

Quando si dice miracolo

Il ruolo del medico nel Dicastero delle cause dei santi

Il primo coinvolgimento dei medici nel lavoro del Dicastero delle cause dei santi avvenne nel secolo XV-XVI grazie al coevo sviluppo delle scienze mediche. Nel 1609, in occasione della causa di canonizzazione di san Carlo Borromeo, gli uditori della Sacra Rota (nel tempo le cause passarono alla Sacra congregazione dei riti), durante l'esame di circa 10 miracoli operati da san Carlo, decisero di sottoporli al giudizio di alcuni periti medici.

Nel 1678 Innocenzo XI prescrisse per legge il ricorso ai periti medici. Nel 1743 Prospero Lambertini, divenuto papa Benedetto XIV, che aveva una lunga esperienza come promotore della fede (il cosiddetto «avvocato del diavolo») presso la Sacra congregazione dei riti e per questo è considerato il *magister* delle cause dei santi, decise un numero specifico di miracoli da approvare per beatificazione e canonizzazione; istituì inoltre un albo dei medici da consultare per lo studio delle presunte guarigioni miracolose e indicò in modo preciso quali devono essere i criteri di riferimento per giudicare straordinaria una guarigione.¹

Enunciando questi 9 criteri, il papa fece riferimento ai 3 gradi in cui i miracoli venivano distinti da san Tommaso d'Aquino: *quoad substantiam* (ad esempio, l'acqua trasformata in vino); *quoad subiectum*, cioè fatti che superano le forze della natura non per la cosa prodotta, ma per il

soggetto in cui viene prodotta e pertanto non è richiesta l'istantaneità (ad esempio, risurrezione dei morti, guarigione di un cieco, *restitutio ad integrum*); *quoad modum*, cioè si tratta di fatti che superano le forze della natura per il modo in cui si verificano.²

I 9 criteri, tuttora considerati validi, sono i seguenti: occorre che la malattia sia considerata grave e seria, e ciò renda la sua cura impossibile o almeno assai difficile; il fatto ritenuto straordinario non può sovrapporsi all'inizio di una guarigione naturale; non devono essere state realizzate cure mediche all'uopo e, se applicate, queste non devono aver recato alcun effetto positivo; la guarigione deve essere avvenuta in modo immediato e istantaneo, ma ciò si richiede solo per i miracoli di 3° grado; la guarigione deve essere avvenuta in modo inaspettato e repentino; la malattia non deve ripresentarsi dopo un certo tempo, il che dipenderà dal tipo di malattia, giacché alcune possono comparire anche molti anni dopo la guarigione; le cicatrici non sono incompatibili con i miracoli di 2° e 3° grado; possono verificarsi due miracoli nello stesso soggetto, se si hanno due guarigioni da malattie distinte.

Nel 1948 Pio XII istituì una commissione di medici affiancata da uno speciale Consiglio medico che nel 1959 vennero unificati da san Giovanni XXIII nella Consulta medica di cui approvò un regolamento, rin-

novato da san Paolo VI nel 1976 e da papa Francesco il 23 settembre 2016 sia a partire dalla costituzione apostolica *Divinus perfectionis magister*, promulgata da san Giovanni Paolo II nel 1983, sia dall'esperienza accumulata negli ultimi anni dalla Congregazione delle cause dei santi.

Il senso dei miracoli

San Tommaso d'Aquino, sulla scia di sant'Agostino, afferma che il miracolo non avviene «*contra naturam*», come veniva affermato nell'Alto medioevo, ma l'intervento di Dio si manifesta nel superamento del normale corso delle cose, cioè «*super naturam*», intensificando quindi le potenzialità naturali che lui stesso ha fissato nell'atto della creazione.

Nella costituzione dogmatica del concilio Vaticano II *Lumen gentium* (n. 5) viene detto che i miracoli sono segni del regno di Dio, il quale realizza e custodisce l'ordine della natura ma può anche modificarlo. Non si tratta di correzioni dell'ordine del cosmo ma di anticipi della perfezione futura del Regno.

Il Concilio parla dunque dei miracoli come «segni di salvezza», perché il loro fine primario è quello di corroborare la testimonianza di Gesù, il Dio-con-noi, per darci la vita eterna. Tra i fini secondari vi è senz'altro quello dell'acquisito benessere fisico del miracolato e quello di offrire alla Chiesa la conferma di-

vina per il riconoscimento della santità di un cristiano.³

Il miracolo può essere così il «dito di Dio» (Lc 11,20) con cui sappiamo che la persona invocata è in paradiso e intercede efficacemente per i suoi fratelli della Chiesa militante. «Il concilio Vaticano II ha dunque confermato il valore della preghiera rivolta ai membri del corpo mistico che fanno ormai parte della Chiesa celeste e intercedono presso Dio, dal quale soltanto proviene ogni grazia. Questo richiamo alla fede della Chiesa ci consente di considerare la realtà dei presunti miracoli ottenuti dai fedeli con il ricorso a quei membri del corpo mistico che, per la santità della loro vita, sono ritenuti membri della Chiesa celeste».⁴

Un'ultima considerazione va fatta sull'intima correlazione tra miracolo e santità, soprattutto quella canonizzabile, ben descritta in un articolo all'interno del commentario all'esortazione apostolica di papa Francesco *Gaudete et exsultate*, a firma di p. Bogusław Turek, sottosegretario del Dicastero delle cause dei santi.

Scrivendo l'autore: «Se i miracoli di Gesù rivelano la sua gloria, svelano cioè il suo essere figlio di Dio, i miracoli ottenuti per l'intercessione dei candidati agli onori degli altari manifestano che egli è vivo, è operante,

vince sulle potenze del male e regna glorioso. Quel raggio della gloria di Cristo, che abita in loro mediante la santità, raggiunge con la sua potenza coloro che nella necessità ricorrono alla loro intercessione».⁵

Il ruolo della Consulta

Il ruolo principale dei medici nel Dicastero delle cause dei santi è quello della valutazione delle guarigioni presunte miracolose attraverso la metodologia medica classica e il giudizio scientifico sulla loro spiegabilità o meno. Si tratta di un parere tecnico che ha solo valore consultivo.

La Consulta medica è composta da 7 esperti nel settore medico-scientifico della malattia presa in esame. Tutti i componenti ricevono previamente un *summarius* che raccoglie tutta la documentazione medica e testimoniale della fase diocesana della beatificazione o canonizzazione a cui, nella fase romana, vengono aggiunte le perizie medico-legali di due periti d'ufficio, esperti nel campo specifico del caso clinico in esame.

Se il giudizio di almeno uno dei due periti è positivo si passa alla valutazione collegiale della Consulta, altrimenti non si può procedere «*ad ulteriora*».

Nello studio delle guarigioni è indispensabile innanzitutto un inqua-

dramento generale del caso clinico dal punto di vista storico e ambientale. I cosiddetti «casi storici» sono casi di guarigione verificatisi in anni e secoli passati e che devono essere rapportati alle conoscenze, alle testimonianze e alle cure disponibili in quell'epoca. Inoltre va preso in esame il luogo dov'è avvenuta la guarigione, con particolare riguardo alla situazione generale socio-economica e culturale e in particolare sanitaria (disponibilità di strutture ospedaliere, di apparecchiature medicali, di personale specializzato) della nazione e della città dove è stato gestito il caso clinico.

Fatta questa premessa, gli esperti della Consulta sono chiamati a esprimere le loro valutazioni su questi 4 punti essenziali.⁶

Diagnosi. È necessario la formulazione di una diagnosi il più possibile precisa e completa, che può essere o di certezza o, in alternativa, di presunzione, ma comunque con elevato livello di probabilità e con un adeguato livello di consenso tra i membri della Consulta, pena il non poter procedere. Il grado di certezza diagnostica è legato a un'adeguata documentazione che riporti numerose e qualificate prove diagnostiche strumentali o di laboratorio, associate a certificazioni mediche, cartelle cliniche, testimonianze

CAUSE DI SANTITÀ – MEDICINA

Una guarigione inspiegabile in Africa

Nel 2021, nell'ambito di una causa di beatificazione, alla Consulta medica viene sottoposto un caso di guarigione inspiegabile, avvenuta per intercessione di una suora italiana, serva di Dio. Si tratta di un neonato nato in Africa nel 2013, dichiarato «nato morto» alla nascita e tornato in vita dopo circa 30 minuti dalla nascita.

La madre viene ricoverata presso un Centro cattolico di primo soccorso per un sospetto inizio di travaglio. Dopo averla visitata, il personale d'assistenza valuta la necessità di un taglio cesareo urgente. Per questo deve essere trasferita in un ospedale che dista circa due ore d'auto, con una Land Rover non attrezzata come ambulanza, di notte, su una strada dissestata, in piena pioggia tropicale, avendo a disposizione solo un kit per un parto fisiologico.

Dopo circa un'ora il bambino nasce. Ma l'indice di Apgar è pari a 0: assenza di respiro spontaneo, assenza di battito cardiaco, assenza di riflessi e tono muscolare, colorito cutaneo cianotico. L'infermiere ostetrico che assiste il parto definisce il neonato «nato morto» in quanto, dopo alcuni minuti di tentativi manuali di rianimazione non si evidenziano modifiche delle sue condizioni; dopo 10 minuti l'indice di Apgar è sempre 0.

A questo punto l'infermiere decide di dedicarsi all'assistenza della madre, che presenta una grave emorragia. Una religiosa lo aiuta e nel frattempo raccomanda il bambino alla serva di Dio. Dopo circa mezz'ora, in assenza di altri interventi di rianimazione cardio-respiratoria, il neonato comincia a muovere il torace e gli arti. L'infermiere effettua altri tentativi di rianimazione, in assenza però di adeguate attrezzature e di competenza.

dei medici curanti, dei familiari e del sanato. Inoltre, soprattutto in caso di pareri opposti, assume un ruolo fondamentale un'adeguata diagnostica differenziale basata sul decorso clinico e sulle prove diagnostiche disponibili. Tutto questo è il presupposto per collegare la guarigione alla storia naturale della malattia in oggetto e alla sua dipendenza dalle terapie attuate (farmacologiche e/o chirurgiche).

Prognosi. Essa è collegata alla diagnosi e alla sua gravità. Si distingue una prognosi teorica, che si desume dalla storia naturale della malattia facendo riferimento ai dati della trattatistica medica e alla bibliografia scientifica, e una prognosi concreta, che va associata alle specifiche e peculiari caratteristiche oggettive e individuali del paziente, riferite al suo decorso clinico e ai risultati delle indagini strumentali e di laboratorio. La prognosi in genere deve essere riferita al rischio di morte «*quoad vitam*» e al rischio di esiti a distanza «*quoad valetudinem*». Il decorso clinico del caso viene evidenziato in quella parte del *summarius* chiamata «fattispecie cronologica», che viene compilata dal postulatore della causa sulla base della documentazione medica e testimoniale.

Terapia. Essa ha un ruolo essenziale ai fini della correlazione, in ter-

mini di rapporto causa-effetto, tra guarigione e terapia medica e/o chirurgica effettuata. Si deve inoltre tener conto delle possibilità terapeutiche del tempo e del luogo in cui il caso si è verificato, alla luce dei progressi scientifici nel campo delle diverse opzioni terapeutiche disponibili. Infine nel giudizio sulle caratteristiche della terapia vanno specificate la sua tempestività, adeguatezza ed efficacia.

Guarigione. Per definire inspiegabile o straordinaria una guarigione è indispensabile che essa possieda 3 specifiche caratteristiche, che sono quelle individuate nel 1743 da Benedetto XIV: l'essere istantanea, completa e duratura.

– Istantanea. Il giudizio sull'istantaneità della guarigione non deve essere considerato in senso letterale. Le attuali conoscenze mediche e i notevoli progressi soprattutto nella conoscenza dei meccanismi fisiopatologici alla base delle diverse malattie hanno permesso di stabilire con sempre maggior precisione la storia naturale delle varie patologie, arrivando a farci conoscere la specifica temporalità di ogni evento patologico. Pertanto l'intervallo di tempo necessario per la guarigione deve risultare significativamente più breve di quello tipico di quella malattia in discussione. Per-

tanto in alcuni casi clinici è possibile parlare di guarigione «*quoad modum*», quando essa avviene con una modalità temporale sostanzialmente differente da quella specifica della malattia in oggetto senza alcun rapporto con l'eventuale terapia in atto.

– Completa. La guarigione in genere viene considerata completa anche in presenza di eventuali postumi o lievi deficit che però non devono condizionare la normale attività della persona. Non è indispensabile una vera e propria *restitutio ad integrum*.

– Duratura. Non si devono verificare né ricadute né recidive e non deve trattarsi solo di una guarigione temporanea. Per questo, in presenza di malattie oncologiche maligne si definisce permanente una guarigione dopo almeno 10 anni dalla sua scomparsa o, in qualche caso, ancora di più. A rafforzare il criterio della guarigione duratura inoltre nel *summarius* della fase diocesana vengono riportate due perizie mediche *ab inspectione* sull'attuale stato di salute del sanato.

Concluso questo iter, la Consulta dà parere positivo o negativo a ciascun capitolo. Per procedere «*ad ulteriora*» ogni membro esprime il suo giudizio circa l'inspiegabilità scientifica: perché essa sia dichiarata tale è

Aumentano progressivamente i movimenti del torace; l'attività cardiaca riprende superiore a 100 bpm; compaiono il tono muscolare e i riflessi; il colorito cutaneo diventa sempre più roseo; il bambino piange.

A questo punto l'infermiere, constatate le buone condizioni del neonato, che viene mostrato alla madre, e la grave emorragia materna incontrollata, decide di tornare indietro. L'auto raggiunge il centro di primo soccorso alle 7 del mattino. Il personale si prende cura della madre, mentre il neonato non ha bisogno di particolare assistenza. Alle 13 viene portato alla madre, nel frattempo migliorata, e si attacca normalmente al seno. Entrambi vengono dimessi dopo due giorni.

Il bambino viene sottoposto a numerosi controlli clinici e di laboratorio e viene definito sano e normale soprattutto dal punto di vista dello sviluppo neuro-motorio e psico-intellettuale. Nonostante oltre 30 minuti di grave insulto ipossico-ischemico ai vari organi e apparati, soprattutto al

sistema nervoso centrale, con un elevato rischio di encefalopatia ipossico-ischemica, in presenza di una prognosi molto severa sia *quoad vitam* che *quoad valetudinem*, il neonato non presenta nessuna complicanza né a breve (sindrome post-asfittica) né a lungo termine (paralisi cerebrali infantile).

Tale guarigione immediata, completa e duratura pertanto nella discussione collegiale della Consulta medica risulta inspiegabile con giudizio unanime.

A.A.Z.



necessaria una maggioranza qualificata e non semplice: 5 su 7 o 4 su 6.

Il passo successivo prevede poi la compilazione di una relazione sul caso clinico, che viene redatta dal presidente della Consulta con l'assistenza del segretario della Consulta stessa. La relazione passa poi alla valutazione teologica del Congresso peculiare dei consulenti teologi che si pronunciano in merito al nesso causale tra le preghiere rivolte a Dio per l'intercessione di un venerabile servo di Dio o di un beato e il verificarsi della guarigione scientificamente inspiegabile su cui si sono espressi i membri della Consulta.

Infine le valutazioni tecnica e teologica vengono sottoposte al giudizio globale della Sessione ordinaria dei cardinali e vescovi del Dicastero per arrivare al giudizio definitivo con valore deliberativo del santo padre, unico competente a riconoscere una guarigione «miracolosa».

Un dato interessante relativo al lavoro recente della Consulta. In 12 anni di pontificato, papa Francesco di venerata memoria, ha beatificato 1.533 venerabili servi di Dio e canonizzato 912 beati. Se si escludono i martiri, per i quali non è richiesto il miracolo per la beatificazione e se si considerano singolarmente i gruppi di beati e santi, la Consulta medica del Dicastero delle cause dei santi ha esaminato circa 160 guarigioni inspiegabili.

La mia esperienza nella Consulta

Si potrebbe affermare in modo sintetico che il ruolo principale dei

medici nel Dicastero delle cause dei santi è quello di ricercare la verità scientifica attraverso l'approfondimento di ogni aspetto dei casi clinici studiati, per mettere in luce com'è avvenuta la guarigione di un particolare evento morboso.

Tale ricerca deve essere fatta sulla base delle proprie competenze scientifiche e della propria coscienza, liberi da preconcetti e pregiudizi, con grande umiltà, disponibili a riconoscere i limiti della scienza medica e ad accettare con serenità e convinzione che quel dato caso clinico sfugge a una comprensione nelle caratteristiche del suo decorso e della guarigione.

Il medico credente poi avrà in questo ambito un ulteriore supporto che proviene dalla fede. Un illustre presidente emerito della Consulta, Raffaello Cortesini, chirurgo e trapiantologo dell'Università «La Sapienza» di Roma, in un intervento al Comité médical international de Lourdes tenutosi a Roma nel 1988, affermava: «Pertanto la Consulta medica è impegnata in questo suo scrupoloso e attento impegno di ricerca della verità scientifica per confermare nella fede i credenti che si affidano all'intercessione delle anime buone e giuste per ottenere da Dio la grazia di ritornare a vivere in salute quando ogni speranza umana è perduta. Noi medici da questa lezione dobbiamo imparare che non si cura solo con la medicina, ma per chi ha fede, si cura e si guarisce anche con la preghiera a Dio nostro Signore».

Nei miei molti anni d'esperienza nella Consulta in quanto medico ne-

onatologo pediatra, sono sempre più convinto del fatto che le guarigioni miracolose – riecheggiando una stupenda espressione cara a papa Francesco –, sono la concreta evidenza di una «carezza di Dio». In questo modo egli realizza il suo eterno amore di padre per tutti gli uomini, creati a sua immagine e somiglianza, soprattutto per quelli più deboli e vulnerabili, come i bambini ai quali egli ha rivelato le cose che ha nascosto «ai sapienti e ai dotti» e ai quali «appartiene il regno dei cieli» (Mt 11,25; 19,14).

Antonio Alberto Zuppa*

* Il professor Antonio Alberto Zuppa è perito medico e membro della Consulta medica del Dicastero delle cause dei santi. Già professore associato e ora a contratto di Pediatria generale e specialistica presso la Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università cattolica del Sacro Cuore di Roma, è collaboratore presso l'UOC di Neonatologia della Fondazione policlinico universitario «A. Gemelli» IRCCS di Roma.

¹ Cf. BENEDETTO XIV, De servorum Dei beatificatione et beatorum canonizatione. *La beatificazione dei servi di Dio e la canonizzazione dei beati*. IV/I LEV, Città del Vaticano 2018, 278.

² Cf. TOMMASO D'AQUINO, *Summa theologiae*, I, q.105, ID; *Contra gentes*, III, c.101.

³ Cf. F. SPEDALIERI, *De Ecclesiae infallibilitate in canonizatione sanctorum*, Officium libri catholici, Roma 1949.

⁴ P. MOLINARI, «I miracoli nelle beatificazioni e canonizzazioni», in *La Civiltà cattolica* 172(2011) III, 245-251.

⁵ B. TUREK, «Miracoli», in AA. VV., *Gaudete et exultate. Commentario*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2023, 449-70.

⁶ Cf. P. POLISCA, *Le cause dei santi*, LEV, Città del Vaticano 2018, 437-444. L'autore è stato presidente della Consulta medica dal 2008 al 2018.