria al Trivulzio: si è a contatto con la fragilità umana "Stare insieme alla gente che soffre è come stare con la mia gente; mi sento come vaccinata rispetto alla morte"

+ una morte nella pace, una morte che sembra di un'altra epoca: la nonna che muore e vuole accanto a sé i figli ed i nipoti.

+ muore il nonno e i figli e i nipoti lo rivestono insieme.

I problemi

All'inizio, discutendo dei problemi da affrontare, l'elenco che abbiamo steso era molto lungo. Pochi poi sono stati quelli che siamo riusciti ad affrontare effettivamente.

Il motivo fondamentale, a prescindere dal tempo, è che si tratta di impegnativi temi di studio, che come tali richiedono serie letture e l'aiuto di esperti, almeno di supporto.

Abbiamo pensato per questo ad una serie di incontri con esperti/amici (perché riteniamo sempre essenziale non solo la competenza, ma

anche un rapporto di confidenza reciproca, che consenta il dialogo).

Uno di questi incontri è stato realizzato sul tema "Simbologia del nascere, simbologia del morire" ed è stato aperto, con successo, anche ad altre persone.

Poiché nelle discussioni del gruppo scaturiva che per molti la perdita più sentita è quella della mamma, questo incontro è servito a capire che il rapporto con la madre rimane impresso indelebilmente nel feto e nel bambino, nella sua pelle e nella sua sensibilità.

Un'attenzione ulteriore dovrà essere rivolta al rispetto del morto e del morire: vogliamo approfondire l'atteggiamento negli ospedali e nelle case di riposo dove il morto sembra a volte un disturbo di cui liberarsi al più presto, ma anche svolgere una riflessione più profonda sul rispetto del corpo del defunto (particolarmente in rapporto ad una forte pressione per realizzare i trapianti, pressione di efficienza organizzativa che spesso finisce per trattare la salma come un oggetto).

Solo sullo sfondo sono rimasti i problemi religiosi/teologici, se non per alcuni accenni:

- il problema dell'al di là. Cosa ci aspetta subito dopo la morte? Occorre aspettare il giudizio universale o c'è già una forma di partecipazione alla vita divina? Su questo piano ci si confronta anche con chi non esclude la reincarnazione.

- la constatazione che anche la Chiesa trascura questa dimensione dell'esperienza umana; non è raro vedere dei cattolici disperati di fronte alla morte.

Per il futuro sono previsti altri incontri aperti: uno sui problemi teologici (con un sacerdote), uno sui problemi dei malati terminali (con un medico specialista), uno sugli aspetti psicologici (con un docente).

Visto l'interesse che ha suscitato la prima iniziativa "pubblica" il gruppo ora dovrà valutare e sdoppiarsi dividendosi in due oppure continuare il proprio cammino, aprendo di volta in volta gli incontri ad altre persone interessate.

SPUNTI PER UNA RIFLESSIONE SULLE PROBLEMATICHE DI FINE VITA

(Introduzione ad un'incontro svolto il 28 scorso)

E' opinione diffusa che nella società contemporanea la morte, evento frequente (ogni anno muoiono circa 56 milioni di persone), sia respinta dal reale nell'immaginario, sia cioè rimossa dalla vita quotidiana e presente prevalentemente o solo nello spettacolo e nell'informazione.

Nel mondo occidentale l'aspettativa di vita è cresciuta (a circa 85 anni) e poiché l'invecchiamento è caratterizzato dalla riduzione dei meccanismi di difesa e dalla perdita delle riserve funzionali degli organi (le malattie da causa degenerativa sono responsabili del 58.8% delle morti, quelle infettive e da malnutrizione per il 30.5% e quelle traumatiche, intenzionali e non, per il 10.7%) si assiste alla diffusione di complicanze proprie della vecchiaia, che spesso trasformano la fase della conclusione della vita in una convivenza con patologie invalidanti.

Nel 90% dei casi l'evento morte interviene dopo un periodo di infermità per patologie riconosciute come non guaribili, ma la medicalizzazione progressiva della vita e il ricorso sempre maggiore ai ricoveri ospedalieri per questo tipo di pazienti hanno indotto a concepire la morte come il fallimento della medicina e non come l'esito previsto dell'esistenza.

La morte viene perciò resa clandestina e artificiale: solo nel 20% dei casi avviene a casa, e in un normale reparto ospedaliero, dove muore l'80% degli italiani, le pratiche diagnostiche e terapeutiche non sono condizionate neanche dalla imminenza della morte attesa

entro le 24 ore (esami di routine vengono eseguiti nel 57%, terapie endovenose nel 71%). Purtroppo invece nel 60% dei malati con sintomatologia dolorosa grave non viene attuata una efficace terapia antalgica (studio EOLO - How People Die in Hospital General Wards. - J Pain Symptom Manage, 2005,30:33-39)

L'esecuzione di indagini o la somministrazione di farmaci in questi casi configura il quadro dell'accanimento terapeutico, definito come il praticare interventi (che possono comportare sofferenza o isolamento dai propri cari di pazienti prossimi alla fine) allo scopo di prolungare in modo forzato e macchinoso e solo per breve tempo, la vita (o il morire). Nell'accanimento terapeutico manca proporzionalità tra mezzi impiegati e prevedibile effetto (concetto di futilità). Il codice di deontologia medica 2006 all'art 39 e il codice deontologico della professione di infermiere, all'art 4.15 considerano questa prassi non etica, perché evitare l'accanimento non significa procurare la morte ma accettare di non poterla impedire.

L'accanimento è una modalità diffusa della medicina contemporanea, coerente con la filosofia che la vede come l'impresa umana che contrasta la morte, ma conseguente anche alla progressiva specializzazione che comporta la perdita della visione del carattere personale della malattia. E' anche connessa a una difesa preventiva contro l'accusa, sempre possibile, di negligenza e omissione.

E' noto che la morte non estingue in modo istantaneo e

globale l'attività di tutte le cellule, e ciò ha determinato nella società, specie del 1700 e 1800, il timor panico della morte apparente e della sepoltura prematura.

Per la definizione di morte, nell'antichità era adottato il criterio respiratorio perchè l'elemento essenziale della vita fisica era rappresentato dal respiro (pneuma).

In seguito, dopo la scoperta della circolazione del sangue la morte viene interpretata come il venire meno di uno dei 3 pilastri su cui si basa la vita (cervello, cuore e polmoni) e il momento della morte coincide con l'arresto irreversibile del cuore (cor ultimium moriens).

Il criterio cardiaco empiricamente valido pur non cogliendo il nocciolo essenziale della morte, è stato messo in crisi dagli anni 60, con lo sviluppo delle tecniche rianimatorie. Cuore e polmoni, vicariabili da macchine, non identificano la persona, e la loro sostituzione permanente con i trapianti non modifica la persona.

L'attenzione è stata progressivamente spostata dagli organi e apparati alla persona. L'identità dell'uomo è costituita dalla sua complessa unità e non dalla somma delle funzioni dei vari organi, né dalle sole funzioni superiori o psichiche che non esistono isolate.

Le funzioni fisiche e psichiche sono inscindibilmente congiunte: il corpo alimenta e supporta ogni attività psichica e lo psichismo permea il corpo. La morte coincide con la perdita irreversibile della capacità di integrare e coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo.

Poiché l'encefalo controlla le funzioni vegetative e di relazione ed è sede delle

funzioni più elevate, la morte della persona coincide con la distruzione funzionale e anatomica dell'encefalo (Legge 578 1993). Le procedure di diagnosi di morte si avvalgono obbligatoriamente di criteri neurologici in grado di dare la certezza della completa distruzione delle cellule cerebrali.

La definizione concettuale è basata su osservazioni del cosiddetto coma dépassé, che risalgono al 1959, cioè della situazione di soggetti con diagnosi clinica di morte cerebrale sottoposti a rianimazione: nessun organismo con i sintomi di morte cerebrale è mai sopravvissuto e nessun paziente sopravvissuto al coma ha mai presentato i segni di morte dell'encefalo (vedi allegato 1).

Ma le tecnologie biomediche di rianimazione e sostegno vitale hanno anche reso meno evidente il confine che separa la vita dalla morte, e il loro sviluppo e diffusione hanno permesso la comparsa di una popolazione di esseri umani che non avendo mai avuto (per malformazioni dello sviluppo embrionale) o perso e non più riacquisito (per traumi, patologie vascolari etc) le funzioni cerebrali superiori, continuano a vegetare in una condizione di qualità a dir poco scadente.

In questa condizione clinica, descritta compiutamente nei primi anni 70, ma identificata già nel 1940, si trovava Terry Schiavo e si trovano attualmente circa 1200 soggetti in Italia.

Nello stato vegetativo si ha la persistenza delle funzioni vegetative (termoregolazione, respiro, circolo) e dello stato di veglia (condizioni governate dalla parte del cervello detta Tronco Encefalico), in assenza

di qualsiasi segno di interazione intenzionale con l'ambiente governato dalla corteccia cerebrale.

Sulla base delle conoscenze e tecniche mediche attuali, in assenza di qualsiasi segno di interazione con l'ambiente non è possibile rilevare alcuna residua consapevolezza. Si ha una dissociazione irreversibile tra vita vegetativa e la vita cosciente.

Lo stato vegetativo è definito come una condizione clinica di mancata coscienza di sé e dell'ambiente, in cui il paziente respira spontaneamente, ha un circolo stabile, mostra cicli di apertura e chiusura degli occhi che mimano il sonno e la veglia. Ci possono essere movimenti afinalistici (reazioni riflesse o di mimica come il pianto e il sorriso). La sopravvivenza è affidata anche ai presidi che parenti e società sono capaci e disposti a fornire.

Il comitato italiano di bioetica (2005) sostiene che la idratazione e la nutrizione devono essere considerati alla stregua di un sostentamento vitale di base (come l'igiene, il riscaldamento dell'ambiente, il non abbandono) e che la sospensione del sostentamento vitale è illecita. Se così è, idratazione e alimentazione artificiali non possono essere considerate accanimento terapeutico. Ciò è recepito dal codice di deontologia medica che a proposito dell'assistenza al malato a prognosi infausta (art.39) dice "in caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico".

Di parere opposto sono le conclusioni del Gruppo di lavoro istituito dal Ministero della salute nel 2000. secondo cui nutrizione e idratazione artificiali sono, se non una terapia vera e propria, una pratica medica che può lecitamente essere prolungata o sospesa dall'equipe di cura (di una struttura sanitaria).

Nel caso di Eluana Englaro la magistratura ha assimilato la sospensione della nutrizione/alimentazione a un atto di eutanasia, sostenendo che il diritto alla vita è inviolabile e indisponibile anche da parte del titolare.

In altri paesi le impostazioni sono varie: in Germania garantire idratazione e alimentazione è imperativo; in Gran Bretagna la richiesta di sospensione da parte del medico, sulla base del principio di inesistenza di beneficio del trattamento, in assenza di rifiuto anticipato da parte del paziente, può essere attuata previa autorizzazione del giudice.

Si sostiene oggi che la relazione medico-paziente deve essere un rapporto paritario tra persone.

Il medico, oltre al dovere di informare, ha il dovere di ottenere, per ogni prestazione diagnostico-terapeutica, il consenso informato esplicito e in forma normata. Ogni pratica terapeutica in assenza di consenso informato viola il principio di autonomia e gli articoli 13 e 32 della costituzione (la libertà individuale è inviolabile; nessuna può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana)

In assenza di consenso, l'intervento terapeutico si configura come violenza privata.

Il soggetto è dunque il migliore conoscitore del proprio maggior interesse in base agli ideali che professa, e le eventuali condizioni di bisogno non fanno perdere al soggetto i suoi poteri di amministrazione della propria salute, della propria integrità e sopravvivenza. Il rifiuto delle terapie non solo è lecito, ma doveroso qualora si configurassero come accanimento terapeutico. Il codice di deontologia medica recepisce questa visione e all'art 35 recita: "non è consentito alcun trattamento medico contro la volontà del soggetto" e all'art. 53

"il medico non deve assumere iniziative coercitive né collaborare a manovre coatte di nutrizione artificiale".

Il tema dell'autonomia introduce anche la problematica delle direttive anticipate o "living will". Il Comitato Nazionale di Bioetica non ha raggiunto alcun accordo, salvo confermare l'articolo 9 della Convenzione di Oviedo (Convenzione sui diritti umani e la biomedica, recepito dal parlamento nella legge 145 del 28-3-2000) in cui si dice che "le preferenze del paziente circa i trattamenti sanitari, espresse in vita, devono essere tenute in considerazione".

L'intervento sanitario nel processo del morire può articolarsi secondo altre direzioni: le cure palliative e l'eutanasia.

Cure palliative sono la modalità di prendersi cura che, riconoscendo il fatto che non è possibile debellare o controllare con terapie una malattia, si occupa più della qualità che della durata della

vite e seda o lenisce i sintomi fastidiosi o disturbanti con provvedimenti terapeutici che non accelerano né pospongono la morte. Scopo primario o unico delle cure palliative è realizzare per il malato il maggiore confort possibile e, in caso di terminalità, consentire una buona morte naturale

Tra i principi di una buona morte identificati da una commissione inglese (vedi allegato 3) vanno sottolineati:

- il controllo del dolore e dei sintomi
- potere scegliere dove morire
- avere supporto spirituale
- potere scegliere chi avere vicino
- avere tempo di dire addio
- potersene andare quando è ora

E' comune convinzione che le terapie praticate in fine vita o i farmaci somministrati nel corso delle cure palliative, in particolare gli oppiacei impiegati per il controllo del dolore e la difficoltà respiratoria (dispnea), riducano l'aspettativa di vita, facendo rientrare dalla finestra dell'eutanasia quanto era stato estromesso dalla porta.

L'esperienza clinica dei medici non supporta questa idea diffusa, e uno studio eseguito su oltre 1300 pazienti terminali ricoverati in Hospices ha dimostrato che la mortalità non è influenzata dall'impiego della morfina (Opioid Use and Survival at the End of Life: ... J Pain Symptom Manage 2006,32,532-540)

Innocente risulta anche la sedazione palliativa o terminale, cioè la riduzione o l'abolizione, temporanea o continua, della coscienza mediante cocktail di farmaci

sedativi, per il sollievo di sintomi altrimenti incontrollabili (agitazione psicomotoria grave, disturbi del respiro, distress psicologico), e che si rende necessaria in circa il 14% dei pazienti ricoverati in Hospice. Confrontazioni tra pazienti con gravità analoga, sedati e non, hanno dimostrato tempi di sopravvivenza sovrapponibili (di 48 ore). (Sedation in palliative care - a critical analysis of 7 years experience. BCM Palliative Care 2000, 2 ; www.biomedcentral.com/1472-684X/2/2).

Eutanasia è il porre deliberatamente fine, senza dolore, alla vita di una persona afflitta da una malattia incurabile o progressiva che inesorabilmente porta a morte. Si tratta, nei metodi e nelle intenzioni, della somministrazione della morte in risposta a una chiara, esplicita e cosciente richiesta della persona.

Il tema si declina tra la critica a "una cieca e acritica venerazione per la vita, da prolungarsi a qualunque costo", e il porre in evidenza primaria il concetto di autonomia della persona.

Se nella problematica della eutanasia vengono coinvolte, come quasi sempre avviene, figure professionali sanitarie, si palesa anche un conflitto di valori, perché radici del dovere professionale di medici e infermieri sono la difesa e conservazione della vita.

Si distingue tra eutanasia attiva o positiva o diretta e eutanasia passiva o negativa o indiretta o omissiva, in cui si effettua astensione da interventi che manterrebbero in vita, e infine tra volontaria, se esplicitamente richiesta dal paziente e non volontaria,

quando la volontà è presunta ma non può essere espressa.

Equiparato all'eutanasia attiva è il suicidio assistito in cui la morte è conseguenza di un atto suicida della persona ma aiutato da altri.

La liceità giuridica, prescindendo dalla liceità morale, dell'eutanasia è diversa nelle diverse legislazioni.

-Nel codice penale elvetico il suicidio (si parla di suicidio solo nel caso in cui la persona agisce in piena consapevolezza) è penalmente indifferente e la partecipazione a una azione non penalmente perseguibile, se non svolta per motivi di interesse personale, non può essere perseguita.

Dagli anni 70 in Svizzera diverse associazioni private "danno consigli e aiutano concretamente i soci, anche stranieri, desiderosi di por fine ai loro giorni".

L'esperienza svizzera secondo alcuni confermerebbe il rischio della "slippery slope", poiché nel paese il suicidio assistito, da uno studio del 2003, ha inciso per lo 0,4% dei decessi, con il 21% delle richieste riferibili a malattie non fatali (Limen, anno 2, numero 4, novembre-dicembre 2006).

-In Olanda l'eutanasia volontaria è "decriminalizzata" purché attuata secondo un rigido protocollo.

-In USA lo stato dell'Oregon (3.600.000 abitanti) nel 1997 ha approvato il "death with dignity act" che consente a pazienti terminali di richiedere, secondo una procedura codificata, la prescrizione di farmaci per morire. Dei 165 pazienti (tutti con aspettativa di vita inferiore a 6 mesi) che hanno fatto richiesta nel 1997, 1998 e 1999, il 18% ha ottenuto i farmaci e di questi

il 59% ne ha fatto uso. I sintomi più frequenti che hanno indotto i pazienti a cercare la morte sono di natura psicologica (perdita di indipendenza e giudizio di cattiva qualità di vita) (vedi allegato 5).

-In Francia dal 2005 è operante una legge che regola l'eutanasia passiva e il testamento biologico.

-In Italia l'eutanasia diretta è considerata omicidio sul consenziente; l'eutanasia passiva è assimilata all'omicidio doloso.

Il suicida mancato non è punibile; l'istigazione al suicidio è sanzionata.

Bibliografia:

- Defanti C.A. Vivo o morto? Zadig editore 1999
- Aramini M. Introduzione alla bioetica. Giuffrè 2001
- Reichlin M. L'etica e la buona morte. Edizioni di Comunità 2002
- Limen. Giornale interprofessionale a cura dell'associazione AGC onlus
- Martini C.M. Io, Welby e la morte. Il sole 24 ore. 21 gennaio 2007

A cura del dr. Marco Romagnoni

E' ACCADUTO

- Sabato 17 febbraio si è svolto a Torino un incontro con gli amici di Abitare la terra. Il cordiale incontro a permesso di confrontarci sulle rispettive attività e di programmare alcune iniziative insieme come un incontro comune in primavera e un collegamento "nazionale" tra gruppi di Torino, Milano, Rimini e forse Vicenza.
- Mercoledì 28 febbraio con buona partecipazione si è svolto l'incontro su "Il giusto salario e la disuguaglianza oggi". Le relazioni, reperibili presso il nostro sito, sono state di Antoniazzi, Giacomassi, segretario generale Cisl di Milano, Bottalico, presidente ACLI di Milano, don Ciccone della pastorale del lavoro e Campiglio dell'Università Cattolica
- E' sorto un nuovo gruppo "Gruppo sul lavoro" che ha già svolto due incontri, mentre a Carnate un altro gruppo si interesserà di immigrazione

ACCADRA'

SABATO 24 MARZO

**A QUINTOSOLE
INCONTRO DI PREPARAZIONE ALLA PASQUA**

PROGRAMMA

RITROVO ORE 15

INTRODUZIONE DI SANDRO ANTONIAZZI

RIFLESSIONE DI DON MARCELLINO

COMUNICAZIONE TRA I PARTECIPANTI

S. MESSA ORE 18

- In aprile (data da definire) è previsto un incontro sul "conflitto tra generazioni", per continuare il nostro lavoro di approfondimento.
- Si rende noto che il nostro sito viene settimanalmente aggiornato dal nostro valente tecnico Nava. Con l'aiuto di altro amico stiamo pensando di renderlo più bello e soprattutto più interattivo in modo da dare la possibilità per chi vuole di intervenire in modo da aprire veri e propri dibattiti. Qui sotto vengono riprodotte le modalità di come accedere al sito e trasmettere idee e proposte.

Comunità e lavoro: c/o Fondazione S. Carlo V. Della Signora 3/a 20122 Milano tel. 0276017040
Sito internet: www.comunitaelavoro.it e-mail: info@comunitaelavoro.it