

1-2-3 Ottobre 1998

PONTIFICIUM CONSILIU M DE APOSTOLATU  
PRO VALETUDINIS ADMINISTRIS



# La donna consacrata nel mondo della salute alle soglie del terzo millennio

Consecrated women in the world of health  
on the threshold of the third millennium

La femme consacrée dans le monde de la santé au  
seuil du troisième millénaire

# La donna consacrata nel mondo della salute alle soglie del terzo millennio

*Ripensare alla luce del Vangelo la nostra Missione a servizio  
dell'uomo sofferente*

Città del Vaticano, 1-2-3 Ottobre 1998, Nuova Sala del Sinodo

Giovedì 1 Ottobre

MATTINA

- ore 8.00 **Celebrazione Eucaristica**, presieduta da Sua Eminenza il Cardinale Eduardo Martínez Somalo, Prefetto della Congregazione per gli Istituti di vita consacrata e le Società di Vita Apostolica, Santa Sede
- ore 9.00 **Saluto ed Introduzione**  
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Santa Sede
- ore 9.15 **1° RELAZIONE**  
**Il modello di presenza delle Consacrate nel mondo sanitario**  
Suor Odilia D'Avella, Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli (Italia)
- ore 10.00 **Intervallo**
- ore 10.30 **Tavola Rotonda: Presentazione delle diverse situazioni dove le Religiose sono presenti ed operano**  
Aree geografiche: Europa, Asia, Africa, America, Oceania
- ore 12.00 **Dibattito**
- ore 13.00 **Fine Sessione**

POMERIGGIO

- ore 15.30 **Tavola Rotonda:**  
Vocazione, professione e missione si incontrano e, nella visione cristiana della vita e della salute, si integrano reciprocamente per la salute globale dell'uomo.  
**La donna consacrata nella dimensione:**  
- antropologica: Prof.a Felisa Elizondo, Membro dell'Istituto Teresiano (Spagna)  
- biblica: Suor Emmanuelle Marie, Suore Domenicane di Betania (Francia)  
- teologica: Suor Mary Quentin Sheridan, Suore della Misericordia di "Alma" (USA)
- ore 17.00 **Intervallo**
- ore 17.30 **Dibattito**
- ore 18.30 **Fine Sessione**

Friday, October 2

MORNING

- 8:00 **Holy Mass**  
Presided over by His Eminence Cardinal Virgilio Noè, Archpriest of the Patriarchal Vatican Basilica
- 9:00 **Second Paper**  
**Practical Aspects of Pastoral Care:**  
**The Way to Announce, Evangelize, Celebrate, Serve, and Testify in the World of Health**  
Sister Rosa Ortega Botero, Daughters of St. Camillus, Colombia
- 9:45 **Intermission**
- 10:15 **Round Table:**  
**The Health World As a Sphere to Be Evangelized.**  
**Significant Pastoral Experiences**  
**Scheduled Talks**
- 12 **Discussion**
- 1 p.m. **End of the Session**

AFTERNOON

- 3:30 **Third Paper**  
**Charisms As a Gift of the Spirit Received by the Founders for Suffering Mankind**  
**Questions Posed for Consecrated Women in the Twenty-First Century**  
Sr. Josefa Michelitsch, Sisters of St. Vincent de Paul, Daughters of Christian Charity, Austria
- 4:15 **Intermission**
- 4:45 **Charity to Serve Life**  
**A Health Ministry Project for Latin America and the Caribbean:**  
**Aims, Challenges, Priorities, and Strategies**  
Sister Laura María Mejía Toro, Dominican Sisters of the Presentation
- 5:30 **Discussion**
- 6:30 **End of the Session**

Saturday, October 3

MORNING

- 8:00 a.m. **Holy Mass** Presided over by His Eminence Cardinal Jorge Arturo Medina Estevez, Prefect of the Congregation for Divine Worship and the Disciplines of the Sacraments, Holy See
- 9:00 **Consecrated Life: The Epiphany of God's Love in the World**  
**Moving Towards the Union of Women Religious Working in Health Care**  
Sister Rita Burley, President of the UISG  
(International Union of Superiors General)  
**Scheduled Talks**  
F.E.R.S. Federación Española de Religiosas Sanitarias  
F.R.E.M. Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas  
R.E.P.S.A. Religieuses dans les Professions de Santé  
U.S.M.I.-SANITA' Unione Superiore Generali d'Italia - Ambiente Sanità

# La Parola del Santo Padre

## “Siate cuore e mani di Cristo verso i malati per rispondere alle sfide poste al mondo della sofferenza”

*Essere “cuore e mani di Cristo verso o malati” per rispondere alle sfide poste al mondo della sofferenza: è la consegna affidata da Giovanni Paolo II alle religiose infermiere partecipanti ad un Congresso promosso dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Il Papa le ha ricevute in udienza giovedì mattina 1° ottobre, nella Sala Clementina. Questo il testo del discorso:*

Carissime Sorelle,

1. E' per me una grande gioia potervi incontrare in occasione di questo Congresso dedicato alla riflessione su “La donna consacrata nel mondo della salute alle soglie del Terzo Millennio”. Rivolgo un particolare ringraziamento al Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari che, rispondendo a un mio vivo desiderio, ha promosso questa felice iniziativa, inserendola nel suo programma di preparazione al prossimo Giubileo. Saluto con affetto tutti voi qui presenti, con un particolare pensiero per il Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari Mons. Javier Lozano Barragán, che ringrazio per le cordiali parole rivoltemi.

Nell'attesa vigile dell'inizio del nuovo millennio, voi volete riflettere in modo approfondito sulla vostra missione a servizio dell'uomo sofferente, fissando in maniera più profonda lo sguardo sul Cristo per attingere da lui ispirazione, coraggio e capacità di completa dedizione a chi fa esperienza, spesso in maniera drammatica, dei limiti della condizione umana. Siete consapevoli, infatti, che la vostra azione a favore di chi soffre acquista senso ed efficacia nella misura in cui, guidata dallo Spirito Santo, riflette i tratti caratteristici del divino samaritano delle anime e dei corpi.

La Chiesa guarda con ammirazione e gratitudine a voi, donne consurate, che, assistendo i malati e i sofferenti, siete coinvolte in un apostolato quanto mai importante. Il vostro servizio, contribuisce a perpetuare nel tempo il ministero di misericordia di Cristo che “passò beneficiando e sanando tutti” (At 10, 38). Molte vostre Consorelle, lungo i secoli, “hanno sacrificato la loro vita nell'assistenza alle vittime delle malattie contagiose, mostrando che la dedizione fino all'eroismo appartiene all'indole profetica della vita consacrata” (Vita Consecrata n. 83). La dedizione d'amore, che vi sollecita a soccorrere le membra sofferenti del Signore, imprime al vostro apostolato una nobiltà che non sfugge né agli occhi di Dio né alla considerazione degli uomini.

2. Come le Sorelle che vi hanno preceduto, anche voi siete chiamate ad adattare il vostro servizio

agli inferni secondo le mutate condizioni dei tempi. Oggi, infatti, gli ambienti sanitari in cui operate vi pongono di fronte a rapidi mutamenti e a sfide inedite. Il progresso della scienza e della tecnologia e l'evolversi delle scienze amministrative se, da un lato, hanno aperto originali possibilità alla pratica della medicina e alla distribuzione delle cure, dall'altro non hanno mancato di suscitare gravi problemi di natura etica, relativi al nascere, al morire, al rapporto con i sofferenti. Dal punto di vista antropologico, poi, se l'evoluzione del concetto di salute e di malattia ha seguito un percorso positivo fino a riconoscere in tali esperienze esistenziali una dimensione spirituale, ciò non toglie che in molti contesti si affermi un concetto secolarizzato della salute e dell'infermità, con la triste conseguenza che alle persone viene a volte impedito di affrontare la stagione del soffrire come importante occasione di crescita umana e spirituale.

Questi profondi rivolgimenti hanno cambiato il volto del mondo della sofferenza e della salute ed esigono una risposta cristiana nuova. Come accordare armoniosamente imperativi tecnici e imperativi etici? Come superare vittoriosamente la tendenza all'indifferenza, l'assenza di compassione, la mancanza di rispetto e di valorizzazione della vita in tutte le sue fasi? Come promuovere una salute degna dell'uomo? Come garantire una presenza cristiana che, in collaborazione con le valide componenti già presenti nella società, contribuisca a permeare di valori evangelici e pertanto autenticamente umani, il mondo della sofferenza e della salute, privilegiando la difesa e il sostegno dei piccoli e dei poveri? Questi interrogativi esprimono altrettante sfide, alle quali anche voi, unitamente all'intera Comunità ecclesiale, siete chiamate a rispondere.

3. Il primo compito della vostra vita consacrata nella gioiosa e coinvolgente esperienza del Cristo resta quello di ricordare al popolo Dio e al mondo il volto misericordioso del Signore. La forza del vostro carisma, infatti, prima che nelle opere e negli scopi di servizio, deve brillare in una novità di vita in cui vengono riprodotti i tratti caratteristici di Gesù. Non è forse vero che la Chiesa ha bisogno di uomini e donne consacrati che, attraverso le loro persone e la loro vita, manifestino la maternità feconda che la qualifica? Ora, tale fecondità della Chiesa non è proporzionata all'efficienza delle attività, ma all'autenticità della dedizione a Cristo crocifisso.

Tutta la vostra vita di consacrate dovrà, quindi, essere permeata dall'amicizia di Dio, per poter essere cuore e mani di Cristo verso i malati, rendendo manifesta in voi quella fede che vi conduce a riconoscere nei malati il Signore stesso e che diviene sorgente zampillante della vostra spiritualità.

4. In secondo luogo, la vostra presenza nel mondo della salute deve essere portatrice della ricchezza legata alla vostra condizione femminile. E' innegabile, infatti, che la vocazione della donna alla maternità vi renda più sensibili a cogliere i bisogni, e geniali nel darvi adeguata risposta. Quando a tali doti naturali si aggiunge anche un consapevole atteggiamento di altruismo, e soprattutto la forza della fede e della carità evangelica, allora si verificano veri e propri miracoli di dedizione. Le espressioni più significative della carità la delicatezza, la mansuetudine, la gratitudine il sacrificio, la sollecitudine e il generoso dono di sé a coloro che soffrono testimonianza dell'amore di un Dio vicino, misericordioso e sempre fedele. Un eroe della carità verso gli infermi, Camillo de Lellis, invitava a domandare prima di tutto al Signore la grazia di un affetto materno verso il prossimo, in modo da poter servire gli ammalati con quell'attenzione che un'amorevole madre suole avere verso il suo unico figlio infermo.

5. La consapevolezza della missione cui siete chiamate attraverso il servizio ai malati e la promozione della salute deve spingervi, Sorelle carissime, ad essere fedeli e innovative nell'esercizio del vostro apostolato di carità misericordiosa.

Lungi dal contrapporsi, questi due atteggiamenti la fedeltà e la creatività sono chiamati ad armonizzarsi attraverso una saggia azione di discernimento. Come non sarebbe conforme allo spirito dei vostri Fondatori e Fondatrici l'arroccarsi su posizioni ormai superate, altrettanto contrastante con i carismi dei vostri Istituti sarebbe l'abbandonare, senza il necessario esame, forme di apostolato rese difficili dalle presenti situazioni socio-culturali. Per questo, carissime Sorelle, vi invito a rimanere con fedeltà accanto a chi soffre negli ospedali e nelle altre istituzioni sanitarie, corroborando di spirito evangelico la cura degli infermi.

Nelle vostre scelte, occupino sempre un posto privilegiato l'attenzione verso gli ammalati più abbandonati. Il vostro sguardo e la vostra azione si estendano con generosità ai paesi del Terzo Mondo, privi delle risorse più elementari per far fronte alla malattia e promuovere la salute. La vostra partecipazione alla nuova evangelizzazione sulla salute e sulla infermità si traduca in un annuncio coraggioso di Cristo, il quale nella sua morte e risurrezione ha reso l'uomo capace di trasformare l'esperienza di sofferenza in un momento di grazia per sé e per gli altri (cfr. SD, 25-27). La collaborazione con i laici, partendo da una autentica partecipazione dei vostri carismi, diventi strumento efficace per rispondere, con parole e gesti evangelicamente ispirati, alle antiche e nuove povertà e malattie che affliggono la società del nostro tempo.

6. Nel compiere il vostro apostolato, vi sia di esempio la Vergine Immacolata, venerata come Salute degli Infermi. Icona della tenerezza di Dio, essa si mostra attenta alle necessità degli altri, premurosa nel rispondervi, ricca di compassione. Guardando a Lei, sforzatevi di essere sempre ricche di sensibilità, capaci di fare della vostra presenza una testimonianza di tenerezza e di donazione, che sia riflesso della provvidente bontà di Dio.

Con questi auspici, vi impartisco di cuore la mia Benedizione, che estendo volentieri a tutte le Consorelle delle vostre Congregazioni.

## VOCAZIONE FEMMINILE E ASSISTENZA A CHI SOFFRE

+ Javier Lozano Barragan

*Arcivescovo-vescovo emerito di Zacatecas*

*Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari*

Sua Santità Giovanni Paolo II, il 14 febbraio 1998, ci ha affidato questo compito: che il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari riunisse a suo nome le religiose e le altre persone consacrate alla pastorale sanitaria per studiare in maniera approfondita lo speciale carisma dello Spirito al quale si richiamano. Il Papa considera veramente consolante il costatare che oggi sono numerose le donne impegnate nella professione medica e paramedica che sanno associare alla necessaria professionalità particolari doti di generosità, concretezza, intuizione e tenerezza; persone che, spesso, sono dotate di uno speciale talento per affrontare gli aspetti più delicati e umani di questa missione così esigente. Il Papa afferma che proprio nella malattia, quando l'essere umano si manifesta più fragile e bisognoso, la vocazione femminile alla maternità si conferma più idonea nel riconoscere queste necessità e geniale nel rispondere ad esse con sollecitudine, soprattutto quando a queste doti naturali si aggiungono una consapevole attitudine all'altruismo e, specialmente, la forza della fede e della carità evangeliche; si assiste allora a veri e propri miracoli nell'impegno di queste donne che, per innumerevoli pazienti, si sono trasformate in angeli di consolazione.

Il Papa vuole esprimere la sua riconoscenza a queste donne impegnate accanto ai bambini, a coloro che soffrono, agli anziani: nelle famiglie, nelle corsie degli ospedali, nei dispensari missionari, in tante istituzioni pubbliche e private. Egli dice che nel nostro mondo nel quale, nonostante il progresso scientifico ed economico, sussistono tanta povertà ed emarginazione, è necessario un supplemento di anima. Proprio al riguardo, le donne consacrate al servizio degli infermi si incontrano in prima linea. Scopo di questo primo Congresso è, dunque, quello di essere occasione per manifestare questa riconoscenza del Papa e per rafforzare nell'impegno a svolgere sempre più e sempre meglio questa missione.

Certamente la religiosa infermiera deve inserirsi nell'attuale contesto medico, conseguire i diplomi necessari, conoscere le leggi attinenti alla professione, aprirsi ad una collaborazione leale, inserendosi appieno nel suo ambiente e offrendo una testimonianza di povertà, di fraternità con tutti coloro che lavorano nel medesimo campo e adeguandosi al linguaggio dei segni più idonei all'ambiente sanitario. In questo modo ella attua nel mondo la sua missione di salute e di salvezza; lottando contro la sofferenza ella svolge opera di evangelizzazione proprio perché si trasforma in strumento di Dio per arrestare e far regredire il male, lotta contro il peccato a favore della vita e va formando il Regno di Dio. La sua consacrazione attraverso i voti rafforza a tende a portare a pienezza gli aspetti caratteristici della sua femminilità; la religiosa infermiera, con la sua carità, delicatezza, pazienza, gratitudine, sacrificio, sollecitudine e dedizione verso coloro che soffrono attesta la presenza di Dio sempre vicino e fedele,

genera la vita, la comunica e la cura in forza di una vita interiore intensa, con una generosità più viva e profonda, con un reale spirito di sacrificio e di rinuncia alla mentalità del mondo, ravvivando il carisma e la fedeltà ai consigli evangelici, nella unità dei cuori e con una generosa testimonianza. E' dimostrazione dell'amore verginale che, anziché escludere, si rivolge a tutti gli uomini e a tutte le donne in situazione di maggiore emarginazione, disuguaglianza e povertà; è testimone della forza della missione nonostante il rischio della apparente inefficacia che potrebbe far sorgere la tentazione della ritirata o della resa di fronte a un ambiente ostile; è testimone nell'audacia della missione: rimanere dove ad altri riuscirebbe difficile farlo. La religiosa dedicata al mondo della salute ha il compito di prolungare, nel mondo del dolore, l'immagine di Dio, Padre misericordioso, di sentirsi annuncio della Sua infinita misericordia.

Scopo del Congresso che abbiamo organizzato, è quello di favorire un rinnovamento di questo prezioso carisma, rispondendo in tal modo al desiderio espresso dal Papa. Abbiamo voluto che il Congresso, per così dire, fosse interamente affidato alle religiose, così che esse stesse, portatrici del carisma dello Spirito, siano per le loro sorelle una luce che le guida nella loro nobile missione.

Cominciamo con uno sguardo verso l'alto, verso la vocazione alla quale la religiosa è stata chiamata: quale il modello al quale devono ispirarsi? Questa la prima parte del nostro Congresso. In contrasto con questo modello si incontra la cruda realtà che stiamo vivendo; come vivono e lavorano le oltre 350.000 religiose e donne consacrate che si dedicano alla pastorale sanitaria nelle diverse regioni dei cinque continenti? Ecco la seconda parte. Infine: questa realtà deve essere illuminata dalla Parola di Dio e da essa interpellata: in che modo la Parola di Dio illumina questa situazione? Come rispondere ai suoi diversi interrogativi? Come vengono chiariti i punti che restano nell'ombra? Come si può andare avanti? Ecco la terza parte del nostro Congresso: l'incontro della Parola di Dio con la realtà che stiamo vivendo.

Questo nostro incontro, tuttavia, non può essere soltanto verbale, ma deve potersi tradursi in fatti. Si passa, perciò, alla quarta parte del Congresso: quali sono le linee da approfondire nel nostro servizio, quali devono essere corrette, quali rappresentano nuove piste da percorrere all'inizio del terzo millennio? Come incontrarsi nella Chiesa che è comunione: è fondamentale, perciò, tener presente che il comune denominatore per tutto il nostro futuro è l'unione di tutte le religiose e delle altre donne consacrate impegnate nella pastorale sanitaria, per cui ci chiediamo: che dobbiamo fare? E in che modo dobbiamo farlo per unirci più che in passato e potere così, tutti uniti, affrontare le sfide che ci attendono?

La Parola di Dio ha la sua più profonda radice nell'Eucaristia; per questo, ogni giorno, iniziamo le nostre sessioni con la celebrazione eucaristica; di qui la forza sacramentale del memoriale di Cristo morto e risorto si riversa come vita nei nostri carismi rendendoli trasparenza della Pasqua. Tutto ciò che facciamo e condividiamo si trasforma in realtà e acquista consistenza nell'Eucaristia. Per questo motivo, nel nostro Congresso, il suo luogo centrale è la celebrazione eucaristica, che inizialmente celebriamo all'altare della Cattedra di San Pietro, per significare il primato apostolico della Parola di Dio che ci ha

riuniti insieme per seguire, come dicevo, il desiderio esplicito del Santo Padre Giovanni Paolo II.

Nostra Signora, “*Salus Infirmorum*”, stenda il suo manto sui nostri lavori e ci avvicina alla sua materna sollecitudine soprattutto quando ci accostiamo, insieme a Cristo, a coloro che soffrono, come ai più piccoli dei nostri fratelli.

# **LA DONNA CONSACRATA NELLA DIMENSIONE BIBLICO-TEOLOGICA**

## **LA DONNA CONSACRATA NELLA DIMENSIONE BIBLICA**

*Sr Emmanuelle-Marie O. P.,  
Domenicana di Betania*

Durante il Sinodo dell'Asia, Mons. Peter Remigius di Kumbakonam, dell'India, ha detto: "Bisogna riconoscere i ministeri laici, soprattutto per le donne, nei campi della medicina, della sanità, nel ministero speciale della cura dei malati di AIDS ecc., e attribuire loro importanti responsabilità nei ministeri e nel processo decisionale della Chiesa".

Parleremo dunque dell'approccio del corpo da parte di una donna consacrata, prendendo spunto dalla Parola di Dio. Innanzitutto, cercheremo di precisare la posizione dei cristiani rispetto alla dimensione fisica dell'uomo. Poi tenteremo di scoprire nella Bibbia il senso della consacrazione e come possiamo diventare operatori di vera guarigione. Questo ci porterà a parlare del male e del perdono.

Conoscere, incontrare, salutare una persona è entrare in contatto con la sua corporeità. Gli stessi cognomi alludono spesso ad una particolarità fisica. "La lucerna del corpo – dice Gesù (*Mt 6, 22-23*) è l'occhio; se dunque il tuo occhio è chiaro, tutto il tuo corpo sarà nella luce. Ma se il tuo occhio è malato, tutto il tuo corpo sarà tenebroso. Se dunque la luce che è in te è tenebra, quanto grande sarà la tenebra!". Riconosciamo lo stato interiore di una persona dal suo volto, triste o allegro, teso o sereno, chiuso o aperto.

Voi, che operate nel campo della pastorale della salute, realizzate la vostra vocazione nel curare l'uomo nel suo corpo. Eppure, nel nostro tempo, un certo modo di vivere la religione continua a diffondere la paura del corpo. Lo avvolge di un disprezzo che, per reazione, fa nascere un'idolatria del fisico e ne fa

un oggetto di mercato. Il cristianesimo, nato in una civiltà che non conosceva la distinzione greca tra anima e corpo, questo cristianesimo fondato sull'Incarnazione, l'unica religione a proclamare la risurrezione del corpo, la sua eminente dignità, il suo valore d'eternità, continua a farne un involucro nemico dello spirito.

Da alcuni anni, nella Chiesa, si parla sempre più d'inculturazione. Parlerò da occidentale, ma il nostro approccio del corpo s'incarna nella cultura di ciascun paese. Dobbiamo renderci conto che è difficile, anche per chi non è occidentale, uscire dalla visione corrente in Europa, perché la Chiesa presenta il mistero di Dio secondo categorie mentali europee. Infatti, pur essendo nata in Oriente, la Chiesa è segnata dalla prima inculturazione: quella realizzata da Paolo quando, rifiutato dagli ebrei della diaspora, ha cercato di tradurre il messaggio di Cristo in un linguaggio accessibile al mondo greco che percorreva. Oggi, il cristianesimo stenta a liberarsi dalle conseguenze di questa prima inculturazione. Tra altri dati biblici importanti, spesso alterati dal pensiero della civiltà mediterranea ove venivano diffusi, l'unità dell'essere umano è stata cancellata per essere divisa, secondo gli schemi della filosofia greca, in corpo e anima. In ebraico invece la parola 'corpo' ha la stessa radice del termine 'annuncio, informazione' (r/fb). Sappiamo ora, con le scoperte della scienza, che la lingua della Bibbia aveva ragione: ogni nostra cellula, anche la più infima, porta infatti i dati del DNA che "annuncia" l'unicità irripetibile della persona. Parlare quindi del corpo è parlare dell'uomo intero, del suo essere profondo manifestato dall'apparenza esteriore, dai gesti, dalle parole. E parlare della salute è parlare della "salute globale dell'uomo".

Sì, l'Occidente ha separato il corpo e l'anima. È un grande sbaglio, fonte – e frutto - di tanta angoscia. È una delle tante incoerenze della storia l'aver fatto sì che il grosso problema della nostra civiltà cristiana sia proprio il corpo. L'essere umano è corpo, è carne. Abbiamo una visione deformata di noi stessi perché apparteniamo ad una cultura che ha sempre separato il corpo dall'anima e che, disprezzando la carne, ha fatto della relazione con Dio la prerogativa della sola anima e così il corpo viene estromesso dalla salvezza. Poi arriva la malattia, che si cerca di eliminare al più presto, come un incidente di percorso. Ma la guarigione del corpo non è ancora salute.

Il corpo è legato alla vergogna: *Gn 3,7-8*: "Allora si aprirono gli occhi di tutti e due e si accorsero di essere nudi; intrecciarono foglie di fico e se ne fecero cinture. Poi udirono il Signore Dio che passeggiava nel giardino alla brezza del giorno e l'uomo con sua moglie si nascosero dal Signore Dio, in mezzo agli alberi del giardino". In realtà, l'interpretazione di questi versetti è segnata da una visione greca del corpo. Non si tratta qui della vergogna di essere fisicamente nudi. *Gn 2, 25*: "Ambedue erano nudi, l'uomo e la sua donna, ma non ne provavano vergogna". In questo versetto, il testo allude ad un senso mistico, cioè nascosto: erano, commentano i rabbini, nello stato dell'innocenza, non intesa in senso morale bensì ontologico. È lo stato del bambino che, ancora, non può nuocere (in-nuocere, innocenza) perché non conosce il male. La parola tradotta con "vergogna" in *Gn 2, 25* (*Wvv'Bot.y*, dalla radice *vAB*) indica, come dimostra il testo di Giudici 3, 25: *vAB-d*, "attesero fino ad essere presi dal senso del disagio", la vergogna prodotta da una situazione di latenza, di attesa. Ritroviamo lo stesso senso in *Es 32, 1*, quando Mosè tardava a scendere dal monte. Torniamo adesso al testo di *Genesi 3*: si aprono i loro occhi, gli occhi della conoscenza e si nascondono di fronte a Dio. Ricordiamoci quello che rivela il

Vangelo dello Spirito. Gesù, concepito dallo Spirito, è animato dalla x;Wr che è perdono. Dopo la Risurrezione, il Signore “alitò sugli apostoli e disse: ricevete lo Spirito Santo; a chi rimetterete i peccati saranno rimessi” (Gv 20,22). L'uomo preso in fallo è invitato ad accogliere il perdono, ma spesso si rifugia nella vergogna e si nasconde. Non è una questione di nudità fisica bensì di assenza: hanno perso la consapevolezza di essere animati dallo Spirito di Dio, purtroppo si credono autonomi. Solo che si fonda il disprezzo del corpo, proprio su questo racconto del peccato originale, partendo da una lettura letterale del testo, separata dalla tradizione ebraica, mentre era un invito ad entrare nel perdono, a ritomare (la famosa *hbwft*, la conversione) in se stessi, nello Spirito. Notiamo che, in ebraico, la parola vergogna (*fzb*) letta a rovescio dà la parola *bzf*, ritorno, pentimento.

Istintivamente, per cercare di neutralizzare la vergogna, la seconda metà del XX secolo ha osato deificare la carne. Dal Viagra al commercio dei bambini per trapianti ad uso dei ricchi, dalla droga al mercato dell'erotismo, dall'obesità all'anoressia, il cattivo uso del nostro corpo non ha tolto la vergogna, l'ha invece metabolizzata nell'angoscia e nell'incapacità di entrare in vera relazione con noi stessi, con l'altro e con Dio. Come se lo sforzo della materia, dal big bang iniziale all'apparizione di una carne cosciente nella creatura umana, fosse cancellato da un divorzio tra materia e spirito. Eppure Dio si è incarnato in Gesù Cristo all'alba dei nostri tempi, come per tutelare il capolavoro del creato: una carne pregnante di spirito.

Per Gesù, l'uomo è carne, una carne che pensa, che ama, una carne capace di entrare sin d'ora nel Regno della Vita, dell'amore, una carne che esprime la presenza di Dio, il quale la anima con la sua forza creatrice. La Bibbia è molto diretta nel suo linguaggio sul corpo. I *salmi* 62 e 83, ad esempio ci fanno gridare a Dio: “a te anela la mia carne” e “il mio essere (*yvip.n.:*) languisce e brama gli atri del Signore. Il mio cuore e la mia carne esultano nel Dio vivente”; non è la mia anima bensì la mia *vip.n.:*, cioè tutto il mio essere, il mio corpo, che desidera conoscerti, che ha bisogno della tua presenza. Il mio corpo, la mia sensibilità, il mio inconscio hanno bisogno di te. Quando gli viene chiesto chi sia il nostro prossimo (cfr. Lc 14, 29), Gesù propone la parola del Samaritano che, perché ha compassione di un corpo ferito, sa farsi prossimo. Cristo sa anche, per esperienza personale, quanto l'uomo abbia bisogno di sentirsi preso in considerazione nella propria carne, quanto il cosiddetto amore platonico rimanga senza valore.

Le richieste di tenerezza, il desiderio di essere amati con il corpo, hanno le loro radici nella primissima infanzia, quando non ci siamo sentiti amati veramente così come eravamo, quando ci hanno curati con impazienza o pensando ad altro, mentre avevamo bisogno di essere toccati con attenzione, con finezza, per farci sentire che esistevamo e che avevamo un valore. Per cui, il malato che, quasi necessariamente, a causa del suo stato di totale dipendenza dal personale ospedaliero, regredisce allo stato dell'infanzia, ha bisogno di essere curato con la finezza della compassione, nel rispetto della sua dignità, con l'attenzione alla sua sensibilità fisica di adulto sessuato.

C'è infatti il rischio che il paziente confonda l'attenzione alla sua persona, corpo e anima, con un'attrazione fisica. Succede, e lo sapete meglio di me, che nasca un innamoramento tra l'ammalato e l'infermiera: è un'illusione, un bisogno di ritrovare la tenerezza della primissima infanzia. Se la persona che cura è fragile, perché anche lei, come tutti, ha bisogno di sentirsi valorizzata, può cadere nella

trappola del contagio psicologico: credersi innamorata mentre si tratta solo del bisogno del malato. Oppure impara, per non lasciarsi andare, ad indurirsi ... e dimentica che amare il prossimo è lasciarsi coinvolgere dalla compassione. Il nostro voto di castità, che è un impegno a lasciare Dio amare il prossimo attraverso tutto il nostro essere, qualunque sia l'altro, diventa causa di insensibilità, con conseguenze disastrose per la persona consacrata che si dispera nel sentirsi incapace di amare. Queste situazioni sono ancora una conseguenza della dicotomia tra materia e spirito: l'altro è visto come sensibilità, fonte di valorizzazione per chi si prende cura di lui, e non come essere complesso, la cui apparenza esteriore rimanda ad un mistero da scoprire, ad una interiorità da svegliare, perché possa gustare la gioia del dono che è comunione profonda, accoglienza e rispetto della differenza.

Ci comportiamo con l'altro come ci rapportiamo con noi stessi: "ama il prossimo come te stesso" (*Lc 10, 27*). Se abbiamo paura del nostro corpo, se ce ne vergogniamo, diventiamo dure con gli altri, negando la loro sensibilità, magari persino il loro dolore, perché abbiamo negato la nostra sensibilità! Dio invece, come per guarirci dal disprezzo che nutriamo verso noi stessi, continua a dirci, attraverso *Isaia* (43, 4): "Sei prezioso ai miei occhi, perché sei degno di stima e io ti amo".

Come può il nostro corpo essere toccato da Colui che non è del nostro mondo carnale? Come uscire dal rapporto amore-odio che manteniamo con il nostro corpo e che ci fa cadere nell'illusione dell'amore superficiale? In che modo Cristo ci invita a risanare questa relazione con noi stessi?

Secondo il vangelo, non saremo giudicati sull'anima bensì sul corpo, non sulla pratica religiosa ma sulla cura che avremo avuto della fame dell'altro, della sua sete, del suo bisogno di una casa, di essere vestito, di essere visitato e curato nella sua solitudine fisica e psicologica (*Mt 25, 35-36*). Diogene viveva in una botte e gli asceti giainisti vanno nudi, ma Cristo era attento a dare pane alle folle che lo seguivano, a guarire la donna curva (*Lc 13, 11*), quella che perdeva il suo sangue (*Lc 8, 43*) o l'uomo dalla mano inaridita (*Mc 3, 1*). Non poteva incontrare un lebbroso, un malato mentale o un epilettico senza guarirli, se glielo chiedevano. Sapeva che l'uomo ha bisogno di star bene per entrare in relazione con l'altro. Chi sta male è ossessionato dal suo stato, non può pensare all'altro, non può neanche credere all'attenzione dell'altro se non ne riceve un miglioramento o almeno un sostegno, un segno di compassione.

Chi può credere che Dio sia buono se, toccato dalla malattia, non incontra nessuno che gli testimoni attenzione e cura il suo corpo? Nella storia di Giobbe, il libro della sofferenza umana, Satana risponde al Signore che gli vanta la fede del suo servo, nonostante le prove accumulate sui suoi beni e sulla sua famiglia: "pelle per pelle; tutto quanto ha, l'uomo è pronto a darlo per la sua vita. Ma stendi un poco la mano e toccalo nell'osso e nella carne e vedrai come ti benedirà in faccia!" (*Gb 2, 4-5*). Giobbe non maledice Dio, come sperava Satana, ma se la prende con i suoi amici: "Siete tutti consolatori molesti" (*Gb 16, 2*). Molesti, lo sono perché si fermano all'apparenza, perché non sanno raggiungere l'amico provato nelle sue richieste di senso. Non hanno capito che l'uomo ha il potere di risanare il fratello quando sa farsi vicino, quando sa compatisce non solo il male fisico ma l'angoscia che la malattia desta e, viceversa, quell'angoscia che ha prodotto la malattia. Le cure mediche guariscono sì, ma spesso la malattia torna in modo diverso, appunto perché non è avvenuto il risanamento del profondo.

Farsi prossimo è già indurre un processo di guarigione. Oggi sappiamo che la malattia è, il più delle volte, - sempre? – la manifestazione di un disagio psicologico. I miracoli di Lourdes, spesso graduali, diluiti nel tempo, non sono forse il frutto di una conversione capace di eliminare un'abitudine negativa come il giudicare o il maledire, abitudine che aveva finito con l'influire sull'equilibrio fisico? Le espressioni popolari sono eloquenti al riguardo: di una persona che controlla tutto, che si preoccupa con invadenza di tutti, si dice che si rode il fegato; colti di sorpresa o da una forte emozione, diciamo che ci manca il fiato; di un gruppo dove tutti sanno tutto di ciascuno, si dice che in quell'ambiente si soffoca.

Come un bambino che non si sente amato può lasciarsi morire di fame, oggi tanti giovani diventano anoressici perché sono mancate loro l'attenzione e la stima necessarie per osare di prendere il proprio spazio, per sentire il proprio corpo come una realtà buona, bella, desiderabile così com'è. Avete il compito di fare miracoli o di insegnare a farne, altro che accontentarvi di curare!

Guarire il corpo con le medicine non è risanarlo. Risanarlo è la vostra missione specifica, è anticipare il Regno di Dio perché è opera dell'amore, frutto di una relazione nella quale passa la ricerca del bene vero della persona, la fiducia nel Bene – Dio – presente in lei, nonostante l'apparenza. È raggiungere nel malato la causa esistenziale del suo malessere. È rivolgersi a tutto l'essere e non ad un corpo considerato come un oggetto da curare. Abituati come siamo a separare corpo e anima, non sappiamo più che la salute del fratello dipende anche da noi, che abbiamo il potere di guarirlo facendolo star bene dentro. Ma attenzione al dato basilare: non si può realizzare questa sfida se non si sta bene. La nostra consacrazione inizia con l'umiltà di chi riconosce il proprio male e, senza nascondersi la propria debolezza, corre nelle braccia del Padre (cfr. *Lc* 15, 20). La gente invece sostituisce spesso e volentieri la relazione con le sostanze (droghe), calma l'ansia con gli psicofarmaci, cerca di colmare il senso d'inferiorità con l'alcool o il fumo. "Dov'è Abele, tuo fratello?" (*Gn* 4,9) ci chiede Dio. Fatti per amare, siamo diventati una società d'isolati, malati o depressi, perché abbiamo dimenticato che il corpo dell'altro ci è affidato per testimoniargli stima, vicinanza, pace, fiducia. Certo voi curate i malati con le migliori tecniche, li visitate, li ascoltate, magari portate loro la comunione. Ma se lo fate per dovere, perché fa parte del carisma dell'Istituto, non risanate la persona che assistete. Oserei dire che non lo fate da consacrate.

Che cosa significa essere consacrate? Quando Gesù, in *Lc* 9, 62, risponde ad uno che lo vuol seguire ma che chiede di andare prima a congedarsi dai suoi familiari: "Nessuno che ha messo mano all'aratro e poi si volge indietro, è adatto per il regno di Dio", allude all'episodio della chiamata di Eliseo (*1 Re* 19,19-21). Elia gli è passato vicino e gli ha gettato addosso il suo mantello, cioè la divisa del profeta. Lo ha investito della sua stessa missione, come sarà chiaro, del resto, nel momento della dipartita di Elia, quando Eliseo riceverà "due terzi del suo spirito" e raccoglierà il suo mantello (*2 Re* 2,9.13). Seguire Cristo è essere investiti della sua stessa missione di salvatore, parola che può benissimo essere tradotta come 'risanatore', 'liberatore'. È ricevere il suo Spirito Santo per "compiere le stesse opere che lui compie e di più grandi" (cfr. *Gv* 14,12), è fare il bene dovunque come lui che "Dio consacrò nello

“Spirito Santo e passò facendo il bene e risanando tutti coloro che stavano sotto il potere del diavolo” (*At 10, 38*).

Il bene si può trasmettere solo quando si sta bene. Quando si fanno le cose per dovere, per sacrificio, si comunica all’altro il proprio disagio, la propria tensione. “Misericordia io voglio e non sacrificio”, dice Gesù (*Mt 9, 13*), ribadendo quanto già detto da Isaia e Geremia. Se mi sacrifico, sto male e presenterò il conto in un modo o nell’altro. Un’abitudine del tutto inconscia di far pagare agli altri quello che abbiamo fatto per loro può essere anche ammalarci a nostra volta: così saranno ben obbligati a fare altrettanto con noi!

Quale medicina risanatrice del corpo, dell’essere umano nella sua totalità, ci offre Cristo? Nel Vangelo molte malattie sono attribuite al demonio. Oggi possiamo dire che non era una diagnosi sbagliata se è vero che il corpo traduce gli stati interiori e quindi che le malattie manifestano un malessere profondo. Gli antichi attribuivano a forze malefiche la negatività di cui ogni essere umano viene, chi più chi meno, impregnato dall’eredità, dalle relazioni, dagli eventi che lo hanno segnato dal suo concepimento in poi. All’epoca di Gesù la gente pensava di essere il gioco di potenze esteme. Oggi invece, grazie alla scoperta dell’inconscio e con una grande apertura allo “Spirito di verità che ci guida alla verità tutta intera” (*Gv 16, 13*), ognuno può raggiungere dentro di sé la causa del suo male e, di conseguenza, avere un potere su di esso; può, anche se con fatica, liberarsene. Resta lungo e difficoltoso il cammino di presa di coscienza ma la liberazione è alla fine del processo e con essa la guarigione di molti tormenti nervosi, fisici, relazionali, morali. Ognuno deve fare il percorso che hanno fatto ad una velocità accelerata – miracolosa – gli infermi guariti da Gesù e il vostro compito è di accompagnare i malati in questo cammino.

In che consiste questo processo? Lo riassumerei con la parola: perdono, una realtà prettamente cristiana. Anzi direi che ogni vocazione religiosa è vocazione al perdono se è, come l’abbiamo già sottolineato, essere investito dello Spirito di Gesù che è remissione dei peccati.

Il male che troviamo in noi non ci appartiene, è quello che altri, per via dell’eredità ma anche attraverso tutti i contatti vissuti, ci hanno trasmesso. Infatti, finché non ne siamo consapevoli, finché appunto il male non viene annullato dal perdono, lo proiettiamo sugli altri. Capire questo meccanismo permette di entrare nel modo di vedere di Gesù e di gridare con lui: “Padre, perdona loro perché non sanno quel che fanno” (*Lc 23, 34*), perdona a chi mi ha fatto soffrire perché non sapeva che scolpiva in me le proprie ferite. A partire dal momento in cui si accoglie questo dato, è possibile uscire dal circolo chiuso di una negatività che si ripete sotto forma di aggressività, di vendette, di depressioni, di vittimismi, di soprusi, di perversioni o di malattie. Quando si capisce che il male subito riproduce lo star male di chi lo ha inflitto, la compassione sostituisce la disperazione. Si può allora scegliere di reagire in un modo inedito, accettare di patire senza più proiettare a nostra volta, accogliere chi ha fatto soffrire come la prima vittima di un male che viene da più lontano. È una rinascita, è quel “nascere dall’acqua e dallo Spirito” di cui parlava Gesù a Nicodemo (*Gv 3, 5*). Ecco la vocazione di chi è consacrato a Cristo per renderlo presente nella pastorale della salute.

Perdonare non è, come si crede troppo spesso, dimenticare o ricucire in modo artificiale, per forza di volontà, dei rapporti incrinati. È invece un atteggiamento interiore di autonomia, di libertà; è separarsi

dal male indotto dall'altro, è rifiutare di lasciarsi prendere dalla reazione emotiva immediata e lasciar sbocciare la compassione. A questo punto, la persona può guarire, perché non è più rosa dalla pretesa di farsi giustizia, dalla condanna dell'altro, dalla ribellione. Non solo, ma diventa risanatrice per chi l'ha fatta soffrire, per ogni prossimo che incontra, perché offre a tutti la mitezza della sua comprensione. Quindi non produce più angoscia attorno a sé, ma permette all'altro – perché non lo giudica - di andare fino in fondo ai suoi problemi per trovarne la causa.

Seguire Cristo sulla Croce è lasciarsi investire dalla sua missione di liberatore dal male, di risanatore dell'umanità ferita. Il perdono porta già in sé il germe della risurrezione del proprio corpo grazie alla forza prorompente dell'amore che ha preso il sopravvento sulle forze di morte.

## **LA VITA CONSACRATA, EPIFANIA DI DIO NEL MONDO DELLA SANITA'**

*Suor Maria Fabiola Velásquez Maya O.P.,  
Vicepresidente della U.I.S.G.*

In nome di Suor Rita Burley, nostra presidente, cercherò, come sua sostituta, di condividere con voi l'esperienza e, a norma dei nostri Statuti, il compito che ci è stato affidato. Scambiare con voi inquietudini, interrogativi e speranze, è un'opportunità di cui conosco il valore. Ho sempre creduto nell'importanza della comunione ecclesiale; la mia corresponsabilità nella Unione Internazionale delle Superiori Religiose Maggiori ha confermato ancor più questa convinzione.

### **Relazioni reciproche, chiave della nostra comunione**

Legittimata alla luce del supremo carisma dell'Amore, la vita consacrata, partecipazione al mistero della Chiesa, è un approfondimento della consacrazione battesimal, forma specifica di vita ed eloquente testimonianza di comunione. La partecipazione e la corresponsabilità caratteristiche del rinnovamento postconciliare, ci hanno aiutato concretamente a superare barriere e a considerare le relazioni reciproche come momento-essenza della comunione.

Questa constatazione, fatta in un contesto di globalizzazione, acquista ancor più rilievo. Abbiamo bisogno di condividere con gli altri; questo ci dà la forza e lo spirito per continuare, ci arricchisce e ci completa mutuamente, ci rende sereni e sicuri.

Siamo in cammino, accogliamo con la Chiesa la novità dello Spirito. I passi avanti compiuti nelle nostre rispettive Unioni sono stati apprezzati da tutte. Nonostante le difficoltà, il bilancio di tutte le nostre esperienze è altamente positivo.

Continuare significa per noi: perseverare, rischiare, spingere, ma anche affaticarsi e stancarsi... il prezzo è alto, esige sforzo, e soprattutto, fede creativa e audacia evangelica.

Il Sinodo sulla vita consacrata ha trattato e messo in risalto l'identità della vita religiosa e la sua relazione con il Corpo Mistico. L'identità non è qualcosa che si sviluppa isolatamente, è la sfida posta dalla comunicazione con l'altro. Credo che molte di noi abbiano vissuto questa esperienza.

I tempi cambiano e non si ripetono. Il viverli con serenità e senso apostolico ci permetterà di crescere con entusiasmo e con buone prospettive. Sappiamo che in molti paesi la condizione dei cristiani a livello sociale è venuta meno, la Chiesa non ha più il predominio morale di cui godeva in altri tempi. Ci serve saggezza per comprendere quello che sta dicendo lo Spirito alla Chiesa universale, a ciascuna delle Chiese locali, alle nostre Congregazioni; questo ci permetterà di far luce sulle decisioni da prendere insieme, per essere testimoni dell'azione di Dio. La società chiede con insistenza alle donne consurate, in cammino verso il terzo millennio, un'adeguata risposta umana ed evangelica.

### **Verso il futuro**

Frutto di interiorizzazione e degli orientamenti del Concilio Vaticano II, nel dicembre del 1965 nacque l'Unione Internazionale delle Superiori Generali, la **UISG**. E' un organismo di diritto pontificio istituito dalla Sacra Congregazione dei Religiosi, oggi Congregazione per gli Istituti di Vita Consacrata e Società di Vita Apostolica (CIVCSVA). Ad esso appartengono più di 2000 Istituti. Aveva ed ha tuttora la missione specifica di favorire, a livello internazionale, l'interscambio e la collaborazione tra le Superiori Generali degli istituti religiosi femminili impegnati nell'apostolato e le Società di Vita Apostolica.

A partire dal 1970, la UISG segue un processo di espansione, rende grandi servigi alla Vita Religiosa Apostolica, principalmente negli incontri internazionali delle Superiori generali, con sede sempre a Roma. Tutte le Congregazioni traggono beneficio da questa comune ricerca. Continua il rapporto con la CIVCSVA, con le Congregazioni, i Segretariati, i Consigli Pontifici, e spesso collabora con la USG (Unione dei Superiori Generali).

La UISG è anche investita della responsabilità di studiare gli aspetti fondamentali della vita consacrata e di rafforzarne le espressioni. Ha raggiunto un vero interscambio con gli organismi ecumenici e allo stesso modo partecipa alle Assemblee e alle riunioni internazionali, in sintonia con la nostra comune missione al servizio della Unità dei cristiani.

Ampli sono i suoi obiettivi, così come l'internazionalizzazione dei progetti. La stretta collaborazione con le differenti Unioni di Religiose nel campo della sanità, della scuola e della pastorale parrocchiale, le permette di collaborare, in base ai suoi compiti specifici, nelle ricerche dei diversi settori.

### **Condividere la nostra missione e convivere in comunione ispirata dalla fede**

La presenza o l'assenza della salute fisica o psichica coinvolge l'essere umano nella sua integrità, indirettamente si ripercuote su tutta l'umanità e sul cosmo. Proteggere questo prezioso dono come irripetibile, condividere e convivere nella fede, cooperare nella lotta umana contro tutte le forme di sofferenza, con la mente e il fine rivolti al vangelo, è il progetto al quale siamo chiamate a partecipare. In questo senso il servizio apostolico nella sanità è espressione chiara della presenza salvatrice del Signore che desidera per tutti vita e vita in abbondanza. A noi spetta infondere il carisma in questa realtà concreta, fare in modo che siano intelligibili il messaggio e la testimonianza dei nostri Fondatori / Fondatrici infondendo luce e forza nella società sofferente.

Collocata nella storia, nel mondo di oggi segnato da profonde mutazioni, la risposta dei nostri Istituti, è andata via via adattandosi nei secoli, attraverso la testimonianza della carità e la qualificazione professionale e umana. Raccogliere le forze, mettere in comune le esperienze vissute, è stata una necessità fortemente avvertita.

Molteplici associazioni laiche sono nate con l'intento di consacrarsi a questo ministero. Con il tempo, attraverso l'impegno pastorale delle diverse chiese locali, il lavoro delle Conferenze Episcopali e il desiderio di comunione suscitato dallo Spirito, si è andata creando a tutti i livelli, nei quali le religiose continuano ad essere all'avanguardia, un'immensa rete di solidarietà. Questo principio di apertura e di partecipazione che rafforza l'unità, trascende le frontiere dei tempi e dei popoli, ci aiuta a prendere coscienza delle barriere alzate dall'umana debolezza, e ci permette di superarle sia all'interno dei nostri

Istituti sia nelle Congregazioni e nella Chiesa. Questa corrente di grazia ci spinge al dialogo ecumenico e interreligioso senza perdere la nostra specifica identità.

Ponendosi in questa prospettiva di comunione e di servizio, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari è divenuto anche, a partire dal 1985, uno stimolo per la Chiesa universale, offrendo spazi di riflessione e studio ad alto livello teologico, scientifico e pastorale. Guarda all'inferno come membro attivo dell'annuncio della Buona Novella, difende i suoi diritti e lo invita a prendere coscienza delle proprie possibilità e doveri. I viaggi del gruppo di animatori in diverse parti del mondo, rafforzano l'attività pastorale delle Chiese locali.

Allo stesso modo si è confermata di grande sostegno l'istituzione della Pontificia Accademia per la Vita, tanto anelata da Giovanni Paolo II, che ora ne segue lo sviluppo come uno spazio riservato allo studio e alla ricerca dei problemi etici, drammaticamente posti dalla nostra società. Questo organismo è una fonte di ricchezza umana e spirituale per l'autorità morale dei suoi membri e la sua influenza internazionale. Coltiva le esigenze della professionalità, favorisce l'approfondimento e l'essenza della fede dei professionisti cristiani, senza perdere di vista l'importanza della gratuità e del volontariato.

La rivista *“Dolentium Hominum. La Chiesa nel mondo della Salute”*, pubblicata in quattro edizioni linguistiche, è apprezzata da tutti come un buon strumento di lavoro. Lo è in modo particolare per tutti coloro che non possiamo informare direttamente vicino sugli orientamenti della Chiesa in campo sanitario, allo stesso tempo ci aiuta ad accogliere e ad approfondire le problematiche etiche che riguardano il nostro modo di porci di fronte ad una società largamente secolarizzata.

Ringrazio infine a nome dei membri della UISG, per l'impulso dato all'azione pastorale della Chiesa da Sua Eminenza il Cardinale Fiorenzo Angelini, da Sua Eccellenza Mons. Javier Lozano B., da Sua Ecc.za Mons. José Luis Redrado e da padre Felice Ruffini e, così come l'apporto dei numerosi collaboratori a diversi livelli. Auspico che il mutuo scambio tra i nostri rispettivi settori continui ad approfondirsi.

## **Difficoltà incontrate**

Le complesse situazioni nelle quali siamo immerse ci fanno perdere la sicurezza che avevamo acquistato durante la nostra prima formazione; non tutto è chiaro né facile in questo momento! Tutto è messo in discussione: le regole che ci hanno sinora guidato, i comportamenti che rispondevano a modelli prestabiliti. Oggi, le certezze non funzionano!

Scelte, ideologie, tecnologia avanzata, pratiche innovatrici di ogni tipo, processi di ricerca, ci pongono davanti ad interrogativi ai quali non sempre è possibile rispondere ... Credo che siate in una posizione ottimale per conoscere fino a che punto l'incrinarsi delle sicurezze e la perdita di certezze, siano terreno comune nel campo della sanità. Quanto profondamente, proprio in questo settore, si sperimentano la nostra fragilità ed impotenza!

Per esempio, le opinioni più disparate, le polemiche ambigue su l'eutanasia, su la clonazione, indicano una situazione d'incertezza. La molteplicità delle posizioni assunte e dei comportamenti che vanno dalla completa accettazione all'assoluto rifiuto, possono indurci a perdere le nostre certezze....Ma c'è di più, le nuove leggi, così come certe prese di posizione morali, rendono più difficile l'apporto della ricerca

scientifica.

Nella varietà delle questioni poste, in cui si fondono il problema etico, economico antropologico, psicologico e religioso, è molto difficile trovare la risposta adeguata. Credo che la perdita di certezze, riscontrabile in tutti i campi, sia più evidente nel mondo della sanità. Questo contesto ci obbliga a confrontarci con questioni gravi, quali la presenza del male, la sofferenza sotto tutte le sue forme...

Più di ogni altro, voi vi confrontate ogni giorno col dolore fisico, psichico, sociale familiare e morale....e con tutte le reazioni di angoscia, di impotenza, di rifiuto dell'assurdo, dell'ingiustizia che possono insorgere perfino in noi stesse, generando inquietudine, stringendo in una morsa la nostra coscienza, coinvolgendo la nostra stessa condizione di donne e mettendo in discussione, in modo complesso e difficile da percepire, il nostro impegno professionale e apostolico.

Simili dilemmi esigono da noi, in forma imperativa , il pieno recupero del senso della vita, messo alla prova dai suddetti problemi: il significato del dolore, della sofferenza, del male e della sua presenza nel mondo. Questi problemi, antichi come l'umanità, esigono risposte in ordine al momento storico e alla sua realtà culturale. Il cristiano, se vuol essere fedele alla sua scelta battesimale, deve dare una risposta coerente con la propria esperienza teologica, che lo guidi a scegliere per la vita: a rispettarla, proteggerla, difenderla e promuoverla.

Una relazione intensa con il Signore Gesù, sorgente di Vita, una vasta conoscenza della dottrina della Chiesa, una particolareggiata lettura, individuale e di gruppo, di ognuna delle situazioni e dei fatti alla luce della Parola, ci aiuta a mantenere l'auspicato equilibrio, amplia le nostre conoscenze e dà maggiore solidità alla nostra persona e alle nostre opere.

## Processo di ricerca permanente

Porsi alcune domande può aiutare, forse, a illuminare e orientare il nostro bisogno di risposte. Di fronte ai problemi tipici della sanità a livello internazionale, di fronte alla violenza, alle politiche di segregazione, alle molteplici emarginazioni e all'impoverimento di massa dei popoli in via di sviluppo, è possibile che la vita sia sinonimo di felicità?

Nelle nostre società che evolvono in modo molto più accelerato dell'umanizzazione, trova ancora spazio la carità? Non saremo ancora ferme a quel ruolo di "supplenza" che spesso ci rimproverano?

Come dare maggiore spazio e significato alla nostra presenza e azione nel campo della sanità, là dove ci troviamo?

Questi elementi formano la base della trama di fondo della sanità attuale. Tuttavia è giusto riconoscere che il progresso scientifico ha apportato anche numerosi vantaggi. Guardando al passato constatiamo che sono molti i risultati ottenuti. Gli organismi statali riconoscono i servizi pastorali negli Ospedali pubblici, si moltiplicano i servizi al malato e alla sua famiglia, continua a crescere la professionalità del personale medico e paramedico, e si consolidano i gruppi di volontariato. Dobbiamo lavorare unite. La risposta ai programmi della sanità, esige, nella maggioranza dei casi, un lavoro d'équipe.

Dare risposte preordinate alle persone che soffrono significherebbe ferire la loro sensibilità, paralizzare i loro sentimenti. Il silenzio e l'ascolto saranno spesso l'atteggiamento più adeguato. Sarà bene farci

condurre dallo Spirito che orienta il cammino dei nostri fratelli e il nostro. Il tenere vivo uno sforzo permanente per consolidare la formazione e saper interpretare la realtà alla luce del Vangelo ci darà l'energia di cui abbiamo bisogno.

## Il servizio sanitario espressione della misericordia

L'annuncio della Buona Novella, è efficace solo quando è accompagnato dalla testimonianza che è forza trasformatrice dell'esistenza. L'uomo oggi è pragmatico, è allergico alle parole, proprio perché ne viene bombardato. Le accetta solo quando sono sostenute e garantite dalle azioni, non distingue tra la predica e il predicatore, li accetta o li rifiuta insieme.

La Religiosa nel mondo della salute vive giorno dopo giorno questa esperienza, si lascia evangelizzare ed evangelizza... La sua presenza agisce come il fermento nel popolo, discute, interroga e spesso orienta.... Vive la misericordia come un dono ricevuto dal Signore e lo trasmette generosamente ai fratelli. Alla base della misericordia è lo straordinario mistero dell'Amore di Dio e della non indifferenza dell'uomo nei suoi confronti.

Nel linguaggio corrente le parola misericordia assume diversi significati: sensibilità verso la miseria e la sventura altrui; la pietà per la quale si perdonà un colpevole. Perdono, clemenza indulgenza, compassione, sentimento che porta a farci partecipi dei mali altrui; sentimento che nasce di fronte allo spettacolo delle altrui sofferenze e che induce a desiderarne l'alleviamento.

La nozione biblica di *misericordia* è molto più ampia (cfr. Giovanni Paolo II, encycl. *Dives in Misericordia*).

La parola “**Hesed**” evoca prima di tutto un profondo atteggiamento di bontà. Applicato all'uomo, il termine descrive la relazione tra due esseri umani legati da “mutua benevolenza”, fedeli l'uno all'altro, in ragione di un impegno interiore. Significa grazia e amore, nella linea di una fedeltà dell'uomo al proprio fondamentale orientamento interiore.

Un secondo termine si aggiunge al primo, quello di “**Rahamim**” che evoca per noi l'amore materno, “un amore particolare che nasce dal legame originale che unisce una madre al bambino che porta in seno”. “Indica una specie di movimento delle viscere, un amore gratuito che deriva dal più profondo della condizione umana, come una specie di necessità interiore che si fa esigenza del cuore e si traduce in bontà, tenerezza, pazienza, comprensione, prontezza a perdonare”... Non è forse questa il nostro operare quotidiano nella sanità?

Accogliere e celebrare ogni giorno il dono della misericordia, ci predispone a trasmetterla ai fratelli attraverso le nostre azioni quotidiane, ben sapendo che tale testimonianza di opere resta sempre limitata e non può godere di totale trasparenza. E' utile approfondire la nostra riflessione:

Come e perché nella Chiesa, malgrado la nostra debolezza, possiamo proclamare la Vita religiosa come Epifania dell'Amore di Dio ?

Interiorizzando il contenuto biblico dell'epifania, ci rendiamo conto di che cos'è la rivelazione di

un'esperienza Divina che supera le possibilità umane... Come la terra si prepara a ricevere la semina, ogni epifania si vive lentamente la sua gestazione e può essere fecondata solo dalla grazia dello Spirito. L'esperienza di Abramo in Mambre, quella dei tre discepoli sul Tabor, ci permettono di affermare che la Vita Religiosa è chiamata ad essere epifania, manifestazione gratuita dell'amore di Dio, sia nel nostro essere sia nelle nostre azioni (Giovanni Paolo II, esort. apost. *Vita consecrata*, 72).

Nella vita di Gesù troviamo una continua rivelazione della sua gloria (*Gv 1, 14-2, 11* ). Dall'Incarnazione fino alla Resurrezione, il seme non cessa di crescere".... Lo Spirito irrompe nell'universo e si irradia nei secoli.... La Chiesa pellegrina vive tra il già accaduto e ciò che ancora deve venire. E' profondamente convinta che l'avvento del Regno di Dio deve essere annunciato al mondo intero, come testimonianza di speranza per tutti i popoli.... e vede nella consacrazione religiosa, la partecipazione alla consacrazione di Cristo.

Gesù di Nazareth, insegnò ai suoi fratelli non solo attraverso le parole, ma con la sua stessa presenza. Il Suo essere e le sue opere furono la manifestazione del Regno. Il "Vieni e seguimi" implica per noi una risposta evangelica alle necessità del momento storico che stiamo vivendo, esige l'attuazione "dell'amore primordiale" identificazione con il Carisma Fondatore, attenzione ai segni dei tempi, e fede in ogni occasione, circostanza e avvenimento.

Rileggendo le esperienze di alcune mie sorelle, ognuna nelle proprie rispettive funzioni, ho scoperto i diversi aspetti dell'Amore misericordioso del Padre, rivelato per mezzo di Gesù Cristo, nel mondo sanitario.

E' il caso di una Religiosa che nella nostra società così secolarizzata, vive ormai come un membro dell'équipe ospedaliera, pur mantenendo una sua precisa identità; o di quella la cui presenza non può sfuggire a motivo dell'influenza esercitata nello stesso ambiente sanitario. Lo stesso si può dire di tutte coloro che partecipano corresponsabilmente nell'assistenza sociale, nei comitati per la difesa dei diritti umani e nei comitati etici. Tanto nei periodi più o meno lunghi di "vita nascosta" quanto in quelli in cui si è esercitato un maggior protagonismo professionale, i gesti e gli atteggiamenti celati o esplicativi, sono fermento del Regno, per la coerenza che la stessa vita esige, un'occasione per manifestare la nostra fede. La presenza gratuita e disinteressata, l'ascolto e il soccorso della Sorella malata, dell'anziana o di quella impegnata nel volontariato, rispondono al bisogno dell'essere umano di "essere ascoltato/a nel più profondo". E' il gesto prolungato del Maestro che ha saputo avvicinarsi con tenerezza e delicatezza ad ognuno dei suoi fratelli.

Altra espressione di questa medesima realtà è l'esercito del ministero della sanità nelle istituzioni sanitarie da noi gestite. Tale esercizio esige una visione e un'impostazione pastorale definita ad incominciare dai valori etici e sostenuta da un'organizzazione e un tipo di relazioni capaci di creare un clima generatore di vita. Solo una presenza professionale ed evangelicamente qualificata può tradursi in annuncio.

Attraverso queste situazioni, in una collaborazione che valorizzi la responsabilità specifica di ciascuno, il Signore risveglia in noi una dinamica: un modo di vivere la comunione a diversi livelli.

L'enorme forza della fede accumulata nella storia attraverso i secoli, ci spinge a continuare la nostra

missione. Le nostre risposte, per umili che siano, mettono in chiaro la nostra scelta per il Dio della Vita. Ognuna di queste è un atto libero, un atto di fiducia in Colui che guida la storia, una proclamazione di speranza nel valore dell'essere umano.

Impegnate nella Chiesa con l'Evangelizzazione del nuovo millennio, bramiamo con valore e speranza la forza rinnovatrice dello Spirito che ci parla attraverso il Profeta Isaia: *“Il popolo che camminava nelle tenebre vide una grande luce/su coloro che abitavano in terra tenebrosa una luce rifulse/Hai moltiplicato la gioia hai aumentato la letizia/Gioiscono davanti a te come si gioisce quando si miete...”* (Is 9, 1-2)

# MODELLO DI PRESENZA DELLE DONNE CONSACRATE NEL MONDO SANITARIO

## INCARNAZIONE E ANNUNCIO NELLA VITA CONSACRATA

*Suor Odilia D'Avella F. d. C.,*

*Dirigente dell'Assistenza Infermieristica*

*Docente di Deontologia professionale U.C.S.C. Roma*

*Responsabile Comunità terapeutica "Il Sentiero" Chieti.*

### Premessa

La vita consacrata è in attitudine permanente di esodo e di conversione per essere aperta ai segni dei tempi. Gli anni '90 hanno visto lo svolgersi del Sinodo dei Vescovi sulla vita consacrata con tre lunghi anni di preparazione. *Nell'Instrumentum laboris* al n. 93 si precisava che l'inculturazione è oggi una delle più grandi sfide fino ad affermare durante lo svolgimento del *Sinodo* che “la credibilità e l'avvenire della vita consacrata dipendono dalla sua capacità di inculturarsi, in una fedeltà dinamica al carisma di fondazione di ogni istituto”.

La Chiesa sente l'urgenza della sfida culturale e la necessità di rispondervi secondo la logica della “incarnazione” con coraggio, pazienza, speranza, creatività, audacia.

La *sequela Christi*, tipica ed esemplare in ogni vita consacrata implica il percorso dell'inculturazione nella linea della “Kenosi” (cfr. *Fil 2,7*) di Cristo fino al dono totale della propria vita per una “*SALUS*” piena che è salute e salvezza.

Sia la Chiesa in generale che la vita consacrata e, specificamente la vita consacrata nel mondo della salute, è chiamata ad incarnarsi per annunciare e costruire il Regno che viene.

Nel complesso mondo della salute si tratta di assumere cultura, storia, luogo geografico, nascondendosi dentro come il lievito per fermentare tutta la pasta.

Occorre trasformare gli elementi negativi dei sistemi sanitari disumanizzati in vita nuova realizzando segni di santità e salvezza nella condizione umana di sofferenza, sovente cruciale e carica di mistero. Il Signore della storia continua a rivolgersi una chiamata attraverso “le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini di oggi, dei poveri soprattutto e di tutti coloro che soffrono” (*Gaudium et Spes*, 1).

Perciò, come si afferma nel messaggio finale del Sinodo: “lo Spirito Santo non cessa mai di condurre la sua Chiesa con nuove e antiche forme di inesauribile santità. La vita consacrata è stata lungo

la storia della Chiesa, una presenza viva di questa azione dello Spirito, come spazio privilegiato di amore assoluto a Dio e al prossimo, testimone del progetto divino di fare di tutta l'umanità, all'interno della civiltà dell'amore, la grande famiglia dei figli di Dio”.

In una società che tende a commercializzare anche i valori della comunicazione, della relazione, dell'amore, la donna consacrata non può non essere testimone di gratuità, reciprocità, comprensione, tenerezza, accoglienza.

Non può non essere strumento e veicolo di comunione, anzi modello di comunione vera, tessendo relazioni autentiche in un clima fraterno ove ci si stima e ci si ama per quello che si è, non per quello che si fa o si produce.

L'unico modello vincente è la prossimità alle persone che soffrono e che sarebbero tentate di soccombere di fronte alle paure, all'angoscia, al dolore che mette a nudo la fragilità umana. Attenzione, la vita è fragile! È lo slogan lanciato pochi anni or sono dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

### **Antinomie e complessità nel mondo della salute**

Sono profondi e rapidi i cambiamenti avvenuti in questo settore della vita sociale in cui si riflettono le speranze e le contraddizioni del mondo contemporaneo.

Il concetto di salute ha acquistato nuove e importanti connotazioni, così pure la percezione e la consapevolezza del diritto alla salute e alle cure sanitarie da parte delle persone di ogni ceto sociale.

La scienza e la tecnica offrono possibilità enormi di modificare la realtà in cui l'uomo vive e l'uomo stesso. La medicina possiede mezzi potenti capaci di modificare l'evoluzione delle malattie e il concetto stesso di essa, del benessere, del nascere, del dolore e del soffrire, del morire e della morte. Sembra quasi che la medicina possieda, fra ambivalenze ed ambiguità, la chiave di volta per cambiare la storia degli individui e dell'umanità. Basti pensare alla medicina predittiva, alla procreazione assistita, ai bisogni e comportamenti indotti, alle terapie intensive, ai trapianti, alla morte cerebrale totale.

Il cammino del progresso scientifico e biotecnologico ha mutato il destino umano, ma forze non lo hanno migliorato. Quanta sofferenza lungo questo percorso: dignità umana calpestata e/o negata, sfruttamento e strumentalizzazione della sofferenza, illusioni e negazioni dei diritti umani fondamentali. Medicina e potere spesso si sono alleati a discapito dell'alleanza terapeutica necessaria per riportare l'uomo/ persona al centro d'ogni sistema sanitario e dell'assistenza medica ed infermieristica.

Permane un atroce dubbio: la scienza, il sapere, la tecnica, l'economia aziendale e l'organizzazione sono sufficienti perché il potere e l'agire che ne derivano siano positivi? Quale prezzo l'umanità è disposta a pagare e a chi far pagare i rischi e le ambiguità questo progresso?

Una medicina potente è diventata arrogante nella sua presunta onnipotenza, mentre “rischia di morire per obesità scientifica perdendo il malato”. Urge recuperare la *cura curante*, ossia il prendersi cura dell'altro in tutte le età, fasi e condizioni della vita senza sconti o riserve perché “la vita è bella, anche nel pianto che non sia scroscio di tempesta, ma levità di rugiada, quando l'occhio stanco di

contemplare si chiude nella visione per sempre” ( G. Pascoli ).

Chi fa medicina e assistenza deve *riscoprire* oltre alla competenza pluridimensionale per un rapporto olistico con la persona, non meccanicistico, il rispetto e l'amore nel prendersi cura della totalità; l'umiltà, la discrezione, la prudenza; la capacità di accoglienza e l'ascolto attento che guarisce più di ogni terapia. *Assistere* è un modo unico di essere presente all'altro rispettando l'autonomia della persona, cercando di promuoverla il più possibile anche nel malato.

Nell'Ospedale divenuto azienda è quanto mai urgente e necessario effettuare cure efficaci che “servano” veramente attraverso la partecipazione e la sintonia di tutti gli Operatori sanitari che costituiscono il “mosaico terapeutico”, come è stato felicemente denominato in occasione della Giornata Mondiale del Malato 1997.

Aiutare a vivere da vivi anche le situazioni di sofferenza più estreme, quelle in cui la vita, umanamente, sembra non avere più alcun senso e significato e diviene una provocazione continua alla mentalità edonistica, utilitaristica, eutanasia, questa, penetrata anche nelle Comunità religiose. Gesù Cristo ha liberato l'uomo dalla malattia per farlo vivere più pienamente, per donargli la libertà totale che fa entrare in una dimensione di

fede che è apertura al trascendente ma anche capacità di farsi compagno compassionevole di chi soffre.

## **Come rispondere oggi?**

La S. Scrittura, libro del dialogo di Dio con l'uomo, presenta una vasta gamma di modelli per rispondere.

Non si può rispondere se non si ascolta, se non ci brucia nel cuore il grido del povero che soffre fino a esserne scossi, commossi, capaci di farcenne carico perché “i poveri sono il mio peso e il mio dolore” ( S. Vincenzo de Paoli ).

Negli orizzonti mutati della sanità, ove come ai tempi di S. Camillo de Lellis, di S. Giovanni di Dio e di S. Vincenzo de Paoli non si può cercare il malato solo negli ospedali, bisogna “cercare e trovare Dio nel cuore del domicilio del povero”, nelle strade, nelle stazioni delle grandi metropoli, frantumato nel suo essere profondo dalla droga e/o dall'alcol, dallo sfruttamento di chi violenta e schiaccia la dignità dei bambini, delle donne e dei giovani, fragili come un vetro soffiato. Bisogna cercare questi fratelli ammalati, spesso emarginati e isolati nelle periferie o anche nel cuore delle grandi città divenute ghetti che estraniano chi è scomodo...

Rispondere, secondo l'etimologia della parola, è rendere conto, ricambiare, assumere l'impegno di offrire una risposta adeguata alla Parola fatta carne che esprime un bisogno, a volte anche ripugnante o carico di significati ambigui nella società ipocrita. Questa società che induce bisogni, povertà e disagio trasformandosi da società del “benessere”, pseudo benessere, a società di profondo “malessere”.

“Sono forse io il custode di mio fratello?” è la risposta di Caino, prototipo ed esempio di chi non si assume la responsabilità dell'altro; di chi si chiude nelle sicurezze acquisite senza “commuoversi”, come Gesù di fronte alla morte di Lazzaro, all'emoroissa, al paralitico della piscina di Betsaida ecc.

E' il fuggire, per paura incontrollata ed inspiegabile, dalle strade ove muoiono, in tutti i sensi,

tossicodipendenti, alcolisti, malati con disagio mentale, malati di AIDS... .

La responsabilità è un modo di rispondere, può e deve essere il nostro modo di rispondere. Essere responsabili è l'atteggiamento di chi sente di avere ricevuto un compito: proteggere il bene prezioso della vita propria e degli altri di cui è chiamato a rendere conto a se stesso e alla sua coscienza, a Dio e ai fratelli.

La responsabilità è un legame che chiede di forzare il limite della paura, della stanchezza, della noia, dell'individualismo, della ricerca del proprio tornaconto. E' la capacità di assumersi ruoli e compiti comportandosi da persone adulte e mature. Essere responsabili implica la rinuncia all'istituto della delega e alla ripetitività rassicurante, sia personale che comunitaria. Implica la disponibilità a verificarsi continuamente, attraverso il confronto con gli altri mettendosi in discussione nella linearità e semplicità delle intenzioni. Spendersi in piena libertà interiore è chiedersi continuamente: *Quid nunc Christus?*

Chi è responsabile, come persona consacrata e come istituto, è sempre aperto e in ascolto dello Spirito che può chiederci di imboccare vie nuove costruendo dentro di noi spazi di accoglienza per chi soffre senza selezioni speciose o discriminazioni inaccettabili. ***Rispondere ai bisogni emergenti di salute e di sofferenza*** può significare rimanere dove siamo, ma come? Può portare a scegliere di rinunciare senza resa, di chiudere con un tipo di servizio per cambiare direzione.

La verifica di un modo maturo di vivere la responsabilità di *ESSERCI*, come presenza, memoria e profezia è trovare il coraggio di rischiare affrontando la realtà con la creatività dinamica che è propria di chi si interroga, al di là di ogni tentazione di inerzia e ripetitività che a lungo andare rendono pesante e inaccettabile anche il progetto più grande.

“L'amore è creativo all'infinito”, dice S. Vincenzo de Paoli. Oggi, “qui ed ora” lo Spirito ci provoca a liberarci da alcuni complessi e lo chiede soprattutto a noi donne consurate, abituate a compiere il servizio ai malati in strutture sanitarie divenute, a vario titolo, spazi disumanizzati e disumanizzanti.

Don Tonino Bello ci suggerisce alcuni complessi da cui liberarci, per riprodurre un modello sempre attuale, Gesù Cristo. Riporto la citazione, anche se un po' lunga, dal libro “Alla finestra la speranza”.

1. *Il complesso dell'ostica*. Siamo troppo attaccati allo scoglio. Alle nostre sicurezze. Alle lusinghe gratificanti del passato. (Anche se spesso ci lamentiamo della situazione attuale difficile n.d.r.). Ci piace la tana. Ci attira l'intimità del nido. Ci terrorizza l'idea di rompere gli ormeggi, di spiegare le vele, di avventurarci sul mare aperto. Se non la palude ci piace lo stagno.

Lo Spirito Santo, invece, ci chiama alla novità, ci invita al cambio, ci stimola a ricrearcì.

2. *Il complesso dell'una tantum*. E' difficile per noi rimanere sulla corda, camminare sui cornicioni. Amiamo pagare una volta per tutte. Preferiamo correre soltanto per un tratto di strada. Ma poi, appena trovata una piazzola libera, ci stabilizziamo nel ristagno delle nostre abitudini, dei nostri comodi. E diventiamo borghesi.

*Il cammino come costume ci terrorizza*, il sottoporci alla costanza di una revisione critica ci sgomenta. Affrontare il rischio di una itineranza faticosa e imprevedibile ci rattrista.

Lo Spirito Santo, invece, ci chiama a lasciare il sedentarismo comodo dei nostri parcheggi, per metterci sulla strada subendone i pericoli. Ci obbliga a pagare, senza comodità forfettarie, il prezzo delle piccole numerosissime rate di un impegno duro, scomodo, ma rinnovatore.

3. *Il complesso della serialità.* Benché si dica il contrario, noi oggi amiamo le cose costruite in serie. Gli uomini fatti in serie. I gesti promossi in serie. Viviamo la tragedia dello *standard*, l'esasperazione dello schema, l'asfissia dell'etichetta. C'è un livellamento che fa paura. L'originalità insospettisce. L'estro provoca scetticismo. I colpi di genio intimoriscono. Chi non si omogeneizza col sistema non merita credibilità. Di qui la crisi della protesta dei giovani e l'estinguersi della ribellione.

Lo Spirito, invece, ci chiama all'accettazione del pluralismo, al rispetto della molteplicità, al rifiuto degli integralismi, alla gioia di intravedere che lui unifica e compone le ricchezze della diversità.

### **Gesù Cristo, unico modello per la donna consacrata che serve il malato**

Molte persone consurate si dedicano totalmente alla cura dei malati. Sono segno e strumenti dell'amore di cristo per i malati, per chiunque è nella sofferenza; segno e strumenti dell'amore della Chiesa.

Nel Vangelo il ministero del curare gli infermi è costitutivo del mandato di Gesù agli apostoli e ai discepoli e fa tutt'uno con l'annuncio del Regno di Dio.

In Matteo è scritto: “Gesù chiamò i suoi dodici discepoli e diede loro il potere di scacciare gli spiriti maligni, di guarire tutte le malattie e tutte le sofferenze”. E ancora: “Lungo il cammino, annunziate che il Regno di Dio è vicino. Guarite i malati, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi, scacciate i demoni. **Come** avete ricevuto gratuitamente, **così** date gratuitamente” (Mt. 10, 1; 10, 7; Mc 3, 13-15; Lc 9, 1-6).

**La buona novella** del Regno predicata e vissuta da Gesù fu la vittoria sul male in tutte le sue dimensioni, fisica, psichica e spirituale. Ai discepoli di Giovanni rivela la sua identità invitandoli a vedere i fatti da lui compiuti: “Andate e riferite a Giovanni ciò che voi udite e vedete: i ciechi recuperano la vista, gli storpi camminano, i lebbrosi sono guariti, i sordi riacquistano l'udito, i morti risuscitano, ai poveri è annunciata la buona novella” (cfr. Mt 11, 4-6).

Gesù non è un uomo che si accontenta delle parole. I suoi gesti di amore e di misericordia sono molto più eloquenti di ogni parola. Per Gesù è importante che il malato sia guarito, e non la risonanza del suo gesto. Spesso raccomanda, infatti, di non parlarne a nessuno. Chi ama non si mette in mostra, si pone a servizio: “Io sono in mezzo a voi come colui che serve” (Lc 22, 27).

### **Gesù ha curato i malati più poveri**

“Nella sua attività messianica in mezzo a Israele Cristo **si è avvicinato incessantemente** al mondo dell'umana sofferenza, *passò facendo il bene*” (At 10, 38), e questo suo operare riguardava, prima di tutto, i sofferenti e coloro che attendevano aiuto. Egli guariva gli ammalati, consolava gli afflitti, nutriva gli affamati, liberava gli uomini dalla sordità, dalla cecità, dalla lebbra, dal demonio e da diverse

minorazioni fisiche, tre volte restituì ai morti la vita. Era sensibile ad ogni sofferenza umana, sia a quella del corpo che a quella dell'anima. E al tempo stesso ammaestrava, ponendo al centro del suo insegnamento le **otto beatitudini**, che sono indirizzate agli uomini provati da svariate sofferenze nella vita temporale. Essi sono “*i poveri in spirito*” e “*gli afflitti*”, “*quelli che hanno fame e sete della giustizia*” e “*i perseguitati per causa della giustizia*”, *quando li insultano, li perseguitano e, mentendo, dicono ogni sorta di male contro di loro per causa di Cristo...* Così secondo Matteo; Luca menziona esplicitamente coloro “che ora hanno fame”.

“Ad ogni modo Cristo si è avvicinato soprattutto al mondo dell'umana sofferenza per il fatto di avere assunto egli stesso **questa sofferenza su di sé** ( ... ). **Egli ha amato il mondo e l'uomo nel mondo.** E per questo San Paolo scriverà di Cristo: “Mi ha amato e ha dato se stesso per me” (Giovanni Paolo II, lettera apost. *Salvifici Doloris* n. 16).

La citazione della *Salvifici Doloris* (SD) ci pone di fronte ad uno scenario aperto in cui campeggiano come protagonisti Gesù e i malati, gli ultimi. Gesù Cristo non solo guarisce ma assume su di sé ogni sofferenza umana; “prende su di sé” i nostri dolori.

Potremmo essere tentati di pensare che noi non abbiamo il potere di “guarire”, di “fare miracoli” e, pertanto, defilarci di fronte a malati gravissimi, morenti... situazioni di fronte alle quali la scienza e la tecnica si dichiarano impotenti, rifugiandosi nell'accanimento terapeutico o coltivando, più o meno esplicitamente, la mentalità eutanasica, fino a praticare la eutanasia.

Fortunatamente le cure palliative hanno riscoperto il “prendersi cura”, nella convinzione che è diventato il loro motto: “Se guarire non sempre si può, curare sempre si deve”.

Ci viene offerta l'occasione di chiarire il senso più profondo oggi attribuito all'attività terapeutica di Gesù per ispirarci a lui come modello.

Le guarigioni operate da Gesù non sono soltanto un segno di potenza, questo sarebbe inimitabile dai nostri limiti umani, ma sono soprattutto un **segno dell'amore e della tenerezza di Dio**, un gesto della sua infinita misericordia. Gli evangelisti usano volentieri il verbo greco “*therapeuein*” che significa **curare**, anzi sembra che il suo senso originario è “**servire e onorare**” una persona. Ciò che Gesù compie è dunque un **servizio** prendendosi cura e curando le persone. Il verbo greco indica anche una **cura efficace** e in questo senso può significare guarire.

In molti casi gli evangelisti mettono in chiara evidenza non tanto l'aspetto miracoloso ma l'attività terapeutica svolta da Gesù, specie quando non **guarisce** con una semplice parola, pur potendo farlo.

Gesù Cristo diviene così un modello imitabile dalle donne consacrate nel mondo sanitario. Atteggiamenti e gesti di Gesù ci suggeriscono un modo concreto di farci vicino a chi soffre acquisendo lo stile che è il “**proprium**” di chi assiste i malati.

Pertanto, la Suora che si conforma a Cristo diviene un prolungamento nella storia di una speciale presenza del signore Risorto (*Vita Consecrata* 19) con le seguenti connotazioni:

**1. Attenzione alla Persona nella sua totalità**, superando i pregiudizi, le difficoltà, sfidando la mentalità del tempo. Gesù agisce con libertà e coraggio. Per lui conta la storia unica di ogni persona che

soffre, anche quando i farisei, un giorno di sabato stanno a guardare se Gesù guarisce, o meglio, cura un uomo che aveva una mano inaridita.

Gesù, il consacrato del padre, mostra con i fatti che l'unione a Dio, al Padre che lo ha mandato si realizza, si rivela e si mantiene attraverso la misericordia verso tutti e, in particolare, verso i malati.

Così Gesù “tocca” i lebbrosi violando le regole della purità rituale; tocca gli occhi per guarire i ciechi; tocca la lingua e pone le dita nelle orecchie del sordomuto.

Nel servizio al malato è importante il tocco delle mani perché indica vicinanza, partecipazione, sollievo... superando paure e fretta.

Le mani che sfiorano, toccano, sentono, palpano, accarezzano, stringono con delicatezza, esprimono in un silenzio che è ascolto e partecipazione: sono presente, sono con te!

Mi piace riportare a proposito le parole di Vasconcelos, insigne chirurgo brasiliano: “La mano che accarezza un sofferente perduto vale più dell'elemosina delle parole; il gesto che esprime speranza e conforto vale più di innumerevoli verità”. E ancora: “La carezza ha la stessa apparenza esteriore della palpazione effettuata dal medico. Se filmassimo questi due movimenti noi vedremmo le stesse immagini: delle dita che sfiorano una parte del corpo. Tuttavia nessuno potrebbe ingannarsi sulla natura completamente differente dei due tocamenti. Le dita che accarezzano non vogliono sapere, non vogliono scrutare, mirano invece a conservare al corpo il suo segreto personale. La mano che accarezza non infrange barriere, ma avvolge l'essere amato”.

La mano di chi assiste trasmette calore, affettuosità, incoraggiamento, speranza, sicurezza. S. Camillo de Lellis ci dice ancora oggi: “Più cuore in quelle mani”.

## **2. Gesù si fa vicino ai più soli, più emarginati.** “Non ho nessuno” ( Gv 5, 7 ).

Si prende cura, accoglie e difende i più piccoli, i deboli, le donne. Coloro che non contano per il perbenismo del suo tempo e di tutti i tempi. Il paralitico presso la piscina di Betzatà non osa nemmeno esprimere il suo bisogno di salute e di guarigione frustrato dalle lunghe inutili attese. Finora nessuno gli ha rivolto attenzione.

Perciò alla domanda “vuoi guarire?” non osa neanche pensare che sia un’offerta di aiuto. La sua risposta è una dichiarazione di solitudine, di povertà, d’impotenza nel dire che non ha nessuno. Oggi sono sempre di più le persone sole e isolate, marginali: i malati affetti da malattie cronico-degenerative, i malati di AIDS, i malati in fase terminale, gli anziani, i malati mentali.

Non si può guarire senza l’aiuto di qualcuno e non si può neanche vivere. Curare è sempre aiutare a vivere.

Tutta intera la vita ha bisogno di una vigile presenza di amore, di una grande solidarietà, sia nella sofferenza che nella gioia.

La Suora che assiste i malati ha il compito di vivere ed aiutare a vivere soprattutto i più soli, coloro che sono ai margini, anche negli ospedali moderni, es. nei reparti per malati di AIDS, anziani, unità di cure continuative ecc.

S. Vincenzo mostra un’attenzione e delicatezza materna nel precisare ogni più piccolo particolare nell’assistenza ai malati più gravi e più soli raccomandando alle prime Figlie della Carità di

“ricordarsi di cominciare sempre da colui che ha qualcuno che lo cura e di terminare con coloro che sono soli, per potersi trattenere con loro più a lungo”.

E’ duro dipendere dagli altri. Spesso è umiliante essere malati. Ci si sente fragili, indifesi, deboli, di peso agli altri. Il malato è sempre un povero: povero di salute, di autonomia, a volte povero di speranza, di amore, di fede.

Vi sono malati più poveri perché non hanno risorse economiche per curarsi, per pagarsi una buona e qualificata assistenza. A questi malati la donna consacrata è inviata in modo particolare per rendere credibile e tangibile l’amore di Dio. “Andare dove nessuno va...”.

**3. Gesù, il consacrato del Padre, cura e salva tutto l'uomo.** Con la misericordia verso i malati e i peccatori, Gesù inaugura un modo nuovo di vivere la consacrazione a Dio. Consacrarsi a Dio significa mettersi totalmente a disposizione di Dio, come Maria con il suo FIAT, per essere riempiti di amore e potere “amare fino alla fine” ( *Gv 13, 1* ).

Anche oggi, a domicilio o in ospedale, come al tempo di Gesù, il mondo della salute in tutta la sua complessa articolazione, costituisce un luogo privilegiato per il vero incontro con l'uomo concreto, nella multidimensionalità della sofferenza.

L’azione terapeutica e salvifica di Dio comincia, infatti, dalla salute fisica, dal recupero delle funzioni perdute o mai avute, dal suscitare le energie più profonde della persona perché possa collaborare per riacquistare la salute piena, la liberazione totale. L’équipe curante fa di tutto per coinvolgere i familiari del malato nel processo di cura, tenendo conto che l’informazione e la verità sono un diritto del malato.

Gesù adotta il metodo di una pedagogia salvifica di tutto l'uomo. Salute e malattia sono importanti non tanto e non solo come fenomeni biologici, ma in quanto eventi biografici e spirituali che rivelano la vera identità della persona.

L'uomo che soffre può giungere più facilmente a sapere chi è, da dove gli viene la vita, dove radica la sua esistenza, verso quale direzione orientarsi per dare senso e significato al vivere, al soffrire, al morire e alla morte.

Nella malattia l'uomo può conoscere più profondamente se stesso e attraverso l’epifania del volto dell’altro può prendere coscienza del suo carattere unico, irrepetibile, originale fino ad assumersi la sua responsabilità provocando anche altri ad assumersi la propria. “Il volto dell’altro è sempre un’intimazione a rispondere” ( E. Levinas ).

La donna consacrata oggi più che mai s’inscrive nella storia della “passione” di Dio per l'uomo per promuovere una nuova qualità di vita. La sua vocazione specifica la rende esperta in umanità nell’instaurare una relazione di aiuto salutare, cosicché si realizzi una “salute salvata” ed una “salvezza sanata”.

Anche la salute individuale è il risultato di un’alleanza terapeutica che rinvia alla presenza di una comunità partecipativa. Perciò la comunità religiosa può e deve essere risorsa di salute; segno, memoria e profezia di una società più sana, più solidale, più umana.

Il servizio viene esercitato in virtù di un dono, non di un titolo accademico. Ciò non significa che la consacrata non debba assistere con competenza, anzi oggi è richiesta una competenza professionale sempre più complessa.

La competenza è una forma dell'amore. Chi assiste con amore coniuga competenza e capacità di compassione e di tenerezza attraverso il prendersi cura della persona totale con scienza ed arte, cioè con una creatività sapiente.

### **Misurarsi con le sfide del mondo di oggi**

La vita consacrata sanitaria è chiamata, nel suo complesso, a ricollocarsi all'interno della vita ecclesiale e a misurarsi in un modo nuovo con le sfide del mondo di oggi (cfr. *Gaudium et Spes* 40-45). E' finito il tempo delle "deleghe" espresse o sottintese e quello della supplenza a servizi carenti o inesistenti in diversi ambiti del sociale e, in particolare nell'area socio-sanitaria e del disagio sociale. La vita consacrata, alle soglie del terzo millennio, deve scrollarsi di dosso la **genericità**, come anomalia della vita religiosa. **Con le opere- servizi** sempre più modellati su standards e vincoli imposti dall'esterno **si perde** o si rischia di perdere **la specificità carismatica, la flessibilità e la creatività**, tipiche degli inizi.

A partire dagli anni '60 è andata sempre più consolidandosi la cosiddetta professionalizzazione dell'apostolato sotto la spinta di una serie di riforme sociali.

Non è possibile un'analisi approfondita dei fenomeni socio-culturali, occorrerebbe una relazione *ad hoc*; quello che è certo è che la distanza fra l'apostolato della religiosa e quello del laico sfuma sempre più, senza volere per questo generalizzare. Afferma Jon Sobrino: "Alla vita religiosa spetta una certa anomalía strutturale. Essa va in crisi quando tende alla normalità, quando cioè non è più presente né nel deserto, né in periferia, né in frontiera".

Perciò i grandi mutamenti storici provocano inevitabilmente una crisi. Il successo è di per sé conservatore, autoriproduttivo e può affievolire la tensione carismatica imprigionando il carisma e creando inevitabili sofferenze. Nella economia della salvezza la sofferenza e la croce sono la via regia per farci capire che ormai è tempo di cambiare strada, di convertirsi "L'uomo nella prosperità non comprende". Occorre passare dal complesso delle "geremiadi" e dai rimpianti nostalgici sempre sterili alla progettualità dinamica per dare risposte ai bisogni dell'uomo di oggi con modi e tempi adeguati e personalizzati, al contesto delle situazioni in cui la gente vive, lavora, soffre e muore.

Il paradigma della vita consacrata sanitaria dovrebbe essere capace di sconvolgere gli odierni paradigmi di efficienza disumanizzante perché la cura curante torni a riportare il malato, l'uomo che soffre al centro unendo in un'unica passione l'amore per Dio e l'amore per l'uomo.

E' la provocazione che il mondo sanitario si aspetta. **E' il nostro esserci come donne consurate e comunità che rimandano ai valori evangelici e suscitano interrogativi profondi** nella gente che ci vede vivere. E' il nostro stile nel prenderci cura che diventa suscitatore delle energie sananti che ogni persona possiede e nella relazione di aiuto amorevole e competente rivela il vangelo della *Carità*'.

La difficoltà delle religiose e della donna consacrata nel sanitario provengono non solo e non tanto dalla complessità delle sfide e/o dalla diminuzione del numero nei diversi Istituti dediti

all’assistenza dei malati, quanto dalla crisi d’identità della vita religiosa/consacrata e la stessa professione infermieristica o medica da esse svolta non rimane espressione di radicalità della scelta di Dio nel servire il fratello.

L’appello del documento post-sinodale sulla vita consacrata a essere profetica trova una risposta particolarmente chiara nell’impegno di persone e risorse per creare una cultura della vita e della salute rispettosa della dignità della persona.

La Chiesa e le varie forme di vita consacrata hanno sempre tenuto conto della opportunità specialissima di evangelizzare con le opere prima ancora che con le parole.

Oggi, la Chiesa si fa sempre più credibile se si impegna a fondo nel campo sanitario promuovendo anche collaborazione e partecipazione viva dei laici, dei gruppi e associazioni laicali. Urge mobilitare tutte le energie ecclesiali e quelle di tutti gli uomini di buona volontà in una grande **“alleanza terapeutica”** con tutte le competenze professionali. Si fa strada una viva tendenza ad un rinnovato spirito di aggregazione per cui il servizio al malato nella comunità ecclesiale può diventare un atto comunitario come esercizio di diaconia strettamente collegata con l’annuncio e l’Eucarestia. Il piano pastorale della Diocesi e della Parrocchia si integra con la pastorale della salute per farsi insieme prossimi a chi soffre, nella convinzione che “soggetto primario della pastorale sanitaria è la comunità cristiana” (*La Pastorale della salute nella Chiesa italiana*, Consulta Nazionale CEI per la Pastorale della sanità, 1995, n. 3).

### **Linee di tendenza e punti d’insistenza (in sintonia con l’Esortazione apostolica *Vita Consecrata e altri documenti del Magistero*)**

In sintesi, alla donna consacrata nel mondo della salute è richiesta una testimonianza profetica di fronte alle grandi sfide.

“La vera profetia nasce da Dio, dall’amicizia con Lui, dall’ascolto attento della sua Parola nelle diverse circostanze della storia. (...) La testimonianza profetica richiede la costante e appassionata ricerca della volontà di Dio, la generosa e imprescindibile comunione ecclesiale, l’esercizio del discernimento spirituale, l’amore per la verità” (*Vita Consecrata*, 84).

Pertanto è importante:

- perseguire con ogni sforzo una fedeltà sempre più dinamica e creativa al carisma dei Fondatori che ci spinge a rivitalizzare la nostra presenza o meglio, il nostro **modo di essere presenti** nel mondo della salute;
- “la fedeltà creativa” si poggia molto più su Dio che sui mezzi umani. Come donne consurate dobbiamo conservare un forte equilibrio fra la fiducia nella Provvidenza e la professionalità. Viviamo in un mondo in cui le cure per la salute sono divenute una struttura finanziaria occorre essere preparati a utilizzare i mezzi tecnici, ma mai assolutizzarli; renderli “veicoli della tenerezza di Cristo”;
- inculturare i valori evangelici negli ambiti sanitari;
- compiere tutti gli sforzi possibili per umanizzare l’assistenza e la medicina, a servizio del Vangelo

della vita. Promuovere il rispetto della persona e della vita umana dal concepimento al termine naturale. Trasmettere questo amore per la vita agli altri professionisti sanitari, come pure il senso e valore della dignità della persona riconoscendo che “i malati sono nostri signori e maestri”;

- intensificare la collaborazione con i volontari, gli altri Organismi e Associazioni e con tutte le professioni sanitarie per vivere insieme l’alleanza terapeutica con il malato;
- privilegiare nelle scelte gli ammalati più poveri e abbandonati, come gli anziani, i disabili, gli emarginati, i malati terminali, le vittime della droga, dell’alcol, i malati di AIDS (cfr. *Vita Consecrata*, 83). Questo si può effettuare sia in ospedale sia a domicilio e nelle stesse Comunità religiose per quanto concerne le suore anziane e inferme;
- manifestare con il nostro modo di “prenderci cura” che ogni persona è un figlio Dio, amato da lui con tenerezza paterna e materna;
- essere segni e memoria di una nuova “alleanza” nella prospettiva del Regno. Le donne consacrate hanno ricevuto il dono di essere simboli di un modo di vivere, di uno stile di vita comunionale e salutare.

Questa dimensione simbolica le spinge ad educarsi a camminare insieme con infinita disponibilità e pazienza. Forse molti non ci seguiranno, ma osservandoci si interrogheranno e forse saranno contagiati per camminare insieme e creare la cultura della vita e la civiltà dell’amore.

Dopo Gesù il nostro modello è Maria. In Lei, dice Marcella Farina, l’amore si trasforma in forza che unifica la persona e la rende capace di una solidarietà che oltrepassa ogni limite di spazio e di tempo. E’ la donna che come Gesù abita in una duplice dimora: presso Dio e presso i fratelli. Con la sua guida il cammino della storia è un cantico di amore che si fa servizio. Concludiamo con la preghiera con cui Giovanni Paolo II sigilla l’Enciclica *Evangelium Vitae*.

“ O Maria,  
aurora del mondo nuovo, madre dei viventi,  
affidiamo a Te la *causa della vita*  
guarda, o Madre, al numero sconfinato  
di bimbi cui viene impedito di nascerne,  
di poveri cui è reso difficile vivere,  
di uomini e donne vittime di disumana violenza,  
di anziani e malati uccisi dall’indifferenza  
o da una presunta pietà.  
Fa che quanti credono nel tuo Figlio  
Sappiano annunciare con franchezza e amore  
Agli uomini del nostro tempo  
Il *Vangelo della vita*.  
Ottieni loro la grazia di *accoglierlo*  
Come dono sempre nuovo,

la gioia di *celebrarlo* con gratitudine  
in tutta la loro esistenza  
e il coraggio di *testimoniarlo*  
con tenacia operosa, per costruire,  
insieme con tutti gli uomini di buona volontà,  
la civiltà della verità e dell'amore.  
A lode e gloria di Dio creatore e amante della vita".

## **DONNE CONSACRATE TOTALMENTE ALLA VOCAZIONE, PROFESSIONE, missione DELL'ASSISTENZA SANITARIA**

**Sr. Mary Quentin Sheridan,**  
*Superiora Generale R. S. M.*

Per affrontare questo argomento è necessario recuperare il concetto di nobiltà della persona umana nel suo fondamento naturale e nella sua suprema elevazione nella grazia. Nel suo significato naturale una persona, secondo Aristotele e Boezio, è un essere individuale autonomo, dotato di intelligenza. Attraverso l'incarnazione e la redenzione di Gesù Cristo la persona umana ha ricevuto il potenziale per essere sommamente nobilitata e quindi *ridefinita*. Infatti, la persona umana è stata creata per essere trasformata e per entrare attraverso Cristo e in Cristo nell'intima Famiglia di Dio, come apprendiamo dal testo di San Pietro: “Poiché la sua potenza divina ci ha donato tutte le cose che appartengono alla vita e alla devozione mediante la conoscenza di Colui che ci ha chiamati alla propria gloria e virtù, per le quali Egli ci ha elargito le sue preziose e grandissime promesse onde per loro mezzo voi foste fatti partecipi della natura divina dopo essere fuggiti dalla corruzione che è nel mondo per via della concupiscenza”.

Questa trasformazione è determinata dalla grazia santificante, frutto del passaggio della Persona Divina dentro l'anima, come San Tommaso d'Aquino afferma quando scrive della missione della Persona Divina: “Poiché Dio è in tutte le cose attraverso la Sua essenza, potenza e presenza, secondo il Suo denominatore comune della causa che si manifesta negli effetti i quali partecipano della Sua bontà. Al di sopra e oltre questo modo comune, tuttavia, si trova un modo speciale che appartiene alla natura razionale, dove si crede che Dio sia presente come l'oggetto conosciuto nel *conoscitore e l'amato nell'amante*. E poiché la creatura razionale per mezzo della sua attività di conoscenza e amore raggiunge DIO STESSO, in base a quel modo speciale si crede che Dio esista non soltanto nella creatura razionale, ma che vi dimori anche, come nel Suo proprio tempio”.

Mantenendo la natura umana, la persona in Cristo diviene un FIGLIO o una FIGLIA di DIO tramite la grazia. Qui sta la gloria del nostro splendido io. La persona umana si fonda su due principi: l'uno è nella nascita terrena, l'altro in quella divina. Il dono sublime di tale iniziazione alla Famiglia di Dio tramite il battesimo consiste in una chiamata divina, una vocazione. Questa chiamata divina è rispettosa della prima chiamata del Creatore alla personificazione terrena: la grazia si fonda sulla natura; “essa non distrugge la natura, ma la perfeziona” elevandola in modo eccelso. Perciò, essere chiamati da Dio è innanzitutto qualcosa di particolare per ciascun essere umano unico nella sua umanità. Questa umanità è così elevata nell'ambito della divina famiglia, e riceve un dono di grazia sempre più grande per disegno di Dio. Nella persona terrena, un essere umano si realizza compiendo atti di intelligenza e amore, mentre rimane soltanto una persona naturale. In Cristo, sotto l'influenza del dono della grazia, una nascita soprannaturale in Dio forma una nuova persona, con l'eredità di tutti i diritti, i privilegi e le sfide della

Famiglia di Dio. Questa persona diviene un nuovo ESSERE con una nuova NATURA. Allo scopo di compiere questo miracolo la persona umana è pervasa dalla presenza dello Spirito Santo, che guarisce dalla corruzione del mondo e realizza il nuovo stato di Figli e Figlie di Dio in Gesù Cristo. Questa persona umana rinnovata rivela il carattere divino della sua vita attraverso atti che sono PII. La persona umana consacrata svela il suo doppio carattere tramite atti personali. Conoscere e amare sono atti personali: atti personali che, se in accordo con il Vangelo di Gesù Cristo, manifestano il Cristo vivente. La presenza dello Spirito Santo attraverso la grazia alimenta quella vita in Cristo. Totalmente coerenti con le “due nature”, le aspettative umane e divine sono commisurate al dono di Dio. Dovunque lo Spirito Santo riempia la Chiesa con i suoi doni, la loro diffusione è affidata a qualcuno. Poiché la bontà di Dio si diffonde sull'umanità, essa, in tal modo innalzata a Famiglia di Dio, è chiamata a diffondere la Sua grazia così come è data a ciascun individuo: a chi molto è stato dato, molto sarà chiesto (cfr. *Lc* 12,48). Ciascun cristiano battezzato è un inviato al quale è affidata la sfida di diffondere il dono ricevuto, sia nella natura terrena sia nell'adozione divina.

Tra i figli e le figlie di Dio speciali chiamate sono rivolte ad *alcuni* i quali sono invitati a seguire il Suo amato Figlio con un amore incondizionato, che non è richiesto a tutti i fedeli. Nella Esortazione Apostolica *Vita Consecrata* (VC) Giovanni Paolo II ricorda “il Creatore e Donatore di ogni cosa buona, il quale attira a sé le sue creature (cfr. *Gv* 6,44) con uno speciale amore e per una speciale missione”. Il Santo Padre prosegue: “coloro che sono chiamati affidano se stessi all'amore di Dio che li vuole esclusivamente al proprio servizio, ed essi consacrano se stessi totalmente a Lui e al suo progetto di redenzione (cfr. *I Cor* 7,32 - 34)”. Rispondendo a queste chiamate speciali con impegno totale, i destinatari (i religiosi consacrati) non soltanto sviluppano quell'immagine e somiglianza con Cristo che viene loro donata, ma secondo l'intensità della loro risposta suscitano nel modo più efficace il massimo coinvolgimento da parte dei molti altri non chiamati in quel particolare modo. La promessa di Cristo Gesù di rimanere con la sua Chiesa fino alla fine del tempo è un'alleanza con la Chiesa. Per quelle persone che Dio ha consacrato e alle quali ha dato doni speciali per realizzare il destino dell'umanità nella pienezza del Regno di Dio, la consacrazione implica una missione. Nel concetto di missione è necessariamente implicito il mistero che uno deve essere inviato. Nessuno può mandare se stesso. Nel progetto divino, le persone consurate sono immerse nel mistero della Chiesa; e inviate dalla Chiesa per la salvezza della Chiesa. Ogni persona consacrata, sebbene chiamata nell'ambito di una comunità religiosa specifica con l'unicità del suo carisma, è destinata al bene della Chiesa. Lo Spirito Santo che opera fedelmente nella Chiesa fino alla fine del tempo, esamina i bisogni della Chiesa e accende nel cuore delle persone che hanno ricevuto una chiamata particolare l'entusiasmo per soddisfare quei bisogni.

Allo scopo di soddisfare i bisogni della Chiesa, ogni congregazione o istituto che pratichi attivamente la vita religiosa, dovrebbe tentare di evolversi professionalmente come il mondo progredisce nella conoscenza e nelle relazioni sociali. In questo aggiornamento professionale le comunità religiose non devono mai dimenticare che la loro cura verso i seguaci di Dio deve sempre rimanere fedele allo Spirito Santo e all'autorità della Chiesa, per dispensare fedelmente loro particolari doni.

### Minacce dall'esterno

Per valutare giustamente i bisogni posti di fronte ai religiosi nella loro professione di assistenza, dobbiamo essere consapevoli anche dei particolari ostacoli che ad essa si frappongono. Consideriamo innanzitutto le forze distruttive che agiscono dal di fuori. Nei passati venticinque anni un preoccupante attacco ha preso di mira il concetto stesso di persona umana e vita umana. Nell'Enciclica *Evangelium Vitae* Giovanni Paolo II ha sollecitato una maggiore consapevolezza di questo:

“Oggi questa dichiarazione è particolarmente pressante a causa dello straordinario aumento e gravità delle minacce alla vita degli individui e dei popoli, specialmente dove la vita è debole e indifesa”. Negli Stati Uniti d'America, negli anni dal 1970 al 1995, si sono verificati 29.247.139 aborti legalmente provocati ovvero più dell'intera popolazione del Canada registrata nel censimento del 1990 (27.296.859). Nella Federazione russa, in un arco più breve di tempo (1979 - 1995) sono avvenuti 89.515.637 aborti legalmente indotti, cioè più della popolazione della Germania (79.365.000). Milioni di vite indifese sono state gettate via come pezzi di stoffa che non hanno alcun valore per il corpo umano, per l'umanità, o per il progetto divino. Questo atto criminale legalmente autorizzato prima di ogni altra cosa è un insulto al Creatore, un atto di genocidio, una violazione della società contro se stessa, un assassinio e uno sterminio di massa, che supera di gran lunga le atrocità di una guerra mondiale contemporanea. Tale distruzione della vita umana, sebbene si sia verificata gradualmente in un certo arco di tempo, rappresenta un preoccupante disprezzo dell'autentica dignità della persona umana e del valore della vita umana, sia nella sfera temporale sia nel Regno di Dio.

Sfortunatamente questo allarmante stato delle cose, lungi dall'attenuarsi, si espande: con le nuove prospettive aperte dal progresso scientifico e tecnologico si manifestano nuove forme di attacco alla dignità dell'essere umano... Attecchisce e prospera un nuovo clima culturale, che conferisce un carattere nuovo e - se possibile - ancora più sinistro ai crimini contro la vita...<sup>1</sup>

In certi luoghi del mondo industrializzato, quasi il 50 per cento dei matrimoni finisce in divorzio (vedi Tav. 1). La crescente, subdola distruzione della cellula della vita sociale umana, vale a dire l'abolizione della struttura comunitaria della famiglia umana, ha determinato sconcertanti conseguenze di abuso, abbandono e uccisione dei bambini e ha fatto del suicidio la causa prevalente di morte tra gli adolescenti. Siamo diventati un mondo che dipende dal piacere per dare un senso alla nostra esistenza. Il mondo della scienza e della tecnologia ci ha dato la capacità di avere tutto e niente in un solo istante. Siamo stati in grado, grazie alla scienza e alla tecnologia, di clonare la vita animale. Il vanto del mondo scientifico e tecnologico è che anche la vita umana può essere “clonata”. Ma la viviamo bene la vita che ci è stata data quando i valori fondamentali della famiglia umana si impoveriscono sempre più? Non dovremmo piuttosto riflettere e chiederci a quale scopo siano rivolte tutte queste scoperte se non possiamo usarle responsabilmente e con integrità morale nella nostra vita?

---

1 Giovanni Paolo II, Lettera Encycl. *Evangelium Vitae*, 4

## **Minacce dall'interno**

E' nel mezzo di questi assalti contro la vita umana che Dio ancora una volta convoca coloro che ha scelto per intraprendere la Sua battaglia contro questi mali della società. Potremmo chiederci: come è mai possibile che simili atrocità siano diventate così tenaci e potenti? Non sarebbe giusto considerare le difficoltà o gli attacchi contro la nostra missione soltanto come provenienti dall'esterno. Anche noi stesse dobbiamo fare un onesto esame di coscienza rispetto alle nostre inclinazioni e azioni. E' possibile che noi religiose, che per tanti anni abbiamo prestato ammirabile servizio nell'assistenza sanitaria per conto della Chiesa, per una qualunque ragione abbiamo abbandonato le strutture del servizio sanitario? Può essere che quando noi religiose abbiamo accantonato la nostra più profonda, interiore dedizione alla chiamata di Dio e ai bisogni della Chiesa, il mondo ha perduto un testimone di vitale importanza? E' possibile che quando noi religiose diveniamo sempre più autodeterminate nel definire il nostro modo di servire la Chiesa, perdiamo anche la nostra credibilità? Può essere che il mondo sia in difficoltà perché una sottostruttura enormemente significativa, la Donna, che porta in grembo la vita, non permette a questa vita di giungere a compimento?

## **L'appello al rinnovamento attuato in modi differenti**

Il Concilio Vaticano II ha più volte sollecitato un rinnovamento nella vita religiosa. Rinnovamento vuol dire precisamente che ciò che è stato donato una volta dallo Spirito Santo deve essere reso nuovo ancora. Per inseguire ciò che noi pensavamo fosse attuale per il nostro tempo, abbiamo erroneamente pensato di ricominciare tutto da capo. Un simile nuovo inizio, lungi dall'andare incontro alle necessità del nostro tempo ha distrutto proprio le fondamenta di quello che lo Spirito Santo aveva iniziato. Riguardo all'autenticità del rinnovamento così troviamo iscritto nella Istruzione Elementi essenziali....:

“Tale rinnovamento sarà segnato da quattro grandi atti di fedeltà (come sottolineato dal documento “Progresso umano e religioso”): fedeltà all'umanità e al nostro tempo; fedeltà a Cristo e al Vangelo; fedeltà alla Chiesa e alla Sua missione nel mondo; fedeltà alla vita religiosa e al carisma dell'istituto”.

Notiamo la ripetuta enfasi sulla parola **fedeltà**. Per una comunità religiosa essere fedeli richiede un costante impegno per discernere lo Spirito Santo nell'ambito della comunità religiosa stessa e anche all'interno della Chiesa. Questa fedeltà al rinnovamento richiede una nuova e vigorosa dedizione a Cristo, la Chiesa e il relativo dono divino.

Dal tempo dei nostri antichi santi, fondatori e fondatrici, abbiamo perduto una dimensione essenziale della vita religiosa? Il tempo ha cambiato la realtà e la vita religiosa in sé non è più, come alcuni osano dire, attuale? E' possibile che abbiamo interrotto il dialogo interiore con lo Spirito Santo e di conseguenza la sorgente d'amore della vita si è seccata? Qualunque sia la ragione di questo deplorevole

sviluppo, la soluzione suggerita dal Padre Eterno a Santa Caterina da Siena recita:

Per quale via è arrivata? Per la via del suo cuore... così è con l'anima. Prima essa mi parla con la lingua di una santa e costante preghiera che è sulla bocca del suo sacro desiderio. Questa lingua parla un linguaggio esteriore e interiore. Interiormente l'anima mi offre teneri desideri d'amore per la salvezza delle anime. All'esterno essa proclama l'insegnamento della mia verità, ammonendo, avvisando, testimoniando, senza alcun timore per la sofferenza che il mondo vorrebbe infliggerle. Ed essa adatta la sua entusiastica testimonianza alla situazione di ogni persona che si trova di fronte... si comporta virtuosamente verso il suo prossimo senza fatica...essa mi ama per me stessa, poiché io sono Bontà suprema e merito di essere amato ed essa ama se stessa e il suo prossimo a causa mia, per offrire gloria e lode al mio nome.

Così ci viene ricordato che dal desiderio interiore di una relazione amorosa con Dio Uno e Trino scaturisce l'entusiasmo di donare quell'amore all'umanità. Quanto ai religiosi, essere mandati nel nome di Cristo dalla Chiesa è implicito nella chiamata del Padre. Non abbiamo bisogno di ulteriori ricerche scientifiche che ci dimostrino come il mondo si stia autodistruggendo. Nella "cultura della morte", molte volte ricordata da Giovanni Paolo II, quando la vita umana è un valore arbitrario, allora la morte diviene la soluzione che ci libera dal dolore, dalla sofferenza, dalla noia, difficoltà, frustrazione e simili. Come religiose noi abbiamo la tendenza interiore propria della natura femminile a proteggere e promuovere la vita umana. Questa inclinazione è enormemente esaltata attraverso lo Spirito Santo nel battesimo e nella vocazione religiosa, con l'intrinseca, personale e più alta inclinazione a manifestare e comunicare a tutta l'umanità questa vita-energia di Dio così ottenuta. Giovanni Paolo II nella Lettera apostolica *Mulieris Dignitatem* afferma :

Mentre la dignità di una donna fa da testimone all'amore che ella riceve allo scopo di ricambiare l'amore, anche il modello biblico della Donna sembra rivelare la vera regola dell'amore che costituisce la vocazione propria della donna. Vocazione qui è intesa nel suo fondamentale e si può dire universale significato, un significato che si realizza e si esprime nelle molte differenti vocazioni della donna nella Chiesa e nel mondo.

Diverse congregazioni religiose hanno interpretato lo slogan della "cultura della morte" come riferito al declino delle vocazioni religiose. Hanno ceduto consegnandosi alla lista del necrologio della storia, ma la vita religiosa non è *morta*. E' il "lavoro dello Spirito Santo che in ogni epoca manifesta la ricchezza della pratica degli insegnamenti evangelici attraverso una molteplicità di doni divini".<sup>2</sup>

Il problema non è lo Spirito Santo; Egli è la soluzione. *Noi* siamo il problema. In molti casi siamo state sconfitte dall'interno. Se rimaniamo fedeli alla vita di preghiera, vicine alla nostra vocazione religiosa così come alla particolare missione per la quale siamo state chiamate, potremo sicuramente contare sulla fecondità del nostro apostolato. Ciò che si addice al mondo non sono semplicemente

---

2 Esort. Apost. *Vita Consecrata*, n. 5

persone che compiono opere buone; ogni persona santificata nel battesimo è mandata per adempiere alle opere buone della Chiesa, eppure le religiose sono chiamate a vivere in modo davvero speciale la presenza evangelica di Gesù nel mondo. Niente sostituisce la castità, la povertà, l'obbedienza e la vita di chi prega, poiché la religiosa consacrata vive la vita di Gesù, lo sposo, ed è così in grado di comunicare il Suo amore al mondo. Questa è la forza di attrazione delle donne religiose. Spesso ci si obietta che oggi i giovani non sembrano molto sensibili alla chiamata divina tramite le religiose. A questo proposito ricordiamo brevemente la risposta che Giovanni Paolo II ha suscitato durante le celebrazioni per la Giornata Mondiale della Gioventù in questi ultimi anni. Letteralmente, milioni di giovani sia sono radunati per vedere, sentire, toccare quest'uomo di Dio. In tal modo si è resa manifesta un'abbondanza di vitalità spirituale in questi giovani. E' possibile che siamo **noi** che non sappiamo come tirar fuori quella risposta generosa che dorme nei loro cuori? Essi hanno il diritto di essere stimolati dalle nostre vocazioni vissute in gioiosa completezza. La sfida che ci viene lanciata è quella di resistere a qualsiasi tentazione di apatia o disperazione a favore di una nuova cultura della vita alimentata dal fuoco dello Spirito Santo. Siamo pronte per tale sfida?

## Dove andremo adesso?

Che tipo di missione ci si aspetta dalle donne consacrate? Guardando all'esempio del Santo Padre, le religiose devono cercare la missione ideale nell'eccellenza in amore. Con questo criterio, rivedere e correggere lo stato delle nostre vocazioni diventa per noi una sfida. Tornando all'idea iniziale del recupero della nobiltà della persona umana siamo messi di fronte al dono della grazia che eleva la nostra limitata natura umana alla condizione di figli di Dio. Noi che siamo donne religiose siamo diventate persone nuove dentro la Famiglia di Dio per la Famiglia dell'Uomo. La nostra libertà fondamentale va messa in pratica generosamente verso l'invito divino, la chiamata e la missione. Nel mezzo della cultura della morte e disperazione, noi dobbiamo essere una presenza di **vida** e di **speranza**. Nello sforzo di portare il Vangelo della Vita all'umanità, coloro che hanno ricevuto lo Spirito Santo devono *alzarsi in piedi e dire sì* all'appello del Padre per seguire Gesù nello Spirito Santo. In qualità di religiose, sta a noi ricevere la speciale grazia dello Spirito Santo e alimentare una vita di fede e speranza nella vita eterna. Senza fede e speranza c'è la noia. Senza amore non c'è motivo di vivere. Lo Spirito Santo ha scelto noi quali strumenti preposti a trasmettere la Sua propria vita. Nell'Enciclica *Dominum et Vivificantem* Giovanni Paolo II ci rammenta:

“Nel nome della Resurrezione di Cristo la Chiesa proclama la vita, che manifesta se stessa oltre i limiti della morte, quella vita che è più forte della morte. Allo stesso tempo essa annuncia Colui che dona questa vita. Lo Spirito, il Dispensatore di Vita; essa lo proclama e collabora con lui nel dare la vita”.

Noi come religiose di Chiesa dobbiamo essere messaggere della vita contro la “cultura della morte”.

Noi siamo elette e dotate per essere in quella arena. Noi abbiamo gestito istituti di cura e a noi sono state affidate vite per servire, assistere gli ammalati, i sofferenti e i moribondi. Ma ora in gran parte le case di cura da noi abbandonate sono state rimpiazzate da esperimenti affaristici. Molti fra i nostri istituti sono stati ridotti ad aziende statali, disastri economici e luoghi in cui dovevamo lavorare senza essere in grado di soddisfare il nostro desiderio di donare la grazia. Come ricominciare nuovamente? Ridando vitalità a quegli istituti ancora esistenti e sostenendo i nuovi che sgorgano dal cuore della vita religiosa. Nell'Esortazione apostolica *Vita Consecrata*, Giovanni Paolo II ha detto:

“Seguendo una gloriosa tradizione, un gran numero di persone consacrate, soprattutto donne, conducono il loro apostolato nel campo dell'assistenza sanitaria, secondo il dono spirituale concesso al relativo istituto di appartenenza. Attraverso i secoli, molte persone consacrate hanno dato la propria vita nell'assistere le vittime di malattie contagiose, confermando la verità che la dedizione fino all'eroismo appartiene alla natura divina della vita consacrata”.

La medesima dedizione fino all'eroismo deve essere fatta nostra oggi, rinnovando in tal modo il carisma dei nostri fondatori e delle nostre fondatrici. Non abbandoniamo gli istituti, ma pensiamo ancora una volta come riportarli a nuova vita. Le sorelle sono la più grande risorsa che abbiamo in questi istituti. Ogni religiosa anzi, è un istituto. Ogni donna consacrata è il dono più grande che abbiamo. Un'unica religiosa consacrata può essere dichiarata apostolica e vivificante nel nostro tempo tanto quanto un santo dei tempi antichi. Dobbiamo tuttavia essere preparate sia spiritualmente sia professionalmente come una qualsiasi persona con il più alto grado di competenza in quel campo della vita e della salute.

Come donne religiose, dobbiamo *ri-dedicare* noi stesse alla Chiesa *con la nostra vita*. Dobbiamo credere nella nostra vocazione. Lo Spirito Santo non sbaglia.

“In questo Spirito, che è dono eterno, la Trinità apre se stessa all'uomo, allo spirito umano. Il soffio nascosto dello Spirito divino fa in modo che lo spirito umano possa aprirsi a sua volta prima dell'apertura salvatrice e santificatrice di Dio. Tramite il dono della grazia, che proviene dallo Spirito Santo, l'uomo entra a far parte di una nuova vita, viene condotto nella realtà soprannaturale della vita divina stessa e diventa “dimora dello Spirito Santo”, tempio vivente di Dio”.

### **Recuperare i doni specifici delle donne nella natura e nella grazia**

Il potere dello Spirito Santo è dato a ciascuna di noi religiose in favore dei molti che la provvidenza di Dio affida alle nostre cure in vari modi. Ogni sorella deve espandere la pienezza della sua condizione di donna come pure gli speciali doni di grazia a lei concessi. Leggiamo nella lettera apostolica di Giovanni Paolo II *Mulieris Dignitatem*:

“Il valore morale della donna, che trae forza da questa consapevolezza e questo consegnarsi, si esprime in un gran numero di figure del Vecchio Testamento, del tempo di Cristo e di epoche

via via più recenti per finire ai giorni nostri. Una donna è forte per la consapevolezza di questo suo consegnarsi, forte per il fatto che Dio “affida l'essere umano a lei”, sempre e in ogni modo, anche in situazioni di discriminazione sociale in cui ella venga a trovarsi. Tale consapevolezza e tale fondamentale vocazione parlano alle donne della dignità che esse ricevono da Dio stesso, e ciò le rende "forti" e rafforza la loro vocazione”.

In queste parole, l'eco della chiamata di Dio Padre trasmette nuova energia e nuovo impulso al mistero della grazia che ha le basi nella natura. A causa dei bisogni dell'umanità, in un tempo in cui essa è minacciata al cuore dalla cultura della morte, è dovere della donna, così come lo è stato attraverso la storia della salvezza, riportare la pienezza della femminilità e del suo amore per la vita alla sua naturale ricchezza. Se l'umanità si trova così miseramente priva di valori, una delle ragioni principali è da rintracciarsi nel fatto che le donne non hanno accettato il posto che si confaceva loro. Alle religiose in particolare, è stato affidato il compito di salvaguardare la vita. Leggiamo nelle opere di Edith Stein, prossima alla santificazione:

“La vocazione religiosa può essere considerata come un qualcosa di specialmente femminile? Sia gli uomini sia le donne ricevono quella chiamata, che è soprannaturale. Poiché proviene dall'alto e chiede alla persona di elevarsi al di sopra della naturale sfera terrena. E fin qui pare che le differenze naturali non abbiano peso alcuno. Tuttavia c'è il principio teologico che la grazia non distrugge, ma perfeziona la natura. Così possiamo aspettarci che nella vocazione religiosa la natura femminile non venga eliminata, ma completata e resa feconda in un modo speciale”.

In questa vita dobbiamo considerare correttamente i tratti essenziali della persona umana quando si parla di vocazione e grazia. Dobbiamo riconoscere che la grazia è data all'essenza di una persona, è destinata al più profondo dell'anima, ma non cancella le facoltà umane. Essa entra nell'anima come un dono di carità del quale Dio è parte integrante. Questo dono viene accordato sempre per fare del bene agli altri. Nel caso di una vocazione religiosa è dato in modo del tutto speciale per la salvezza della Chiesa. Là dove la vita è minacciata, la pena, la sofferenza e il dolore possono diventare un bene quando entrano a far parte della storia della salvezza iniziata dal sacrificio redentore di Cristo. In verità il Signore non ci ha lasciato orfani. Egli ha promesso di rimanere con coloro che soffrono. Perciò le religiose, quando sono chiamate ad assistere l'umanità, in virtù della loro speciale unione con lo Spirito Santo sono particolarmente abili nel superare il negativo della sofferenza e aprire all'inferno affidato alla loro cura la verità beatificatrice della partecipazione alla Croce di Cristo Gesù.

Le opere di carità, d'altro canto, e una vita di sacrificio che espia e soddisfa, piacciono decisamente alla natura femminile... Motivo, principio e fine della vita religiosa è una resa incondizionata a Dio con amore disinteressato. Il religioso è come se mettesse fine alla sua propria vita per fare spazio alla vita di Dio. Quanto più completamente ciò è attuato, tanto più ricca sarà la vita divina che riempie l'anima. Ora, la vita divina è un amore trabocante che non ha bisogno di nulla per se stesso, ma dona se stesso

liberamente, condiscendente e pieno di misericordia verso tutte le creature bisognose. E' un amore che guarisce l'ammalato e riporta in vita ciò che è morto, che protegge e incoraggia, nutre, insegna, educa. Piange con il pianto e gioisce con la gioia; fa di se stesso il servitore di ogni essere così da poter diventare ciò a cui il Padre lo ha destinato; in una parola: è l'amore del cuore divino. E' desiderio profondissimo dell'animo femminile quello di consegnarsi amoro-samente a un altro, di essere interamente sua e di possederlo completamente. Tale atteggiamento è alle radici delle inclinazioni femminili sia a livello personale che nella sfera sociale, cosa che ci sembra di poter considerare la caratteristica specificamente femminile.

Edith Stein ci sta ricordando ancora una volta di affrontare in qualità di religiose la nostra natura femminile con fiduciosa responsabilità. Alimentare la vita è naturale per le donne; in più, quando è ripiena della grazia di Dio, quella stessa capacità di alimentare e nutrire la vita è immensamente esaltata e può diventare straordinariamente feconda.

### **Conclusion: Maria, nostro modello**

Con tutti i tentativi attuali di valorizzare la grandezza della donna, abbiamo davanti a noi una donna che sta all'apice della perfezione femminile. La Vergine Madre di Dio, in tutta la storia della salvezza costituisce la matrice posta fra la misericordia di Dio e la sofferenza dell'umanità. Ella, prediletta da Dio, è l'unica innocente perfetta e così è stata eletta come grembo capace di essere un luogo materno per il supremo dono di Dio, l'incarnazione del Suo Figlio. O *admirabile commercium*; o splendido atto di concezione; o magnifica donna. Le donne religiose non soltanto prendono Lei a loro modello, ma in Lei trovano l'affermazione di se stesse nel mistero femminile. La dedizione di Maria è l'ideale supremo per tutte le donne, ma lo è in modo speciale per quelle chiamate alla vita religiosa. Questa donna nella sua relazione unica con Cristo come Madre e Discepolo donò se stessa totalmente per il bene dell'opera del Redentore. Ella ci invita a imitarla fedelmente nell'ascolto della Parola di Dio, a meditare la Parola nel nostro cuore e a renderla feconda nella nostra esistenza e nel nostro servizio.

In questa luce concludiamo con le parole di Charles Péguy:

Ciò di cui abbiamo bisogno, Dio,  
ciò di cui abbiamo infine bisogno è una Donna  
che sia anche una SANTA  
e che TRIONFI.

Tavola 1. Statistiche significative da alcuni paesi del mondo industrializzato. Il periodo in esame va dal 1970 al 1995 eccetto dove indicato diversamente. Fonte: *Demographic Yearbook*, United Nations, New York, USA.

Paese	Popolazione Censimento del	Aborti legalmente	Matrimoni registrati	Divorzi registrati	Suicidi 1988-95
-------	-------------------------------	----------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

	1990	indotti			
Stati Uniti d' America	249.632.692	29.247.139	60.654.884	28.584.764	245.879
Federazione Russa	147.913.000	<b>1979-95</b> 89.515.637	56.407.145	19.517.683	347.299
Germania	79.365.000	2.256.479 <sup>1</sup>	13.328.889	3.457.487	94.188
Italia	55.661.000	<b>1979-94</b> 2.986.884	8.613.681	431.617	31.334
Francia	56.535.000	2.962.353 <sup>2</sup>	8.662.640	2.083.725	82.159
Canada	27.296.859	1.273.865 <sup>3</sup>	4.635.768	1.318.886 <sup>4</sup>	29.205

1. Non è compreso il periodo dal 1970 al 1975; il periodo dal 1976 al 1987 considera soltanto l'ex Germania Ovest.
2. Non è compreso il periodo dal 1970 al 1975, 1993, 1994, 1995.
3. Non sono inclusi gli anni 1977, 1978, 1988, 1995.
4. Non sono inclusi gli anni 1986, 1988, 1990, 1991.

## DIMENSIONE ANTROPOLOGICA

*Felisa Elizondo,  
Prof. di Antropologia Teologica  
Istituto Superiore della Pastorale (Madrid)  
Università Pontificia Salamanca*

### Premessa

Il tema presenta in forma di tesi e riunisce vari versanti: condizione femminile, vocazione, consacrazione e missione. Tutte queste, si dice, “si incontrano e si integrano reciprocamente nella visione cristiana della vita e della sanità”.

Tutte queste sono implicate e si attuano nella forma del servizio che è la dedizione alla cura degli ammalati o, più ampiamente, al mondo della sanità. Questo breve intervento equivale ad alludere alle dimensioni antropologiche.

Si può anticipare che questo servizio rappresenta dall'antichità uno degli aspetti più luminosi della carità. “Ministero della Misericordia”, lo si è chiamato nella Esortazione apostolica *Vita Consecrata* (VC) (1996), seguendo la *Salvifici doloris* (1984): prolungano il ministero della Misericordia di Cristo, che visse “facendo del bene e curando tutti” (At 10,38) (VC, 83).

E questo servizio è riconosciuto nella nostra società come forma inequivocabile di autentica solidarietà, come espressione di indubitabile carico etico e come barlume della silenziosa presenza del Regno.

Soltanto alcuni mesi or sono un noto collaboratore di un quotidiano spagnolo a tiratura nazionale scriveva: “Quando vedo delle persone generose (che cioè creano delle realtà), che si sforzano di accudire esseri senza speranza, devolvendo o creando la propria dignità oltre il consueto andamento, mi sembra di assistere ad una rivelazione” (J. A. Marina, “*Cronicas de Ultramodernidad*”: ABC domenicale, 10-4-98).

1.3. Più che tentare definizioni, procederò annotando ciò che ho avvertito nel mio lavoro di insegnante ed in successivi incontri con donne, per la maggior parte religiose, che sono in contatto diretto con le mille forme di malattia o sofferenza. Debbo molto, inoltre, in questo apprendistato al Dipartimento della Pastorale della Sanità creato dalla Conferenza Episcopale Spagnola.

### Una antropologia attenta alla malattia

In altri interventi previsti è detto di questa dedizione a partire dalle fonti bibliche che insistono affinché non si separi la cognizione di Dio del “visitare” l'ammalato, un dovere che in Israele impiega le persone sane secondo vicinanza, e come dovere di umanità, oppure partendo dalla figura del serva che si fa carico delle richieste del popolo, e lo faranno a partire dal comportamento e dalle parole di Gesù.

Come prima annotazione desidero segnalare che la realtà degli ammalati porta all'antropologia un

avvertimento fecondo e la salva dall'ignorare un'importantissima sfaccettatura dell'essere umano che è quella di essere/stare ammalato. Alcuni pensatori moderni hanno prestato attenzione a ciò che qualcuno ha chiamato un'antropologia "modale", sensibile cioè alla vulnerabilità e, pertanto, alla necessità di salvezza degli esseri umani (cfr. E. Biser, *Pronostico de la fé. Orientación para la época postsecularizada*, trad. esp. Barcelona, Herder, 1993, 201 ss).

Credo che la dedizione agli ammalati sia in relazione con una antropologia che fa valere, in situazioni di debolezza, la convinzione che la "gloria di Dio è che l'uomo viva", come traducono oggi alcuni autori la nota affermazione di Ireneo di Lione. Detto in altro modo: curare ferite o alleviare dolori è una forma pratica dell'affermare che il corpo umano, imprevedibile, vulnerabile, amabile, è un corpo di resurrezione e gloria, come afferma S. Paolo nella prima lettera ai Corinzi.

Aver cura del corpo dolente è mostrare effettivamente che si riconosce in esso un "sacramento primordiale": il corpo rivela l'uomo, rappresenta la persona. E' così il primo messaggio di Dio per l'uomo stesso, come una specie di sacramento primordiale inteso come segno che trasmette efficacemente nel mondo visibile il mistero nascosto di Dio fin dall'eternità (Congregazione per l'Educazione Cattolica, *Orientamenti educativi per l'amore umano*, 1993, 22).

Per di più, il contatto con il mondo sofferente evita che l'antropologia corra il rischio di astrarre l'essere umano dalla sua condizione di "essere finito" e dalla sua precarietà. Se la salute si è potuta definire come "il silenzio degli organi", la malattia mostra evidentemente fino a che punto siamo "corporali", e lo siamo per relazionarci agli altri e alla realtà intera.

Nella conclusione di un recente libro di antropologia filosofica J. Maria Clavel scrive alcune righe che si possono citare in proposito: "Dell'essere umano si è detto a ragione che è, oltre a moltissime altre cose, un animale che si pone domande, un animale ermeneutico, animale di circostanza, animale culturale (...). Ho optato per qualificarlo come animale vulnerabile... preoccupato dalla necessità di diagnosticare i suoi limiti e curare le sue ferite. L'antropologia della diagnosi e dell'illusione porta con se l'etica della compassione e la prassi della solidarietà" (*El animal vulnerable. Invitación a un a filosofía de lo humano*, Madrid, Univ. Pont. De Camillas, 1997, 256-257).

Avvicinarsi a chi soffre è avvicinarsi alla profondità senza fondo dell'essere umano, forse per lui ci sentiamo obbligati, prima o poi, al rispetto: "Il dolore" scrisse J. L. Martin Descalzo dopo averlo provato egli stesso, "è un mistero, e bisogna avvicinarcisi come ci si avvicina ad un rovo ardente: con i piedi scalzi, con rispetto e pudore". L'avvertimento serve anche per qualsiasi altra pretesa di sapere che voglia far giustizia della persona.

D'altra parte la vicinanza a coloro che sono ammalati offre l'occasione di comprovare come un profondo desiderio di salvezza e felicità segna l'esistenza umana e dura in profondità. Si conferma ciò che qualcuno ha osservato: "La letteratura sulla felicità oggi non manca, segno dei tempi senza dubbio, con le sue inevitabili ambiguità, ma forse tratta meglio di un ritorno a questo dinamismo profondo e integrativo dell'uomo... L'uomo non è fatto per la disgrazia, se non che per la letizia. Bisogna restituire a questa i suoi titoli di nobiltà. La felicità è un dinamismo, un fattore esistenziale indispensabile per l'uomo" (A. Gesché, *Dieu pour penser*; II, *l'Homme*, Paris, Cerf 1993, 141).

C'è una dimensione nella quale l'antropologia si trova verificata nell'esperienza della malattia. E'

l'importanza decisiva degli altri e della comunità nella vita umana. Coloro i quali sono ammalati seriamente sanno bene ciò che significa dipendere ed aver bisogno degli altri. A loro volta, molti di coloro che cercano di curare ed alleviare sofferenze testimoniano come non si comprenderebbero loro stessi, come si sentirebbero impoveriti nella loro umanità, se gli venissero meno questi aspetti già conosciuti della sofferenza.

Gli infermi ci evangelizzano, tra le altre cose, perché ci fanno scoprire la ricchezza della vita oltre tutte le ricchezze, e perché in loro si manifesta la condizione umana sul suo limite, ridotta all'essenziale. L'attuale Presidente della Pastorale sanitaria della Conferenza Episcopale Spagnola, D. Javier Osés, vescovo di Huesca, confessava in una intervista, che il suo ministero sarebbe incompleto senza il contatto con i malati e che personalmente necessitava di questo contatto “per avere un'esperienza profonda di ciò che è l'uomo, la vita, la fede, le doti morali, il servizio” [cfr. *Labor Hospitalaria* 207 (1998) 44].

Capita che qualcosa come un “umanesimo dell'altro uomo”, per dirla con i termini di E. Levinas, si afferma in questa reciprocità, nella qualità delle relazioni che intercorrono tra gli uni e gli altri, e che fanno meno grigi ed anonimi i centri ospedalieri.

Insomma, una approssimazione antropologica si trova già in questo, prima di mettere a fuoco il suo obiettivo, prima che essa stessa si lasci interrogare da questa frangia di vita umana che è la malattia.

### **La dedizione delle donne ad assistere e curare**

Migliaia di donne cristiane hanno fatto propria l'assistenza al malato. Una questione comune a tutta l'umanità e particolarmente alla Chiesa. Esse continuano a rendere attuale il gesto di “lavare i piedi” del Vangelo e ricreano al femminile la figura del Buon Samaritano. Esse hanno mantenuto così fedelmente la fede nella incarnazione e nell'antropologia cristiana per la quale il corpo è il tempio dello Spirito destinato a resuscitare.

Riscattare, ed in altri casi redigere, la loro biografia, sarebbe non solo arricchire la storia del Cristianesimo se non provare in maniera poco discutibile la tesi che si enuncia come tema di questo incontro.

Tra gli esempi che tra tutti gli altri si possono raccogliere, si può ricordare che S. Girolamo parla, in una delle sue lettere, di Fabiola. Di questa nobile romana ci dice che le mille forme di malattia, impossibili da enumerare con cento lingue e cento bocche, secondo una citazione di Virgilio che S. Girolamo riporta, erano trasformate per lei in altrettante forme di conforto. Fino al punto che “non pochi poveri che godevano di buona salute invidiarono gli ammalati” (Ep 77, 3-9, citata in G. Corsato: *I volti della Carità nell'esperienza dei Padri*, Quad. della Provvidenza 11, Sarmeole di R. -Padova, 1977, 120. 121).

S. Girolamo parla anche di Paola, di Paolina e del suo sposo, che fondò nel Porto di Roma un ospizio dove egli stesso serviva i ricoverati.

La dedizione a Dio e al Regno, seguendo Cristo che è il nucleo della vita consacrata, è stata associata in molti casi, attraverso i secoli, alla dedizione agli infermi. Nella prima metà del XVII sec. Luisa de

Marillac, la quale si preoccupò sinceramente affinché le Figlie della Carità si preparassero per la loro missione con le conoscenze infermieristiche dell'epoca, raccomandò loro che la visita e la cortesia: "Non sia eseguita se non con molto affetto, parlando e servendo di cuore, informandosi particolarmente delle necessità degli assistiti, parlando con dolcezza e compassione, procurando, senza essere inopportune e frettolose, l'aiuto per le loro necessità, ma, soprattutto, alla loro salute, e non uscendo mai dalla casa di un povero senza avergli detto una buona parola".

Per questo non sorprende che nelle sue Costituzioni si dica: "Per le Figlie della Carità il servizio di Cristo ai poveri, agli ammalati, è un atto d'amore, amore affettuoso ed effettivo che costituisce la trama della loro vita" (citato da: C.V. Ruiz de Toro, "Presencia de las hijas de la Caridad en los hospitales": *Labor Hospitalaria* 230 (1994) 51-59). E l'attuale Superiora Generale ha sintetizzato così il desiderio che le anima: "Umanizzare la tecnica, ristabilire i rapporti umani, mettere calore, stimolare la partecipazione di ogni persona nelle decisioni che concernono la sua vita, infondere sicurezza. E tutto questo con i piccoli mezzi come lo sguardo attento, la parola amorevole, facendo di tutto ciò, come anche nel nostro servizio professionale, il veicolo d'amore verso tutti gli uomini e le donne, essendo presente nel mondo della sofferenza, l'amorosa presenza di Dio" ( J. Elizondo, "Al servicio de los pobres": *Vida religiosa* 1 (1990) 10 ).

Si potrà segnalare la straordinaria sollecitudine e la diligenza nel vegliare di una donna come Soledad Torres Acosta, "Soledad degli ammalati", come l'ha chiamata un biografo, che diede inizio alle visite a domicilio nella Spagna del secolo scorso. E c'è la memoria di Madre Teresa di Calcutta che ha meritato un riconoscimento universale.

Queste religiose hanno mostrato come nella Chiesa non cessi la memoria della sofferenza, si può dire, anzi, come loro stesse l'hanno incontrata uscendo per incontrare i più bisognosi.

Le donne, come altri uomini di cui ricordiamo il nome, hanno lottato, e seguitano a farlo, per rubare spazio alla disgrazia. Con ciò rendono più credibile il Cristianesimo, perché fanno più manifesto il Suo potenziale umanizzante. Con il loro servizio incondizionato confermano che c'è un "profondo stupore davanti al valore e alla dignità di un uomo, che si chiama Vangelo" (cfr. *Redemptor Hominis*, 10). E in questo servizio incondizionato a ciò che nella società si tende ad emarginare, hanno realizzato e hanno fatto valere formidabili doti personali.

## Il servizio come segno

Esempi così, che potrebbero moltiplicarsi oggi stesso con molti più nomi di donne e di uomini, mostrano come nel servire i più deboli si sposino, , la conoscenza, la chiamata, ad una missione e ad un modo di vivere genuinamente cristiano come è la vita consacrata.

La dedizione alla cura degli altri è segno di ciò che si è definito essere essenzialmente la vita religiosa: concentrazione in ciò che è fondamentale nella vita di fede.

Queste persone mostrano la Chiesa "in stato di servizio"; e si constata che nella nostra società,

abituata all'utilitarismo e al profitto, il segno del servizio, come quello della gratitudine, abbia una carica significativa insostituibile.

Negli ultimi anni, ed in occasione del Sinodo, si sono scritte pagine importanti sull'inseparabilità tra consacrazione e missione, e sulle diverse forme di vita consacrata; negli anni conciliari viene approfondendosi il suo carattere di "segno" e di "profetismo" (cfr., tra gli altri, G. Uribarri, "La Dimension teologica de la vida religiosa": Miscelanea Comillas, 108 (1998) 86 ss).

Sottolineo soltanto il fatto che, essendo questione riguardante la fede, la grazia e il "carisma" peculiare, questa dedizione a coloro che soffrono, configura la stessa vita consacrata, in modo che si avverte qualcosa come "un'affinità teologica e non solo storica" tra consacrazione religiosa e consacrazione al prossimo che sente deteriorata o sminuita la sua esistenza (cfr. Intervista a F. Alvarez, Direttore del Departimento Nacional de la Salud de la Conf. Ep. Espanola: *Labor Hospitalaria*, 239 (1996) 36). Di fatto, la dedizione a servire, mobilità dinamismi, dispiega capacità e impressiona profondamente le persone. A sua volta, la grazia della chiamata e l'opportunità di seguire Gesù, che costituiscono il punto di forza della vita consacrata, incidono nel modo di servire. Da qui, che sia legittimo parlare di un "carisma del servizio" in forma di cura, di pronta solidarietà, di gratuità...

La sensibilità di molte donne (come di molti uomini) che si sono lasciate raggiungere dal dolore degli altri, e la loro dedizione a questi, testimonia che il cristianesimo è "memoria della sofferenza e partecipazione alla sofferenza degli altri" come ha suggerito J.B. Metz in ripetute occasioni.

L'Esortazione apostolica *Vita Consecrata* ha parlato di quella sintonia, documentabile storicamente ed attualmente, delle donne consurate agli sfortunati ed ai provati dal dolore, dato ciò che abbiamo riferito prima. Nello stesso documento si rende un riconoscimento a coloro che "perpetuano il ministero della misericordia di Cristo" dedicandosi agli ammalati con "profonda partecipazione e comprensione". E si esorta a che "nelle loro decisioni concedano un luogo privilegiato agli ammalati più poveri e abbandonati, così come gli anziani, agli incapaci, agli emarginati, ai malati terminali e alle vittime della droga e delle nuove malattie contagiose" (n. 83).

## **Un servizio femminile**

In un paragrafo precedente dello stesso documento che parla della vita religiosa femminile in generale, si dice: "Le donne consurate sono chiamate ad essere in una maniera molto speciale, e attraverso la loro dedizione vissuta in pienezza ed allegria, un segno della tenerezza di Dio, che faccia del genere umano un testimone singolare del mistero della Chiesa, la quale è vergine, sposa e madre" (n. 53).

Si ritiene, inoltre, di segnalare che in questo genere di vita trovano espressione e veicolo, la loro identità, le loro capacità e responsabilità, ed il loro contributo originale. E parla di un "vero Spirito femminile" al segnalare anche una "straordinaria capacità di farsi carico" (*Ibidem*).

E' consuetudine, considerando il bene che compiono le donne nel mondo ospedaliero, sottolineare come specifico della loro essenza, la compassione e la consolazione, la rinuncia alle proprie comodità, l'intuito che le avvantaggia, il dettaglio personalizzato. Orbene, credo che senza togliere importanza a questi valori necessari per una umanizzazione che spesso si reclama, debbo sottolineare anche che nel

mondo della sanità, la cui complessità cresce, molte donne mettono in gioco la loro intelligenza e la loro capacità organizzativa con una rigorosa preparazione per questo esercizio professionale.

Nell'attuale situazione del mondo della sanità, con i suoi progressi e le sue connessioni, questa preparazione risulta ogni volta più urgente e quasi sempre insufficiente. E le ore rubate al riposo sono sufficienti allo sforzo per ampliare le conoscenza e le pratiche, con il fine di aiutare più efficacemente, preoccupate di non arrivare tardi all'appuntamento con il prossimo in un mondo che si evolve rapidamente.

## **Uumanità di questo servizio**

Avvicinarsi ed accompagnare coloro che soffrono esige un tatto singolare, discrezione, ed una notevole capacità di farsi carico dell'altro: "la sofferenza rafforza il turbamento" avverte Marie-Jo Thiel, convinta che la vicinanza "è il cammino che può far uscire (chi patisce) dall'anonimato e confermare nella sua condizione di persona infinitamente degna, rispettabile, amabile", cosciente inoltre del fatto che chi prova ad aiutare deve essere accolto a sua volta (cfr. M. J. , Thiel, "Le malade, l'autre": *Etudes*, juillet-aout 1995, 27 ss).

Avvicinarsi, prestare attenzione, accompagnare, curare, aiutare, sono verbi che formano una sequenza e si intersecano. Nascono da una sensibilità ed una intelligenza pratica, dalla "conoscenza dell'amore". Sono espressioni della capacità di compatire (nel senso genuino del termine) e attraverso di esse vengono aiutati coloro i quali conoscono una esistenza precaria e per questo necessitano di questo tipo di aiuto.

In questa delicata opera, che è una delle forme più alte di esercizio di fraternità, per le donne consacrate si immagina una professionalità all'altezza di quella che oggi esige la sanità in quanto a preparazione, un esatto complemento delle esigenze e degli impegni lavorativi, et. Ma è facile avvertire che da esse si spera qualcosa di più della dedizione e della gratuità, che è la lettura che gli altri fanno del "profetismo" della vita consacrata.

E non è facile mantenere giornalmente una comprensione paziente ed una dedizione piena di bontà e sacrificio. Condividere la sofferenza – "accompagnare" è "condividere il pane" - è accettare di soffrire, perché è accettare di implicarsi nella lotta contro il male e i suoi derivati. E coloro che seguono il corso della malattia sanno come la persona in tutte le sue dimensioni si veda aggredita, affetta dal dolore. Sanno anche della prevedibile ribellione dell'infermo contro la propria sorte, delle sue incertezze e regressioni, ed anche delle sue insospettabili risorse, della sua necessità di speranza...

Inoltre è risaputo che per gli ammalati incide molto il contorno, i rapporti, e la struttura stessa dei centri ospedalieri. Per questo, dividere la sofferenza e voler curare, porta ad estendere la cura alle famiglie, che registrano dolorosamente la presenza della malattia di uno dei suoi membri, e al personale sanitario, che non è immune dal dolore che toccano da vicino.

Ma si dovrebbe sottolineare una delle note più salienti in questa "diaconia della misericordia",

segnalare cioè la possibilità che in essa venga testimoniata umilmente la fede in Dio Padre di Gesù, e di aiutare nella speranza di farlo, con tutte quelle qualità del servizio alle quali abbiamo fatto riferimento, nella crisi della malattia o prima della prospettiva della morte.

Superati falsi dualismi, operare cristianamente nella sanità, non è qualcosa di separato dall'annunziare la salvezza. Coloro che assistono ai momenti critici, come la notizia di un male grave o dell'approssimarsi della morte, sanno che una segreta speranza si nasconde dietro certe disperazioni; sanno delle domande che nascono o che sono latenti dietro silenzi significativi.

E forse in questa situazione culturale, sociale e religiosa di fine millennio, è qui, dove alcuni vorrebbero aiutare ad aspettare, che sperimentano la debolezza. Non è facile far sì che la speranza affiori e si affermi in noi stessi e negli altri, nonostante sia “una essenzialità della vita umana”, in momenti nei quali il dolore o la morte fanno ammutolire.

Non è facile parlare bene nelle città dolenti che sono alcuni padiglioni al confronto delle città senza dolore e senza pianto che, come cristiani, speriamo per tutti.

Ma anche per coloro che sperimentano questa difficoltà, che si somma a molte altre nella dedizione sincera a coloro che soffrono, è detto che “lo Spirito viene in aiuto della nostra debolezza”.

## LA PRES ENZA DELLE RELIGIOS E DI VITA APOSTOLICA NELLA PASTORALE SANITARIA PARROCCHIALE

Sr Benedictus Adam

La testimonianza che mi è stata chiesta riguarda il modo in cui la vita religiosa è impegnata oggi nella pastorale dei malati e non più soltanto nell'assistenza strettamente sanitaria. Per questo mi sembra importante fare una rilettura storica della Vita Religiosa Apostolica nella Sanità nell'ambito parrocchiale.

Nella sua recente Esortazione *Vita Consecrata*, Giovanni Paolo II evoca la vita religiosa apostolica e dice (al n. 9)

“..... delle Congregazioni religiose maschili e femminili che si dedicano all'attività apostolica e missionaria come pure opere multiple suscite dalla Carità cristiana. E' una testimonianza magnifica e varia che riflette la molteplicità dei doni di Dio ai fondatore e alle fondatrici. Questi, aperti all'azione dello Spirito Santo, hanno saputo interpretare i “segni del tempo” e rispondere in maniera illuminata alle esigenze che di volta in volta si manifestano”.

Questa breve citazione consente di sottolineare che, sull'esempio dei loro fondatori, le Congregazioni non hanno mai cessato di ascoltare lo Spirito Santo e di riconoscere e interpretare i “segni dei tempi”.

Riguardo alla presenza dei religiosi e delle comunità nelle parrocchie di campagna e dei quartieri popolari delle città, noi possiamo risalire a S. Vincenzo de Paoli – XVII secolo - che inviava i suoi Figli della Carità nelle case dei poveri, dei malati e degli infermi per assistere, sostenere, consolare.... Così come faceva Gesù.

A loro volta, numerose congregazioni femminili fondate nel XVIII e XIX secolo hanno creato delle comunità là dove le popolazioni avevano poco accesso alle cure dei medici o degli ospedali, come pure all'istruzione o alla cultura.

Le religiose accoglievano nella loro case e si recavano presso i malati e i sofferenti per prodigare loro i soccorsi materiali, le cure, il sostegno morale e spirituale.

Esse testimoniavano comunque alla famiglia del malato la loro sollecitudine, il loro incoraggiamento e sapevano consigliare.

Per decenni, anzi secoli, la casa delle “Sorelle infermiere” o “ambulatorio” era nello stesso tempo un servizio di cure immediate e un centro d'aiuto sociale e familiare, un luogo di riflessione spirituale, le suore erano anche delle ausiliarie in parrocchia aiutando la diffusione dello spirito evangelico poiché lavoravano semplicemente con amore.

I “segni dei tempi” che esse hanno saputo interpretare allora, erano la miseria e l'ignoranza della povera gente, l'insufficienza della medicina ufficiale e la mancanza di strutture di assistenza pubblica.

La loro risposta è stata il pronto soccorso, ma anche la riflessione con i responsabili pastorali, le cure delle parrocchie, da una parte i vescovi e le autorità pubbliche civili, dall'altra parte consiglieri comunali, notabili, industriali, medici, farmacisti.

Successivamente, e più particolarmente dopo la guerra 1939-45, il potere pubblico ha preso in carico le strutture d'accoglienza dei malati, degli handicappati, dei vecchi indigenti.

Nello stesso tempo la medicina compiva enormi progressi e la tecnica evolgeva.

V'era un nuovo "segno dei tempi" per le suore "infermieri" e i responsabili delle Congregazioni.

In Francia, gli "ambulatori" divennero per decreto e per convenzione con gli organismi di Sicurezza Sociale nel 1975 "Centri di cure infermieristiche". Le religiose, infermieri diplomati vi esercitavano la loro professione e assumevano la gestione delle esigenze in continua evoluzione.

Le religiose collaboravano sempre di più con i colleghi laici e cedevano la gestione a delle associazioni, seppure con una minoranza numerica di religiose, attente allo spirito che esse intendevano perpetuare nel rapporto associativo.

E' da rimarcare che enormi cambiamenti professionali avvengono all'indomani del Concilio Vaticano II. Questo avvenimento, il più importante del XX secolo per la Chiesa universale, invita le congregazioni religiose a fare proprio un loro "aggiornamento" secondo il Decreto "Perfectae Caritatis".

Le religiose infermieri professionali - di diverse congregazioni si incontrarono nelle loro Unioni - in particolare "REPSA" (Religiose nella professione della Sanità) e rifletterono insieme su come esercitare la loro missione di sempre: vivere il vangelo e compiere il loro servizio di assistenza testimoniando ai loro fratelli e sorelle sofferenti l'amore del Signore.

In una Chiesa "Popolo di Dio", ma anche "serva e povera" per tutta l'umanità, la Vita Religiosa Apostolica non smette di interrogarsi sulla sua maniera di essere presente, vicina, fraterna.

Nella società francese secolarizzata e laica, dove lo Stato è diventato ovunque "Assistenza e Previdenza", dove improvvisamente la "crisi" ha fatto irruzione, nuovi bisogni apparivano oggi.

Insieme ad altri, insieme alle associazioni umanitarie, attraverso il loro impegno professionale, ma anche nelle loro comunità, le religiose accolgono la povertà materiale, morale e spirituale. Esse la portano nella loro preghiera personale e comunitaria, esse allargano la preghiera comunitaria ad altri, presentando al Signore tutte le miserie che incontrano nei loro contatti quotidiani.

Nella parrocchia, la casa delle Suore è un luogo dove molti bussano alla porta e dove trovano una presenza, un ascolto, un conforto. Ma il volto di molte comunità, a causa della diminuzione del numero delle Suore, interella gli istituti religiosi.

Da parte loro i responsabili pastorali - i parroci e i cappellani si preoccupano di come essere presenti e solleciti verso le persone più disagiate e che non partecipano neppure alle assemblee liturgiche della Comunità.

E' molto frequente che l'iniziativa di una visita di un gruppo sia presa congiuntamente dal sacerdote e da qualche religiosa.

Essi fanno appello ai laici della comunità parrocchiale per riunirli, incoraggiarli a donare il loro tempo, la loro competenza, la loro generosità per questa importante missione chiamata in Francia: "Servizio evangelico dei malati" (= SEM).

Uno del gruppo riceve spesso, da parte del sacerdote o del Consiglio parrocchiale, l'incarico di animatore e di coordinatore. Spessissimo, questo incarico, viene affidato ad una religiosa.

Riferandomi a delle esperienze condotte in alcune diocesi francesi, cercherò di descrivere questi

gruppi, così come le religiose li vivono.

Alla base del SEM, è l'esempio e l'insegnamento di Gesù stesso: "Ero malato e voi mi avete visitato" (Mt 25).

Da sempre la Chiesa si è sforzata di restare fedele a questo mandato.

In un periodo come il nostro in cui l'uomo rischia la solitudine, la sofferenza, avverte l'incubo dell'approssimarsi della morte, la Chiesa vuole donargli la gioia e il gusto della Resurrezione e dimostraragli che l'amore è più forte della morte.

Il SEM è un Servizio della Chiesa, un servizio della comunità locale, la parrocchia, che si vive in gruppo. E' là che una lunga pratica di concertazione comunitaria in vista della missione nella Vita Religiosa Apostolica porta la sua esperienza, la sua pratica concreta.

L'attenzione e il Servizio dei malati sono una responsabilità della comunità cristiana tutta intera, essa però non può compiere la sua missione in fedeltà al Cristo se ciascuno dei suoi membri non ne sente particolarmente l'esigenza.

Così, la missione dei gruppi del SEM comporta due aspetti: 1. riguardo alle visite, assicurare una presenza nel nome del Vangelo, vicino ai sofferenti, alle persone sole, agli anziani - a domicilio o in piccole strutture di accoglienza (case di riposo, dimore familiari)..La procedura è differente da una visita semplicemente amichevole o caritativa.... Poiché l'équipe è inviata dalla parrocchia per una missione pastorale che è quella della Chiesa..... questa visita ha lo scopo di rendere possibile l'incontro con Gesù Cristo e di aprirsi al Suo Amore Salvatore.

Per questo motivo bisogna camminare insieme alle persone perché il SEM è anzitutto una missione di accompagnamento: per prima cosa, avvicinarsi ai malati e al loro ambiente immediato, camminare secondo il ritmo di ciascuno nel rispetto di ciò che egli veramente è, della sua storia, del suo livello di fede o di assenza di fede.

In seguito, rendere possibile una vicinanza con Gesù Cristo... ciò suppone ancora attenzione, discrezione, grande disponibilità per percepire un desiderio per quanto latente esso sia; 2. Essere un legame tra la comunità locale e i malati o le persone sole:

Il SEM svolge una missione di vigilanza presso la comunità parrocchiale affinché i malati, gli handicappati, le persone sole non siano relegati ai margini della comunità cristiana e della società.

Si vuole affermare qui un principio che è stato all'origine di tante opere delle Congregazioni religiose, e cioè che, coloro i quali appaiono più deboli sono necessari quanto gli altri alla vita della comunità e, perciò, ne sono membri a tutti gli effetti.

Sovente ci si contenta di ricordarli nella preghiera universale. Solidali nel corpo di Cristo, sani, malati o sofferenti sono invitati ad unirvisi, chiamati a vivere insieme, ad arricchirsi reciprocamente nella loro esperienza religiosa, ad assumere delle responsabilità nella Chiesa ciascuno al suo posto, a servire e insieme a evangelizzare.

Come Cristo vuole salvare l'uomo, nel corpo, nell'anima, nello spirito, anche il SEM non è soltanto attento ai bisogni religiosi delle persone, aiutando la parrocchia a superare la preoccupazione di quelli che sono già conosciuti e visitati in quanto cristiani, ma dedica l'attenzione ai più isolati, ai più poveri, ai

più esclusi...

Il SEM è attento anche ai bisogni delle persone nella loro globalità e stende le reti di solidarietà vicino alle associazioni (cristiane e non) che possono aiutare i malati a vivere e a riprendere la loro vita in mano.

Questa missione comporta alcune esigenze:

*1. Innanzitutto, avere coscienza della dimensione “ministeriale” del SEM.*

Qualcuno della comunità è chiamato e inviato dai responsabili pastorali per un fedele ministero pastorale.

Coloro che accettano questa missione diventano persone che rappresentano la Chiesa presso i malati e i “colpiti dalla vita”. C'è un cambiamento radicale: non si tratta più soltanto della testimonianza individuale che ogni battezzato può donare e che conserva tutto il suo valore. Questo servizio di ascolto, di presenza che può farsi via via interiore ed estendersi a molti aspetti della vita dei malati, assume una dimensione “ministeriale”, poiché i membri del gruppo sono degli inviati dalla comunità ecclesiale. Questo ministero non è quello del sacerdote ordinato, non si tratta di giocare al prete, ma di vivere un reale ministero di Chiesa in maniera laica, in stretta collaborazione con i sacerdoti, ministri ordinati.

Poiché sono stati inviati - questo avviene qualche volta nel contesto liturgico dell'assemblea - i membri del SEM devono rendere conto alla comunità della missione loro affidata, della maniera in cui è stata realizzata, delle realtà incontrate, delle crisi trovate, degli appelli ricevuti.

La Vita Religiosa Apostolica, con le sue tradizioni di “rilettura” e di mutua richiesta, trova un luogo dove condividere il suo carisma.

*2. Vivere questo servizio in gruppo.*

Perché un gruppo?... Non soltanto per essere più efficaci, per ripartirsi i compiti, le visite da fare. La ragione profonda è di formare insieme una comunità di fede, una cellula di Chiesa per vivere e testimoniare il Vangelo così come Cristo ha radunato e inviato un certo numero di discepoli per proseguire la sua opera.

Il gruppo si incontra regolarmente, lascia uno spazio per la preghiera, per l'ascolto della Parola di Dio, per la condivisione di fede. In vista di aiutare i suoi membri a formarsi reciprocamente per la visita pastorale dei malati e per testimoniare Cristo attraverso il loro incontro.

Il gruppo SEM è anche un luogo di formazione non soltanto per l'acquisizione di conoscenze, ma per la condivisione, il sostegno e l'incoraggiamento reciproci; il gruppo garantisce la regolarità e permette di assicurare la continuità della missione quando l'uno o l'altro membro deve essere sostituito.

Mi sembra inoltre che il vissuto delle comunità religiose i cui membri non si sono scelti, ma hanno tutti risposto all'appello del Cristo e della Chiesa può dare molto a questi gruppi di fedeli laici che si impegnano per una missione presso i fratelli.

### *3. Accettare una formazione iniziale e permanente.*

Nei gruppi SEM, il bisogno di formazione si fa sentire molto presto, perché noi siamo tutti impotenti di fronte alla sofferenza, alla confusione e all'angoscia.

Il primo luogo di formazione è l'équipe stessa. Il nostro accompagnamento, però, nel nome della Chiesa s'inserisce anche nella rete di tutti quelli che sono al servizio dei malati, degli handicappati, dei disorientati o troppo anziani - e che ricevono una formazione. Il buon cuore non basta, il nostro servizio richiede una certa competenza; di qui la necessità:

di una formazione all'ascolto, alla relazione,

di una formazione spirituale e dottrinale che renda possibile uno scambio nella fede, una capacità di "rendere conto della speranza che è in noi" (S. Pietro). E' ovvio che per tutti noi, laici e religiosi, la formazione irrinunciabile e continua.

C'è anche uno dei "segni dei tempi" nella Chiesa e nel mondo di oggi.

Anzi, malgrado la diminuzione in Francia di vocazioni alla Vita Religiosa Apostolica, le religiose e le comunità non cessano di vivere, senza arrendersi, nelle nuove condizioni, la loro consacrazione a Dio e il servizio fraterno.

Per concludere, ritorno all'Esortazione apostolica Vita Consecrata per attingervi questo incoraggiamento (al n. 110) indirizzato alle persone consurate e intitolato "Sguardi al futuro":

"... Voi non dovete solo ricordarvi e raccontare una storia gloriosa, ma voi avete da costruire una grande storia! Guardate verso il futuro, dove lo Spirito vi manda per fare ancora con voi grandi cose.

Cari uomini e donne consacrati, fate della vostra vita un attesa fervente del Cristo, andate verso di Lui come le vergini sapienti vanno ad incontrare lo sposo. Siate sempre preparati, fedeli al Cristo, alla Chiesa, al vostro istituto e all'uomo del nostro tempo. Giorno dopo giorno, voi sarete anche rinnovati dal Cristo, per costruire con l'aiuto del suo Spirito delle comunità fraterne, per lavare con Lui i piedi dei poveri e per portare il vostro contributo insostituibile alla trasformazione del mondo...!"

***LE RELIGIOSE  
NEL MONDO DELLA SALUTE  
OGGI***

**Europa**

# LA FERS... RISPOSTA AD UNA SFIDA

**Madre Rosario Sanchez**  
Presidente della FERS  
Spagna

*Il senso ecclesiale della Comunione alimenta e sostiene anche la relazione fraterna e spirituale e la mutua collaborazione tra i diversi Istituti di vita consacrata e di Società di vita Apostolica. Persone unite tra di loro dal comune impegno di seguire Cristo e animate dallo stesso Spirito, non possono non rendere visibile, come rami di un'unica Vita, la pienezza del Vangelo dell'amore.*

*Restando sempre fedeli al nostro carisma, ma tenendo presente l'amicizia spirituale che spesso ha unito in terra diversi fondatori e fondatrici, queste persone sono chiamate a manifestare una fraternità esemplare che serve da stimolo agli altri ecclesiati nell'impegno quotidiano di testimonianza del Vangelo... (VC 52)*

Le parole che Giovanni Paolo II dedica nella sua Enciclica “*Vita Consecrata*”, alla “comunione tra i diversi Istituti” illuminano con una chiarezza profetica l’andamento della Federazione Spagnola dei Religiosi Infermieri dagli inizi ad oggi, e ci invita a continuare decisi verso il futuro, ribadendo la nostra convinzione che attraverso la comunione dei diversi carismi, mettiamo al servizio degli uomini di oggi un riflesso del mistero della Chiesa e della onniscienza di Dio (VC 53).

E’ con questo spirito che intendiamo offrire agli Istituti di Vita Consacrata questa breve sintesi della nostra storia che, ora sappiamo con profondo riconoscimento, essere stata sempre sostenuta dallo Spirito Santo.

## **LA FERS ... RISPOSTA AD UNA SFIDA**

**CARITA' E SCIENZA  
FERS**

**SPINTI DALLA COMUNIONE .....Come nasce la FERS?**

Nel 1950 la Spagna si trova in pieno dopoguerra. La fine della guerra civile richiede un impegno di riconciliazione che per la Chiesa assume particolari connotazioni. I numerosi martiri della fede entrano senza dubbio nella memoria perenne, un segno e un richiamo alla pace e alla comunione.

(Sicuramente) Prevenendo le direttive poste dalla Chiesa con il Concilio Vaticano II, un gruppo di Madri Superiore di diversi Istituti Religiosi femminili dedicati alla sanità, avanzano, alla Sacra Congregazione di Religiosi e Istituti Secolare, la richiesta di riunirsi in un'organizzazione che, con il motto “La carità di Gesù crocifisso ci obbliga...”, cerca di unire le proprie forze in campo professionale, con l'obbiettivo di “mantenere e rinvigorire ideali e principi...”, così, con un'azione congiunta nel campo della salute, fondano l'Associazione delle Religiose Ospedaliere.

Il 12 febbraio del 1952 si costituisce l'Associazione delle Religiose Ausiliarie Sanitarie (A.R.A.S.).

La necessità di stabilire canali di comunione e partecipazione tra i Religiosi spinge alla creazione, nell'anno 1953, della Confederazione Spagnola di Religiosi, che consta di due sezioni: maschile e femminile. Dal 13 al 17 dicembre dell'anno seguente (1954) si svolgono le prime elezioni per la Giunta Direttiva della CONFER femminile, iniziando ad operare con propria identità. Subito dopo l'ARAS si incorpora a questa organizzazione, convertendosi in Federazione Spagnola di Religiose di Assistenza Sanitaria (FEDERAS).

Si inizia così un lungo cammino che ci porta fino ai nostri giorni. Nel 1955 la Giunta Direttiva istituisce i Segretari Regionali, decentralizzando l'Organizzazione e garantendo una maggiore partecipazione all'insieme degli Istituti Religiosi Femminili che svolgevano la loro missione evangelica tra gli Infermi.

Nel 1963 si celebra il primo Congresso Nazionale della FERS dal tema “Il malato e la sua dimensione umana e soprannaturale”.

Il 1967 è un anno decisivo. Nello stesso tempo in cui stabilisce le linee generali di associazioni ed Istituti di Vita Consacrata, Il Concilio Vaticano II riconosce la validità e l'attualità di essi. Il n° 23 del Decreto “Perfectae caritatis” permette di incominciare l'opera di consolidamento della FERS, e raggiungere, conformemente ai principi posti dalla Chiesa, importanti obiettivi nel servizio di Vita Consacrata: *“devono favorirsi le Conferenze o i Consigli delle Superiore Maggiori nominate dalla Santa Sede, che possano maggiormente contribuire a raggiungere in pieno gli obiettivi di ogni Istituto, a stimolare una collaborazione più stretta per il bene della Chiesa, a distribuire nel modo più razionale (giusto) di operatori del Vangelo in un determinato territorio, e cercare i temi comuni ai religiosi stabilendo con le Conferenze Episcopali un utile coordinamento e cooperazione per ciò che riguarda l'esercito dell'apostolato”.*

Quest'anno si istituisce il Segretariato Permanente della FERS a Madrid, offrendo così un servizio molto più stabile, essendo necessario il vincolo di coordinamento in ambito nazionale

Il 29 aprile del 1970 per decreto della Sacra Congregazione, la Federazione Spagnola di Religiose Infermiere viene riconosciuta come “Persona morale Ecclesiastica”, restando approvati i suoi Statuti “ad experimentum” per cinque anni. L'8 maggio del 1985 si approvano gli Statuti definitivi. L'anno

prima viene istituita la FERS maschile. Le due sezioni si unificano nell'anno 1987, quando la VI Assemblea Generale della FERS femminile approva la richiesta della FERS maschile.

Il 3 maggio del 1988, in Assemblea Straordinaria, si approvano gli Statuti unificati e, il 18 novembre dello stesso anno, vengono approvati anche dalla Sacra Congregazione di Religiosi e di Istituti Secolari. Nella VII Assemblea Generale tenutasi dal 27 al 29 gennaio del 1989 si elegge la prima Giunta di Governo della FERS mista a livello Nazionale. Le FERS regionali vanno gradatamente adattandosi a questa unificazione, e il 23 maggio la regione di Valencia elegge la prima Giunta Regionale della FERS mista.

In questo modo lo “spirito di comunione” favorito dal Concilio e più tardi da diversi documenti della Chiesa<sup>1</sup>, si trasforma in vigorosa realtà tra i Religiosi Infermieri di Spagna.

## **CON UN'IDENTITA'... Che cos'è la FERS ?**

La pubblicazione del Documento “Criteri pastorali sulle relazioni tra Vescovi e Religiosi nella Chiesa” (Mutuae Relationes) venne a delineare chiaramente e con semplicità la strada per tutti quegli organismi che avevano il fine principale di “mutua collaborazione tra i Religiosi”.

LA FEDERAZIONE SPAGNOLA DI RELIGIOSI INFERMIERI (FERS) accoglie queste direttive alla luce delle quali afferma che “la propria attività consiste nell'offrire servizi comuni, iniziative fraterne, proposte di collaborazione, naturalmente rispettando, le caratteristiche proprie di ogni singolo Istituto..., offrire anche un aiuto prezioso sul piano del coordinamento pastorale” (MR 21).

La FERS è un'associazione di Diritto Pontificio, con personalità giuridica propria, integrata dai Superiori Maggiori degli Istituti di Vita Consacrata e Società di Vita Apostolica, dedicati, in Spagna, in parte o totalmente ad attività sanitarie e assistenziali in relazione con il mondo socio-sanitario. Come organo ecclesiale è retto da norme di Diritto Canonico e da propri Statuti.

## **AL SERVIZIO DELLA VITA CONSACRATA... Cosa fa la FERS ?**

Noi degli Istituti di Vita Consacrata dedicati al mondo della salute e dell'infermità siamo coscienti dei compiti che svolgiamo, ma ancor più del fatto che “è assolutamente fondamentale restare sempre ciò che siamo in seno alla Chiesa”; la FERS nel rispetto dello spirito, dell'autonomia e delle forme proprie di ogni Istituto, ha come essenziale finalità la promozione e il continuo rinnovamento della Vita Religiosa in questo campo secondo il pensiero della Chiesa e il segno dei tempi; e assistere a tutti gli uomini che passano attraverso la dura prova del dolore.

Per questo, più che compiti specifici, sui quali torneremo più avanti, il servizio che la FERS offre fondamentalmente ai consacrati è la riaffermazione della propria identità ricordando loro che “La Buona Novella deve essere annunciata principalmente attraverso la testimonianza” della propria vita; che il mondo odierno necessita di “uomini e donne capaci di accettare le conseguenze della povertà, di

---

<sup>1</sup>MR 21 ; Diritto Canonico 708-709

essere attratti dalla semplicità e dall'umiltà, amanti della pace, alieni da qualsiasi compromesso, volti all'abnegazione assoluta di sé e delle cose, obbedienti e liberi allo stesso tempo, allegri e tenaci, dolci e forti nella fermezza della propria fede”; uomini e donne che, anteponendo *l'essere al fare*, assumano il compito di “vivere e manifestare il Volto di Cristo con tutta la propria esistenza”, perseverando nella “testimonianza di amore verso gl'infermi, dedicandosi a loro con profonda comprensione”.

Al fine di conseguire queste finalità, la FERS propone utili (direttive) orientamenti, promuove e organizza Centri di formazione, Riunioni di studio e di riflessione, Congressi, Giornate, Pubblicazioni ecc.

## AL SERVIZIO DI CHI SOFFRE...CHI SIAMO ?

Gli Istituti di Vita Consacrata e le Società di Vita Apostolica che appartengono alla FERS sono distribuiti nei diversi settori delle attività socio-sanitarie poiché, rammentiamo, la nostra missione è quella di “evangelizzare gli ambienti sanitari nei quali lavoriamo, cercando di illuminare, attraverso la trasmissione (comunicazione) dei valori evangelici, il modo di vivere, soffrire e morire degli uomini del nostro tempo”.

In tutto 4680 religiose e religiosi lavorano in Ospedali, Cliniche, assistendo ai malati terminali, agli infermi di mente nei reparti psichiatrici, nei ricoveri insieme con i malati di AIDS..., e ancora 6094 tra Religiose e religiosi lavorano nelle Case per Anziani.

I malati più indigenti hanno sempre avuto un posto privilegiato nella nostra missione evangelizzatrice. I 79 Istituti appartenenti alla Federazione Spagnola dei Religiosi Infermieri, vedono aumentare l'impegno al diminuire dei suoi membri. La Vita Religiosa che s'impegna nel mondo della sanità ha compreso l'importanza di incorporare i laici nelle proprie attività offrendo loro la ricchezza del proprio carisma e rendendo possibile condividere con noi la loro vocazione evangelizzatrice.

Attualmente i religiosi e le religiose appartenenti alla FERS si dividono a seconda delle differenti attività, in:

- 4 Comunità lavorano in Ricoveri per moribondi
- 118 Comunità lavorano nell'Assistenza agli infermi a domicilio
- 23 Comunità dispiegano la loro missione nelle Cliniche
- 29 Comunità la svolgono in Ospedali, che fanno parte del sistema di sanità Nazionale
- 19 Comunità lavorano in Ospedali psichiatrici
- 4 Comunità, in altrettanti Ospedali, fanno opera di assistenza agli infermi di mente(psichici), ed altre 4 in Ospedali di malati psichici acuti
- 4 Comunità prestano assistenza in Ospedali Geriatrici
- 289 Comunità lavorano in Case per Anziani.

Nelle Case di Accoglienza per i malati di AIDS, la nostra missione consiste nelle due principali attività; di **prevenzione** e di **accoglienza**.

- Prevenzione: I Religiosi, in stretta collaborazione con i comitati cittadini anti AIDS, lavorano come assistenti di sanità nelle strade, nelle scuole, nelle fabbriche, nelle parrocchie...
- Accoglienza degli ammalati, tanto negli Ospedali quanto nelle Case di Accoglienza di nuova costituzione per questi infermi, cercando soprattutto di convertirli “in soggetti attivi di pastorale attraverso il peculiare carisma della croce” che stanno vivendo. Questo lavoro di pastorale si rivolge tanto agli stessi malati quanto alle loro famiglie.

Tutti, e ogni singolo membro della FERS cercano, in ogni propria azione, di promuovere “il rispetto della persona e della vita umana dal concepimento fino alla sua morte naturale, in piena conformità con gl'insegnamenti morali della Chiesa”.

Dato l'aumento dell'età media della popolazione spagnola, la cura e l'attenzione verso gli Anziani, sta divenendo poco a poco un centro d'interesse “prioritario” nel settore della sanità. La crescita quasi sorprendente degl'istituti a scopo di lucro che si vanno costituendo per accogliere gli Anziani, e gli abusi che si perpetrano in questo settore, così vulnerabile e indifeso, che può ben considerarsi il “nuovo volto della povertà” sulla terra, richiede un nuovo indirizzo nel campo dell'assistenza agli Anziani.

I Superiori maggiori che rappresentano gli Istituti di Vita Consacrata che operano in questo campo, hanno deciso di creare l'Associazione delle Case per gli Anziani nelle diciassette regioni (autonomie) di Spagna che, con carattere di “associazione imprenditoriale” ha come finalità la difesa dei diritti civili degli Anziani. Queste Associazioni regionali si costituiscono in Federazione, sotto il nome di FEDERAZIONE DELLE CASE PER GLI ANZIANI - SETTORE NON LUCRATIVO (FERENO).

## **UN SEGNO DI UNITÀ...LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA FERS**

Vocazione della FERS è creare la “comunione” tra vari Istituti di Vita Consacrata e le Società di Vita Apostolica dedicate all'evangelizzazione attraverso le opere socio-sanitarie. Per questo fin dall'origine si è dotata di una struttura organizzativa che fosse un segno e un canale per realizzare questa comunione attraverso organi di partecipazione individuali e collegiali che permettessero di mostrare che “l'unità consiste nella carità stessa”.

Organo supremo della FERS

### ASSEMBLEA GENERALE

Stabilisce le direttive generali e i criteri base di attuazione

### GIUNTA DI GOVERNO

### FERENO

Organo ordinario della FERS.

Costituito da : Presidente, Vice presidente,  
nove consiglieri e i delegati regionali

### SEGRETARIO/A GENERALE DELLA FERS

Organo esecutivo dell'Assemblea Generale e della Giunta di Governo

Costituito da : Segretario/a Generale, Amministratore/Amm.trice e  
personale religioso e laico che operi abitualmente in Sede

Finalità : dare maggiore capacità operativa su temi relativi alla Formazione,  
alle Pubbliche Relazioni, e Pubblicazioni,  
con la Cooperazione allo Sviluppo e con tutti quei settori in relazione  
alla sanità e alla infermità.

### SEGRETARIATO PERMANENTE DELLA FERS

Funzioni: animare coordinare e dirigere l'attività del Segretariato,  
dando esecuzione, tramite i Dipartimenti, agli accordi della Giunta di Governo,  
come anche mantenere relazioni di coordinamento con gli altri Organi e Istituzioni

### DELEGAZIONI

### DIPARTIMENTI

Regionali	Segretaria generale e archivi Amministrazione
	Formazione
Diocesane	Pubblicazioni
	Cooperazione Internazionale (ONGD)

## **VERSO L'UMANIZZAZIONE E LA NUOVA EVANGELIZZAZIONE.**

### **Attività della FERS**

La FERS, tramite il Segretariato Permanente, offre in un clima di fraternità, a tutti gli istituti confederati di Vita Consacrata e Società di Vita Apostolica, diversi servizi attraverso i quali, “alimenta e sostiene la fraterna relazione spirituale e la mutua collaborazione...e al tempo stesso procura e promuove la piena fedeltà di ognuna al suo carisma originale nel seguire Cristo...delineando un orizzonte di comunione, aperto agli attuali cambiamenti della storia e alle sfide del nostro tempo”.

Molte attività si svolgono in collaborazione con altri organismi istituiti dalle varie Conferenze Episcopali che operano nel campo della pastorale della sanità.

Abbiamo rapporti di coordinamento con:

- La Congregazione per gli Istituti di Vita Consacrata e Società di Vita Apostolica;
- il Pontificio Consiglio di Pastorale della Sanità di Roma;
- la Commissione Pontificia per la Famiglia;
- la Conferenza Episcopale;
- la Nunziatura;
- il Dipartimento Nazionale di Pastorale della Sanità;
- La CONFER e altri Organismi Religiosi;
- la CARITAS;
- il Comitato Internazionale Cattolico degli Infermi e degli Assistenti Medico-Sociali;
- il Collegio di ATS e Diplomati Infermieri;

Tra le attività di maggior rilievo si distinguono :

#### **Ambito della formazione**

Ogni anno si elabora un Piano di Formazione che risponde alla necessità di formazione nei diversi periodi.

I più rilevanti mezzi di formazione sono:

- a) **La Scuola di Pastorale della Sanità di “Nostra Signora della Speranza”- che organizza un biennio di classi presenziali (4 ore settimanali) finalizzate a:**
- Contribuire al rinnovamento della Chiesa nel mondo della Sanità.
  - Rispondere alla crescente domanda di formazione da parte degli agenti di pastorale sanitaria.
  - Preparare nuovi agenti di pastorale nei differenti settori della sanità.

Al fine di facilitare la preparazione degli agenti di pastorale della sanità, questi stessi corsi s'impartiscono in forma intensiva in estate. Nel giugno del 1996 ha avuto luogo la promozione dei primi 42 alunni. A questa scuola assistono Religiosi, Religiose e laici.

**b) Giornate Nazionali:**

TEMI:

- Formazione del Volontariato, tanto per Volontari quanto per Coordinatori di Volontari;
- Etica e Bioetica;
- “Vita Consacrata e assistenza agli Infermi”;
- Giornate annuali per Delegati e Delegati Regionali.

**c) Corsi:**

- Etica e Bioetica;
- Rapporto di aiuto;
- Rapporto umano verso l'anziano che vive negli Istituti;
- Cure, palliativi.

**d) Presenza** ai Congressi Nazionali e Internazionali, Giornate e Corsi organizzati dai vari organismi, la FERS interviene integrando le attività del CICIAMS.

**Ambito della formazione e delle Pubblicazioni**

La FERS pubblica un bollettino bimestrale, “**Punto d'incontro**”, nel quale sono esposte, in forma semplice e sintetica, riflessioni, comunicazioni, notizie, ecc. Un mezzo per stabilire un (rinsaldare il) vincolo di unione tra i differenti Istituti e per comunicare i passi avanti compiuti dalla Federazione.

La FERS è entrata anche nel mondo della comunicazione telematica. Dal 1997 pubblica una pagina INTERNET nella quale è descritta la natura della nostra Federazione, la sua storia, i suoi membri e i servizi che offre ai Religiosi e ai Laici impegnati nel mondo della sanità e dell'infermità.

**Ambito della Cooperazione Internazionale**

La FERS, considerata come un'Organizzazione Non Governativa, svolge attività nell'ambito dei Progetti di Sviluppo nel Terzo Mondo.

Dal 1980 è passata al coordinamento della Cooperazione allo Sviluppo che la Spagna manteneva nella Guinea Equatoriale, per mezzo di aiuti diretti nel campo della sanità e in quello dell'istruzione. Più tardi questa Cooperazione si è andata trasformando in Progetti di Cooperazione, e la

FERS assunse la funzione di ONGD per aiutare gli Istituti Religiosi Spagnoli che svolgevano la loro missione evangelizzatrice in quel paese.

La presenza di Religiose e laici impegnati in nuovi Ospedali in quattro centri di sanità, permette di prestare assistenza all'85% della popolazione più indigente proveniente da luoghi vari e villaggi.

Dall'aprile del 1997, la FERS ampliò il suo lavoro di Cooperazione nel Terzo Mondo introducendo alcuni Progetti che gli Istituti Religiosi preparano per i Paesi del Sud. In questo modo, attualmente, la FERS coordina progetti in Guinea Equatoriale, Iriga (Filippine), Zagnanadò (Benin), Cotonu (Benin), Kinshasa (Congo) (Zaire), e San Pedro (Argentina), oltre ad offrire la consulenza a tutti gli Istituti che la richiedano per l'attuazione dei loro progetti.

Si sono stabilite relazioni di collaborazione anche con altre ONGD come: (“SPAGNA, TERRA DI UOMINI”) “TIERRA DE HOMBRES ESPAGNA” e “MANO A MANO”.

Come ONGD partecipiamo, insieme con i rappresentanti di altre organizzazioni a livello internazionale, alle riunioni convocate dal Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria.

## **GUARDANDO VERSO IL FUTURO... IL COMPITO CHE ABBIAMO DAVANTI**

Lo scopo per cui è stata creata la FERS, col passare del tempo richiede sempre più forza. In un mondo pluralista come il nostro, la Federazione deve essere, per gli Istituti Religiosi, una voce che si eleva al di sopra delle altre, ricordandoci che siamo chiamati ad essere per gli uomini, nostri fratelli, piegati sotto la croce del dolore e della sofferenza ; che essi sono amati da Dio, di un amore che si fa evidente con i gesti, la premura e la misericordia di quelli che consacrano la propria vita ai deboli, agli infermi, abbandonati....

Siamo chiamati ad essere una **“risposta profetica al grido del povero e (alle sfide) ai problemi del mondo odierno....”**

**Testimoni della consacrazione  
Testimoni della comunione  
Servitori della carità  
Annunciazione viva della Parola  
Donne e uomini di preghiera e di speranza  
che scommettono per i “più deboli”**

Per tutte queste ragioni cerchiamo di dar vita al nostro OBIETTIVO GENERALE per il biennio 1998-2000: "Dare impulso all'Umanizzazione e ad una nuova Evangelizzazione nel mondo della Sanità e della infermità nella comunione ecclesiale del TERZO MILLENNIO".

Dobbiamo impegnarci a:

- potenziare la coscienza della missione della salute nella Chiesa, e quindi nella stessa FERS, nell'attuale società;
- invitare le nostre Congregazioni, a costituirsi in comunità, fonte di salute, aperte alla salvezza di Gesù Cristo;
- promuovere e animare la presenza della Vita Consacrata e della Pastorale della Salute insieme con infermi, anziani e derelitti dalla società;
- potenziare la formazione e la cooperazione con i laici;
- evangelizzare la cultura sanitaria offrendo:
  - ❖ un modello di sanità fedele ai valori evangelici;
  - ❖ una riflessione etica dei problemi socio sanitari ;
  - ❖ un'assistenza umana integrale
  - ❖ introdurre l'informazione su temi giuridico-lavorativi

## **PROFETI DELLA SPERANZA ....SERVITORI DELLA VITA**

Il tema della nostra ultima Assemblea Generale, celebrata a Madrid nel gennaio del 1998 è stato **"Religiose e religiosi sanitari: Profeti di speranza e servitori della vita verso il Terzo Millennio"**.

E' così che vorremmo esprimere le prospettive di futuro che si aprono non solo alla nostra Federazione ma anche alla Vita consacrata in generale.

Agli albori del Terzo Millennio, abbiamo ripreso coscienza del fatto che siamo invitati dalla Chiesa a rivolgere i nostri sguardi "in particolare allo *Spirito Santo* e alla sua presenza santificatrice nella comunità dei discepoli di Cristo" (TMA 44), riconoscendo lo Spirito come l'unico che "può realizzare nella Chiesa, in ogni tempo e in ogni luogo, la Rivelazione portata da Cristo agli uomini, rendendola viva ed efficace nell'animo di ognuno di noi" (Ib.).

Per questo, con tenacia e decisione, abbiamo osato domandarci: Non sarà forse giunta l'ora dello Spirito per la Chiesa e la vita di tutti noi Laici e Religiosi? Non sarà forse il momento di mettere in discussione la cultura dell'efficacia e dell'efficienza per cedere il passo alla cultura della gratuità? Non sarà arrivato il momento di convertirci in gesti che parlino di speranza, che attuino la profezia, che competano per la vita?

Come Gesù, anche noi sentiamo, giorno dopo giorno, attraverso il dolore e la sofferenza dei nostri fratelli ammalati e anziani, attraverso la solitudine di coloro che non hanno più niente oltre il

solo gesto paziente di chi li assiste, l'urgenza di *liberare i prigionieri, aprire gli occhi ai ciechi, sciogliere le catene agli oppressi*, rendendo credibile il messaggio di salvezza...

Siamo chiamati ad essere “profeti di speranza” di una speranza che portiamo nel nostro cuore come una fiamma accesa che offriamo gioiosi a coloro che vogliono condividere il loro cammino con noi.

Questo ci spinge ad un'esigenza che non si esaurisce mai abbastanza, ci viene richiesto di offrirci all'ignoto della fede, rendere credibile “l'incarnazione”, trasformando la nostra vita in “un'esistenza trasfigurata capace di sorprendere il mondo” (VC. 20), in una continua rinascita per lasciarsi illuminare, con nuovo desiderio, dentro la cultura che ci avvolge.

Ogni giorno assistiamo all'alternarsi della vita e della morte. E' qui che veniamo chiamati ad una scelta radicale. Lo sappiamo il Regno di Dio è il Regno della vita e questo è il fine ultimo della storia dell'umanità. Il Dio nel quale crediamo è il Dio della vita, “il Dio che resuscitò Gesù dai morti e ce lo mostrò” (Hch 10, 40).

Accettiamo la sfida di essere, in questo nostro mondo, servitori della vita, coscienti che questa scelta significa mantenere l'atteggiamento del “discepolo” al lato di Gesù e “dell'Apostolo” al servizio dei suoi fratelli Per questo, nella nostra attività dobbiamo:

- essere vigili affinché possiamo mantenere una costante coerenza tra l'Annuncio e la vita;
- mostrarsi come persone generosamente disponibili e profondamente coscienti che il Vangelo della vita è fondamentale per il bene della persona e della società;
- difendere la vita dei più deboli (della società);
- impegnarsi per coloro che vedono costantemente violato il diritto alla vita;
- affermare la “cultura della vita” di fronte ad una dominante “cultura della morte”;
- davanti al potere al piacere all'arricchimento senza scrupoli, l'atteggiamento del servitore che si pone ai piedi di tutti per servire;
- non dimenticare mai che il centro di tutta l'attività umana è la persona e la sua dignità;
- lottare contro ogni forma di irresponsabilità, di disumanizzazione del mondo della sanità dove gli ammalati non vengano trattati come un numero o come un “caso” da seguire.

...essere servitori di Cristo ci deve aiutare “ad elevare i sentimenti di semplice filantropia all'altezza della Carità di Cristo; a riconquistare ogni giorno, fra fatiche e travagli, la coscienza della dignità di ogni uomo ; andare incontro alle necessità delle persone cominciando -se è giusto- un nuovo cammino proprio là dove il bisogno è più impellente e l'assistenza e il sostegno sono più scarsi” ....è per questo che siamo chiamati e coinvolti tutti noi.

La Federazione Spagnola dei Religiosi Infermieri, si impegna con questa speranza, offrendo alla Chiesa il suo apporto e la sua presenza e affidando la propria attività all'aiuto della Spirito Santo, consapevoli che:

Lo Spirito della Speranza sta operando nel mondo. E' presente nel servizio disinteressato di chi lavora al lato degli emarginati e di quelli che soffrono, di chi accoglie gli emigrati e i rifugiati, di chi con forza rifiuta di emarginare una persona o un gruppo per motivi culturali, religiosi o di diversa etnia; è presente in particolare nell'azione generosa di tutti quelli che con pazienza e tenacia continuano a promuovere la pace...

Che il Volto di Cristo illumini il cammino dell'umanità ora che si prepara a varcare la soglia del Terzo Millennio !

Che il Volto di Cristo illumini tutti noi che viviamo impegnandoci perché il suo Regno avanzi !

## **IL CARISMA COME DONO DELLO SPIRITO.....**

**Suor Josefa Michelitsch**

## **IL CARISMA DEL SERVIZIO**

### **Le situazioni comunemente affrontate dalle comunità apostoliche caritatevoli**

Nelle nostre numerose congregazioni apostoliche di indole caritativa, ci si pone di frequente la seguente questione, sebbene a vari livelli d'urgenza: che cosa è la nostra missione in qualità di donne consacrate, oggi e nel futuro? Possiamo constatare che l'opera sociale alla quale siamo dediti ha perduto un po' della sua importanza, specialmente nei moderni paesi del benessere. I malati ricevono assistenza; ci sono scuole per ragazzi e servizi per gli anziani e i giovani con problemi. C'è ancora bisogno di noi? Il numero dei nuovi elementi che entrano a far parte dei nostri istituti, vicini allo zero vocazionale nei cosiddetti paesi industrializzati, mandano un chiaro messaggio. Come risultato, molte di noi corrono il pericolo di rassegnarsi a un destino di estinzione.

La stessa cosa può dirsi anche delle singole comunità - ogni esistenza a un certo punto finisce, e una comunità religiosa è un singolo organismo. E' questo il destino inevitabile di tutte le comunità apostoliche caritative? Abbiamo davvero finito di essere utili - o si tratta di un nuovo inizio? La medesima questione è stata posta da Zoe Maria Isenring nel suo studio denso e accurato su questo argomento. Per sintetizzare la sua conclusione: io credo che abbiamo raggiunto un punto di svolta, sebbene dobbiamo essere preparate a completare attivamente questo cambiamento.

Come si è potuta verificare questa situazione dopo una così lunga tradizione di riconoscimenti e opere di successo? La risposta a tale quesito può essere data in parte esaminando la storia del mondo. Quali sono stati attraverso i secoli i bisogni comuni e quali, di conseguenza, i doveri per noi, le regole adottate nelle opere di carità? Diamo uno sguardo al "volto della povertà" nell'Europa dal XVI al XIX secolo, paragonabile a quello dell'odierno terzo mondo, le cui principali caratteristiche possono essere così riassunte: impoverimento di intere classi sociali (agricoltori, contadini e artigiani); alti tassi di malattia e mortalità come conseguenza della malnutrizione e della cattiva igiene; analfabetismo e superstizione; rassegnazione sia dei poveri sia dei ricchi altruisti di fronte al feudalesimo e al primo capitalismo.

Credo che quelli tra voi che lavorano nel terzo mondo possano riconoscersi in questo scenario. Il volto della povertà nell'Europa del passato è simile alla povertà che si vede oggi. Che tipo di aiuto si rende necessario in simili situazioni? I bisogni principali consistono nell'organizzare i soccorsi e nel creare i servizi adatti a risolvere i problemi più urgenti. L'assistenza agli ammalati e ai senzatetto, le cucine di fortuna, gli ospedali, le scuole, gli orfanotrofi, le case di riposo e una grande varietà di altri

servizi sociali: a tutti questi hanno provveduto e provvedono ancora gli ordini caritatevoli. L'aiuto non è offerto in modo generico: i poveri sono trattati con rispetto, ciò che fa dell'amore di Cristo una realtà.

In Europa, nei secoli XVI e XVII, San Giovanni di Dio, San Camillo de Lellis e Vincent de Paul insieme a Louise de Marillac rivoluzionarono effettivamente il servizio della carità, in particolare l'assistenza sanitaria. Più tardi, nel XIX secolo, i fondatori di diverse congregazioni crearono un gran numero di istituti per l'assistenza sociale. Molti di questi gruppi appartengono al Terzo Ordine Regolare dei Francescani, dei Domenicani, dei Carmelitani o di altri ordini. Questi ordini tradizionali sono cresciuti rapidamente e oggi si stanno ancora espandendo in Asia, Africa e America del Sud, mentre vengono costituite nuove comunità con obbiettivi analoghi.

In passato, molti dei loro servizi erano di alta qualità e alcuni Ordini svilupparono proprie scuole professionali per infermieri e operatori sociali. Prima infatti era questa l'unica opportunità per acquisire competenza professionale in quei campi. Tale professionalità, insieme alla spiritualità che animava i membri degli istituti, ne costituiva un certificato di qualità universalmente riconosciuto. Gli ordini religiosi gettarono le fondamenta della formazione professionale per gli assistenti sanitari e gli operatori sociali. Cosa più importante di tutte, questa base cambiò il modo di pensare della società. Lo stato dell'assistenza sociale quale lo conosciamo oggi non sarebbe mai esistito senza gli Ordini religiosi. Ora, forse abbiamo portato a compimento la nostra missione?

La percezione che la nostra missione sia stata portata a compimento, costituisce la causa di una crisi d'identità fra le sorelle che fanno parte di istituti operanti soprattutto nel mondo occidentale. Una simile crisi non si riscontra nel Terzo mondo - al contrario. L'Europa e l'America del Nord hanno un numero sufficiente di istituzioni di ogni specie. Il lavoro sociale non è più campo esclusivo degli Ordini di carità, poiché può essere esercitato in modo del tutto professionale da laici. D'altro canto, il Terzo mondo necessita urgentemente dell'opera delle donne consacrate così come l'Europa in passato, dal momento che la base legale, la consapevolezza della società come un tutto e il generale livello di benessere non bastano ancora a provvedere a ciò di cui si ha bisogno.

Circa la questione dei nuovi membri, la posizione sociale delle donne gioca un ruolo importante. Nelle società patriarcali, gli Ordini spesso rappresentano la sola opportunità di crescita professionale e indipendenza personale aperta alle donne. Questo è un altro fattore che spiega l'esplosione delle comunità caritative nel Terzo mondo.

I bisogni esterni, l'immagine professionale e l'immagine delle donne: sono questi gli unici fattori che determinano la nostra missione? Se così fosse, trovare una soluzione ai problemi delle nostre comunità sarebbe un compito relativamente facile. Dedicarci a nuove attività, concentrandoci sulla nostra crescita personale e professionale e adattare lo stile di vita delle nostre comunità alle esigenze delle donne moderne, sarebbe allora l'unica risposta. Certamente porre l'attenzione su questi tre punti è giusto. Tuttavia, allo stesso tempo, noi sappiamo che questa soluzione non è sufficiente. L'elemento decisivo, la spiritualità che sostiene questi fattori, prodotto del carisma, è ancora assente.

Che cosa è il carisma di un istituto religioso? Vorrei ora fornire alcuni esempi di varie forme di carisma nella vita di un istituto, poiché la nostra specifica missione può essere meglio compresa confrontando le missioni dei vari istituti.

### Ordini: missione e carisma

ORDINE	CARISMA	REALIZZAZIONE DEL CARISMA
Inizio nel IV secolo (cenobiti, ordini monastici)	Preghiera, ascetismo	Stile di vita " <i>ora et labora</i> "
Inizio nel XII secolo (ordini mendicanti)	Povertà	Stile di vita " <i>fraternitas</i> "
Inizio nel XVI secolo (ordini apostolici, di carità)	Carità	Opere " <i>caritas Christi urget nos</i> "
ORDINE	MISSIONE	VALIDITA' DI DIFFERENTI FORME DI REALIZZAZIONE
Inizio nel IV secolo (cenobiti, ordini monastici)	Protesta contro il crescente carattere borghese della cristianità (dopo le persecuzioni)	Indipendente da tempo o luogo
Inizio nel XII secolo (ordini mendicanti)	Protesta contro il potere luogo e il benessere nella società cristiana	Indipendente da tempo o luogo
Inizio nel XVI secolo (ordini apostolici e di carità)	Realizzare compiti specifici con uno stile di vita adeguato	Dipendente da tempo e luogo

Questo schema è solamente uno schizzo di tre delle più importanti forme di vita religiosa in base a come le conosciamo oggi; gli ordini puramente contemplativi sono stati esclusi. Due differenze però, dovrebbero risultare immediatamente evidenti: gli ordini apostolici caritativi vennero fondati con obbiettivi concreti piuttosto che per ricercare Dio in una vita di clausura. Lavorare **per** uno scopo anziché protestare **contro** un'ingiustizia, questa è l'idea sulla quale si basano i nostri istituti. Perciò, lo stile di vita non riveste più un'importanza primaria, dato che deve essere adattato al tempo, al luogo e all'azione. Al contrario, i carismi degli altri istituti sono realizzati nel loro modo di vivere.

I carismi sono doni dello Spirito Santo. Ogni persona ha dei carismi, come ci insegna l'apostolo Paolo. Tuttavia, il dono del carisma è sempre associato alla responsabilità, come per i talenti nella parabola raccontata da Gesù: noi abbiamo il dovere di usare e moltiplicare ciò che riceviamo in dono. I carismi dei nostri fondatori sono i talenti che Dio ha dato a ciascun individuo, non come possesso personale, ma affinché altri possano usufruirne.

Quando parliamo di carisma, dobbiamo ricordare che lo scopo che sta dietro a quel dono è la messa in atto di una certa opera sanante. Ai nostri fondatori sono stati donati carismi per andare incontro alla sofferenza dell'umanità. Dai fondatori tali carismi passano poi alle loro comunità e quindi a noi tutti. La missione che deve essere portata a compimento a tempo e luogo debito è l'obbiettivo principale, e deve attuarsi nel qui ed ora.

### **Quali sono i carismi delle nostre congregazioni di carità?**

Possiamo descriverli? Ho cercato di evidenziare alcuni aspetti che credo siano i più importanti. Il nostro carisma è **amore che diventa opera di soccorso** (*Caritas Christi urget nos*).

Questo amore può essere realizzato: vedendo e sentendo il bisogno con il nostro cuore - lasciandoci muovere a compassione; sviluppando e usando talenti e abilità; guardando l'umanità con gli occhi di Gesù - agendo come farebbe Lui; trovando Dio nel servire gli altri.

Il fattore più importante è costituito dall'impegno verso la propria umanità: cuore, testa e mani sono poi richiesti in aggiunta - e questo è decisivo - allo spirito di nostro Signore, che ci dona il suo amore. Questa è la nostra missione, imitare le azioni del Signore nello spirito del suo amore. Grazie a questo atteggiamento, secondo il quale uno può vedere nel suo prossimo sia il Signore che il fratello, è possibile dire: quando interrompo la mia preghiera per servire il mio prossimo, non rinnego Dio, poiché io servo Lui in coloro che sono nel bisogno. O nelle parole di San Vincent: **“Lascia Dio per Dio”**. In questo modo soltanto posso trovare Dio nella mia opera per l'umanità.

Il fondamento del nostro carisma basta a rispondere anche alle questioni che si pongono dinanzi a noi tra la fine del secondo e l'inizio del terzo millennio.

## **DONNE CONSACRATE DEL XXI SECOLO**

### **La missione delle donne consacrate che attuano il servizio di carità: oggi e nel futuro**

Consideriamo i tre fattori nominati prima, bisogni esteriori, immagine professionale e l'immagine delle donne, che esercita un'influenza determinante sullo sviluppo dei nostri istituti. La ragione dell'estrema e diffusa incertezza riguardo alla nostra missione, è che le forme di povertà sono diverse nel mondo di oggi, e le risposte che siamo riusciti a dare sin qui non sono sufficienti. Qual è la natura specifica della povertà che lentamente ma inesorabilmente si sta diffondendo al volgere del secolo?

Sistemi economici ingiusti	>>>	Impoverimento di interi continenti
Inquinamento ambientale	>>>	Penuria di risorse naturali
Invecchiamento della società	>>>	Carico eccessivo sulle generazioni più

Servilismo verso la tecnologia	>>>	giovani, perdita della solidarietà
Società degli "abbienti" come risultato della generale prosperità	>>>	Perdita della creatività Incapacità di stabilire rapporti, isolamento, aggressività
Perdita di valori	>>>	Edonismo, mancanza di scopi; Perdita di fiducia e speranza

In passato la povertà era limitata a certe classi sociali, luoghi o periodi ed era contrastata con successo prendendo alcune misure concrete. Attualmente, pare che stiamo assistendo alla globalizzazione della povertà. I pericoli che ho inserito nella lista minacciano l'intero pianeta - si consideri soltanto l'inquinamento ambientale o la disparità economica tra l'emisfero settentrionale e quello meridionale, risultato di un sistema economico ingiusto. E tutti i gruppi sociali dei paesi cosiddetti "ricchi" sono minacciati da questi pericoli.

Le opere di carità tradizionali, come assistere gli ammalati e i poveri e l'insegnamento, manterranno la loro importanza nel futuro. Tuttavia, esse sono state affiancate da altre di nuovo tipo. Ne sono esempi la guida spirituale, l'assistenza negli ospizi, il servizio pastorale negli ospedali, terapia e sostegno per gruppi di emarginati quali tossicodipendenti e giovani con problemi o abbandonati, campagne per la giustizia sociale e la pace, lavoro con i rifugiati; la lista potrebbe continuare all'infinito. Le nuove organizzazioni e istituzioni create per realizzare tali opere saranno sempre meno importanti delle nostre intenzioni personali, dei nostri cuori ripieni dell'amore di Dio per l'uomo. L'impegno personale sarà decisivo per l'attuazione della nostra missione. Naturalmente noi lavoreremo insieme con i vari servizi per l'assistenza sociale e le organizzazioni del soccorso. E questa cooperazione ci darà l'opportunità di "condire" gli sforzi per alleviare la sofferenza con il sapore dell'autentico amore cristiano.

Nello stesso momento in cui ci troviamo di fronte a questi nuovi compiti, anche l'immagine della nostra professione sta cambiando, specialmente nei paesi industrializzati. Le nostre vite sono diventate estremamente complesse e il livello di cultura e formazione professionale richiesto è cresciuto enormemente. La tendenza verso una maggiore specializzazione è accompagnata dal bisogno di nuove metodologie di cooperazione con gli altri e di una nuova gestione delle cose. Mentre la buona volontà e il buon senso erano basi soddisfacenti per le organizzazioni di soccorso, una professionalità vera è necessaria oggi nei settori dell'assistenza sanitaria e sociale, in particolare nella loro gestione. Dunque, sviluppare i talenti e le abilità di una persona implica niente altro che dedicare tempo e lavoro per acquisire una esauriente cultura e formazione professionale.

Oltre ai bisogni esterni e alla nuova immagine professionale, anche l'immagine moderna delle donne è un elemento importante. Tale immagine è compatibile con quella della donna consacrata? La donna di oggi è emancipata e quindi indipendente e autosufficiente. Uno sguardo ravvicinato ai nostri tre voti dovrebbe rendere ovvio che da noi ci si aspetti che diveniamo donne dinamiche e

autosufficienti mediante i voti e lo stile di vita. Prendendo questi voti, ci assumiamo la responsabilità della nostra vita, entriamo volontariamente a far parte di una comunità e ne accettiamo i valori e gli obbiettivi fondamentali. In linea di principio, la vita in un istituto religioso non è in alcun modo contraddittoria rispetto alla vita di una donna indipendente, responsabile e matura che sia conscia delle proprie responsabilità. Dobbiamo solamente trovare il coraggio di apportare alcuni aggiustamenti all'immagine comune della donna consacrata.

Domandiamoci che cosa ci si aspetti dalle nostre comunità nel XXI secolo. Cosa della massima importanza, dobbiamo essere in grado di riconoscere i nuovi bisogni e di rispondervi. Allo stesso tempo, dobbiamo essere consapevoli del fatto che la nostra opera può soltanto servire come esempio. Noi non siamo in grado di sconfiggere la povertà e la malattia, ma possiamo aprire gli occhi e indicare ad altri le soluzioni. Il mondo è attualmente lacerato da paure, insicurezza, ansia di fare, carenza di soluzioni e aggressività. Tossicodipendenza e crimine sono espressioni di una generalizzata assenza di speranza.

La società si aspetta che noi forniamo il nostro aiuto intelligentemente e sulla base di competenze specialistiche, in altre parole, che siamo professionali. La gente vuole parlare con noi, trovare in noi il dialogo e una guida, condividere con noi le convinzioni e la fede. In altre parole, le persone si aspettano di trovare esseri umani in grado di comunicare. Infine, desiderano che noi siamo donne mature e indipendenti che li comprendono e sappiano come condividere la croce della loro esistenza. A questo punto si pone una questione importante: noi siamo capaci di questo? Siamo preparate adeguatamente?

Ecco allora che più importante di tutte le nostre opere è la solidarietà: in altre parole, affrontare le paure e le minacce del mondo odierno, condividere i problemi sino ad esporci anche emotivamente. Quando apriremo il nostro cuore agli altri, essi capiranno il messaggio che noi tentiamo di comunicare. E allora sapremo trovare nuovi sentieri e coraggiosamente far fruttare i nostri talenti.

E così ritorniamo all'elemento determinante della nostra vita nell'ordine. Dopo tutto, le nostre attività, il nostro lavoro e la nostra esistenza affondano le radici nello

## **Stile di vita e nella spiritualità**

*Non possiamo dare nulla in cui non crediamo veramente e che non viviamo nelle nostre comunità.*

Perciò, dobbiamo esaminare le nostre esistenze e riflettere su quanto esse siano in armonia con la spiritualità che i nostri fondatori intendevano comunicare. “Ritorno alle radici”, come è stato richiesto dal Concilio Vaticano II.

Quando nomino San Vincenzo de Paoli nelle mie affermazioni sulla nostra spiritualità, non lo faccio perché egli è il fondatore del nostro istituto e io ho molta familiarità con le sue affermazioni. Lo faccio perché San Vincenzo può essere considerato il fondatore di tutti i nostri istituti apostolici di carità, dato che egli fu il primo ad affrancare con successo i membri femminili di un ordine religioso dalla vita di

clausura. Potrebbe essere definito il fondatore degli ordini femminili attivi per donne dediti al servizio della carità; le sue idee e la sua spiritualità fungono da punti di riferimento per tutte noi in futuro.

Quali sono stati i principi più importanti che San Vincenzo de Paoli e Louise de Marillac hanno dato alle Figlie della Carità? I punti seguenti sono presi dagli scritti di M. Jamet, già Superiora generale delle Figlie della Carità:

1. Le Figlie della Carità non sono suore; esse sono serve dei poveri. Il loro carisma è di servire questo gruppo e i loro voti garantiscono il loro buon servizio, nella comunità e nello spirito di Gesù Cristo.
2. Le Figlie della Carità vivono tra la gente, condividendo quasi tutti i loro problemi e difficoltà. Integrate nella vita del mondo, esse sono più esposte delle suore. “Il suo convento è un appartamento, la sua cappella la chiesa parrocchiale, il suo velo la modestia...”. Queste sono le parole di San Vincenzo! Una Figlia di Carità è una cristiana - non una suora in clausura - la quale cerca di vivere la sua esistenza in sintonia con il Vangelo, in altre parole semplicemente, in povertà, come una sorella.
3. Ella trova protezione in se stessa, nella propria fede e nel suo amore per Dio e per il povero.
4. Ella deve pregare e celebrare la liturgia intensamente per sostenere questa vita con il povero e deve evitare il super lavoro. Deve essere mantenuto un equilibrio fra la sfera spirituale, la comunità e il lavoro.
5. La regola è struttura e supporto, che lei deve adattare alle richieste di amore cristiano. Una Figlia di Carità è indipendente e responsabile, ha iniziativa personale e si sottomette volentieri all'autorità dei suoi superiori.

Questi principi di San Vincenzo sembrerebbero una visione del XXI secolo anziché regole del XVII. Cosa è accaduto invece?

Non era possibile ridurci ancora una volta al silenzio dentro i conventi. D'altro canto, un ordine religioso con un alto grado di libertà e basato sulla personalità individuale non era concepibile - almeno non per le donne. Alcune fra le stesse sorelle preferirono fare ritorno alla vita di clausura. Persino le congregazioni caritative del XIX secolo non furono in grado di trovare uno stile di vita che non fosse la tradizionale clausura; e il modo di vivere della suora divenne un mix di vita monastica e di lavoro attivo all'interno della comunità. Le nuove idee non erano gradite. E così presero vita le comunità religiose come le conosciamo adesso.

Donne pie entrarono a frotte nei conventi. C'era bisogno di loro per una varietà di opere e il risultato, che Vincent de Paoli aveva avvertito si sarebbe verificato, fu inevitabile: la funzione, le opere della comunità assunsero un'importanza fondamentale. Non si sviluppò l'autentica, genuina spiritualità necessaria per quello stile di vita, una forma di pietà generalmente accettata fu sufficiente e i relativi esercizi spirituali crebbero solo in quantità. **Invece di essere l'attività a diventare una forma di preghiera, fu la preghiera a diventare un'attività.**

Molto è stato detto e scritto sui problemi posti dinanzi alle comunità religiose di carità, a causa del sempre più ridotto numero di nuovi membri. A questo punto, vorrei ribadire il rischio di estinzione delle nostre comunità. Siamo minacciate da una sorta di esaurimento psicofisico che di solito si abbatte sulle persone esposte ad una grande quantità di stress. La cura sta nel rimuovere la pressione esterna per agire correggendo i nostri valori. Il valore della comunità e della sorella individuale risiede non nella funzione ma nella vita, nell'essere. Questo ci aiuta a lasciar perdere il resto e a fare uno o due passi indietro. Allo stesso tempo, Dio è tornato a rivestire un ruolo di fondamentale importanza nella nostra vita e nel nostro lavoro.

“Fare meno” implica anche “avere meno”. Ogni comunità con le sue istituzioni dovrebbe chiedersi se e come debba esercitare la propria attività in futuro. Uno può anche “possedere” ricchezze spirituali che riducono la propria libertà. Si considerino soltanto le tradizioni, i costumi, le regole che procurano sicurezza esteriore a scapito di una crescita interiore.

In futuro le nostre opere dipenderanno da quanto noi sapremo formarci culturalmente con riguardo al mondo intorno a noi. Soltanto allora sarà possibile una comprensione del messaggio cristiano ed è nostro dovere comunicare tale messaggio. Questo processo di acculturazione implica l'accettare e l'esprimere valori che sono importanti oggi e lo saranno in futuro.

I seguenti valori formeranno l'immagine delle donne consacrate del XXI secolo:

- **Professionalità e comunicazione** (*competenza e umanità*)
- **Solidarietà e spiritualità** (*vita in comunità*)

### **Professionalità e comunicazione**

Il nostro lavoro deve resistere all'analisi critica. Non possiamo più aspettarci protezione nei confronti del nostro lavoro, nemmeno come membri del clero. Dobbiamo decisamente collocare le nostre donne consacrate nella vita di ogni giorno.

Naturalmente la professionalità richiede una buona formazione. Inoltre, sono anche necessarie una personalità libera e indipendente, con un adeguato livello di cultura generale e una buona conoscenza della teologia di base. Dalle sorelle che lavorano nel settore della sanità ci si aspetta sempre di più che siano ben ferrate riguardo alle questioni etiche e, se questo non è possibile, che abbiano almeno un orientamento specifico. Perciò, una sorella deve avere personalità forte, buon senso e fede salda.

L'ammalato vuole che la sorella consoli e aiuti nel momento della difficoltà. Ma prestare solo quel tipo di soccorso non basta più. La donna consacrata deve avere una base di esperienza di vita reale, sapere cosa significa lavorare con chi è seriamente ammalato o sta morendo e conoscere quel tanto di psicologia che occorra. La formazione professionale nel lavoro pastorale con i malati sta diventando per noi sempre più importante.

Bisogna anche considerare l'era della comunicazione nella quale viviamo. Dobbiamo imparare a comunicare i nostri valori, pensieri e ideali in modo che siano comprensibili. Il nostro messaggio non deve essere sommerso dal mare degli altri messaggi. Come comunità, noi dobbiamo fare i conti con i nuovi mezzi e metodi di comunicazione e imparare ad usarli per il Regno di Dio. Altrettanto importante è la comunicazione all'interno delle nostre comunità. I vecchi modi non sono più sufficienti, dal momento che ora abbiamo bisogno di stabilire relazioni fra le sorelle in forma di associazioni. L'autorità è importante nella vita di comunità, ma dovrebbe essere esplicata con il più alto grado possibile di accessibilità.

In futuro lavoreremo fianco a fianco con i laici nel mondo dell'assistenza sanitaria e otterremo riconoscimenti soltanto quando ci dimostreremo cristiane competenti. Essere una donna consacrata significa assumere il ruolo di donna emancipata e trasformarla in donna spirituale.

### **Solidarietà e spiritualità**

Per solidarietà si intende quella sensazione di essere una parte del tutto; diventare parte di questo tutto vuol dire condividere. Il Concilio Vaticano II ha creato l'immagine di una "chiesa pellegrina" costituita dal "popolo di Dio". Tutti noi, cristiani e non cristiani, laici e clero, ricchi e poveri, giovani e vecchi, sani e malati - siamo compagni di pellegrinaggio su una strada comune: c'è un posto migliore di questo sentiero spesso difficile per crescere insieme? C'è bisogno di aiuto e sostegno scambievoli alla luce della meta comune e della condivisione dei pericoli. Anche la solidarietà è necessaria nelle nostre comunità. Dobbiamo assumerci responsabilità reciproche e affrontare tutte le limitazioni, gli aspetti sia piacevoli che difficili della vita in comune.

C'è bisogno di solidarietà nel mondo dell'assistenza sanitaria: nell'assistere gli ammalati e i morenti, nel portare il peso del servizio per diversi anni, in casi di malattie senza speranza e anche di fronte al bisogno emotivo e fisico. Non possiamo essere certi che il progresso nel campo della medicina continui al ritmo attuale. Non possiamo sapere cosa sarà del mondo dell'assistenza sanitaria domani, ma sappiamo che un alto livello di solidarietà con i bisogni dei malati sarà indispensabile.

Viviamo in una società post-solidale nella quale sono in aumento la violenza e l'egoismo sfrenato e le famiglie spesso non sono in grado di provvedere al necessario aiuto. I più deboli in questa società sono i malati, gli anziani e i bambini. Fornire il nostro aiuto come una specie di mano tesa non basta più; noi dobbiamo stare accanto a loro consapevolmente come fratelli e sorelle ed aiutarli a portare la croce. Ci viene richiesta una partecipazione attiva al loro destino. Solo in questo modo possiamo essere fonte di speranza.

L'autentica solidarietà fa parte della nostra spiritualità, come la vita che sgorga dallo Spirito Santo. E lo Spirito Santo ha fatto un miracolo di comunità e comprensione comune nel giorno della Pentecoste. Spiritualità non vuol dire solo collezionare esercizi spirituali, mete ascetiche, norme o rituali esteriori. Spiritualità è vita, una vita basata sulla fede, la speranza e l'amore. Solamente in questo modo possiamo vivere il momento presente ed essere presenti con tutto il nostro essere: E Dio, che è "l'Io sono qui", sarà con noi ovunque andremo.

In linea di massima, un doppio sentiero è stato indicato e praticato nelle nostre comunità; esso cerca di saldare due differenti forme di spiritualità: quella della vita monastica che deriva da una spiritualità che rinuncia al mondo e l'altra forma di vocazione che richiede il contatto con l'umanità nella vita quotidiana. In molte delle nostre congregazioni **forma e contenuto hanno radici spirituali diverse e non sono in armonia**. Ciò ha contribuito non poco alla nostra estinzione, poiché abbiamo sempre tradito le aspettative degli altri. Grande attenzione e molta energia sono indispensabili per evitare una spaccatura nella nostra vita, una separazione tra la sfera cosiddetta “spirituale” e le cosiddette “attività terrene”. La vita e con essa quell'amor proprio cui la Bibbia fa appello rischiano l'abbandono.

Vincent de Paoli e altri santi collegati all'opera di carità ci hanno indicato il cammino. Essi trovarono unità nella loro esistenza dedicandosi a Dio attraverso l'assistenza ai poveri. Le parole famose “abbandonare Dio per servirlo” sono familiari a noi tutte. Ci sono centinaia di esempi di come questi santi trovarono Dio in ogni cosa e persona, specialmente nel povero e nel malato. La chiave è **“trovare l'unità della vita”**.

Certamente ne abbiamo conosciuti di questi esempi. Il nostro più grande errore è stato quello di credere che noi potevamo emularli sulla base degli appelli morali. Ma questa via, oltre alla grazia divina, richiede un intenso apprendistato: un apprendistato di meditazione; uno studio che insegni come entrare in contatto con il profondo del proprio cuore; un'opportunità di sviluppare la propria spiritualità, che è alimentata da quella della comunità. Abbiamo bisogno di una comunità-spiritualità vivente per la crescita personale, in modo da chiarire la nostra vita e le nostre azioni.

Si sta verificando un cambiamento e noi dobbiamo prenderne atto: in passato si credeva che l'unità delle comunità era da mantenersi attraverso l'uniformità di costumi e rituali. Oggi l'unità è ricercata nella condivisione della spiritualità. Le comunità stesse dovrebbero diventare una sorgente di spiritualità alla quale l'individuo possa attingere. Qui la pluralità è possibile, dal momento che ciò che è condiviso si trova più in profondità rispetto alla forma esteriore.

La nostra sopravvivenza richiede che le nostre comunità funzionino come comunità di fede, luoghi dove si possa fare esperienza di Dio, dove avvengano cambiamenti spirituali e all'insegna della solidarietà fra sorelle. Poi dovremmo vivere le nostre comunità come luoghi nei quali condividere le nostre preoccupazioni e i problemi quotidiani. Per risultato si avrà un'esplosione di fiducia e sentimento di comunità fra le sorelle, che si esprimerà anche in una crescente solidarietà. Questo genere di vita risplenderà di amore e umiltà e diventerà segno di autentica vita cristiana in un mondo che sta perdendo la capacità di costruire rapporti umani.

## Le nostre opere

La maggior parte delle nostre congregazioni operano in vari tipi di istituzioni. Esempi ne sono le scuole, gli ospedali, le case di riposo, le case per l'infanzia e altri servizi simili, che sono diventati di proprietà dell'ordine o sono stati fondati dai suoi membri indipendentemente. In ogni caso, sono stati curati, gestiti e si sono diffusi sotto la guida di donne consurate. Molte sorelle trovano la loro

identità nel prestare la propria opera in tali istituti, poiché è un modo di servire i poveri. Attualmente - almeno nei paesi industrializzati - queste istituzioni sono minacciate: esse devono affrontare la diminuzione di donne consacrate e una gestione professionale carente come problema altrettanto serio. Dobbiamo renderci conto che con la nostra "cultura di compagnia" non riusciamo più a stare al passo con la rapida evoluzione delle tecnologie ospedaliere e dell'assistenza sanitaria. Come dovremmo reagire?

Una risposta positiva a questo problema determinerà in larga misura il futuro dei nostri istituti. Naturalmente una singola risposta non soddisferà tutte. Vorrei ora elencare alcune idee che secondo me sono essenziali alla soluzione del problema.

- Dobbiamo essere convinte del valore basilare delle istituzioni ecclesiastiche. Vorrei sottolineare "istituzioni ecclesiastiche" e non "le nostre opere". Ciò che noi possediamo non ha grande importanza in confronto del mantenimento dei valori cristiani tramite le istituzioni cristiane.
- Aggrapparsi saldamente e rigidamente ai vecchi metodi ormai sorpassati da tempo, ci sta togliendo vitalità. Le nostre comunità rischiano di crollare sotto il peso della proprietà e nella vana speranza che un giorno il passato ritorni. Dovremmo affrontare il rischio di un nuovo inizio. Nuove vie ci attendono, sta a noi cercarle: nell'assumere la responsabilità per noi stesse, per i nostri collaboratori, per l'indispensabile qualità delle istituzioni e per la chiesa.
- La vendita o la chiusura di certi istituti che non siamo più in grado di mantenere sarà la soluzione migliore se necessario, ma non in tutti i casi. Certi istituti sono più adatti a forme alternative di servizio. Molte comunità hanno deciso di fondare associazioni proprie, non sono più gestite dall'istituto, come una famiglia.
- Optare per questa soluzione richiede che la gestione e altre responsabilità passino ad uno staff laico; tuttavia, sarà necessario stabilire un modello vincolante di principi che facciano da linee direttive.
- Lasciar perdere è indispensabile. Lasciar perdere non è per niente facile, ma è l'unico modo di prendere le necessarie distanze dal nostro lavoro. Di conseguenza, saremo ancora più sensibili ai bisogni altrui, se le esigenze personali non consumeranno tutte le nostre energie.
- Di tutti i pensieri e le idee, l'essenziale è che la nostra ricerca del regno di Dio venga **prima di qualunque cosa**.

## Il futuro

In conclusione, vorrei ribadire un pensiero formulato all'inizio del mio discorso: non siamo alla fine, ma ad un punto di svolta. Tuttavia, dobbiamo lavorare per attuare questo cambiamento. E' un conforto e anche un incoraggiamento. La nostra missione di servire l'umanità nel terzo millennio dipende meno dal progresso nel campo dell'assistenza sanitaria che dalla nostra personale crescita interiore. Ciò richiede un cambiamento che è accompagnato da paura e insicurezza, ma che allo stesso tempo porta con sé la vita quando è introdotto nello spirito di Dio. Siamo coraggiose confidando che Egli è con noi!

## VINO NUOVO IN OTRI NUOVI

**Fiacco Suor Cristina,**

Figlie di Maria SS. dell'Orto

Il primo sentimento che sgorga spontaneo dal cuore, è quello della gratitudine a Dio, datore di ogni bene, per aver cosparso il nostro cammino di grazie, ed averci accompagnato con amore misericordioso in questo percorso, non facile, ma splendido e ricco.

Un ringraziamento particolare va alla Chiesa, alla persona del Santo Padre per la delicata, premurosa e incessante attenzione che ha espresso alla vita consacrata, in modo speciale alla Donna Consacrata e, diciamolo pure gioiosamente, all'USMI-SANITA'.

Tento di esporre, sia pure a grandi linee, alcuni percorsi ed iniziative svolte dentro questa storia, con i suoi processi di trasformazione che hanno coinvolto e rese coprotagoniste tutte noi; cercherò di ricordare alcuni eventi ecclesiali, sociali e mondiali, dentro i quali lo spirito soffia, spingendo la Storia della Salvezza di cui siamo mediatici e destinatarie.

Abbiamo vissuto fatti ed eventi importanti; abbiamo cercato di registrarli nel cuore, di coglierne la **“portata salvifica”** e di **essere memoria**; memoria di una tradizione feconda di spiritualità, memoria di doni, memoria che ringrazia, che si interroga, che vuole essere profezia per il futuro.

Siamo ormai nel 2000; c'è l'irruzione dello Spirito che ci dona il “kairos” di Dio , il tempo opportuno e favorevole, carico della Sua presenza, tempo che ci lancia sfide, ci offre segnali e appelli, mentre Dio dona a tutte luce e fiducia, perché possiamo rispondere secondo quella vocazione della quale Egli stesso ci ha investite.

### Cenni storici

Le Religiose ospedaliere si uniscono in Federazione il 6 novembre 1949 allo scopo di: 1) regolare, orientare e assicurare sottomissione alla Gerarchia; 2) intensificare l'attività professionale favorendone la spiritualità; 3) tutelare i diritti professionali delle Religiose Infermiere nella lotta suscitata da chi avrebbe voluto allontanarle dagli ospedali e dalle case di cura.

1950: Pio XII promuove un Congresso per tutte le Religiose al fine di studiare i problemi comuni alla loro formazione; da questo incontro sorge il desiderio e successiva attuazione di associarsi per categorie di attività costituendo quattro organismi stabili:

- FIRO (già esistente)
- FIRE Suore Educatrici
- FIRAS Suore Assistenza Sociale

## - FIRAD Suore impegnate all'Apostolato diretto

- 1952 Inizia la pubblicazione della Rivista A. L. A.(Ardeat - Luceat - Accendat) che nel 1974 prende il nome di "Consacrazione e Servizio").
- 1954 Le Religiose cominciano a rappresentare i Collegi Provinciali e la Federazione Nazionale IPASVI.
- 1956 La FIRO prepara la prima convenzione che via via sarà aggiornata e che regolerà la posizione giuridica della Religiosa nei confronti della sua attività specifica.
- 1957 E' membro di diritto del C.I.C.I.A.M.S. (Comitato Internazionale Cattolico Infermiere Assistenti Medico Sociale) e partecipa alle riunioni di consiglio a Roma - Bruxelles, Lourdes - Madrid non tralasciando, peraltro, i Congressi Internazionali: Nell'aprile dello stesso anno circa 2000 Religiose ospedaliere italiane e di 14 Delegazioni estere partecipano a Roma ad un Congresso.
- 1959 Si celebra a Torino, con la partecipazione di oltre 1500 Suore il primo decennio della FIRO. Nel frattempo le scuole Convitto per Infermiere Professionali aumentano nei grandi e medi centri e le Religiose, qualificate, occupano gran parte delle unità operative ospedaliere.
- 1960 Una rappresentante della FIRO fa parte della "commissione per la riforma della legislazione infermieristica" presieduta dall'Onorevole Ministro della Santità.

In questo stesso anno l'USMI si costituisce con personalità ecclesiastica.

1964 Il Presidente Antonio Segni le riconosce la "personalità giuridico-civile".

Si formano le prime Segreterie Diocesane e Interdiocesane (FIR) con l'obiettivo di:

- formare
- sostenere
- stimolare
- coordinare
- aggiornare

L'USMI, attraverso le Federazioni e le Segreterie FIR, si è sempre preoccupata della formazione spirituale, culturale, professionale delle Religiose con iniziative rispettose dell'identità propria di ciascun Istituto, assumendo una struttura a livello nazionale e una a livello periferico.

1988 La FIRO diventa FIROS poiché l'interesse assistenziale del nostro paese abbraccia, oltre che la malattia, anche la salute come prevenzione.

1995 Riprogettazione dell'USMI.

In un momento in cui le trasformazioni, anche radicali, si estendono a tutti i livelli: politico, sociale, economico, religioso, anche l'USMI, avverte l'urgenza di affrontare una riflessione seria sulla sua struttura, che coinvolga direttamente l'animazione della vita religiosa dopo il Sinodo del 1994 conclusosi con il Documento "Vita Consecrata".

La riprogettazione parte con un Convegno che vede riuniti i Consigli Regionali, la Presidenza Nazionale e le Responsabili degli uffici. Non si vuole ridare all'Unione un look, ma è una esigenza di funzionalità, di agilità, di coinvolgimento delle persone a tutti i livelli. La prima fase del

cammino viene studiata e preparata con molta cura e sintetizzata nel tema: “Vino nuovo in otri nuovi” che può suonare come slogan, ma è un obiettivo da perseguire.

Dopo studi e tappe esperienziali emerge un possibile schema della nuova struttura dell’USMI riconducibile a quattro aree:

- Socio-culturale
- Pastorale
- Solidarietà sociale
- Centro studi

Si focalizzano tappe ben precise:

- Obiettivi
- Descrizione dei campi di azione
- Conduzione dell’attività

In seguito le aree sono ricondotte a tre:

- Area di Formazione
- Area di Pastorale Ordinaria
- Area di Pastorale d’Ambiente che comprende ben sette Dimensioni tra cui la SANITA’.

L’Obiettivo generale e comune a tutte le dimensioni è: “qualificare le Religiose che mediano i contenuti dell’evangelizzazione perché si abilitino a rispondere in maniera qualificata alle esigenze socio-culturali del proprio territorio”.

Mi soffermo, in particolare, sulla Pastorale Sanitaria che ci interessa più da vicino citandone l’obiettivo specifico: “offrire alle Religiose impegnate nel Settore Sanitario un’adeguata formazione globale: spirituale, pastorale, psicologica, etico-morale; nel campo della Bioetica favorire un continuo aggiornamento sulle tematiche medico-scientifiche per una maggiore competenza e professionalità”.

La strada per raggiungere questo obiettivo è percorribile attraverso:

- corsi di aggiornamento
- corsi residenziali di formazione permanente
- giornate di studio
- pubblicazioni

Va puntualizzato che la partecipazione delle Religiose Operatrici Sanitarie all’aggiornamento etico-professionale, merita un plauso; durante l’anno sociale si organizzano quattro corsi: due per Suore che operano in strutture ospedaliere e due che accompagnano l’anziano laico e/o religioso che vive in Case di Riposo, RAS o a domicilio. Il numero delle partecipanti è elevato; circa 200 per corso! Espressione tangibile questa della volontà di migliorare e dare all’utente un’assistenza, non solo professionale, ma psicologica e spirituale.

I compiti che l’USMI-SANITA’, attraverso la sua Presidente Nazionale ha, sono i seguenti:

- partecipazione alla Giunta e Consulta per la Pastorale Sanitaria CEI

- partecipazione a gruppi di lavoro al Ministero della Sanità, alla Federazione Nazionale dei Collegi e Collegi Provinciali
- studio e aggiornamento delle Convenzioni tra Istituto Religioso e ASL, Case di Cura Private, RAS e Case di Riposo per anziani
- partecipazione ai Consigli Nazionali, nonché a quelli di presidenza allargati USMI.

Un ulteriore compito importantissimo dell'USMI-SANITA' che si sta via via consolidando è quello di essere presente periodicamente con una sua rappresentante a momenti particolari delle Regioni e Inter-regioni (corsi, giornate di studio, consigli ecc.). L'obiettivo è di conoscere, aiutare e costruire insieme qualcosa di solido che risponda allo slogan che ci accomuna: ***"camminiamo e lavoriamo insieme"***.

Nella continuità storica, sempre pervasa dalla presenza del Verbo Incarnato e dalle ispirazioni innovative dello Spirito, puntiamo in avanti, aperte alle sollecitazioni della Chiesa e alle sfide del tempo.

Ci disponiamo a rispondere agli stimoli proponendoci obiettivi precisi:

- continuare ad approfondire l'identità della ***"donna consacrata"***;
- crescere nella consapevolezza del dono fatto alla Chiesa mediante la varietà dei carismi;
- favorire un processo di formazione continua le cui iniziative, pur avendo come scopo prioritario l'aggiornamento specifico, si tenga presente:
  - l'identità della Religiosa
  - la dimensione carismatica della vita religiosa
  - le esigenze della Evangelizzazione e della testimonianza della carità.

Nell'inquietante problematica del nostro tempo si evidenzia una crisi culturale, etica, religiosa e del senso della vita.

Con lo sguardo in avanti e proteso al futuro ci muoviamo tra ***costanti e variabili***. Dentro le costanti vi sono valori-verità da riaffermare:

- la vita Religiosa è e rimane un fatto carismatico, che ha radici nella Trinità ed è dono di Dio alla Chiesa;
- la vita Religiosa in ogni tempo ripresenta Gesù povero, casto e obbediente; - prolunga la sua vita e la sua missione;
- continua a mostrare segni messianici della salvezza con la santità della vita e con l'esercizio delle opere di misericordia;
- la vita Religiosa sarà sempre attuale e operante nella Chiesa.

Se vuole essere fedele a Dio, all'uomo, alla storia e al nostro tempo, è chiamata a rinnovarsi. In primo luogo la vita Religiosa può essere segno profetico:

- è profezia come memoria che annuncia; è memoria di una esperienza carismatica e di una eredità spirituale da trasmettere;

- profezia che fa vedere l'invisibile anche dentro il groviglio della storia;
- profezia come itineranza, mistero del pellegrinaggio che apre vie nuove alla storia;
- profezia del "piccolo resto", della minoranza, che deve essere lievito;
- profezia della riconciliazione.

La vita Religiosa ospedaliera mentre è impegnata a dare risposte concrete agli emergenti bisogni dell'umanità, deve recuperare l'orizzonte escatologico, è orientata alla novità di Dio, alla trasfigurazione della vita, della storia e della creazione.

Abbiamo riaffermato alcuni valori fondamentali, irrinunciabili per la vita religiosa del futuro.

E' Cristo che pacifica la nostra vita, che ci fa vivere nell'attività di Marta con il cuore di Maria, che ci rigenera nel suo Spirito e ci aiuta a recuperare il senso della convivialità e della festa.

***Riscopriamo il ruolo di chi presiede la carità;*** le molte cose da fare, le emergenze non ci facciano distogliere l'attenzione dalla "parte migliore", dalla edificazione delle persone.

Sappiamo a chi abbiamo creduto; lasciamoci, giorno dopo giorno, affascinare da Dio e dal Vangelo del Figlio Suo e, per questo, a Lui diamo tutto.

## **RELIGIOSE NELLE PROFESSIONI DELLA SANITA' AL SERVIZIO DEL MONDO DELLA SANITA', NELLA CHIESA**

**Sr. A. Marie Monneraye**

### **Nota storica**

L'unione delle "Religiose nelle professioni sanitarie" (REPSA) è un associazione riconosciuta dalla legge francese (legge del 1° luglio 1901). Raggruppa religiose di attività professionale o volontaria nel settore sanitario e sociale.

Questa organizzazione sanitaria di religiose esiste sin dal 1933-1934. Con l'aiuto del cappellano della conferenza Laennec (Organizzazione di medici cristiani) alcune religiose si organizzarono per offrire servizi giuridici, fiscali, di insegnamento, avendo sempre presente lo scopo di una animazione apostolica delle religiose. Si trattava allora di difendere le opere degli istituti religiosi contro le disposizioni che ne rendevano difficile l'attività.

Questa iniziativa ha svolto un ruolo importante nella trasformazione delle comunità e delle congregazioni in situazioni nuove oltre che nella formazione professionale sanitaria in un periodo in cui diveniva obbligatorio il diploma per esercitarla.

Nel 1947, questo gruppo si costituisce come "Unione delle Congregazioni d'Azione Ospedaliera e Sociale" (UNCAHS) sotto l'egida dell'episcopato francese, che designa un vescovo delegato, e della Sacra Congregazione dei Religiosi che nomina un assistente ecclesiastico che approva lo Statuto.

In un momento in cui, le professioni medico-sociali godevano di scarsa rappresentanza sindacale, furono proprio dei membri dell'UNCAHS ad essere chiamati, in qualità di persone idonee, a far parte del Consiglio o delle commissioni in seno alle Amministrazioni.

Nel 1957, l'UNCAHS sente la necessità di situarsi in modo paritario con le organizzazioni professionali e i sindacati che si sviluppano negli ambienti medico-sociali. Si costituisce come Associazione riconosciuta dalla legge del 1901 al fine di poter essa stessa rappresentarsi ogni qualvolta lo ritenesse opportuno.

In questo periodo pre-concilio, le mentalità evolvono. Le religiose prendono coscienza dell'importanza dell'impegno personale in seno all'Unione. La posizione delle religiose e delle congregazioni cambia. Lo Stato assume progressivamente in carico quei settori nei quali le congregazioni avevano avuto un atteggiamento da pionieri. Nascono nuove professioni e nuovi diplomi, in particolare in campo sociale.

L'Unione si organizza in funzione della nuova situazione: "Importanza delle commissioni specializzate e ruolo delle regioni per risvegliare la presa di coscienza di origine missionaria della vita professionale, predisporre gruppi di studio e di ricerca, formare ed informarsi al fine di acquisire una coscienza illuminata e forti convinzioni personali in vista di decisioni da prendere, favorire il coordinamento in vista dell'unità dell'impegno da parte della Chiesa" (Carta del 1971).

A partire dal 1970, molte religiose fino ad allora presenti nelle istituzioni attraverso una convenzione con le rispettive congregazioni, diventano dipendenti salariate da organismi pubblici o privati.

Nella linea di un crescente impegno personale, “l’Unione delle Congregazioni d’Azione Ospedaliera e Sociale” diventa “L’Associazione delle Religiose nelle Professioni della Sanità” (REPSA).

Per una decina d’anni, l’identità delle religiose non è chiara. Mal si gestiscono le conseguenze del passaggio da un impegno collettivo nelle istituzioni all’impegno individuale. Bisognerà attendere gli anni 1980-83 perché l’identità della vita religiosa apostolica vada gradualmente precisandosi. La REPSA cresce, attraverso tentennamenti, con una presa di coscienza sempre più partecipata della sua missione in seno alla vita religiosa apostolica.

Dopo una ventina d’anni, le cose si sono poco a poco equilibrate tra il sostegno alle religiose impegnate con contratti individuali di lavoro nei servizi pubblici o privati e la riscoperta della loro complementarità con la presenza istituzionale delle religiose nell’ambito sanitario e sociale. Da una decina d’anni a questa parte, la riflessione sul senso missionario di questi diversi tipi di presenza ha fatto molti passi avanti.

## Finalità

Fin dalle origini, l’Unione delle Congregazioni d’Azione Ospedaliera e Sociale è stato un luogo di ricerca e di confronto, di riflessione teologica e apostolica in vista della Missione.

Il Regolamento interno, redatto nel 1985, definisce anche la finalità della REPSA: “Al cuore stesso del loro agire professionale o volontario in cui esse rinnovano oggi i gesti del Cristo Salvatore, queste religiose partecipano insieme alla Missione della Chiesa nel mondo della sanità. La REPSA propone loro di riunirsi per analizzare la loro attività e riflettere sulle scelte che essa comporta nel contesto socio-politico e culturale del momento. La REPSA le obbliga a migliorare sempre il loro operato affinché si traduca in un linguaggio capace di annunciare la Buona Novella di Gesù Cristo nella società e nella Chiesa”.

Ad un livello più ampio, “Coscienti che la loro esperienza possa servire a promuovere una concezione della vita e della salute della persona che si ispiri al Vangelo, le Religiose della REPSA si adoperano per essere rappresentate ufficialmente dai loro delegati presso le differenti istituzioni nazionali ed internazionali, pubbliche o private, civili, religiose, ecclesiali ...” (Regolamento interno, articolo 1).

In un linguaggio più attuale, il progetto di Sanità della REPSA (1992) mira a promuovere una maniera di servire la persona malata sia in fase acuta sia in fase cronica. Questo progetto si basa su una concezione della salute e una visione della persona che si ispira al Vangelo. Questa concezione della salute e questa visione della persona, noi la condividiamo con molti altri in un mondo pluri-culturale dove i riferimenti filosofici e religiosi sono molteplici. Noi ci arricchiamo reciprocamente avvalendoci dell’esperienza di quanti prendono posizione sul terreno della sanità. Nello stesso tempo, per noi, questa attività si fonda e si alimenta alla Buona Novella di Salvezza offerta a ciascuno in Gesù Cristo.

Come religiose associate nella REPSA, ci aiutiamo a vicenda nella ricerca del modo migliore d'esprimere attraverso le nostre azioni, cura, aiuto, accompagnamento, la Buona Novella della Salvezza. Questi gesti vogliono manifestare la sollecitudine della Chiesa verso le membra sofferenti dell'umanità, muovendo dal carisma delle nostre rispettive congregazioni di appartenenza.

Le finalità della nostra Unione sono state rafforzate e confortate nel corso di questi ultimi anni, da una riflessione portata avanti nella Chiesa francese. Ci consideriamo al centro della Missione della Chiesa, nel cuore delle realtà che interessano tutta l'esistenza umana, dalla nascita alla morte, con riferimento alla vita degli uomini e delle donne osservata nelle loro relazioni reciproche, nel rapporto con l'ambiente, nelle rispettive responsabilità personali come pure nel loro impegno a servizio della città.

## **Organizzazione**

Per rispondere alla sua finalità e realizzare gli obiettivi che si propone, la nostra associazione si è organizzata fin dall'inizio in commissioni specializzate al fine di permettere alle religiose di confrontare la loro azione apostolica con l'essenza stessa delle realtà concrete della loro missione. Con il passare degli anni sono state create nuove commissioni, altre sono scomparse. Attualmente la REPSA si articola in cinque commissioni che raggruppano:

1. le suore che lavorano con le persone anziane, sia in istituti sia a domicilio;
2. le suore impegnate come infermiere a domicilio;
3. le suore che esercitano presso gli istituti di sanità, pubblici o privati, istituti polivalenti o specializzati, in servizi di cura psichiatrica;
4. le suore inserite nel settore sociale, istituti che si occupano di handicappati di vario tipo e in situazioni sociali difficili o a domicilio (servizi educativi in ambiente aperto, aiuto a domicilio alle famiglie sotto diverse forme);
5. da qualche anno una nuova commissione raggruppa le religiose che esercitano una attività sociale o sanitaria volontaria. Questa commissione raggruppa essenzialmente religiose che hanno raggiunto l'età pensionabile.

## **Mezzi**

Quale che sia la commissione di riferimento, il tipo di impegno è identico.

- Partire dalla situazione concreta della missione.
- Analizzare la pratica e cercare di capire il contesto socio-politico ed economico, la sfida umana, le ragioni delle scelte e delle decisioni per comprendere ed eventualmente modificare attitudini, modi di fare, cercare delle azioni da svolgere.
- Condurre questa riflessione interrogandosi sulla coerenza dei nostri modi di agire e delle nostre scelte di vita: un impegno pubblico sull'esempio di Gesù Cristo che si concretizza in una congregazione di cui il carisma è originale.

- Attraverso questa missione particolare, come partecipiamo alla vita della Chiesa? Il nostro modo di agire riflette la priorità costante della Chiesa per i poveri e i piccoli? Come condividere con gli altri membri della Chiesa ciò che scopriamo? Dove celebriamo questa umanità, le sue sofferenze, le sue resurrezioni, le sue speranze e il lavoro dello Spirito all'opera?

Una delle ricchezze della nostra associazione è di raggruppare le religiose coinvolte nell'insieme del campo sanitario e sociale e così di poter vivere e condividere la ricchezza della nostra complementarità.

Per attuare questa condivisione muovendo dai nostri approcci diversi e interpellarsi, la REPSA ha creato le delegazioni regionali e le sezioni diocesane. Il Consiglio di amministrazione, composto di rappresentanti delle delegazioni regionali, dei responsabili nazionali, delle commissioni e dei cappellani è un luogo privilegiato per affrontare la vita e le questioni che possono porsi nell'insieme delle situazioni del mondo della sanità in Francia. Ed è proprio muovendo da questo incontro e confronto che i delegati della REPSA possono dire la loro parola negli ambienti in cui siamo invitati ad esprimerci.

Si tratta di luoghi o ambienti ecclesiali, quali: - la pastorale della sanità, la commissione episcopale per la sanità e la commissione sociale dell'episcopato; - la commissione nazionale di pastorale per gli anziani; - la commissione sanitaria della Conferenza dei Superiori (Maggiori) della Francia; - alcune associazioni internazionali come il CICIAMS; - altri con cui abbiamo l'occasione di venire a contatto.

Oppure si tratta di luoghi o ambienti sociali, quali: - le amministrazioni pubbliche o private; - le commissioni del lavoro al Ministero della Sanità; - l'Unione nazionale delle Famiglie dei Giovani Lavoratori e Lavoratrici...

Manifestare un'idea, o un parere è possibile grazie all'attività delle suore impegnate nelle situazioni concrete ed al fatto che al livello di associazione è ripresa la riflessione su questi temi.

La finalità e gli obiettivi della REPSA condizionano i programmi della sua attività. Finché si tratta di affrontare un determinato problema per una data popolazione, ci sono le commissioni specializzate che propongono delle sessioni di formazione e di approfondimento: per questi ultimi anni, si possono ricordare:

- Gli incontri di studio nazionali organizzati dalla commissione ospedaliera sulle norme della riforma ospedaliera e le questioni etiche che essa pone.
- Gli incontri o convegni di studio per le suore che lavorano con gli anziani non autosufficienti, comprese le religiose anziane.
- Le suore che svolgono un'attività volontaria nell'ambito sanitario e sociale.

Partendo dalle questioni e dalle preoccupazioni delle suore su argomenti precisi, questi incontri di studio cercano di aiutarle a migliorare la loro attività in coerenza con la missione a loro affidata dagli istituti religiosi in nome della Chiesa. Insomma la formazione professionale iniziale e permanente viene garantita molto bene da organismi specializzati in questo campo.

A volte, il Consiglio d'amministrazione propone incontri di studio destinati a tutte le suore, sia attinenti alla loro responsabilità specifica, sia, più in generale a tutte quelle che in qualche modo vi collaborano. Anche nel 1998 un convegno nazionale avente per tema la Chiesa sarà destinato, in tutta la Francia, a circa 500 religiose.

Dal 1997 sperimentiamo una nuova forma di animazione partendo da un orientamento nazionale adottato in assemblea generale. A motivo della diminuzione del numero di religiose nella sanità e per la loro frammentaria distribuzione sul territorio occorre escogitare nuove attività. Le commissioni specializzate mettono l'accento sullo spirito dei loro obiettivi di lavoro e il consiglio d'amministrazione garantisce che ciascuna suora, per realizzare la sua attività e condividere la sua riflessione con le altre, nelle diocesi o nelle regioni, possa richiamarsi a questi orientamenti.

Meno frequenti ma sempre molto apprezzati sono i congressi. Quello del 1995 sul tema: "Fare opera di sanità, una sfida da affrontare, un cammino di Buona Novella", ha permesso di sviluppare in maniera originale le nozioni di sanità e di salute. Un'altra ricchezza è stata la possibilità di esprimere le diverse esperienze di vita condivise nei lavori di gruppi o nelle assemblee attraverso le stesse celebrazioni quotidiane. Abbiamo sperimentato una forma originale di preghiera nella vita religiosa apostolica e nella Chiesa, una maniera di celebrare ciò che è annunciato dalla Buona Novella.

Tra i mezzi di cui ci si avvale, ricordiamo anche la rivista dell'associazione, rivista monografica, che tira circa 2000 copie e la cui diffusione per abbonamento ne consente una maggiore divulgazione, non limitata ai soli associati.

Ogni commissione specializzata è dotata di un bollettino per favorire la riflessione e lo sviluppo pedagogico dell'obiettivo da conseguire.

La rilettura storica dei 60 anni dell'Unione dimostra che:

- l'idea di fondo non è cambiata, ma è stata semplicemente precisata nel corso del tempo e degli avvenimenti;
- i mezzi sono stati adattati alle differenti epoche e hanno seguito l'evoluzione dei bisogni. Gli aspetti di formazione e di informazione si sono adeguati allo sviluppo dei rispettivi strumenti;
- sono stati invece approfonditi attraverso l'analisi e la riflessione i temi attinenti alla ricerca del senso di questo lavoro nella sanità come luogo di missione per migliorarlo e farne l'asse portante del nostro impegno.

## Le sfide

Alla nascita dell'Unione, le sfide maggiori riguardavano l'adeguamento degli istituti religiosi alle esigenze di una determinata evoluzione del mondo sanitario e sociale. Formarsi professionalmente, difendere gli interessi delle istituzioni religiose non può considerarsi in sé uno scopo. Sin dall'inizio si è posto il problema dell'animazione apostolica da parte delle religiose.

Oggi come ieri, la prima sfida della REPSA è la fedeltà alla missione affidata dalla Chiesa agli istituti religiosi, in un mondo in cui i problemi riguardanti la sanità e il benessere sociale hanno una rilevanza sempre maggiore, ma dove i poveri di ogni tipo sono sempre più numerosi. La REPSA riunisce gruppi di religiose appartenenti a istituti diversamente collocati nel mondo sanitario e sociale:

essa è un luogo in cui si possono raccontare le esperienze, e porsi le domande sul senso della nostra presenza nel mondo sanitario attuale.

Dopo un lungo periodo in cui la presenza istituzionale delle congregazioni sembrava scarsamente considerata, la ricerca attuale restituisce un senso a questa presenza attraverso le istituzioni cristiane, divenute complementari alla presenza individuale delle religiose in strutture pubbliche o private spesso aconfessionali.

Mentre da quindici anni a questa parte, l'identità della vita religiosa apostolica nella sanità si è precisata e il criterio adottato per riflettere sul nostro operato allo scopo di migliorarlo aiuta le sorelle ad avere un senso più chiaro della loro missione e della loro responsabilità, il numero di religiose diminuisce considerevolmente e quelle che sono professionali o volontarie invecchiano. Anche questa è una sfida.

Le sfide maggiori vengono tuttavia dal contesto sociale, politico ed economico e dalle conseguenze sulle condizioni di vita e sanitarie delle persone.

C'è, innanzitutto, la sfida della povertà crescente. Non soltanto intere fasce di popolazione si trovano nella povertà o in condizioni difficili, ma altre si impoveriscono, diventano socialmente fragili. In un mondo nel quale prevale il consumo a oltranza, all'insegna della velocità e dell'efficienza, è difficile vivere con poco, essere handicappati o anziani. Là dove i mezzi economici sono più disponibili sorgono altri problemi, come la solitudine, l'isolamento, i problemi legati al prolungarsi dell'aspettativa di vita.

Nell'ambito della società, le sfide incontrate sono sovente legate alle politiche sociali e all'economia. Che fare quando la legge riduce le possibilità di accesso all'assistenza e l'economia taglia la spesa sociale?

Certo, la risposta alla povertà attraverso il denaro produce talvolta effetti perversi, ma senza mezzi finanziari sufficienti è spesso difficile far avanzare un processo di evoluzione, perché le persone sono troppo povere per avere l'energia necessaria per migliorare le loro condizioni. Nel nostro mondo urbanizzato, la rete del tessuto sociale si è allentata, onde l'isolamento, la solitudine non scelta, la fragilità delle relazioni che colpisce ancora di più le persone che sono già fragili per altre ragioni: disoccupazione, divorzio, handicap, malattie.

Le sfide etiche legate all'evoluzione della prassi e della mentalità di fronte a problemi fondamentali della vita, della morte, della dignità. Se dei gruppi tentano di resistere alla pressione dell'ambiente, il dibattito sul diritto alla trasmissione della vita o della sua interruzione crea problemi fondamentali sulla dignità della persona. Come considerare auspicabile tutto ciò che è tecnicamente possibile, si tratti del diritto ad avere un bambino per delle coppie sterili, delle persone sole o delle coppie omosessuali, o del diritto a interrompere questa vita in caso di handicap, di malattia incurabile o di invecchiamento troppo lungo?

Questioni di questa natura e altre ancora sono spesso pesanti per essere sostenute da suore isolate nelle équipe di lavoro. Senza dubbio si moltiplicano comitati etici e si tratta di luoghi importanti nei quali intervenire. Ma le convinzioni filosofiche e religiose sono diverse. Avere il coraggio di esprimere i propri problemi e i propri dubbi, rischiare una parola, è già più facile quando la discussione avviene all'interno di un gruppo che crede agli stessi valori.

Invecchiati in una società che invecchia dobbiamo raccogliere nelle nostre stesse vite la sfida del senso dell'esistenza fino alla grande vecchiaia qualche volta con le conseguenze drammatiche della non autosufficienza. Tuttavia, smettere presto l'attività professionale offre per diversi anni la possibilità di nuove attività. Per le religiose, la missione assume forme diverse nelle attività assistenziali, ecclesiali, sociali ecc.

Nella stessa non autosufficienza, nella malattia o nell'handicap, la vita religiosa può ancora dimostrare che la dignità umana è inalienabile e che la vita ha senso fino alla fine. In questo campo, le religiose hanno da svolgere una missione collettiva: la maniera in cui esse assumono comunitariamente questa situazione testimonia il senso ultimo di tutta la vita umana e del suo compimento.

## **Conclusione**

Sebbene minoranza in un mondo europeo molto secolarizzato, i nostri contemporanei si aspettano da noi che siamo vigilanti. Se noi prendiamo sempre meno su di noi la gestione esclusiva oggi in mano alla società civile e allo Stato, non dobbiamo forse essere sempre più vigilanti per poter stare accanto, come buoni samaritani, a coloro che non possono usufruire dei vantaggi di una piena assistenza?

Sapremo noi allontanare l'angoscia, senza lasciarci schiacciare da essa, e cercare con gli altri soluzioni idonee?

Avremo noi la fede e l'audacia di chi ci ha preceduto, i quali hanno spesso rischiato tutto in nome della fede e dell'amore che avevano dentro?

La nostra associazione, modestamente, spera di continuare ad essere un fermento nella vita religiosa apostolica francese. Proseguiremo la missione affidata dalla Chiesa alle nostre congregazioni per manifestare al mondo la tenerezza del Padre per gli uomini e le donne del nostro tempo.

## L'ACCOMPAGNAMENTO DELLE PERSONE MORENTI, DELLE LORO FAMIGLIE E DEI LORO FAMILIARI

**Hildegard Teuschl,**  
Caritas Socialis

Parlerò delle mie esperienze personali concernenti l'impegno della Chiesa austriaca nelle iniziative socio pastorali e della collaborazione tra congregazioni e associazioni diocesane. Presenterò inoltre, attraverso l'esempio di Caritas Socialis, la congregazione alla quale appartengo, spiegando per quali ragioni e in che modo il nostro piccolo istituto religioso, malgrado l'invecchiamento e la diminuzione dei nostri membri è impegnato nell'accompagnamento dei morenti attraverso le cure utili ad alleviare la loro sofferenza.

Spiegherò perché attualmente vedo una grande possibilità a livello socio pastorale nella diffusione del "Movimento dell'Ospizio" e nella preparazione alle cure palliative in Europa. Vorrei cominciare da quest'ultimo punto.

### **Cosa si intende per "Movimento dell'Ospizio"? (*Mouvement de l'Hospice*)**

In diversi paesi è chiamato anche "Movimento delle cure palliative". Cosa vuole realizzare questa iniziativa?

Immagino che siano noti i principi di questo movimento. Chi è impegnato attualmente nel campo sociale e della sanità, chi segue la discussione sull'eutanasia fa in qualche modo riferimento al termine "ospizio". Nella cultura europea si tratta dell'insieme delle cure e delle attenzioni necessarie alla persona nella fase terminale della vita.

I malintesi e le reazioni, però, di difesa non mancano. Certi temono che si tratti di qualche idealista che diffonde l'idea della morte dolce oppure che si tratti di ghetti per i morenti. Altri hanno paura che si affermi un nuovo gruppo di professionisti, i sedicenti "assistanti di morte", che intervengono quando i medici e gli assistenti hanno terminato il loro compito.

Lo scopo dell'Ospizio è al contrario di: offrire al morente una conclusione dignitosa della vita in un ambiente familiare o a domicilio; sostenere i parenti nella fase dell'addio, ma ugualmente durante il lutto; incoraggiare azione e concertazione interdisciplinari tra assistenti e medici, tra terapisti e cappellani delle diverse religioni, le famiglie e gli amici dei malati; l'ospizio deve vigilare sul rispetto della dignità del malato e dei suoi desideri, innanzi tutto attraverso una terapia antidolorifica adatta.

Il Movimento dell'Ospizio è un movimento aperto, al di sopra delle confessioni; ciò si verifica non solo attraverso l'impegno incondizionato a sostegno della persona quale che sia la sua religione e la sua nazionalità, ma ugualmente attraverso il pluralismo di confessioni dei collaboratori.

Uno dei principi fondanti è l'apertura ai bisogni religiosi nel contesto della morte anche se i legami di una stessa fede sono deboli.

## **L'origine del Movimento dell'Ospizio**

La parola ospizio riprende l'idea del cristianesimo di una ospitalità incondizionata. Nel Medioevo i religiosi hanno creato dei luoghi di riposo sui valichi di montagna o dei passaggi fluviali difficili. Chiamavano questi luoghi ospizi. In questi luoghi di passaggio, d'arrivo e partenza, i viaggiatori estenuati trovavano rifugio, cibo, cura e comprensione. Non si domandava loro quale fosse la loro religione, la loro nazionalità e se fossero in grado di pagare.

L'idea di cure incondizionate a persone alla fine del loro viaggio sulla terra è stata ripresa alla metà del nostro secolo da religiose irlandesi, le Sorelle della Carità.

Dopo uno stage, l'inglese Cicely Saunders, protestante, infermiera, assistente sociale e, più tardi, anche medico, venne a contatto con quest'idea. Ascoltando i bisogni dei malati, essa divenne la prima specialista nella lotta al dolore nelle malattie inguaribili.

In collaborazione con alcuni malati, divenuti amici intimi, ella ha elaborato il suo concetto di una casa per malati inguaribili: il St. Christopher Ospice è stato aperto a Londra nel 1967, malgrado una grande resistenza iniziale. Oggi questa casa è conosciuta in tutto il mondo e costituisce un esempio per l'accompagnamento dei malati nell'ultima fase della vita.

All'inizio il termine ospizio era ancora legato alla nozione di casa, ma è stato rapidamente esteso all'idea e al principio dell'accompagnamento e delle cure.

## **Il “Movimento dell'Ospizio” è un movimento di base**

Fondato da una donna di fede cristiana, il “Movimento dell'Ospizio” è un movimento di base, in gran parte ancora oggi gestito da donne. Ovunque nascono iniziative interdisciplinari per rendere possibile morire in casa - circondati dalla famiglia e dagli amici - le religiose consacrate non dovrebbero mancare.

Proprio perché le iniziative nate alla base non si affermano che con difficoltà e perché i responsabili politici e finanziari non si lascino convincere che lentamente, sarà necessario che dei pionieri mettano a disposizione il loro tempo, il loro denaro e la loro professionalità, senza domandare subito una remunerazione, almeno all'inizio. Dunque: una missione anche per i religiosi!

L'iniziativa si è rapidamente estesa in Inghilterra e in America del nord. Ma sono occorsi vent'anni perché prendesse piede nei paesi di lingua tedesca. Si trattava di vincere molteplici resistenze e malintesi. In Germania anche i vescovi, in un primo tempo, hanno diffuso un allarme contro il movimento dell'ospizio. In Austria l'inizio è stato reso possibile soltanto dopo i terribili assassinii di malati cronici in un ospedale di Vienna, assassinii che hanno messo in allarme l'opinione pubblica.

Il fatto che attualmente la morte non sia più un tabù, ma un tema sociale, è certamente dovuto all'invecchiamento accelerato della società europea. I bisogni delle persone anziane, di fronte alla propria morte e a quella dei loro cari, non possono essere ignorati.

## **Aiuto attivo alla vita invece di un aiuto attivo alla morte**

In un'epoca in cui non si parla di superare e sconfiggere il dolore, ma di eliminarlo, sembrerebbe evidente che si cerchino i mezzi per mettere un termine rapido al dolore. Raggiungere questo traguardo e voler eliminare il dolore, sopprimendo chi soffre, non è che una conseguenza quasi logica.

Bisogna dire che è anche vero il contrario: spesso ci si accanisce a voler prolungare la vita a qualsiasi prezzo piuttosto che dare agli anni e ai giorni una vita degna di essere vissuta. La medicina più avanzata, le attrezzature tecniche e le trasfusioni possono ritardare la morte. Non bisogna stupirsi che là dove la morte è rallentata si evochi la richiesta di accelerarla. Il Movimento dell'Ospizio, con la sua offerta di accompagnamento è la migliore alternativa all'eutanasia.

Un esempio concreto: la collaborazione di Caritas Socialis con le associazioni caritative in Austria.

La Caritas Socialis è una congregazione religiosa fondata nel 1919 a Vienna da Hildegard Burjan. Madre di famiglia, era impegnata nella politica sociale e ci ha dato per missione apostolica il lavoro sociale e l'insegnamento delle professioni sociali. In quanto istituto di diritto pontificio siamo impegnate oggi a livello internazionale. Pertanto condividiamo il destino di molti istituti religiosi europei, siamo soggette a un invecchiamento e abbiamo dovuto ridurre sensibilmente il nostro campo d'azione. Con l'aiuto di esperti economici siamo riuscite a trasformare le nostre opere in associazioni, oggi molto ben gestite da laici.

Io stessa lavoro da anni nella formazione delle professioni sociali. Ho conosciuto il Movimento dell'Ospizio nel 1987. Malgrado iniziali resistenze, sono finalmente riuscita a convincere non solo i responsabili della mia congregazione, ma anche i responsabili della Chiesa austriaca della necessità dell'impegno nelle cure palliative. In seguito abbiamo organizzato dei progetti pilota.

Grazie al sostegno finanziario dovuto ad un premio di riconoscimento del Liechtenstein, è stato possibile, nel 1989, aprire a Vienna il primo "Ospizio mobile di Carità". Siamo agli inizi: tre medici, quattro infermieri diplomati e dieci volontari. Nel frattempo questa iniziativa si è ampliata in un grande gruppo per la cura a domicilio che ora copre tutta Vienna; il gruppo riceve regolarmente sussidi pubblici e lavora in stretta collaborazione con altri servizi ausiliari e di cure medico-sociali così come con i tre ospizi stabili istituiti in seguito. Uno di questi è diretto dalle Suore del divino Redentore, un altro da Caritas Socialis (In quest'ultima casa abbiamo avuto l'onore di accogliere il Papa durante il suo viaggio in Austria nel mese di giugno 1998). Diversi ospedali, in diverse province del paese sotto la direzione di congregazioni religiose, stanno per aprire delle unità di cure palliative.

Tuttavia non si prevede con questi ospizi di poter coprire tutta l'Austria. Questi servizi ospedalieri devono avere un carattere temporaneo. Bisogna sperare, infatti, che un giorno saranno superflui - nel quadro di una migliore struttura dell'assistenza medica, adattata ai bisogni reali dell'uomo. Si tratta innanzitutto di sviluppare i servizi di cura palliativa a domicilio.

## **La formazione alle cure palliative, una missione socio-pastorale.**

Nel nostro paese gli sforzi si concentrano anche sulla formazione iniziale e permanente per l'accompagnamento dei morenti. Ci sono diverse sessioni di formazione.

La società Ospiz Österreich, che raggruppa tutte le organizzazioni e di cui sono presidente dalla sua nascita, organizza le attività per tutta l'Austria. Un progetto pilota è realizzato in collaborazione con i Gesuiti e Caritas Socialis: esso comprende un ciclo di formazione in cure palliative interdisciplinare comune che è destinato a medici, infermieri, assistenti pastorali, terapeuti, volontari.

Questi programmi di formazione non devono dare l'impressione che 'accompagnamento dei morenti possa essere realizzato soltanto da persone specificatamente abilitate. Un approccio del genere potrebbe impedire gli amici e parenti prossimi di andare spontaneamente incontro ai morenti e di testimoniare loro la condivisione di un tale momento. Anche il rafforzamento e la diffusione dell'idea che l'accompagnamento dei morenti è un atteggiamento naturale, costituisce di per sé un tipo di formazione.

Il lavoro di formazione trasmette delle conoscenze e delle informazioni necessarie per definire possibilità e modalità delle cure palliative. Professionisti e volontari sono formati nelle loro possibilità umane di comunicazione e nelle loro capacità di gestire i conflitti. Le offerte di formazioni e i gruppi di scambio favoriscono ugualmente una presa di coscienza destinata a sostenere gli accompagnatori, a far loro riconoscere e ammettere i loro limiti e a evitare una rapida resa. La formazione aiuta a superare la paura, offre la possibilità di sviluppare e rafforzare la propria personalità. Libera delle forze, perché la morte e il lutto sono cose che riguardano esistenzialmente tutti. Ciascuno può dunque approfittarne, per il suo lavoro a fianco dei morenti, ma anche per la propria vita personale.

## **Il problema di Dio nella sofferenza**

La storia di Giobbe nell'Antico Testamento ci offre dei preziosi insegnamenti per l'accompagnamento dei morenti. La traduzione del nome Giobbe in ebraico biblico è *Dove è Dio* nella sofferenza? Tale problema è spesso posto dai morenti e dai loro cari e, qualche volta, anche da chi li assiste, come una richiesta di aiuto, o un'accusa o una supplica.

Che risposta dare? E' meglio rinunciare a una spiegazione teologica. Quando, dove e attraverso chi Dio si fa sentire? In effetti, questa questione non ha risposta.

Molti sono i malati che, alla fine dei loro giorni, fanno l'esperienza di Giobbe. Spesso hanno imparato ad arrangiarsi di fronte alle più diverse difficoltà: problemi fisici e psichici, difficoltà finanziarie, esperienze di isolamento sociale. Il sì riconciliato per la fine inevitabile non può essere pronunciato che da colui il quale ha trovato una risposta personale alla questione del senso della vita.

In sostanza, il problema del significato della sofferenza è una ricerca implicita, anche se non consapevole, di Dio. Far fronte a questa questione richiede molta forza, è una sofferenza che attinge al fondo dell'essere. E' impossibile liberare gli ammalati da questa sofferenza, tuttavia degli accompagnatori attenti e sensibili possono alleviare l'attesa di una risposta e alleviare il senso di

impotenza. In ogni caso, non si deve cercare di ridurre la portata della domanda Dov'è Dio? con risposte affrettate e spiegazioni o tentativi che, in realtà, sarebbero degli inutili diversivi.

### **Trovare Dio in tutte le cose**

Per il credente, che cerca Dio nella malattia e nella morte, Dio si lascerà trovare e si farà sentire in diversi modi:

- nell'ascolto di un accompagnatore che tenta di comprendere le espressioni verbali e non verbali, che rispetta pienamente i bisogni e i desideri del morente e che impedisce qualsiasi decisione presa contro la sua volontà;
- Dio può essere trovato nella somministrazione regolare e preventiva degli antidolorifici, dosata individualmente e con precisione. Medici e assistenti dovranno adoperarsi a tale scopo, per conseguire una formazione permanente in medicina palliativa;
- Dio può essere avvertito nel controllo attento dei sintomi compiuto da terapisti, che aiutino a eliminare nella misura del possibile gli effetti secondari dolorosi della malattia e che - al pari dei problemi fisici - prendano sul serio i bisogni psicologici, sociali e spirituali del paziente. Può accadere che Dio possa essere sentito attraverso altre persone, grazie a un intervento medico clinico aperto e partecipe, che informa sulla diagnosi e la gravità della malattia. Maz Frisch dice: "Bisogna che si presenti la verità come un mantello, nel quale ci si possa nascondere e non come uno straccio umido gettato addosso alla rinfusa";
- Dio si presenta al malato anche nella persona di un parente o di un amico che gli permette "di regolare gli ultimi affari", di evocare ed esprimere gli eventi dolorosi e i ricordi gioiosi del passato; per certuni forse di cercare le vie di una riconciliazione;
- I sacerdoti e gli operatori pastorali possono essere messaggeri di Dio, se non appaiono soltanto come delle meteoriti, per dei riti spesso incomprensibili - e per sparire subito dopo, ma se fanno veramente gruppo con l'insieme dei professionisti al lavoro. Devono essere facilmente raggiungibili, tanto bene dai malati e dai loro cari quanto dai loro colleghi di lavoro;
- L'aiuto di Dio può essere avvertito grazie ai volontari, che con il loro intervento sostituiscono i membri della famiglia e i medici e gli infermieri; assicurano la continuità dell'accompagnamento e lo svolgimento della vita quotidiana e garantiscono una presenza rassicurante.

### **E nel futuro...**

Di fronte alla proclamazione di un diritto alla morte autodeterminata, il Movimento dell'Ospizio presenta una alternativa reale e offre una risposta di vita dignitosa fino alla fine.

Il Movimento è nato dalla base e ora deve alzare la voce per farsi sentire dai responsabili politici. Uno dei maggiori problemi dei servizi di cura palliativa resta sempre il finanziamento.

L'idea delle cure palliative deve essere incoraggiata. In questo spirito di sollecitudine, malati e morenti, le loro famiglie e i loro amici, i professionisti e i volontari formano una comunità unica. Non c'è una via a senso unico, una via per ricevere e una via per donare, ma ciascuno si ritrova sempre a svolgere entrambi i ruoli. C'è una reciprocità del dono e dell'accoglienza. La morte e il lutto riguardano ogni persona.

Non potremo, tuttavia, soccorrere i malati se il nostro cuore non ascolta i loro problemi, le loro speranze, le loro paure. Ma dovremo anche noi confrontarci con la nostra morte. Per questo dovremo sempre accettare con coraggio, le nostre imperfezioni, i nostri limiti e le nostre sconfitte.

Ci sono possibilità immense per le chiese.

All'alba del terzo millennio le donne consacrate hanno importanti compiti nel mondo della sanità.

## ESPERIENZA PASTORALE SANITARIA IN UN OSPEDALE GENERALE

**Suor Clotilde Alessandrini,**  
Assistente Religiosa

L'esperienza della suora, Assistente Religiosa in ospedale, è presente nella diocesi di Milano dagli anni '90, a seguito del Documento dei Vescovi italiani "La pastorale della salute nella Chiesa italiana" (1989).

Nel 1993 i Superiori Maggiori del mio Istituto - Suore di Carità delle Sante B. Capitanio e V. Gerosa, dette di Maria Bambina - mi proposero di iniziare questo nuovo servizio apostolico presso l'ospedale S. Gerardo di Monza, periferia di Milano.

Vennero, pertanto, presi gli opportuni contatti fra l'Istituto, la Curia di Milano e l'Amministrazione dell'ospedale per la prassi riguardante la mia assunzione.

In seguito mi pervenne il "mandato" del Cardinale C. M. Martini, unito alla sua particolare benedizione.

Fu così che nel novembre del '93 ebbe inizio la mia esperienza apostolica.

L'ospedale S. Gerardo, è diviso in due complessi: ospedale "vecchio", (300 posti letto e struttura di 100 anni), ospedale "nuovo", dove svolgo la mia attività apostolica ( 800 posti letto, aperto negli anni '80), distanti tra loro circa 4 Km. Il personale è di oltre 2.500 unità.

A queste presenze vanno aggiunte centinaia di persone che quotidianamente si recano in ospedale per visite ambulatoriali o cure, e che si incontrano nella cappella dell'ospedale e nei corridoi.

Anche se l'impegno che occupa più tempo è nei confronti dei malati, non va sottovalutata né considerata attività secondaria l'impegno pastorale verso gli altri: mentre per i malati la cura è più sistematica, per le altre persone è saltuaria e occasionale.

Significativi sono i contatti e i rapporti con il personale in servizio, di qualunque ordine e grado: per ogni evenienza, personale, familiare o professionale, essi sanno di poter contare sulla nostra disponibilità discreta, fattiva e fraterna.

Non ultimo è pure il rapporto con i parenti dei malati.

Tutte queste persone sono i "parrocchiani" dell'ospedale: nelle parrocchie tradizionali, generalmente, si incontrano coloro che vanno a cercare il prete o la suora; nell'ospedale si incontrano tutti, anche chi non ha mai avvicinato il prete o la suora.

Il cappellano-parroco è coadiuvato da altri cappellani: uno è fisso presso l'ospedale nuovo e uno nel "vecchio", mentre due vengono ad ore (tre di questi sono avanti negli anni; uno è cappellano da oltre 40 anni). Alcuni cappellani sono assunti dall'Amministrazione dell'ospedale, altri svolgono il loro servizio come volontariato.

Per ora non esiste il Consiglio Pastorale; le varie iniziative vengono, comunque, discusse e valutate insieme.

Con i cappellani il rapporto è di stima e fiducia reciproca; c'è affiatamento. Apprezzano molto la vita consacrata; lasciano ampio spazio d'azione.

Insieme prendiamo il pasto alla mensa dell'ospedale; la sera io rientro nella mia comunità.

In ospedale operano numerose associazioni (aconfessionali) di volontariato nel rispetto vicendevole: la collaborazione è saltuaria e più con singole persone che con l'associazione stessa.

Vivere il "dono-impegno" della diaconia della carità nella linea del nostro Carisma, con lo stile di "carità, dolcezza e umiltà", nell'ambito della pastorale sanitaria, è stata per me un'imprevedibile "sorpresa dello Spirito". Sorpresa che, confessò, accolsi con "timore e tremore".

Quando mi trovai di fronte a questo imponente complesso ospedaliero, ne avvertii tutta la "sproporzione": sola, lì dentro ... Fui costretta a interrogarmi: "... e la mia sicurezza in Gesù, la mia fiducia e il mio abbandono in Lui?"

Nel cuore mi riecheggiavano le parole della Scrittura: "Nulla è impossibile a Dio". Mi sentivo come Pietro quando camminava sulle acque.

Eppure la voce di Dio era chiara, inequivocabile la sua Parola, mediata dai miei superiori: si faceva "carne" nella mia vita.

Con maggiore consapevolezza avvertii che la mia consacrazione religiosa era per la Chiesa e per tutta l'umanità.

"Assaporai" così questa obbedienza.

In quel periodo una mia consorella mi fece dono di un piccolo simulacro di M. Bambina in cera, posto sotto una campana di vetro, protettrice speciale del nostro Istituto.

Lo accolsi con infinita gratitudine e profondissima gioia. Era per me un "segno" grande. In accordo con il cappellano-parroco lo posì nel locale attiguo alla cappella.

Ora Maria Bambina è lì per tutti: con la sua presenza umile e dolcissima, fatta di semplicità e di candore pronta ad accogliere, consolare, confortare.

Chi le sosta accanto ritrova fiducia e speranza.

Pian piano in me si fece pace. Non potevo sentirmi sola: in me e con me c'era l'Istituto, la Chiesa, la Comunione dei Santi. Le mie amate Fondatrice avrebbero sicuramente guidato i miei passi in questo inizio di cammino.

Insieme al cappellano-parroco frequentai a Milano il corso biennale di Pastorale Sanitaria organizzato dall'Ufficio per la Pastorale della Sanità (Curia Arcivescovile di Milano).

Nel frattempo, con insistenza, ritornavano in me le parole della nostra Santa fondatrice B. Capitanio: "Insegheranno agli altri ciò che hanno appreso da Dio orando".

Compresi che la forza sta proprio qui ed è uno dei segreti della vita consacrata: la sorgente contemplativa a cui attingere e da fare scoprire anche agli altri.

Vivere in pienezza la propria consacrazione religiosa precede la richiesta del servizio concreto che ne è una conseguenza spontanea.

Le persone, i malati devono poter cogliere “un'anima” in colei che va a incontrarli, e avvertire il primato del contemplare sul fare, dell'esistere sull'agire, dell'essere sull'avere

Forse occorre proprio una specie di “contagio”.

Fu illuminante, per me, pur nella sua essenzialità, il testo di nomina di Assistente religiosa inviatomi dal Cardinale Carlo Maria Martini, Arcivescovo di Milano. Vi si legge:

“Considerata l'opportunità di garantire una cura pastorale adeguata ai degeniti nell'ospedale.....avuto l'assenso della Rev.da Superiora Provinciale e dell'Amministrazione Ospedaliera.....nominiamo suor.....Assistente Religiosa.....il cui compito, in accordo e secondo le direttive del parroco ospedaliero, sarà in particolare:

- visitare con sollecitudine e assiduità i malati
- curare la preparazione alla celebrazione dei sacramenti e dei sacramentali,
- provvedere a iniziative nel campo dell'evangelizzazione e della catechesi,
- esercitare il ministero straordinario dell'Eucaristia, conforme alla normativa diocesana”.

Si parla di “cura pastorale”: proprio in mezzo a questo forte “trapasso culturale”, che ha comportato rapidissime trasformazioni culturali, sociali, politiche, religiose, e in cui anche gli ospedali sono stati fortemente coinvolti per la loro gestione e conduzione (oggi, infatti, si parla di Azienda ospedaliera), la Chiesa, Madre e Maestra, invita e sollecita alla cura pastorale dei suoi figli

L'Assistente Religiosa in ospedale attua questa “cura” finalizzata a portare Dio all'uomo e l'uomo a Dio.

Entra, perciò, a pieno titolo nell'attività della parrocchia: partecipa alla programmazione delle singole attività e, dove c'è, è membro del Consiglio pastorale; è, pertanto, soggetto attivo di pastorale.

E' necessario porsi in questa prospettiva ed esigere con tatto e fermezza che l'Amministrazione ospedaliera e i cappellani permettano e favoriscano lo svolgersi di tale attività.

Del resto il mandato del Vescovo, mentre enuncia i compiti affidati all'Assistente religiosa, ne evidenzia l'attività pastorale.

Questa pastorale deve essere adeguata ai degeniti nell'ospedale.

La salvezza di Dio che raggiunge le persone nella loro quotidianità, le raggiunge, anche e soprattutto, nel momento della malattia.

Occorre, pertanto, conoscere i singoli pazienti, riflettere sulla loro specifica situazione di persone malate in cui speranza e disperazione, fiducia e delusione, gioia e timore, fede e dubbio si accavallano e si aggiungono ai sentimenti e alle preoccupazioni della vita familiare e sociale.

In tale contesto si avverte la necessità della evangelizzazione.

Non può, comunque, essere trascurato il fatto che pure il malato è soggetto attivo di pastorale.

Quante le provocazioni, le sollecitazioni, gli stimoli, i taciti richiami, le verifiche e le testimonianze che giungono a me ogni giorno.

Ascoltarli, amarli e servirli è davvero un dono grande...

Tale “reciprocità” è una “facoltà universitaria” sempre aperta per chi vuole apprendere la non facile arte di “essere uomini e donne che portano il nome di “cristiani””.

Accanto a persone con fede profonda si trovano, in numero sempre più elevato, altre con una fede debole o magica, con una moralità soggettiva, con un cristianesimo in cui il Signore Gesù è assente, quando non viene colpevolizzato per la propria malattia.

C'è pure - l'uomo che, forse per la prima volta si rende conto della sua fragilità e della precarietà della propria vita: è costretto ad arrestare il ritmo frenetico dell'attività, scopre che la vita non dipende dalla ricchezza né dal potere; obbligato a dipendere parzialmente o totalmente dagli altri, perde le proprie sicurezze e si smarrisce. Molte volte non sa dare senso alla sofferenza fisica e morale né alla stessa vita. Vive, perciò, nell'angoscia e nella paura di un destino inesorabile.

Pertanto, nella Celebrazione Eucaristica, nella preghiera liturgica e contemplativa, davanti al tabernacolo, occorre “portare a Gesù” tutta questa realtà. E' Lui il Salvatore, il Redentore del mondo e dell'umanità tutta.

Anche il buon uso dell'esperienza personale confrontata con quella di altri, unita alla conoscenza della psicologia del malato, diventa espressione dell'attenzione e dell'amore che si vuol donare alla persona che soffre.

Va pure tenuto presente l'approfondimento della teologia nelle sue diverse parti per aiutare a trovare risposte adeguate alle numerose e imprevedibili domande di senso poste dal malato.

A volte egli approfitta della sosta ospedaliera per chiarirsi alcuni interrogativi di fondo o per approfondire alcuni temi religiosi.

Il malato deve poter sentire che l'assistente religiosa è in sintonia con lui, avverte i suoi problemi, se ne fa carico, con semplicità, come avrebbe fatto Gesù, come fa la chiesa.

Il nostro essere tra i malati con questo ruolo è proprio per “la gloria di Dio e il bene dei prossimi” come dice ancora B. Capitanio.

Prima di tutto, quindi, ci viene richiesto di evangelizzare se stesse, poi la pastorale della vicinanza, dell'ascolto, della condivisione, della consolazione, dell'amicizia, come ha fatto Cristo tra la gente della Palestina. Si tratta di evangelizzare attraverso gli spazi consentiti, essere pronte per una catechesi spicciola, preparare le persone a vivere consapevolmente la realtà sacramentale.

Dopo aver percorso con voi questo breve tratto di cammino si avverte in modo pregnante che le sollecitazioni, le sfide e gli impegni che ci attendono come donne consacrate nel mondo della salute sono urgenti e molteplici.

Ne accenno solo alcuni:

1. La presenza della Chiesa negli ospedali da funzione sacramentaria ad impegno di evangelizzazione: si aprono notevoli opportunità per l'opera della religiosa.

2. La scelta della consacrata per questo servizio:

può testimoniare, anche con la sua femminilità, la tenerezza di Dio per l'uomo d'oggi, la materna presenza della Chiesa;

- provoca a riflettere sui valori veri, umani e spirituali
- apre e sollecita alla speranza, alla dimensione escatologica
- è profezia.

3. In questa nuova situazione storica le motivazioni delle fondatrici o fondatori, i carismi particolari possono essere rivisitati e rilanciati nella loro vivacità:

- da infermiera o caposala ad assistente religiosa...
- l'assistente religiosa è un segno dei tempi, è un suggerimento dello Spirito. . .

4. Necessità di una preparazione di base:

- teologica e psicologica specifica (relazione d'aiuto)
- corsi di aggiornamento
- formazione permanente (in tal senso a livello d'istituto e in diocesi promossi dall'ufficio di Pastorale Sanitaria sono in atto non poche iniziative)

5. Urgenza di qualificare la figura dell'assistente religiosa e il suo rapporto con l'Ente gestore:

- assunzione?
- convenzione?
- volontariato?

6. La religiosa impegnata in ospedale, che cosa porta

- alla propria comunità?
- alla parrocchia di appartenenza?

7. Preparazione e attenzione ai problemi ecumenici:

- rapporti con persone di altre religioni, di altre nazioni e continenti.

Aperte alla Chiesa e al “futuro di Dio”, mentre dalla profondità del nostro essere sgorga un inno di lode e di infinita riconoscenza al Signore Gesù per averci fatte segno e strumento del suo amore, contempliamo Maria a Cana: ella ha percepito il gemito del mondo: “non hanno più vino”.

Nel suo dono di sintesi ha saputo cogliere l'insieme, ha compreso ciò che di essenziale stava succedendo e ciò che stava mancando.

Ha messo a fuoco un momento difficile e delicato, e ha dato voce a un bisogno con discrezione ed efficacia. Solo così è stato possibile provvedervi.

Sia questa la nostra vocazione di donne consurate e con Maria, la Vergine Madre, cantiamo con la vita il nostro quotidiano Magnificat.

## TOSSICODIPENDENTI E SIDA

**Suor Elvira Petrozzi,**  
Comunità Cenacolo – Saluzzo (CN)

Più che Comunità terapeutica preferiamo definire la nostra realtà “Scuola di vita”, ossia una esperienza, un cammino cristiano proprio perché la proposta che facciamo non si limita a togliere il giovane dalla tossicodipendenza o dall’emarginazione, ma lo aiuta a maturare una scelta di vita che va al di là e di molto del problema specifico ed esclusivo della droga. Non intendiamo pertanto fare un’azione a termine, bensì proporre un radicale cambiamento, convinti che prima o poi ciascun uomo ha bisogno di guardarsi dentro per dare delle risposte concrete al suo essere più che al suo fare o al suo apparire. Ogni persona quindi viene accolta non per ciò che ha fatto, ma per ciò che è. Il giovane prima di essere tossicomane è un uomo, una donna alla ricerca di se stesso e delle motivazioni per vivere con dignità, con rispetto, con coraggio, con audacia, con gioia, con onestà nell’ampio respiro della verità, nella sua totalità.

Solo Dio conosce in profondità il cuore e il volto dell’uomo di tutti i tempi; uomo che ha bisogno essenzialmente di ritornare alla sua origine e mettersi in comunicazione con Lui che è un Dio famiglia, un Dio relazione, un Dio trinitario.

Dal momento che “senza di Lui (Cristo) nulla è stato fatto di tutto ciò che esiste (Gv 1, 3), e che “Tutto consiste in Lui” (Col 1, 17), Gesù Cristo è per noi sempre il punto di partenza per la comprensione del fenomeno umano, e non anzitutto il punto di arrivo.

Non possiamo neppure arrivare a Gesù Cristo dopo aver professato una certa concezione dell’uomo desunta da altre fonti. **Gesù Cristo è l’unico punto di vista adeguato per comprendere l’uomo nella sua totalità di natura e di destino**, perché ogni umana esperienza trova in Lui la sua verifica e la sua pienezza.

Senza Gesù Cristo l’uomo rimane incomprensibile a se stesso ed impossibilitato a far emergere la propria verità ed identità più autentica perché soltanto **Lui è la radice e il fondamento di tutto l’essere ed il senso ultimo di ogni umano destino**.

Questa affermazione, vissuta quotidianamente nella memoria come fa la Chiesa nella Liturgia, è per noi il **vero antidoto al gaio nichilismo contemporaneo**, che è proprio quel terreno malsano da cui proviene il disastro morale ed umano dei nostri giovani di oggi. Ora prima della tossicodipendenza, prima di un malato di AIDS, c’è un uomo; la riduzione dell’uomo a una malattia è insostenibile. L’uomo è sempre di più di quello che di lui appare, di quello che di lui si manifesta. L’uomo è chiamato a diventare somiglianza di Dio in Cristo. Questa realtà è prioritaria rispetto a qualunque considerazione della malattia e della deviazione psicologica o morale del soggetto. Se questa realtà prioritaria non emerge in ogni momento e come orizzonte, lo sguardo che si dà a questa persona è sbagliato perché è uno sguardo riduttivo che non può farle del bene.

La persona deve essere richiamata alla dignità di se stessa, immagine vivente di Dio. Questo richiamo sveglia la coscienza e allora comincia un cammino di redenzione e anche di guarigione.

L'uomo malato, immagine di Dio, redento dal sangue di Cristo in Croce, è un tesoro enorme. E' Gesù che l'ha redento sulla Croce. Lui appartiene a Gesù Cristo che ci ha riscattati, non a prezzo di argento o di oro, ma a prezzo di Sangue incorruttibile.

Questo è un capitale di Grazia, di Bene che il soggetto ha addosso anche se non sa di averlo; per questo bisogna aiutarlo a prenderne coscienza proprio come dice un Inno della liturgia: "Redenti dal Tuo Sangue, segnati dal Sigillo dello Spirito" cioè segnati da una potenza di Amore che guarisce l'Universo, lo Spirito Santo. Quando il ragazzo prende coscienza di questo fatto comincia a scoprire in sé la propria dimensione autentica. Lasciare che il soggetto definisca se stesso come malato significa veramente farlo ammalare; aiutarlo invece a scoprire la propria realtà vera di uomo, cioè immagine di Dio, redento da Cristo, segnato dallo Spirito, significa aiutarlo a crescere nella libertà, a recuperare se stesso. Questo soggetto poi è chiamato oggettivamente alla gloria eterna della Santissima Trinità e quindi ad una felicità immensa e la domanda della felicità è ciò che di più profondo Dio ha scritto nella natura umana. Dio che è amante della vita e non disprezza nulla di quanto ha creato, ci ha fatti per la felicità.

Questa grandezza deve essere richiamata alla coscienza perché il giovane impari a vivere, impari a sentire la propria grandezza umana, il proprio destino che è la gloria. **La malattia è una delle tante eredità del peccato che ci sono nella storia**; l'AIDS oggi, domani qualcos'altro. L'umanità ha sempre da combattere contro malattie e deviazioni. La malattia va affrontata per quello che è; **non esiste la malattia in sé ma esiste un uomo malato**, un uomo singolo, irripetibile che il Signore ama anche nella sua malattia, nel suo limite e che noi quindi siamo chiamati ad amare in questo limite e a servirlo, affinché nella riscoperta di sé e della grazia di Dio questo limite venga possibilmente o superato del tutto o contenuto.

**Il soggetto deve imparare a gestire se stesso anche nella malattia.** L'AIDS è una malattia radicale e se non la si supera la prospettiva è la morte del corpo; comunque anche in questo caso la persona umana è chiamata a vivere tutto il mistero della redenzione in Cristo, **cioè la malattia come chiamata al fatto che si riveli un Lui la gloria di Dio.** Questo è il senso vero della malattia.

Il Signore la permette perché si riveli in noi la sua gloria. Pensiamo a quello che Gesù dice a Marta: "... questa malattia è perché si riveli in lui la gloria di Dio" (Gv 11, 4). **Non c'è nulla di negativo nella vita, neanche l'AIDS. Impariamo a stare con uno sguardo positivo davanti a tutte le cose.** Questo sguardo positivo però non siamo noi a darlo ma è frutto della memoria di Cristo, dell'incontro con Lui. Lui e solo Lui mi rende capace di vivere la positività e la bellezza oggettiva della vita in ogni situazione e in ogni momento, quindi anche nell'AIDS. Già questo atteggiamento pone il soggetto in posizione di recupero, di vittoria e non di sconfitta, di sfiducia, di disperazione e allora lo apre veramente alla manifestazione della gloria di Dio che può essere duplice: Prima manifestazione della gloria di Dio: VIVERE SANTAMENTE la malattia desiderando di andare nel Regno come tanti dei nostri ragazzi hanno fatto e questa è la più grande vittoria che Gesù ha avuto sulla malattia.

La malattia è potere di satana, è un tentativo con cui satana vuole umiliare e distruggere l'uomo. Gesù l'ha redenta la malattia cambiandone la destinazione: **anziché umiliazione diventa santificazione, purificazione e glorificazione dell'uomo in Dio.** Seconda manifestazione della gloria di Dio.

Gesù affronta la malattia guarendola subito; guarigione carismatica. Sia in un caso che nell'altro è chiaro che l'atteggiamento davanti alla malattia di chi ha incontrato il Signore è un atteggiamento, uno sguardo di positività.

Questo accade perché si riveli in noi la gloria di Dio e non perché l'uomo venga distrutto. Che posto occupa la scienza in tutto questo? Dio ha dato all'uomo l'intelligenza per sperimentare e capire qualche cosa e anche se come dice il libro della Sapienza che a stento e con difficoltà conosciamo le cose della terra, perché i nostri ragionamenti sono timidi e deboli, la scienza non va disprezzata, va usata per quanto riesce a fare del bene.

Sono però convinta che la liberazione del soggetto non è in potere della scienza, ma soltanto di Dio perché è Lui che fa l'uomo, e non la scienza che è comunque molto limitata.

Specialmente con le scienze psicologiche e sociologiche entriamo in un campo di enorme approssimazione per cui anche se certe conoscenze possono servire, non possiamo farne de dogmi, in quanto non c'è nulla di certo.

Quindi se la scienza fa un servizio all'uomo sia ben venuta perché come dice la Gaudium et Spes, il Regno di Dio cresce nel mondo anche attraverso il progresso scientifico, ma non si identifica con il progresso, proprio per l'ambivalenza radicale che ha il progresso; vale e non vale, fa del bene ma può anche fare del male, non si sa mai bene cos'è vero, per cui noi abbiamo un atteggiamento libero e critico di fronte all'uso di questi strumenti.

Sarebbe ancora un inganno affidare i giovani che sono alla ricerca della luce, della pace, del perdono e della misericordia, alla psicanalisi, alla psicologia, ecc.. efficaci forse in altri campi, ma illusioni per il tossicodipendente che è un ricercatore di Assoluto, di Eterno, di Dio.

Parliamo ora di METODO:

**Il carisma** che il Signore ha dato alla Comunità Cenacolo è quello di avere ripreso fondamentalmente **il metodo Cristiano** che ha queste premesse: **“L'uomo è fatto da Dio e quindi soltanto Lui lo conosce, lo ama e lo salva.** Salvarlo vuol dire che ne conserva la dignità e la sviluppa per tutta la vita terrena e per la vita eterna.

L'uomo incontra Dio nel modo in cui Dio si è fatto incontrare dall'uomo e non può stabilire un metodo diverso. Allora cogliamo qual è il metodo con cui Dio si è fatto incontrare dall'uomo: **l'INCARNAZIONE cioè Gesù Cristo presente qui e ora.**

Occorre riuscire a capire in che modo Gesù si è comunicato all'uomo allora e si comunica anche oggi perché Gesù è presente oggi.. Il metodo Cristiano deriva dalla fede, dall'oggetto, quindi dalla persona stessa di Cristo.

Gesù si è fatto incontrare allora dall'umanità attraverso l'incontro personale (Gv 1, 39) **“Venite e vedrete...”** l'incontro che ha generato in questi due ragazzi, Andrea e Giovanni il fascino, lo stupore di una presenza. Questi due si sono fermati a guardare quest'uomo a parlare e poco per volta, quasi inavvertitamente, è entrato in loro il gusto di una vita nuova, una prospettiva nuova di tutta l'esistenza umana, per cui si sono affezionati a quell'uomo, sono rimasti con Lui e il giorno dopo sono tornati.

Immagino che quella sera stessa Andrea sarà arrivato a casa con occhi diversi, con una tenerezza nuova di cui non era capace prima e sua moglie gli avrà chiesto: “Cosa ti è successo Andrea ?...”....

“Ma.... ho incontrato un Rabbì, un Maestro, vedessi che bello stare con Lui, sentirlo parlare, guardare cosa fa, come vive quell'uomo”.

Cioè nel momento in cui Cristo incontra l'uomo lo incontra attraverso un fascino, uno stupore e non attraverso una predica morale; forse l'ultima cosa che avevano in mente quei due ragazzi era quello di cambiare vita.

Essi sono andati dietro a Colui che Giovanni aveva indicato come Agnello di Dio per la MERAVIGLIA che c'era in quest'uomo. Questa meraviglia poco per volta li ha portati a capire la propria umanità e a viverla in modo così bello e così vero che è nato il desiderio di CAMBIARE, di seguire quell'Uomo.

Così nasce la **MORALITA' CRISTIANA** che dipende dall'incontro con il mistero e dal fascino della umanità di Cristo.

Secondo punto del METODO:

Tutto questo deve accadere oggi perché se è solo accaduto 2000 anni fa non serve a niente. Come fa ad accadere oggi? Il punto centrale del metodo cristiano è che la realtà umana, concreta in cui io vivo è il terminale dell'incarnazione, cioè Gesù per salvare gli uomini oggi chiama una persona, gli fa il dono di credere in Lui, di lasciarsi affascinare da Lui, di vivere di Lui così tanto che chi incontra questa persona incontra lo stesso fascino di Cristo.....questo è il metodo.

Dove c'è una persona credente intorno alla quale si generano dei rapporti di vita nuovi, in questi rapporti è presente Gesù Cristo. Questi rapporti si mantengono in quanto fanno memoria di Cristo. La Chiesa è questo: **l'incarnazione di Cristo presente oggi perché Gesù coincide con una realtà umana presente.**

E' il metodo con cui Gesù chiama a sé le creature....chi rimane in questo cammino cresce. La Comunità però non si ferma qui, ma chiede di più. **Questo stupore, questo fascino, questa attrattiva, questo far rimanere con te, lo chiede anche ai tossici e tutto questo si realizza attraverso le missioni che abbiamo aperto.** Un tossico si può dire recuperato, guarito quando sa ripetere in se stesso quello che ha accolto, capito, vissuto, cioè quando diventa egli stesso strumento di amore, di carità, di sicurezza per gli altri. La creatura cambiata a sua volta cambia gli altri, diventa strumento del fascino di Cristo per gli altri.

L'importante è non scavalcare mai l'umano perché Dio si comunica solo attraverso l'umano, altrimenti rischiamo di fare dello spiritualismo astratto. Il primo contatto che lo Spirito Santo ha avuto con i discepoli all'inizio del Cristianesimo è stato il fascino dell'umanità di Cristo, non delle grazie straordinarie, cioè Gesù non ha detto loro: “andate nel deserto....avrete delle estasi, delle visioni, ecc. ... ma ha detto restate con me”.

Paolo dice “siate miei imitatori come io lo sono di Cristo”. Pensiamo alla tenerezza di Paolo per i suoi. Questa tenerezza è segno di una comunione straordinaria che si è creata tra lui e i suoi fedeli. La Chiesa si è generata in questo modo. La missione quindi è il manifestarsi di una identità nuova. Quando il Signore mi ha preso, mi ha cambiato, mi sta cambiando, nella misura in cui mi lascio usare da Lui, divento strumento per gli altri.

Questo è il metodo cristiano, al di fuori di questo metodo non c'è modo di salvare l'uomo perché la salvezza non avviene per uno sforzo mentale, per una fatica intellettuale, cioè non avviene nella mente, ma in un tipo di rapporti nuovi basati sulla gratuità di coloro che fanno memoria di Cristo. Internamente a questi rapporti la coscienza viene rigenerata e quindi vengono poste le basi di ogni possibile guarigione da tutte le deviazioni e comincia il manifestarsi della gloria di Cristo in noi, albore della grande gloria eterna che avremo domani.

## L'ESPERIENZA PASTORALE NEL CAMPO DELLA PSICHIATRIA

**M. Carmen Martin,**  
Sorella Ospedaliera

### La missione ospedaliera

*Il malato, al centro della nostra missione.*

La missione apostolica della Congregazione delle Sorelle Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, alla quale appartengo e che rappresento, si sostanzia “nell'assistenza ai malati di mente, agli invalidi fisici e psichici e ai malati con altre patologie, adeguata ai tempi e ai luoghi, con priorità dell'assistenza ai più poveri” (*Costituzioni*, 61).

Pertanto i destinatari di questa missione sono uomini e donne sofferenti che a causa di un'infermità mentale, hanno perso il controllo della propria persona e di conseguenza patiscono tutti gl'inconvenienti personali, familiari, lavorativi e sociali di questa disgregazione interiore.

L'infermità mentale è una delle esperienze umane più dure e sconcertanti: la perdita totale o parziale dell'autonomia personale; le gravi difficoltà di percezione della realtà; la minaccia permanente dell'ansia, del panico e della paura; la difficoltà di comprendere e percepire la propria condizione; il pericolo al quale, a causa dell'infermità, è soggetta la propria vita e quella altrui; la discriminazione sociale, ecc., fanno del malato di mente un essere umano fragile e vulnerabile, che ha bisogno, forse come nessun altro, di affetto, appoggio, comprensione e di un trattamento adeguato, che lo aiuti a vivere degnamente, a superare la malattia o a convivere con essa, e a integrarsi nella società.

Molto elevato è il numero di coloro che soffrono di disturbi psichici. Gli studi epidemiologici condotti in diversi paesi parlano di cifre molto alte, che si stabiliscono intorno al 20-30 per cento della popolazione in genere. Questo vuol dire che un quarto della popolazione di qualunque paese o area geografica soffre di qualche disturbo mentale. L'estensione del fenomeno è sorprendente e tale da indicare che una grande parte del genere umano soffre di malattie mentali. C'è un altro aspetto che si aggiunge al dato numerico, la società dà maggiore importanza alla salute fisica che alla salute psichica. Quando si manifesta l'infermità mentale, tende a minimizzarla, negarla o trascurarla.

Coloro che soffrono di malattie mentali appartengono alla categoria dei più emarginati. Molti di loro restano internati a vita in centri psichiatrici. Altri deambulano senza meta per le vie della città. La maggioranza vive in seno alla famiglia che, in molti casi, non sa come aiutarli o non dispone dei mezzi per poterlo fare.

La vocazione e la missione nelle strutture ospedaliere scaturiscono da uno sguardo evangelico e pietoso verso questo essere umano. Egli è la ragione di vita della nostra Congregazione. Egli è, in ogni momento storico, il segno dei tempi, il punto di riferimento che integra la vocazione con la spiritualità, la consacrazione con la missione. Egli è il criterio per comprendere in ogni momento quello che Dio chiede ad ognuna di noi Sorelle Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù.

### **La missione ecclesiale di sanare**

Non intendo né descrivere né spiegare la missione evangelizzatrice nel mondo della salute-infermità mentale; quello che credo invece opportuno dichiarare e spiegare è che il primo e il più importante organismo di questa missione nel mondo della salute mentale è la Chiesa locale; ad essa il Signore ha affidato questo compito; ad essa il dovere di evangelizzare e di conseguenza è essa il soggetto principale della stessa evangelizzazione.

Gesù, nella sua missione evangelizzatrice, incontrò anche questi infermi emarginati, non solo dalla società ma anche dalla stessa comunità religiosa del tempo. “....Quelli che erano tormentati da spiriti immondi, venivano guariti. Tutta la folla cercava di toccarlo, perché da lui usciva una forza che sanava tutti” (*Lc 6, 18-19*).

Gesù, con un atteggiamento nuovo ed insolito, li accoglie e prende le loro difese, così condannando l'emarginazione sociale e religiosa di quelle che ne erano vittime. Gesù, con il suo amore, le fa accettare come creature care a Dio; ascolta le loro grida di angoscia, infonde loro speranza e trasmette loro la voglia di vivere. Li guarisce e li salva. Prende su di sé le loro sofferenze e si identifica con essi.

E' Gesù che ci coinvolge nel cammino da lui iniziato, e ci chiediamo: oggi, adesso, qui, “chi ha ricevuto quella missione? chi, il Signore chiama alla missione della salute?”.

La risposta è chiara: la Chiesa. La stessa che ha il compito di sanare e che viene chiamata e obbligata all'evangelizzazione del mondo della salute con tutte le sue implicazioni.

Il Signore in ogni tempo manda i suoi discepoli con il compito di evangelizzare, di curare, di agire con determinazione “sugli spiriti immondi” (cfr. *Mc 6,7*).

### **Una risposta profetica : la missione ospedaliera**

La storia ci insegna che, di fatto, chi risponde a questa chiamata sono i profeti, uomini e donne del Popolo di Dio, quelli che lo Spirito chiama tra gli uomini, per realizzare questa missione. La Vita Religiosa sanitaria ha fatto suo il vangelo della misericordia e i suoi (insegnamenti) segnali: “Proclamare ai prigionieri la liberazione (anche dei prigionieri di uno strano labirinto interiore) e ai ciechi la vista (anche a quelli che, a causa di disturbi psichici, hanno perduto la visione della realtà);

per rimettere in libertà gli oppressi (oppressi anche da una strana angoscia psichica e predicare un anno di grazia del Signore) (*Lc\_4, 18*), (*Is 61, 1-2*).

La vita religiosa nel mondo della salute è un anno di grazia; con migliaia di donne e uomini è impegnata nel “volontariato permanente” dell’Amore che si fa servizio.

E all’interno della vita religiosa, l’impegno negli ospedali ha voluto e pretende di essere una risposta profetica, insieme ad altre, per continuare la missione di Gesù nel mondo della salute mentale.

La nostra congregazione, dono dello spirito alla Chiesa, fu fondata a Ciempozuelos (Madrid, Spagna), il 31 maggio del 1881, dal beato Benito Menni, sacerdote dell’Ordine di San Giovanni di Dio, insieme a M. Josefa Recio e M. Angustias Giménez mandati da Dio per questa missione (*Costituzioni 1*). La Congregazione oggi si è diffusa in 24 paesi in Europa, America, Africa e Asia.

Ci chiamiamo Sorelle del Sacro Cuore di Gesù. Questo nome è espressione del nostro impegno, perché la nostra ragione di vita nella Chiesa è l’esercizio della carità negli ospedali, vissuta come consacrazione religiosa, secondo un modello di carità perfetta, Cristo, il cui simbolo è il suo Cuore (*Costituzioni 2*).

Il nostro impegno (carisma) è la testimonianza che il Cristo pietoso e misericordioso del Vangelo rimane vivo nel cuore degli uomini (*Costituzioni 5*).

Nella Chiesa, unite nello Spirito, formiamo una comunità apostolica impegnata nell'accoglienza (ospitalità) e continua nel tempo l'opera redentrice di Cristo (*Costituzioni 60*).

Il progetto del nostro servizio ospedaliero; la guarigione del corpo e dello spirito (la guarigione integrale).

Nell'intento di essere una risposta efficace per i malati mentali di oggi, la Congregazione ha cercato di adattare il servizio alle concrete esigenze dei luoghi in cui opera. Mi riferisco ad una determinata esperienza, quella dell’Ospedale Aita Menni de Mondragòn, nel quale ho lavorato negli ultimi 9 anni integrando il compito di infermiera con la partecipazione al servizio di Pastorale e Umanizzazione di questo centro.

Anche se non è mio compito presentare un lavoro pastorale in particolare, sarebbe un errore imperdonabile non chiarire che ognuno dei singoli centri della Congregazione nel mondo, con i suoi propri compiti, è già un'AZIONE EVANGELIZZATRICE.

La Congregazione definisce il suo servizio ospedaliero nel campo della psichiatria, come un servizio samaritano in questa terra e in questo momento a favore degli infermi di mente: “vogliamo seguire Cristo che venne sulla terra, mandato da Dio, come un samaritano dell’umanità facendo il bene e guarendo gli ammalati” (*Costituzioni 4*).

Il nostro impegno è quello dell’ospitalità, cioè dell'accoglienza, perché gli individui con una struttura patologica della personalità hanno bisogno, oltre che “dell’olio!” sulle ferite, di essere accolti in un

luogo sicuro più o meno a lungo. E' nostro desiderio accogliere il malato di mente, aiutarlo, guarirlo e rimandarlo alla sua famiglia (alla sua casa). Ma ci sono casi in cui si rende necessario prendersi cura di lui per tutta la vita “nella locanda” (Lc 10, 35), alleviare le sue sofferenze ed ammetterlo a far parte della famiglia ospedaliera.

Per questo i centri della Congregazione hanno voluto che la loro missione di servire, di curare con umanità, da buon samaritano si converta in un servizio di amore totale, che comprenda tutte le dimensioni dell'essere umano infermo: su questo richiamiamo completamente la vostra attenzione. Vogliamo che i vostri sforzi siano integralmente rivolti a questo progetto in cui nasce l'offerta pastorale.

### **Lo sviluppo dell'azione pastorale nella Congregazione**

La Pastorale dei Centri delle Sorelle Ospedaliere del S.C.G. ha una storia lunga e molto bella fin dalle sue origini che risalgono all'anno 1881. Dagli Statuti si rileva una particolare attenzione verso il “corporale e spirituale” come qualcosa di proprio della missione e dell'identità della Congregazione che vuole offrire ai pazienti un aiuto alla persona nella sua integrità.

Nel 1991 si acquista chiara consapevolezza che l'azione pastorale nei centri, a differenza di altre attività assistenziali, non aveva seguito un processo di aggiornamento. D'altra parte, proprio per il modello di intervento integrale sulla persona che i Centri stavano attuando, aveva sempre più senso parlare del religioso come fonte di arricchimento globale della persona insieme agli aspetti biologici, psicologici e sociali; è per questo che tale aspetto deve essere tenuto presente e sviluppato come tutti gli altri.

Come conseguenza di questa riflessione si propone il seguente compito: pianificare l'azione pastorale dei Centri e i seguenti obbiettivi:

1. Aiutare la creazione e/o supportare l'attività dei gruppi di Pastorale dei Centri, che a loro volta gestiscono il lavoro pastorale.
2. Potenziare il numero e la formazione degli agenti di Pastorale che lavorano in équipe.
3. Sviluppare una prassi pastorale nuova e cominciare a formulare allo stesso tempo il marchio teorico della Pastorale psichiatrica.
4. Incoraggiare l'unione tra i Gruppi di pastorale dei Centri e le Chiese locali alle quali appartengono.
5. Coinvolgere gli agenti di pastorale a dare un contributo garantendo il coordinamento tra gli stessi.
6. Assicurare un metodo di lavoro programmato che favorisca la qualità e la l'adeguatezza di mezzi del compito pastorale.

L'azione più significativa che è stata realizzata con questa finalità è l'organizzazione e lo svolgimento di assemblee tra gli agenti di pastorale.

Le Assemblee hanno voluto essere l'attuazione di una comunione apostolica per tutti gli agenti di pastorale che svolgono il loro compito nei diversi centri, uno spazio comune di riflessione, una scuola di apprendimento pastorale, un momento di respiro che indichi la via ed incoraggi gli agenti; e devono arrivare ad essere un accogliente luogo di spiritualità ospedaliera.

### **L'esperienza pastorale nella psichiatria**

Come ho già accennato, la mia esperienza pastorale nel campo delle malattie mentali si è sviluppata fondamentalmente come membro del Servizio di Pastorale dell'Ospedale Aita Menni negli anni 1989-1997.

#### *L'ospedale psichiatrico Aita Menni.*

L'ospedale psichiatrico “Aita Menni” fu fondato nel giugno del 1898. Questi cento anni di storia dell'ospedale hanno reso il nostro Centro testimone di fatti e innumerevoli cambiamenti in tutta la società in generale e negli aspetti psichiatrici assistenziali in particolare.

Per buona parte di questi cento anni l'ospedale, come uniche destinatarie dell'attività ospedaliera, ha ospitato donne con una patologia mentale cronica in regime di lunga degenza. Tuttavia nell'ultima decade, dopo la completa ristrutturazione architettonica del centro, si è innestato un processo di rinnovamento dell'azione assistenziale mediante la diversificazione dei servizi. Così si è dato vita ad un'offerta che comprende il trattamento dei pazienti di ambo i sessi e di diverse fasce d'età, che include anche la cura di bambini e adolescenti; si realizza, nell'ambito assistenziale, non solo ospedaliero ma anche comunitario [strutture(piani) protette, ospedali diurni psichiatrici e psicogeriatrici, consultori esterni] incidendo in ogni caso in programmi terapeutici e riabilitativi, fino alle nuove patologie mentali come il danno cerebrale acquisito a livello di ospedalizzazione e a livello comunitario.

Nel 1988, in coincidenza con la celebrazione nella nostra Congregazione dell'Anno del Collaboratore (Assistente), si inizia, nell'ospedale Aita Menni un processo di integrazione dei professionisti che vi lavorano formando la Comunità Ospedaliera, nella quale sorelle e collaboratori svolgono insieme il proprio lavoro, al centro del quale sono il paziente e i suoi familiari. Questa integrazione è espressione della volontà della Congregazione e come una necessità conseguente all'incorporazione di un gran numero di nuovi professionisti di fama, si cerca di investire nei nuovi progetti di assistenza, che si realizzano con la pianificazione del futuro e nel prendere decisioni urgenti per la vita del centro

Oggi l'ospedale Aita Menni si struttura in servizi d'internato di psicogeratria, ritardo mentale, psichiatria di medio e lungo periodo, psichiatria per adolescenti e danno cerebrale. Il centro consta in tutto di 530 posti letto. L'assistenza a livello comunitario viene svolta mediante un servizio di consultori esterni di psichiatria e psicologia clinica per bambini - adolescenti e adulti, e servizi di ospedalizzazione parziale (ospedali e centri diurni per anziani, pazienti psichiatrici e cerebro lesi). L'ospedale accoglie anche assistiti a diversi livelli, un laboratorio protetto e la comunità. In totale le persone che vi lavorano, tra Sorelle e collaboratori, supera di poco i 300 professionisti.

### **Fondamenti del servizio di pastorale**

L'esistenza di un servizio di pastorale nel nostro ospedale si fonda su: la cultura religiosa umanista(ica) derivante dalla propria tradizione; l'intento di offrire un'assistenza integrale ai suoi pazienti; il diritto all'assistenza religiosa degli stessi.

Il servizio di pastorale della salute nacque come tale 10 anni fa (nel 1989). Prima di quella data, cioè fino al 1989, della vita spirituale dei pazienti e della vita liturgica dell'ospedale, si occupavano il cappellano e la sorella catechista, di grande tradizione nella Congregazione, coadiuvati da personale volontario.

Da quella data in poi la Direzione del Centro si propose di organizzare l'azione pastorale che si stava svolgendo e di dotarla di mezzi umani e materiali necessari perché potesse sviluppare un'azione di qualità. Si costituisce il gruppo di pastorale, formato da diversi professionisti credenti, che stendono la prima programmazione pastorale sistematica, e le attività di pastorale che svolgono si includono nelle programmazioni delle differenti aree cliniche.

In tutti questi anni il servizio si è dotato di persone qualificate che svolgono l'azione pastorale in ospedale, integrate nei diversi gruppi terapeutici. Attualmente al servizio di assistenza lavorano 7 persone, tra le quali il Cappellano, le Sorelle Ospedaliere e professioniste laiche, tra cui una teologo-psicologa, responsabile del servizio.

Tutta l'azione pastorale parte da alcuni presupposti teorici che stabiliscono esattamente il modo, la forma e il contenuto del messaggio attraverso il quale essa si proclama. In questi anni abbiamo cercato di radicare la nostra azione pastorale con i criteri che espongo qui di seguito.

#### *Criterio pastorale primario: l'incarnazione*

Per quanto riguarda la pastorale con i malati di mente crediamo che l'incarnazione, sia il criterio base, determinante, di configurazione di tutto l'impianto e di tutta (l'attuazione) l'azione pastorale.

Formuliamo il criterio nel modo seguente: *incarnare la migliore Pastorale Evangelizzatrice, posta nel Vaticano II, nell'originale umanità dei pazienti* Abbiamo preso che la Chiesa attraverso la nostra Congregazione, si incarnasse in questa condizione umana, che incarnasse il suo modo di operare, che incarnasse il Vangelo, l'esperienza di fede con tutte le sue espressioni. Per quanto attiene alla forma di

comunicazione della Pastorale, essa deve riuscire con un linguaggio adeguato, cioè incarnato; per quanto attiene allo spirito che esprime la vita, la fede, deve risvegliare, animare, incoraggiare i modi di vita più vicini al Vangelo e, al tempo stesso, più adatti alle possibilità dei pazienti, cioè modi di vita “incarnati”.

Questa attività è ampiamente creativa, pastoralmente appassionante, spiritualmente illuminante. Ma è molto esigente, richiede interdisciplinarietà, mette in gioco la teologia e la pastorale, l'antropologia e la psichiatria, la psicologia e la pedagogia e i mezzi lo rendono evidente, il vivere in comunità, la pratica pastorale programmata e maggiormente controllata. Per questo vogliamo che nelle équipe terapeutiche che stabiliscono il trattamento per ogni paziente, si inserisca l'agente pastorale che lavora con il paziente al fine di raggiungere risultati migliori, uniti in una visione integrale di ogni destinatario, con un'assistenza il più possibile umana e con un'offerta pastorale più adeguata alle sue caratteristiche e alle sue capacità.

Siamo convinti che lo sforzo di unire il più sacro rispetto al Vangelo con la più attenta incarnazione nella realtà delle malattie mentali ci sta aiutando a comunicare con sobrietà la parte più pura del Vangelo e richiamare con semplicità quella fede chiusa nel più profondo dell'anima dei nostri pazienti.

### **Tipologia della Pastorale**

Il nostro impegno Pastorale in questi anni vuole essere di *rinnovamento e di evangelizzazione*, alla luce del Vaticano II;

*Integrale e integrato*, non limitato ad alcuna dimensione o esigenza pastorale, ma che svolga tutte le attività pastorali che la Chiesa offre e li metta con creatività al servizio dei pazienti;

*Qualificato e differenziato*, messo in opera da persone con una buona formazione teologica pastorale e psicologica, che si adatti ad ogni diversa condizione dei suoi destinatari. In questi anni abbiamo cercato di far specializzare i nostri agenti, in qualche modo ai diversi casi di infermità mentale, tanto nel contenuto del messaggio da trasmettere che nella metodologia da usare nei diversi gruppi di psicotici cronici, pazienti in fase acuta, malati psicogeriatrici, persone con defezioni mentali, ecc.

*Liberatore e di partecipazione*, che sviluppi le capacità di ogni paziente e trasmetta l'amore incondizionato di un Dio che soffre con lui e che li considera soggetti “attivi” nell'azione evangelizzatrice, e non meri recettori passivi dell'azione ecclesiale, giungendo alla convinzione che anche essi sono protagonisti e credenti, membri di una comunità nella quale hanno anch'essi “qualcosa da dire”.

*Comunitario*, in comunione con la Chiesa locale dalla quale il servizio prende il suo incarico e di fronte alla quale risponde del suo operato, e impegnata a guadagnare terreno sull'isolamento che genera l'infermità mentale per offrire l'esperienza di una comunità di fratelli nella fede.

## L'azione Pastorale

### Etica dell'azione pastorale

Nel periodo di evoluzione del Servizio di Pastorale nell'Ospedale Aita Menni abbiamo riflettuto insieme sui perché e sul modo di realizzazione della azioni pastorali perché siano vantaggiose e salutari per i pazienti. Crediamo inoltre che sia dovere di coloro che cercano di potenziare i valori della morale cristiana fissare alcuni criteri di base nella propria azione pastorale con i pazienti.

Intendiamo mantenere i seguenti criteri etici nel nostro servizio pastorale:

- Il convincimento che gl'infermi di mente, come tutti gli esseri umani, possiedano una dimensione trascendentale ci obbliga ad offrire loro un'azione pastorale INTEGRALE E DI QUALITA'. Per sviluppare questa azione crediamo necessario contare su mezzi sufficientemente adeguati alle loro capacità personali e sforzarci di far comprendere alla comunità ecclesiale il loro diritto, come battezzati, ad usufruire di tutti i servizi religiosi di cui hanno bisogno e ad essere membri della comunità come chiunque altro.
- Credere che tutta la pastorale che si svolge nell'ambito sanitario deve assumere il principio base della medicina, il PRIMUM NON NOCERE, che nel nostro caso sarà: primo, non aumentare il livello di patologia e di sofferenza dei pazienti. Sappiamo di poter fare danno quando aumentiamo il senso di colpa e l'angoscia derivante da una concezione di un Dio geloso e inesorabile, quando suscitiamo nei pazienti la perdita del principio della realtà, quando abbattiamo la loro capacità di autonomia e di decisione attraverso norme morali tassative.
- Rispetto per l'autonomia dei pazienti, che sarà maggiore o minore a seconda della loro capacità psichica ma che presuppone un atteggiamento di rispetto verso i valori e la religiosità propria di ognuno di essi. Con questo criterio la nostra azione si sforza di realizzare un'offerta varia di servizi a diversi livelli: diversi livelli di complessità e di difficoltà, diverse tipologie religiose, adattamento di spazi e di tempi, ecc.
- Lo sforzo di svolgere un'azione pastorale umanizzatrice e, in questo senso, "SANANTE", che risvegli nei pazienti le energie per lottare contro la loro infermità e li aiuti a trovare serenità e pace perché comprendano che la propria realtà umana è più importante della malattia che li affligge. Questo criterio viene suggerito proprio dallo Spirito Ospedaliero (Carisma dell'Ospitalità?) che ci mostra un Dio pietoso e misericordioso, che accoglie incondizionatamente e salva gli uomini restituendo loro l'umanità.

In questo senso credo che valga la pena, in un congresso con queste caratteristiche, intrattenersi su alcune di queste virtù, considerate propriamente femminili, per essere state noi donne, tanto in seno alla famiglia quanto nella vita religiosa, ad averle sviluppate con la nostra funzione sociale di sostegno ai deboli, agli anziani, agli infermi e a scoprire in esse il valore umano e cristiano.

In concreto mi riferisco a virtù come la misericordia, la speranza, che credo sia necessario recuperare nel rapporto sanitario, se vogliamo che sia umanitario, anche sviluppandosi in un contesto tecnico e pubblico di un ospedale.

### **Programmi di intervento pastorale**

Gli interventi e le attività pastorali e di umanizzazione che il servizio pastorale ha svolto in questi anni hanno obbedito a programmazioni annuali che tengono presente: 1. una “diagnosi” (un pronostico) formulata dietro una valutazione della programmazione dell'anno precedente; 2. gli orientamenti suggeriti sia dalla Chiesa Nazionale e locale sia dalla propria Congregazione su questioni di Pastorale della salute; 3. il piano di gestione annuale del proprio ospedale.

Le attività che si stanno svolgendo, si possono classificare in tre grandi gruppi:

1. Intervento religioso personalizzato ai pazienti. In questo gruppo ho considerato quelle attività pastorali, tanto di accompagnamento e assistenza individuale quanto di annuncio o celebrazione collettiva ma preparate specificamente per i detti gruppi. Tra queste sono:
  - assistenza individuale ai pazienti nelle proprie unità o nel settore da parte dei vari assistenti e in particolare del cappellano;
  - gruppi settimanali di preghiera, catechesi o confessioni di fede nelle quali partecipano regolarmente circa 170 pazienti;
  - celebrazioni liturgiche proprie di alcune unità come in psicogeratria in cui si svolgono sia l'Eucarestia sia le celebrazioni comunitarie dell'Unzione degli ammalati in forma periodica e regolare;
  - assistenza ai malati terminali fondamentalmente da parte di una Sorella internista(ospedaliera) che fa loro visita ogni giorno, anche quando vengono trasferiti in un ospedale generale a causa d'infermità somatica.
2. Seguire in generale i pazienti. Esiste un calendario annuale di attività generali sia liturgiche sia di riflessione, preghiera annunciazione catechesi. Queste attività sono integrate nel cronogramma delle differenti aree in modo che tutti i pazienti che lo chiedono possano parteciparvi volontariamente. D'altro lato il personale di infermeria delle unità ha la funzione propria di accompagnare i pazienti meno autonomi a partecipare a dette attività se questi o le loro famiglie lo richiedono. Tra queste attività vi sono: colloqui e relazioni su temi religiosi o sociali, incontri formativi di preghiera una volta al mese e in diversi giorni durante la Quaresima e l'Avvento; attività proprie di ogni tempo liturgico come la Via Crucis in Quaresima, o attività di solidarietà a Natale; escursioni e uscite per mantenere i contatti con le altre realtà(attività) della Chiesa locale, così come con i responsabili di essa; celebrazioni sacramentali e liturgiche nell'intero arco dell'anno.

Uno degli obbiettivi sempre presente nella programmazione di tutti questi anni, è stato quello di far prendere loro coscienza sulla loro corresponsabilità nel compito di pastorale. Per questo motivo molte di queste attività contano sulla partecipazione dei pazienti, sia nella loro preparazione sia nella loro esecuzione.

3. Attività religiose destinate a tutta la Comunità Ospedaliera con la finalità di potenziare il senso di comunità ospedaliera tra tutti i membri (pazienti, collaboratori, sorelle familiari e volontari) e celebrare cristianamente la nostra vita, il nostro lavoro, la nostra missione e la nostra fede.
4. Altri interventi del SPSH di maggior rilievo:
  - Partecipazione e collaborazione nelle attività e strutture pastorali delle nostre comunità ecclesiali di riferimento: Chiesa locale e Congregazione.
  - La pianificazione delle attività di formazione dei suoi membri e partecipazione in diversi corsi esterni.
  - L'organizzazione del volontariato.
  - La collaborazione nei corsi e programmi formativi di LAOS professionali dell'ospedale su temi di umanizzazione e Bioetica.

### **Sfida pastorale nel mondo psichiatrico**

Non so se questa breve relazione può avervi aiutato a conoscere un poco quella terra di tenebre che è il mondo delle sofferenza psichica e ad intravedere un po' di luce in quest'umile contributo che la nostra Congregazione sta cercando di dare in nome della Chiesa per incarnare in esso la Buona Novella del Vangelo come salute e salvezza.

Non vorrei terminare senza lanciare alcune sfide che sento, con la mia esperienza, che i nostri stessi ammalati psichici hanno già lanciato a noi come Congregazione e come Chiesa.

1. La pastorale sanitaria e l'umanizzazione nel mondo psichiatrico appaiono a mio giudizio come una sfida ineluttabile per la Congregazione all'interno della sua missione apostolica. Si rende necessario impregnare con il carisma ospedaliero tutto l'essere e l'azione pastorale
2. Dobbiamo riflettere sul modello teorico della pastorale nel mondo della salute mentale. Credere nel criterio dell'incarnazione esige un impegno ecclesiale per riuscire a trovare metodi catechistici adeguati, aggiornare e adattare il lessico a pazienti psicogeriatrici, riflettere sull'opportunità di alcuni sacramenti come per esempio l'Unzione degl'infermi o del Matrimonio tra questi o fissarsi come e quando proporre il sacramento della Penitenza con pazienti eccessivamente scrupolosi, ossessivi o al contrario privi di una coscienza morale.

3. In una situazione di difficoltà per i servizi di assistenza religiosa negli ospedali è necessario che religiosi e religiose insieme programmino seriamente la formazione e la qualificazione delle persone preposte alla realizzazione dell'assistenza integrale. Il mondo della salute mentale chiede che gli operatori di pastorale qualificati e formati in altre aree come la psicologia, la pedagogia, ecc., siano autentici specialisti, che siano anche capaci di responsabilizzarsi nelle attività suddette.

Credo che la Congregazione sia chiamata ad essere guida nella nuove concezione di umanizzazione e pastorale in relazione soprattutto alle nuove aree specifiche di assistenza in campo psichiatrico (minorati psichici e infermi di mente).

4. Senza alcun dubbio la grande sfida è che la Chiesa locale, ogni Chiesa locale, si proponga la missione di guarire(sanante) in questa terra; questo, a mio giudizio, presuppone:

- I. Pianificare opportunamente, ognuno con il proprio contributo e corresponsabilmente, il progetto di evangelizzazione nel mondo della salute mentale.
- II. Fare in modo che l'annuncio del Vangelo, l'esperienza personale, la vita comunitaria di fede e le diverse relazioni ecclesiali, siano fonte e terreno di salute e armonia interiore.
- III. Ottenere dei risultati con i servizi samaritani che il mondo dei sofferenti psichici reclama.
- IV. Scoprire, proporre e sostenere un pastorale pensata, formulata e i cui mezzi sono forniti dai membri della comunità credente con la propria esperienza vissuta nel settore.
- V. Favorire un tessuto di comunione e collaborazione apostolica tra tutte le attività del settore presenti in ogni chiesa locale.

Per me, questa esperienza vissuta nel Servizio di Pastorale “Aita Menni” è stato un periodo di grazia, un'opportunità, un impegno nel settore ospedaliero. L'impegno da parte nostra è di “continuare nella Chiesa e nel mondo la missione di salvezza iniziata da Gesù-Samaritano dell'Umanità (Costituzioni 4) - a favore dei malati di mente (Costituzioni 3) ..., compartire il loro dolore (Costituzioni 8)...servirli nelle strutture ospedaliere come forma concreta di annuncio del Vangelo (Costituzioni 64)...e restare vicini ad essi fino alla fine”(Costituzioni 68).

# *America*

## **FEDERAZIONE DI RELIGIOSE INFERMIERE DEL MESSICO**

**Sorella Delfina Maria Moreno,**  
Presidente Nazionale FREM  
**Sorella Martha Josefina Rea,**  
Presidente FREM Occidente

### **NOTA STORICA**

L'Organizzazione della Federazione delle Religiose infermiere del Messico (FREM) nacque il 5 giugno del 1956, per espresso desiderio della Congregazione degli Istituti di Vita Consecrata e delle Società di vita apostolica, con la benedizione e sotto gli auspici di Sua Santità Pio XII, che nel corso del suo pontificato si preoccupò sempre di innalzare il livello degli istituti religiosi. L'intento era che questa federazione avesse l'esito di quelle che, analogamente, stavano funzionando già da qualche anno in vari Paesi d'Europa. Della organizzazione della Federazione si occuparono le Figlie di Carità di San Vincenzo de Paoli.

La prima riunione ebbe luogo il 2 di ottobre dello stesso anno. E il 27 di ottobre si celebrò la prima ASSEMBLEA presieduta dall'Arcivescovo di Città del Messico Miguel Dario Miranda, e da Sua Eccellenza Mons. Alibrandi, Incaricato d'Affari della Santa Sede.

Tre anni più tardi, nel novembre del 1959, fu istituita la Conferenza degli Istituti Religiosi in Messico, e la FREM, senza perdere la sua autonomia, s'integrò a questa come COMMISSIONE DELLA SALUTE DELLA CIRM.

Gli obbiettivi originari della FREM erano i seguenti :

- Accrescere e sviluppare al massimo la formazione personale, scientifico-tecnica, etica e pastorale delle associate.
- Salvaguardare i diritti delle associate di fronte ad Istituzioni o Enti.
- Favorire lo studio dei diritti della dottrina sociale della Chiesa e la sua applicazione specialmente nel rapporto con i più deboli della società nel campo della salute.
- Stabilire un contatto e la mutua collaborazione con organismi affini tanto nazionali quanto internazionali

## **PERSONALE DELLA FEDERAZIONE**

Fanno parte della équipe multidisciplinare sanitaria religiose e religiosi con diploma di scuola media superiore, laureati specializzati, come pure ausiliari e tecnici.

Dal suo inizio fino agli anni Sessanta, la FREM si impegnò per rispondere alla necessità primaria di preparare tecnicamente le Religiose, dando impulso, promuovendo e offrendo mezzi idonei ad una preparazione professionale ed etica.

Dopo il Concilio Vaticano II, si è avuto un forte calo della presenza delle Religiose nelle strutture sanitarie, tanto che molti dei suoi membri si orientarono verso il lavoro missionario, d'inserimento, non istituzionale. Le cifre sono significative: da 9. 211 religiose, attualmente siamo circa 4. 000.

La realtà di un mondo in continuo mutamento, tecnico e sofisticato, così come il progresso economico e socio-culturale hanno fatto sì che, da un lato lo Stato e dall'altro le Istituzioni private assorbissero le Istituzioni Sanitarie, premendo affinché si sommasse alle fila personale laico non religioso con una preparazione qualificata e specializzata. Il risultato di questo fenomeno, aggiunto a quello precedentemente menzionato, ci pone di fronte ad una necessità impellente: una nuova forma di presenza della vita religiosa nel mondo della sofferenza.

Attualmente l'identità e il carisma della vita religiosa nel campo della salute richiede subito una presenza e una risposta di fronte alla pastorale umana.

*Gli obiettivi della FIRM sono fondamentalmente gli stessi dalle origini ad oggi, li enunciamo come segue:*

**Obiettivo generale:** Collaborare con la CIRM in attività che mirino a valorizzare e migliorare la salute individuale, comunitaria e di Congregazione degli Istituti religiosi.

**Obiettivo generale per la Sanità:** Aiutare la vita religiosa nel suo sviluppo Etico, Tecnico, Professionale.

<b>Obiettivi particolari</b>	<b>Attività'</b>	<b>Data</b>
I. Partecipare come membro attivo in organismi ecclesiali, collaborando nei progetti e nelle attività di questi, quando richiesto.	◊ Assistere e partecipare alle riunioni e ai progetti della CEVIC.*	Da calendario
	◊ Assistenza e partecipazione nelle riunioni della CIRM nazionale e d'occidente.	Da calendario
	◊ Presiedere a riunioni della FRIM.	Da calendario
	◊ Assistenza e riunioni diocesane di Pastorale.	Da calendario
	◊ Assistenza alle riunioni della commissione diocesana di pastorale della sanità.	Da calendario
	◊ Collaborare con i ritiri della CIRM.	Quando richiesto
	◊ Collaborare con la INTER.	Da calendario scolastico
	◊ Assistenza alle riunioni di preparazione al terzo millennio.	Da calendario
	◊ Elaborare articoli per il bollettino della CIRM nazionale e d'occidente.	Bimestrale
	◊ Collaborare con la settimana teologica di vita religiosa	Febbraio-Giugno
	◊ Assistere a riunioni di gruppo vita ascendente.	Da calendario
	◊ Programmare e realizzare assemblee annuali FREM	Annuale
	◊ Collaborare alle assemblee nazionali Annuali - CIRM	Annuale

\*CEVIC (Commissione Episcopale per la Vita Religiosa)

\*CIRM (Conferenza degli Istituti Religiosi del Messico)

\*INTER (Formazione Iniziale Intercongregazionale)

II. A) Rafforzare la salute integrale della vita religiosa per armonizzare la persona, umanizzare le relazioni, favorire l'accordo e la prudenza	Seminario sul "rapporto di aiuto" "Accompagnare nella sofferenza"	Ottobre 1997
	Seminario sul trattamento dello stress.	Settembre 1997
	Seminario "il mio anziano ed io".	Settembre 1997
	Seminario "governare i sentimenti".	Ottobre 1997
B) Educare con seminari e conferenze che aiutino il rafforzamento della vita religiosa	Seminario "un alt a metà vita"	Ottobre 1997
	Seminario "essere sani"	Novembre 1997
	Seminario "la mia storia"	Gennaio 1998
	Seminario "libertà interiore"	Febbraio 1998
	Seminario "autostima"	22 marzo 1998
	Seminario "l'affermazione di sé"	Aprile 1998
	Seminario "autostima"	Maggio 1998
	Seminario "il mio anziano ed io"	Giugno 1998
	Seminario "autostima"	Settembre 1998
Oltre ai seminari programmati, terremo conto delle ulteriori proposte che le varie comunità ci faranno pervenire.		
III. A) Come mezzo di formazione iniziale, offrire alle comunità religiose, l'applicazione di prove psicometriche	(III)Prove di applicazione  Elaborato: relazione scritta	Se richiesto
B) Aiutare a mantenere la salute integrale assistendo la persona nei momenti di tensione, crisi o lutti	Colloquio con la(il) praticante  Colloqui individuali e continuazione	Se richiesto
La FREM consta di una équipe di psicologi e consiglieri per l'assistenza in questo settore.		
IV. Rivitalizzare il lavoro delle sorelle che lavorano in ospedali, asili, medicina alternativa, etc.	(IV) Corso di diploma di pastorale della salute (iteso), "accompagnare nel mondo della sofferenza"	Luglio-Agosto 98
	Corso di diploma di gericoltura	Annuale
	Attualizzazione dei differenti aspetti infermeria	Sett. 97 I. N. C.
	Corso "R. C. P." avanzato	Ottobre 97 I. N. C.
	Corso "aritmie"	Nov. 97 I. N. C.
	Corso "teorie e metodi di infermeria"	Gennaio 98 I.N.C.
	Corso "basi e principi di bioetica"	Marzo 98 iteso

	Corso “amministrazione dei servizi nelle Case per Anziani”	Se richiesto
	Corso “intendenza e mantenimento degli ospedali e asilo	Se richiesto
	“La chirurgia attuale”	Aprile 98 I. N. C.
	Urgenze in cardiopedia	Maggio 98 I. N. C.
	Corso di emodinamica	Giugno 98 I. N. C.
	Corso di nefrologia	Luglio 98 I. N. C.
	Seminario di ricerca II.	Agosto 98 I. N. C.
	(V)Assistere alle riunioni del collegio nazionale delle infermiere d'occidente	Secondo calendario
	Assistere a riunioni di segreteria della sanità	Secondo calendario
	Assistere a riunioni del comitato di bioetica	Secondo calendario
V. Collaborazione con organismi religiosi affini e istituzioni civili e governative	Convegni conferenze e seminari sulle istituzioni della sanità, gruppi civili, privati e governativi.	Secondo calendario

### **COME CAMMINO SVOLTO POSSIAMO SEGNALARE CHE:**

- La FREM ha organizzato e motivato la Vita Religiosa nella Sanità;
- ha creato Centri di preparazione;
- è stata un potente mezzo per giungere al riconoscimento dell'Infermeria Professionale a livello universitario;
- ha incoraggiato e ha dato impulso all'istituzione dell'Associazione Nazionale di Infermeria, oggi Collegio Nazionale delle Infermiere;
- ha lavorato con il MIAC ( Movimento delle Infermiere dell'Azione Cattolica);
- è membro del CICIAMS;
- è membro del Collegio Nazionale delle Infermiere;
- partecipa alla Commissione Episcopale della Vita Religiosa (CEVIR);
- ha assistito e preso parte a Congressi Nazionali e Internazionali;
- ha inviato un elaborato scritto alla Commissione Episcopale Messicana (CEM) in relazione al Primo Congresso Mondiale degli Ospedali Cattolici (Roma, Ottobre 1985); esponendo in esso la necessità di creare un dipartimento di Pastorale della Sanità: lo stesso che fu autorizzato l'anno seguente e che attualmente opera come Commissione Episcopale della Pastorale della Sanità;
- nel 1996 dopo il Congresso delle Istituzioni Cattoliche (Monterrey), chiese agli Eminentissimi Signori Cardinali, di promuovere l'Associazione dei Medici Cattolici;
- ha organizzato i tre Congressi delle Istituzioni Religiose al Servizio della Sanità a livello Nazionale e Internazionale ; con la coordinazione di differenti Congregazioni;

- ha sviluppato i suoi progetti basandosi sulla realtà e sulle attuali esigenze.

## **MESSA A FUOCO E PRIORITA'**

Abbiamo cercato di rilevare:

- ⇒ Il Senso dell'Essere e la Missione della Religiosa, (nel campo della sanità) dentro lo stesso Ministero della Sanità;
- ⇒ L'identità e la vita sana delle Religiose e dei Religiosi (a qualunque Ministero essi appartengano);
- ⇒ Illuminare le tappe naturali della vita della Religiosa, specialmente la vecchiaia (data da una media di età) al fine di non perdere il senso del: "Vivere nella Pienezza";
- ⇒ Presa di coscienza della necessità, per le congregazioni, di lavorare insieme, unendo le forze e l'impegno.

## **RISULTATI**

- ◆ Tenere vivo l'Organismo della FREM;
- ◆ Assistenza e partecipazione insieme al Dipartimento Pastorale della Sanità, alla Commissione Episcopale della Sanità e ad altri organismi Diocesani, etc., quando si richiedono;
- ◆ Uffici di consulto e intervento di relatori riconosciuti internazionalmente in materia Etica, Umanizzazione, Pastorale della Sanità, etc.;
- ◆ Esecuzione dei progetti pianificati.

## **OSTACOLI**

- Mancanza di tempo o d'interesse, età e carico di lavoro delle Sorelle che lavorano nel Ministero della Sanità;
- Si richiede un maggiore coordinamento tra la FREM e la Commissione di Pastorale della Sanità, al fine di sfruttare al meglio le risorse e unire gli sforzi in tutto ciò che attiene al Ministero della Sanità;

- Che la Formazione iniziale non presenti la Mistica del Ministero della Sanità, sottraendogli valore e sottovalutandone l'importanza.

## **OBBIETTIVI**

- Valorizzare il FREM quale organismo approvato dalla Congregazione per la Vita Religiosa e le Societa' di Vita Apostolica e tutto ciò che comporta tale riconoscimento;
- Convincere le Superiori Maggiori della necessità di appartenere all'organismo (FREM), così come dei benefici che si possono ricevere da questa appartenenza;
- Che la Gerarchia Ecclesiastica accolga l'Organismo (FREM) come un impegno nel mondo della sofferenza, o Pastorale della Sanità.

## **PROPOSTE**

- ☞ Che il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ci convochi; ci tenga regolarmente informati affinché si rafforzino i legami di comunione e per rivitalizzare la Missione.

## **FUTURO DELL'ORGANISMO**

Auspichiamo che questa Federazione, per la sua missione e testimonianza evangelica, arresti i segnali di morte, essendo essa promotrice della vita, della dignità della persona, della giustizia, dei diritti di chi soffre, soprattutto dei più deboli ed emarginati della nostra società.

## **DONNE CONSACRATE NEL MONDO DELLA SANITA' IN AMERICA DEL NORD**

**S. Mary Mollison, CSA,**  
Superiora generale della Congregazione di Sant'Agnese

### **Sollecitate dallo Spirito**

Guardando al terzo millennio dell'avvento di Cristo, siamo chiamate a riconsiderare il ruolo delle donne consacrate nella nostra missione al servizio dei sofferenti nella luce del Vangelo.

La missione cattolica dell'assistenza sanitaria è al centro di uno straordinario cambiamento. Essa deve misurarsi con fattori sociali, politici ed economici, come pure con i mutamenti nell'ambito della Chiesa e della vita religiosa iniziati con il Concilio Vaticano Secondo. Il presente scritto delinea brevemente i cambiamenti che si verificano nel sistema del servizio sanitario in America del Nord e nella vita religiosa, che incidono sul modo in cui noi oggi rispondiamo all'invito a fare come Gesù fece e ad essere presenza riconciliante e sollievo di Dio nel mondo. Sono anche descritte le sfide che la missione affronta attualmente.

### **Continuare la missione di Gesù**

Le donne consacrate che operano in America del Nord, sono impegnate a scoprire modi nuovi e creativi di continuare la missione salvatrice di Gesù nel nostro tempo. Abbiamo una ricca tradizione di assistenza verso i più bisognosi e da sempre siamo sagge amministratrici delle nostre risorse. Riconosciamo le sfide, intrinseche alla chiamata dello Spirito, ad ascoltare i segni del tempo e ad annunciare tramite la testimonianza della nostra vita “il potere rigenerante della buona novella, ciò che rende possibile vedere tutti gli uomini come figli e figlie di Dio e ispira amore che dona se stesso a tutti, particolarmente agli ultimi fra i nostri fratelli e sorelle” [Vita Consecrata, § 51]. Stiamo costruendo qualcosa sulla base dell'ispirazione dei nostri fondatori e delle nostre fondatrici, cercando di “presentare risposte nuove ai nuovi problemi del mondo d'oggi” [Vita Consecrata § 73].

### **Esplorare la complessità del sistema dell'assistenza sanitaria**

Storicamente, le comunità delle donne religiose hanno assunto la guida nello sviluppo della missione dell'assistenza sanitaria in America del Nord. Per più di 150 anni, le religiose si sono occupate di curare la salute della povera gente, gli immigrati, i moribondi, i non nati, le vittime degli incendi, delle inondazioni, dei terremoti e delle epidemie. Nella metà del ventesimo secolo abbiamo creato nel campo dell'assistenza sanitaria una vasta presenza costituita da una serie di numerosi servizi e istituzioni volti ad alleviare la sofferenza e a portare conforto in tempo di malattia e morte incombente. Negli anni '60, un cambiamento significativo si verificò nel servizio dell'assistenza sanitaria. I governi federali e provinciali furono coinvolti nel finanziamento e nella sua diffusione. La loro partecipazione impose formule di rimborso e regole. Indebitarsi con il governo e altre fonti di finanziamento ebbe profonde implicazioni nella diffusione dell'assistenza sanitaria e riguardo ai principi etici intrinseci

all'assistenza sanitaria cattolica. Inoltre, il servizio sanitario diventava una spesa maggiore per la gente. Cominciavano ad esserci opzioni come l'assistenza a casa, o l'opportunità dell'assistenza a lungo termine. Mentre prima la maggior parte dei servizi sanitari erano attuati nell'ambito ospedaliero, ora cominciavano a svolgersi fuori dagli ospedali.

Nella seconda metà degli anni '70 le comunità religiose che avevano costruito ospedali collocandoli in una specifica area geografica sulla base dei bisogni di quell'area, cominciarono a sviluppare sistemi multi-istituzionali che servivano una vasta area geografica. Furono creati sistemi caratterizzati dall'efficienza, dalla qualità dell'assistenza, e allo scopo di portare avanti la missione e per proteggere le attività dei servizi creati dalle congregazioni. A partire dagli anni '80, grazie ai finanziamenti, è stato un evolversi costante delle istituzioni dell'assistenza sanitaria in organismi. Miliardi di dollari sono stati investiti nelle missioni.

### **Cos'è la garanzia**

Un chiarimento sulla parola “garanzia” è necessario per capire come la missione cattolica per l'assistenza sanitaria operi in America del Nord. Garanzia non è un termine di diritto civile né ecclesiastico, tuttavia serve a situare un'entità ecclesiastica all'interno della società civile. Noi usiamo la parola “garanzia” per spiegare il rapporto tra una congregazione religiosa e un'altra organizzazione che mette in atto la missione della congregazione. Un'organizzazione “garantita”, come un ospedale, rimane fedele ai valori e al carisma del garante ed è con esso pubblicamente identificata. Possiamo quindi affermare che gli istituti religiosi delle donne sono garanti della grande maggioranza del servizio sanitario cattolico in America del Nord. Esistono 60 istituti religiosi che sono garanti in Canada e 151 negli Stati Uniti.

### **Dare un nome alla realtà degli Stati Uniti**

Negli Stati Uniti, la tendenza a sviluppare sistemi sta diventando complessa, dal momento che istituzioni “garantite” che si reggono da sole, “gestite da un istituto religioso”, si associano a sistemi multi-istituzionali con diversi garanti all'interno del sistema, entità magari anche altre da quelle cattoliche. Queste società condividono il rischio economico e a volte la direzione, allo scopo di fornire una gamma di programmi per gli assistiti.

I servizi e i sistemi cattolici dell'assistenza sanitaria, una volta del tutto indipendenti, non costituiscono più un sistema autonomo all'interno del sistema più grande. Spesso siamo interdipendenti dal punto di vista finanziario e legislativo.

In base agli obblighi della legge ecclesiastica, le comunità delle donne religiose sono responsabili del 90% della missione dell'assistenza sanitaria. Noi siamo garanti per la grande maggioranza dei sistemi e strutture dell'assistenza sanitaria cattolica. Le organizzazioni sanitarie cattoliche servono il 16% dei pazienti con ricavi di 40 miliardi di dollari e un attivo di 44 miliardi. Dell'area cattolica fanno parte 1629 ospedali e servizi di assistenza a lungo termine che sono garantiti da istituti religiosi. Attualmente

85 istituti religiosi appartengono a 46 sistemi cattolici e costituiscono 1275 impianti[8 fra i sistemi hanno più di un garante e 536 impianti; 38 hanno un garante e 739 impianti] 66 istituti religiosi non hanno una struttura e sono garanti per 354 impianti. Allo stato attuale delle cose questi servizi indipendenti sono esposti ad un rischio sempre maggiore.

Esiste un paradosso nella diffusione dell'assistenza sanitaria negli Stati Uniti. Nonostante questa vasta rete di istituzioni cattoliche come pure di istituzioni pubbliche e private, vi sono negli Stati Uniti 48 milioni di persone senza l'assicurazione sulla salute. Molti cittadini non hanno accesso ad un'adeguata assistenza sanitaria di base. Il governo non prevede un programma per l'accesso da parte di tutti all'assistenza sanitaria, mentre la parte cattolica prende molto sul serio la responsabilità di assistere tutti coloro che si rivolgono alle sue strutture e di difendere il povero nel processo legislativo. La voce dei poveri e dei non assicurati non deve passare inascoltata.

### **Distinguere la realtà canadese**

In Canada il governo è profondamente coinvolto nel finanziamento dell'assistenza sanitaria. I cittadini canadesi hanno un'assicurazione sulla salute sponsorizzata dallo stato. I governi provinciali stanno attualmente ristrutturando il sistema sanitario istituzionale attraverso la chiusura e la fusione di ospedali, mentre hanno deciso di convertire alcuni di essi in strutture di lunga degenza. Poiché il governo finanzia l'assistenza sanitaria, la missione della congregazione non è il fattore decisivo nell'uso di una struttura di servizi. L'istituto religioso che ha creato un servizio non ha il controllo sul pagamento dei servizi e perciò, se il governo decide di procurare servizi e finanziamenti ad una struttura confinante, l'ospedale non sopravviverà.

Questi sono i contesti nei quali noi in Canada e negli Stati Uniti siamo chiamate a continuare la missione salvatrice di Gesù. Le sfide abbondano.

### **Riconoscere la diminuzione del numero di donne consacrate in missione**

Nello stesso momento in cui la complessità e la portata della missione in America del Nord aumentano, va configurandosi un tipico schema in base al quale diminuisce il numero e aumenta l'età delle donne religiose coinvolte nella missione. Con meno membri, le congregazioni religiose trovano estremamente difficile mantenere la loro presenza nella missione istituzionale dell'assistenza sanitaria.

Queste statistiche riflettono la tendenza nell'ambito della sfera istituzionale. In Canada, 20 congregazioni fanno da garanti per 63 impianti di cura e abitazioni. Il 2,6% [634 religiose] dei membri è attualmente impegnato nella missione dell'assistenza sanitaria. Negli Stati Uniti 151 istituti religiosi garantiscono 1629 strutture di ricovero temporaneo e a lunga degenza. Il 5,3% [4514 donne religiose] dei membri è attualmente impegnato nella missione.

Dal 1968 il complesso dei membri delle congregazioni religiose negli Stati Uniti è diminuito del 52% e l'età media è attualmente di 67 anni. La percentuale di membri impegnati nell'assistenza sanitaria istituzionale è calata del 72% durante lo stesso arco di tempo.

### **Comprendere la natura in continuo mutamento della missione di curare**

Poche donne religiose ricoprono ruoli amministrativi e direttivi nelle strutture e nei sistemi dell'assistenza sanitaria. Viene incaricato personale laico per i ruoli di guida nell'organizzazione e nell'amministrazione di queste strutture. Alcune congregazioni invitano i laici ad associarsi ad esse in qualità di garanti. In simili decisioni è implicata la legge ecclesiastica.

Dopo avere considerato i bisogni attuali della società, molte congregazioni hanno fondato missioni per l'assistenza diretta alle persone che hanno subito abusi, gli anziani, i tossicodipendenti e i malati di AIDS. Questi programmi si collocano spesso al di fuori del contesto istituzionale. Il raggio d'azione della missione di cura si sta espandendo per incorporare, in modo più mirato, la salute e la guarigione del corpo, della mente e dello spirito, così come alla malattia. L'assistenza che viene offerta abbraccia la dimensione fisica, psicologica, sociale e spirituale della persona. Le risorse vengono usate per creare comunità della salute e individui sani. I valori del cuore e la spiritualità, che una volta erano impliciti nella presenza di molte donne consacrate nell'ambito di un istituto, sono ora espressi chiaramente in modo deliberato e consapevole.

Prima, quando una singola istituzione era gestita da una comunità religiosa e i membri della congregazione erano i capi e i principali dispensatori di cure all'interno dell'organizzazione, il carisma della congregazione era visibile e faceva parte della cultura degli istituti. Attualmente, con una molteplicità di garanti e con i molti carismi rappresentati nell'ambito del sistema, l'enfasi si è spostata sull'assistenza sanitaria come una missione di Chiesa che non è di esclusivo dominio dell'istituto religioso. Questa enfasi sull'assistenza sanitaria come missione globale della Chiesa, ha assunto la forma di una discussione sull'identità cattolica e sull'importanza di rimanere leali e fedeli rispetto alla missione di Gesù e della Chiesa. Una risposta che sia radicata nella fede e che incontri il segno dei tempi non è facilmente esprimibile in una società pluralistica.

### **Presentare le sfide mentre il terzo millennio si avvicina**

Nella sua Lettera Apostolica, "Tertio Millennio Adveniente", Giovanni Paolo II ci ha ricordato: "E' necessario anche apprezzare di più e capire meglio i segni di speranza presenti nell'ultima parte di questo secolo, anche se questi rimangono spesso invisibili ai nostri occhi. Nella società in generale, tali segni di speranza comprendono: il progresso scientifico, tecnologico e in particolare della medicina al servizio della vita umana; una consapevolezza maggiore della nostra responsabilità verso l'ambiente, gli sforzi per ristabilire la pace e la giustizia ovunque siano state violate, il desiderio di riconciliazione e solidarietà fra persone diverse... Nella Chiesa tali segni comprendono un'attenzione maggiore alla voce dello spirito nel riceverne i doni e nell'incoraggiare l'opera dei laici, nell'impegnarsi più a fondo

per la causa dell'unità cristiana e nell'interesse al dialogo con altre religioni e culture contemporanee” [§ 46].

Nella situazione concreta della missione questi segni di speranza si trovano profondamente radicati nei nostri sforzi per trasformare i sistemi attuali dell'assistenza sanitaria, che ho appena descritto. Mentre ci avviciniamo al nuovo millennio, le donne consacrate cercano di fare da collaboratrici e guide, servendosi della voce collettiva per proclamare il messaggio evangelico di giustizia sociale. Rimaniamo fedeli all'impegno di proclamare la missione salvatrice di Gesù in mezzo alle sfide che ci troviamo ad affrontare nel contesto attuale della nostra missione. Esse sono sette.

1) *Creare le opportunità per una più larga partecipazione della Chiesa nella missione dell'assistenza sanitaria.*

Come affermato in precedenza, la maggior parte delle strutture per l'assistenza sanitaria sono state costruite e create da congregazioni di donne religiose sollecitate dai loro carismi a partecipare alla missione salvatrice di Gesù. Dal momento che sempre meno donne religiose partecipano alla missione, come guardiamo oltre i carismi delle comunità individuali ad una Chiesa più grande che sostenga la missione? Come possiamo collaborare con le parrocchie, con le agenzie per i servizi sociali e altro? Come facciamo a liberarci dell'identità individuale per attuare un cambiamento organico? Che cosa è “l'identità cattolica” che in passato è stata spesso identificata con la presenza delle donne consacrate?

2) *Ampliare l'impegno alla collaborazione fra i garanti, i vescovi e i leader dell'assistenza sanitaria.*

La missione cattolica dell'assistenza sanitaria è frammentata. A livello locale, regionale e nazionale i garanti, i vescovi e i leader si riuniscono per sollecitare una maggiore collaborazione tra gli operatori sanitari cattolici. Ci sono immense risorse spirituali e materiali da far fruttare se noi creiamo le condizioni per lavorare assieme dando forza alla nostra missione. Da parte delle strutture cattoliche si tenta di collaborare con le parrocchie, i servizi delle comunità, i servizi sociali e le scuole per accrescere la missione. In passato, le strutture cattoliche sanitarie “appartenevano alle religiose” e le parrocchie locali ed altre entità cattoliche non si sentivano necessariamente collegate ad esse o coinvolte nella missione di cura. Una visione condivisa della missione potrebbe accrescere l'impegno verso questa e promuovere la collaborazione a suo sostegno.

Negli Stati Uniti, la *The National Coalition on Catholic Health Care Ministry* è un forum a livello nazionale che raduna vescovi, garanti e leader dell'assistenza sanitaria per rafforzare e sostenere la missione alla luce del cambiamento dei tempi; per esprimere chiaramente le linee guida della missione e sviluppare strategie per portarla a compimento; e per procurare risorse concrete in grado di affrontare le necessità attuali in un contesto che muta rapidamente.

Un altro progetto di collaborazione si chiama *New Covenant* (Nuova alleanza). Si tratta di un'altra opera [finanziata dalla Coalizione citata poc'anzi, dalla *Catholic Health Association* (CHA: Associazione cattolica per la salute), e da un gruppo di organismi chiamati *Consolidated Catholic*

*Health Care* (CCHC: Assistenza cattolica unificata) per intensificare e promuovere l'espressione organizzata della missione cattolica per la salute a livello nazionale e regionale [Il tempo a disposizione non consente una presentazione delle iniziative intraprese nel progetto *New Covenant*].

La sfida che riguarda tutti quelli coinvolti nella missione è di superare i nostri confini tradizionali di autorità e servizio e dirigere le nostre risorse collettive verso i più bisognosi. C'è urgenza in questa sfida.

### *3) Sostenere la missione in un contesto socialmente e politicamente complesso*

“Nel nostro mondo, dove spesso sembra che i segni della presenza di Dio siano diventati invisibili”, [Vita Consecrata § 85] le donne consacrate tentano di continuare la missione redentrice di Gesù, consapevoli che “nulla può venire prima dell'amore personale di Cristo e del povero nel quale Egli dimora” [Vita Consecrata § 84]. Molti cittadini pensano che l'assistenza sanitaria stia diventando un affare di lucro e che la parte cattolica possa svincolarsi dal suo impegno a favore dei valori elementari della dignità umana, il bene comune, il rispetto per la vita, la responsabilità verso il povero e l'amministrazione delle risorse. Quando le decisioni sono guidate solo dai soldi e non dalla missione, l'assistenza sanitaria diventa un “affare” e non un “servizio”. Le organizzazioni dotate di un investitore esistono nel sistema dell'assistenza sanitaria. I rendimenti possono impedire agli azionisti di concentrarsi sulle risposte ai bisogni umani. C'è tensione nella missione su questo argomento e in questo campo la nostra esperienza è limitata.

### *4) Formare la prossima generazione di leader della missione*

E' evidente che sono sempre meno le donne religiose alla guida della missione. Il numero di persone laiche adeguatamente preparate per ricoprire posizioni di comando nell'assistenza sanitaria cattolica e nei finanziamenti è insufficiente. Preparare e consigliare personale laico aggiuntivo affinché si assuma le responsabilità che i religiosi hanno tradizionalmente esercitato finora richiederà organizzazione, tempo e fatica. Formare una leadership rappresenta una sfida più importante quando molto del tempo di un capo viene consumato in riunioni d'affari in un contesto competitivo e di rapidi cambiamenti.

Dal momento che i laici si assumono la responsabilità dei finanziamenti, è necessario esaminare le riflessioni della Chiesa. Pochi istituti religiosi hanno invitato i laici in questo segmento della missione. Alcune persone giuridiche hanno esteso il proprio impegno a molte diocesi. Questo comporta l'ulteriore sfida di mantenere l'impegno e il coinvolgimento delle chiese locali e nello stesso tempo sviluppare relazioni giuridiche con la più ampia comunità ecclesiastica.

### *5) Schierarsi con i partner per rafforzare la missione*

I vari organismi per l'assistenza sanitaria si associano con varie entità. In questi nuovi rapporti è sempre più difficile essere un finanziatore senza condividere potere e autorità con i soci, che spesso non sono organizzazioni cattoliche. Con queste associazioni, il finanziamento sta assumendo nuove forme. I

principi e i valori che sono alla base dell'assistenza cattolica debbono essere chiaramente espressi. L'impegno e la compassione dei nostri fondatori e delle nostre fondatrici nel curare i bisognosi rimane; la complessità del contesto in cui è offerta l'assistenza è impegnativa e richiede un viaggio nella fede se cerchiamo i modi per affrontarla.

#### 6) *Mantenere l'integrità morale ed etica*

Mantenere l'integrità morale quando entriamo in società con altri per rispondere ai bisogni di una società pluralistica è un'altra delle sfide immediate. Quando cerchiamo di rispettare la dignità umana, la vita dal concepimento alla morte naturale, quando cerchiamo di garantire la giustizia nel posto di lavoro, di servire i poveri e i più vulnerabili, di affrontare temi riguardanti i mezzi per la riproduzione e individuare gli argomenti che riguardano la distribuzione di risorse limitate, ci troviamo di fronte ai valori sociali del consumismo, dell'individualismo, della competizione e della svalutazione della vita. C'è bisogno della voce collettiva delle donne consacrate e di tutte le persone di fede nelle tematiche concernenti la ricerca genetica, il suicidio assistito dai medici, lo sviluppo della tecnologia e, negli Stati Uniti, un più equo accesso all'assistenza sanitaria di base. Non vogliamo che la nostra voce collettiva e la missione redentrice di Gesù diminuiscano d'importanza a causa delle relazioni che stabiliamo con altri partner. Come affermato nelle *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* (Linee guida etiche e religiose per i servizi cattolici dell'assistenza sanitaria), sviluppate nella conferenza nazionale americana dei vescovi cattolici, da un lato, nuove associazioni possono contribuire alla realizzazione degli insegnamenti sociali della Chiesa; dall'altro, il rischio di uno scandalo non deve essere sottovalutato quando le associazioni non sono basate su valori e principi morali comuni [p. 26].

#### 7) *Determinare il cambiamento del sistema*

Come è stato esposto dettagliatamente in questo scritto, le donne consacrate in America del Nord hanno curato i bisogni fisici e spirituali dei malati e dei poveri per più di 150 anni. Negli ultimi anni abbiamo cominciato a chiederci: perché la gente è povera? Perché esiste la violenza? Perché le donne sono ignorate o danneggiate dalla politica sociale? Abbiamo visto che spesso le strutture e i sistemi sociali agiscono contro le donne, i bambini e i poveri. Con la nostra voce collettiva, noi parliamo pubblicamente a favore degli emarginati, servendoci dei valori del Vangelo come nostra sorgente di forza. La nostra fede ci guida e sostiene il lavoro che serve a dare forma a strutture in cui tutti possano far sentire la propria voce nelle decisioni che li riguardano.

Dal momento che il mondo è costituito da fatti interdipendenti, siamo sempre più partecipi di tematiche globali. Siamo in contatto e agiamo attraverso i territori internazionali dei nostri istituti religiosi. Spesso concentriamo la nostra attenzione su donne e bambini, che sono il bersaglio principale di violenze, abusi e abbandono in tutto il mondo. A volte siamo in grado di condividere le nostre risorse

in paesi dove le risorse per assistenza sanitaria sono scarse. Come lavoriamo per un cambiamento sistema, così anche noi stesse siamo invitate a cambiare.

### **Appello al cambiamento**

A volte la gente chiede: data la complessità attuale del sistema dell'assistenza sanitaria, per quale motivo le donne consacrate rimangono in questa missione? In *Vita Consecrata*, Papa Giovanni Paolo II riflette: “In ogni luogo e circostanza le persone consacrate dovrebbero essere messaggere zelanti di Gesù Cristo, pronte a rispondere con la saggezza del Vangelo alle questioni proposte oggi dall'ansietà e i bisogni urgenti del cuore umano” [*Vita Consecrata* § 81]. Dopo aver passato in rassegna le sfide attuali inerenti alla missione di cura, le donne consacrate in America del Nord continuano ad essere “messaggere zelanti di Gesù Cristo”. Ci troviamo nelle missioni di assistenza diretta ai poveri e gli emarginati; dove c'è da prendere le parti di coloro che non hanno voce nella società; a proclamare il desiderio di un mondo di pace e giustizia; e a sostenere gli sforzi rivolti a modellare strutture in cui tutti abbiano una voce nelle decisioni che li riguardano direttamente. Il carattere profetico della vita consacrata ci obbliga a rinnovare noi stesse alla luce e nell'ascolto attento della Parola di Dio in queste circostanze storiche.

Noi desideriamo proclamare la Parola di Dio con la nostra vita, le nostre labbra e le nostre azioni. Confidiamo nel consiglio dello Spirito di Dio mentre continuiamo la missione redentrice di Gesù nel prossimo millennio.

# IL MONDO DELLA SALUTE PUBBLICA COME SFERA DA EVANGELIZZARE: ESPERIENZE PASTORALI SIGNIFICATIVE CON CHI HA SUBITO UN ABORTO

**Madre Agnes Mary Donovan, SV,**  
Sisters of Life

## Nota Storica

Rappresento una comunità di più di 40 donne religiose chiamate in causa dallo Spirito Santo alle soglie del terzo millennio. La “Sisters of Life”, fu fondata il 1° giugno 1991, con la prospettiva di diventare un istituto religioso della Chiesa universale. Il nostro fondatore, il cardinale John O’ Connor dell’arcidiocesi di New York, in *Way of Life* (il documento inaugurale della comunità) propone questo discorso fondamentale per le Sorelle della Vita:

“Nel corso dei secoli è inevitabilmente parso che Dio Onnipotente facesse appello alle comunità religiose per andare incontro alle particolari necessità del momento. Io sono convinto che il bisogno cruciale del nostro tempo è di restituire a tutta la società il senso della sacralità della vita umana. Alla base dei peggiori mali del nostro tempo c’è sicuramente un disprezzo diffuso della vita umana.

“....La mia lettura del ‘segno dei tempi’, [tuttavia,] mi obbliga a credere che lo Spirito Santo, ‘aleggiando sopra il mondo prostrato’, vuole ispirare una comunità religiosa il cui dono di grazia sarebbe unicamente costituito dalla protezione della vita umana e dal suo progredire: una missione di rispetto verso ogni essere umano, in particolare i più vulnerabili, a cominciare dal bambino ancora nell’utero. Posso vedere lo stesso carisma spingere una comunità religiosa a preoccuparsi delle madri gestanti, specialmente le più bisognose, ma anche dei bambini dopo la nascita.

Oltretutto, l’aggressione costante della società alla vita dei nascituri ha aperto le porte ad un’aggressione altrettanto persistente alla vita dei fragili anziani, dei malati cronici gravi e di tutti coloro la cui ‘qualità della vita’ è considerata difettosa dalla società.

“....Ora per una comunità religiosa sembra giunto il momento di dedicare un po’ di tempo ogni giorno a pregare secondo la Liturgia sacra: con il santo sacrificio della Messa e l’ufficio divino; la contemplazione del santissimo Sacramento; con il santo rosario; con varie altre forme di preghiera. Inoltre, la comunità sarà impegnata in missioni attive, che saranno un estensione della vita contemplativa”. (Card. John O’Connor, *Way of Life*, Discorso fondamentale, pp. 1-2)

Questo discorso aiutò la nostra comunità nella formazione iniziale della vita religiosa fino all'autunno del 1993 - come pure altre comunità, in particolare la Parish Visitors of Mary Immaculate of Monroe; le Dominican Sisters of St. Cecilia of Nashville; e le Religious Sisters of Mercy of Alma.

Nella loro opera apostolica, attualmente le Sisters of Life: 1)rispondono alle necessità delle donne incinte e dei loro nascituri tramite consulenza spirituale, procurando cose di ordine materiale alle madri e ai bambini e offrendo un tetto e "sacro sollievo" alle donne incinte di Manhattan, New York; educano ed evangelizzano secondo l'insegnamento della Chiesa sulla vita umana e l'amore lavorando e operando nel "Dr. Joseph R. Stanton Human Life Issues Library and Resource Center" che è una miniera di informazioni e risorse sulle tematiche della vita umana, un archivio dove sono depositati documenti sul movimento per la vita negli Stati Uniti e in tutto il mondo e una biblioteca accademica per la ricerca su argomenti riguardanti la sacralità della vita umana; e 3) si occupano di ritiri spirituali per laici e religiosi. Sta crescendo una forma di apostolato molto speciale, dedicata alle donne e agli uomini che patiscono gli effetti dell'aborto durante la loro esistenza. E' su questa intensa e spesso non riconosciuta sofferenza che oggi voglio portare la vostra attenzione.

## **Aborto**

L'aborto è un fenomeno pressoché universale. Nel 1997, la *Human Life International* riferì nelle sue statistiche sull'aborto che in 87 nazioni che costituivano il 64% della popolazione mondiale era in atto una legge che sosteneva la possibilità di abortire su richiesta. Mentre in altre 53 nazioni gli aborti erano pratiche legalizzate, in queste si proteggeva in un certo modo la vita del nascituro.

Nei paesi industrializzati l'aborto elettivo legale è la norma; mentre per porzioni significative della popolazione mondiale che sono governate da regimi dittatoriali, l'aborto legale ma coercitivo (come preciso' Paolo VI in *Humanae Vitae*, § 17) è dettato dallo stato come mezzo di controllo sulla crescita della popolazione. Connessa alla morte tragica e violenta dei piccoli nell'utero materno è la sofferenza umana di cui fanno esperienza i molti coinvolti in questa violenza contro la vita umana - madri, padri, nonni, amici, fratelli, dottori e infermieri. La sofferenza post-traumatica è la storia non detta dell'aborto.

Nel mondo secolare dell'assistenza sanitaria esiste una cospirazione silenziosa che riguarda la sofferenza umana associata alla pratica dell'aborto. Un'opportuna comprensione medica e psicologica dell'aborto e delle sue conseguenze è stata seriamente ostacolata dal grado in cui l'argomento aborto ha esercitato la sua influenza nelle agende politiche. Il fenomeno davvero spaventoso e devastante della sindrome del dopo aborto, ovvero essenzialmente il non riconoscere e il non indagare adeguatamente da quale parte provenga l'incoraggiamento di una simile condizione, chiama in causa i principi delle posizioni femministe radicali, che spesso sono alla base della pratica abortiva. Questa cospirazione silenziosa ha lasciato milioni di donne e uomini soli e abbandonati, a soffrire per una fra le più gravi conseguenze psicologiche e spirituali degli errori della società contemporanea a proposito della sacralità della vita e della sessualità umana.

## Effetti dell'aborto: dalla sofferenza alla salvezza

Riflettendo sull'apostolato delle Sisters of Life, il nostro fondatore ci guida con le parole di Cristo: "Raccogliete i pezzi avanzati, ché nulla se ne perda" (Gv 6, 12). Chi sono queste donne? Riconosciamo i loro volti? Affinché possiamo raccogliere con loro i pezzi di vita avanzati dopo un aborto?

Nelle parole del nostro fondatore: "Il problema di ogni aborto è che profondamente e inevitabilmente rovina un individuo, una persona unica che non risponde ad alcun modello fisso e non è classificabile in nessuna categoria. Se lei ha mai avuto una scintilla di fede o una convinzione religiosa o una qualche forma di educazione etica, è schiacciata dai sensi di colpa, una colpa che può affondare nell'inconscio trasportata da energie negative che sono un vero e proprio cancro per l'anima".

"La madre che ha consegnato i suoi bambini alla morte, qualunque sia il motivo o la confusione o la pressione che l'hanno spinta a farlo, ha un bisogno spassionato di essere convinta più di qualsiasi altra cosa al mondo, che è stata perdonata, non da un avvocato né soltanto da se stessa, ma da Dio. Queste madri devono arrivare a credere che Dio le ama, nonostante o, in un senso misteriosamente profondo, proprio per la loro debolezza".

La voce di una donna. Vorrei presentarvi una donna che ha abortito. La chiamerò Teresa (per salvaguardarne l'anonimato). Conoscendomi come Sister of Life, Teresa ha scritto degli anni della sua lotta contro gli effetti dell'aborto e della preziosa salvezza che ha trovato. Mediante la mia consacrazione religiosa l'amore che Dio ha dato a me e a voi è per lei (e tutte quelle come Teresa), e lei lo intuisce. Con il suo permesso voi sentirete nella voce di Teresa l'esperienza interiore dell'aborto e della magnificenza di Dio, il Medico Divino, che l'ha condotta verso la salvezza e le ha fatto ritrovare la gioia di vivere. Se noi religiose consacrate siamo strumenti di Dio, è importante che adottiamo il Suo modo di amare nei confronti delle donne che hanno abortito in modo da imitarlo al meglio nel nostro apostolato.

Questa è la lettera di Teresa:

"Mi sono addormentata venerdì sera piena di pensieri sul mio bambino.

(Il giorno dopo).... "Ho... camminato fino alla (Chiesa dei) Sacri Innocenti, [I] e sono arrivata al momento dell'ostensione del Santissimo Sacramento, così sono rimasta a pregare e recitare il rosario. Ho domandato al Signore: 'Che ne è del mio bambino?'. Nessuna risposta".

"... Avevo bisogno di distrarmi, così sono andata a pattinare al Rockefeller Center. Era uno zoo: turisti in quantità, famiglie in festa, una profusione di colori e una gran confusione. Mentre salivo sul ghiaccio, ho incontrato lo sguardo di un ragazzino e ci siamo salutati. Poco più tardi, lo stesso ragazzino si è avvicinato a me, chiedendomi di dove fossi e cosa avessi fatto quel giorno. Abbiamo iniziato a scambiarci racconti sui nostri santi preferiti e, a questo proposito, ha apprezzato molto il racconto della storia di Santa Lucia. I bambini amano davvero le storie bizzarre. La madre si trovava là vicino nel suo ufficio e quel giorno si dovevano incontrare vicino alla pista di pattinaggio".

"E' buffo, ma in qualche modo siamo diventati amici e a un certo punto abbiamo persino pattinato mano nella mano. Era chierichetto da un anno, con il nome di Giovanni Paolo delle Regine.

Improvvisamente qualcosa mi ha colpito e gli ho chiesto l'età. Aveva 11 anni, un mese di differenza rispetto all'età del mio bambino. Ci siamo salutati con la promessa di pregare l'uno per l'altra. Mentre facevo ritorno all'albergo, sapevo era stato lo Spirito Santo a stabilire questo incontro.

“Ora che conosco la sensazione celeste di essere toccata dall'amore di Dio e ho imparato che Egli ha un progetto unico per ciascuno di noi, il grande peccato e la menzogna dell'aborto non sono mai stati più reali per me. Dio vuole questi bambini, noi no. Abortire è come rubare una vita a Dio. E' stata una lunga notte di dolore”.

“.....Il giorno seguente ho preso la metropolitana fino a San Giovanni Battista per trascorrere il pomeriggio in preghiera. Che incredibile benedizione è stata! Tutto il giorno e tutta la notte ho pensato tanto e profondamente al Battesimo. Ancora lacrime. Dunque un altro aspetto del crimine dell'aborto è costituito dalla negazione dei doni e delle promesse del Battesimo. Sapevo questo nella mia testa, ma ora è nel mio cuore per sempre.

“....Madre Agnese, lo Spirito Santo ha dato il nome al mio bambino... egli ora si chiama Giovanni Paolo, con il nome del Papa. E' semplicemente glorioso! Giovanni è per San Giovanni Battista. Io prego perché la grazia del Battesimo scenda sul mio bambino: E' nelle mani di Dio. Mi è stato detto che il passo finale nella guarigione da un aborto sta nell'accettare il perdono di Dio, stabilendo una rapporto personale con il mio bambino per il resto dei miei giorni. Ecco quanto mi è successo. Sentirò la tristezza per sempre, ma la vergogna si è dileguata. Giovanni Paolo non è più ‘una procedura’ per me. Egli è un ragazzo, un Sacro Innocente, proprio come quello che ho incontrato alla pista di pattinaggio. Che miracolo di grazia la salvezza di Dio!

“.....La fede, la fiducia e la gratitudine stanno crescendo dentro di me. Dio è così buono. Come sorprende con la sua gioia l'amore di Dio!”.

## **Giorni di salvezza e redenzione per chi ha subito un aborto**

Come Teresa ci sono molti uomini e donne che sono in attesa di sentire una parola di speranza per guarire dall'esperienza dell'aborto. Si trovano nelle nostre famiglie, condividono i doveri con noi nel posto di lavoro, siedono sui banchi di Chiesa, ascoltano con orecchie ben aperte e piene di speranza. Come religiose non solo abbiamo bisogno di comprendere e compatire, ma anche di trovare i modi di esprimere la nostra compassione con parole e azioni.

Ascoltiamo qualcuno che ha patito questo silenzio:

“...Non sapevo che l'aborto potesse godere del perdono tramite un sacerdote. Ero terribilmente disinformato a causa di persone altrettanto disinformate... Noncurante di questa inconsapevolezza, mi trovai per caso nella Cattedrale di St. Patrick a vuotare tutta la storia a un prete di cui non ricordo il nome ma del quale non dimenticherò mai la faccia. Fu così pieno di compassione per l'accaduto. La sua non fu condanna, ma amore.

E' stata l'esperienza più esuberante che io abbia mai avuto. Dio mi ama ancora!!!

“...Sono andata in chiesa religiosamente da quando il mio peccato è stato perdonato e da allora neanche una volta ho sentito un prete incoraggiare donne che soffrivano silenziosamente per questo peccato ad andare in chiesa per chiedere perdono. Se il diavolo esiste, la forma che preferisce per manifestarsi deve essere senz'altro l'ignoranza”.

Quale modo da parte nostra per scacciare questo diavolo, nel 1996 le Sisters of Life hanno inaugurato i “Giorni di preghiera e redenzione” per donne che patiscono gli effetti dell'aborto. Ogni mese questi giorni si rinnovano e donne e uomini nuovi vengono a cercare il sollevo, il perdono e la grazia di Dio. Una donna che ha subito un aborto lavora con noi iniziando ogni giorno con il racconto della redenzione trovata nella grazia di Dio. La giornata prevede l'opportunità di condividere il dolore in un contesto di fiducia e comprensione; si riflette sulle Scritture con la guida delle sorelle e del cappellano; e poiché noi crediamo che la salvezza viene da Colui che ha sofferto per noi tutti, la giornata dà risalto all'opportunità di ricevere i sacramenti di riconciliazione e l'Eucaristia. Comprendere la natura dell'esperienza dell'aborto ed essere in grado di esprimere la verità della grazia e del perdono divino da parte del prete che lavora con noi, sono cose di vitale importanza per la riuscita della giornata.

Le grazie di questi giorni si espandono grazie ai raduni serali che ogni mese vedono riuniti i “diplomati” dei nostri “Giorni di preghiera e redenzione” che forniscono un costante supporto spirituale attraverso le riflessioni sulle Scritture, l'adorazione dell'Eucaristia e la recitazione comune del Rosario.

## **Conclusione**

Se il diavolo esiste, la forma che preferisce per manifestarsi deve essere senz'altro l'ignoranza. Possa egli essere bandito nel nome di Cristo Gesù che chiama a Sé tutti i peccatori. E possiamo noi religiose diventare strumenti di compassione in parole e azioni per questi membri sofferenti della nostra Chiesa, affinché possiamo cantare insieme la grazia e il perdono di Dio, dicendo con le parole di Teresa, “Dio è così buono!”.

## **LA PRESENZA DELLE RELIGIOSE DELLA SANITA' IN AMERICA LATINA E NEI CARAIBI**

**Sr Diva de Moura,**  
Piccole Missionarie di Maria Immacolata

### **Introduzione**

La donna consacrata impegnata nel campo della Sanità si colloca come agente trasformatore del nostro mondo, come speranza di un pieno rinnovamento, sotto la luce e l'impulso dello Spirito Santo. Alle soglie del terzo millennio, abbracciamo con ardore la Nuova Evangelizzazione, raccogliendo l'appello del Santo Padre Giovanni Paolo II che ci esorta a questo impegno di rivitalizzazione spirituale e di solidarietà con tutti coloro che gridano per una vita piena.

### **Quadro dell'attuale situazione sanitaria in America Latina e nei Caraibi**

Come è stato ben sottolineato nel II Incontro Latino-Americanico e dei Caraibi della Pastorale della Sanità, tenuto a Quito, Ecuador, nel 1994, la salute è un diritto fondamentale cui tutte le persone devono poter accedere, senza privilegi né esclusioni. Condizione essenziale per lo sviluppo personale e della comunità, rappresenta l'affermazione stessa della vita. La problematica della Sanità è ancora una realtà angosciosa per coloro che si impegnano, per un grande ideale, con il desiderio di servire Cristo Sofferente, nell'esercizio del "mistero della misericordia". Si tratta di una sfida per le Religiose che operano nel campo della Sanità.

"Il crescente impoverimento di milioni di nostri fratelli, le politiche di accordi neoliberali, i disequilibri macroeconomici, l'inefficienza dei servizi e l'insufficiente impegno per la spesa sociale, sono alcuni dei fattori economici che incidono profondamente sulla salute del nostro popolo latino-americano già così sofferente.

A ciò si sommano le varie componenti di ordine sociale, quali la situazione di abbandono dell'assistenza integrale agli anziani, ai malati cronici, ai malati mentali, agli inguaribili, ai minorati fisici; la mancanza di controllo di costo e qualità dei farmaci, il traffico di organi, la sterilizzazione delle fonti di vita, l'elevatissimo numero di aborti, il ratto e la vendita di bambini. Questo il panorama generale nell'ambito delle problematiche della salute, di poco mutate negli ultimi dieci anni.

Sono, inoltre, fattori che hanno ripercussioni negative sulla salute, causando malattie e morte: le abitudini di vita e di riproduzione, l'ambiente naturale, la genetica; ma anche la penetrazione nella società di antivalori come il consumismo esasperato, l'alcolismo, le droghe, il libertinaggio, la pornografia ecc." (Documento di Quito).

Questo, in linee generali, è il panorama sociale della Sanità in America Latina, il campo di lavoro in cui le Religiose, nella radicalità della loro donazione a Cristo, si consumano giorno dopo giorno.

### **Come e dove operano le Religiose**

E' all'interno di questa realtà che, in maggiore o minore proporzione, operano migliaia di Religiose. I servizi che esse svolgono nei differenti Paesi dell'America Latina e dei Caraibi sono di vario tipo. Nella Medicina, come infermiere, nella Sanità, nelle aree della Pastorale della Sanità, della Pastorale dell'Infermo, nella medicina preventiva, terapeutica o nell'Area Amministrativa, le Religiose operano direttamente, considerando la Sanità come "Terra di Vangelo".

- In questo modo, esse sono presenti nelle regioni più povere e bisognose del nostro continente, nell'entroterra e nelle grandi città, dove vivono nella povertà, condividendo solidalmente la vita con il popolo, tentando di alleviare le loro sofferenze. Molte di queste Religiose svolgono servizi volontari, gratuiti, o stipulano qualche tipo di convenzione con lo Stato o con la stessa Chiesa, ricevendo piccoli contributi per la manutenzione delle opere o per assistere la loro povera clientela. Altre devono la loro sopravvivenza alla propria Congregazione.
- Le loro attività sono le più varie: inserite in mezzo al popolo, nelle periferie, evangelizzano mentre partecipano alla vita della popolazione in mezzo alla quale vivono. Tali attività missionarie possono comportare un rischio che esse devono considerare, quello di un coinvolgimento eccessivo nel campo socio-politico, a discapito dello spirito soprannaturale della loro vocazione. Con estrema dedizione educano i bambini, le famiglie, visitano e curano malati ed anziani; molte volte operano come ispettori sanitari in quei luoghi dove non arriva il medico, trasmettendo agli abitanti le più elementari nozioni igieniche per la prevenzione delle malattie. In questo modo mettono in condizione le persone di essere agenti della propria salute e di quella della comunità; organizzano mini-farmacie ecc. Altre, in numero minore, partecipano ai Consigli Sanitari dei rispettivi Municipi.
- Le Religiose operano inoltre nell'ambito del "Progetto Salute della Famiglia" che consiste nell'assistenza sanitaria domiciliare: professioniste del campo visitano i malati nelle loro case, insegnano i rudimenti e le cure infermieristiche.
- Un grande contingente di Religiose opera, nonostante difficoltà quasi insuperabili, nel campo curativo, in ospedali, case geriatriche, ambulatori, sanatori e nella cura diretta degli infermi.

Esiste, tuttavia, una differenza enorme tra questi nosocomi. Alcuni - in numero minore - sono ospedali di punta che si avvalgono delle tecnologie più moderne, delle migliori attrezzature ed hanno maggiori risorse umane.

Altri, purtroppo in numero molto maggiore, sono ospedali che incontrano molte difficoltà per la loro manutenzione poiché sono destinati ad assistere la popolazione povera.

Alcuni appartengono alle stesse Congregazioni religiose che - a causa della caotica situazione economica in cui versa il mondo - riescono a mantenerli solo con molta difficoltà.

Altri sono ospedali del Governo Federale, dello Stato, del Municipio, Case di Cura, molte volte unici nell'intera regione. In questo modo, insieme al potere pubblico, responsabili dell'amministrazione di tali ospedali, le Religiose operano sia come semplici supervisori sia intervenendo direttamente nella direzione, oppure occupandosi contemporaneamente dell'amministrazione e della cura dei pazienti, o come semplici responsabili della pastorale degli infermi e dell'evangelizzazione dei degenzi.

### **Difficoltà e sfide incontrate dalle Religiose nel servizio della Sanità.**

Le difficoltà incontrate in questi campi sono molteplici: vi sono grandi disuguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria; queste disuguaglianze rendono difficile il lavoro delle Religiose perché non possono operare con equità e libertà.

Negli ospedali si nota una riduzione del numero delle Religiose sia perché - senza risorse per la manutenzione degli stessi - molte Congregazioni ne hanno abbandonato la direzione sia a causa della diminuzione del numero delle vocazioni. Quest'ultima è anche la possibile causa del maggiore logorio, fisico e psichico, al quale le Religiose sono sottoposte per l'eccessivo lavoro e che pregiudica anche la loro vita spirituale e di preghiera.

Per tutti questi fattori, una gran parte delle Religiose che operano nella Sanità è impossibilitata a perfezionare la propria formazione tecnica, attraverso la partecipazione a Congressi, Corsi e Seminari sulla Sanità.

Inoltre, a causa delle pressioni che le Religiose ricevono rispetto all'aborto, alla sterilizzazione, ai metodi contraccettivi ecc. vi è una grande difficoltà nell'attenersi negli ospedali alla morale cattolica. Come conseguenza dello sforzo di salvaguardare la morale, in alcuni luoghi si è mostrata - più o meno velatamente - un'autentica opposizione alla presenza di religiose nei servizi sanitari, da parte di gruppi antiecclesiastici.

La commercializzazione della Medicina sta diventando uno dei problemi da affrontare nel mondo sanitario. L'ospedale è passato ad essere considerato come un'impresa lucrativa, generando la competitività all'interno del "mercato", con il rischio di metterne a repentaglio la sopravvivenza, nell'ambito delle istituzioni sanitarie, del senso di comunione e fraternità.

Altre difficoltà incontrate dalle Religiose sono:

- L'insorgere di nuove malattie come l'AIDS, o la recrudescenza di altre ritenute ormai estirpate come, ad esempio, la Tubercolosi, la malaria ed il colera;
- L'alto numero di gravidanze tra le adolescenti;
- La situazione di abbandono dei minori, del "bambino di strada", dei bambini in genere, vittime di tutti i mali della società.

All'interno di questo quadro, deve essere considerata con particolare attenzione la condizione dell'indio e dei bambini indigeni, "i quali sono le vittime dei maggiori svantaggi dell'emisfero, richiedendo una speciale attenzione politica..." (Prospettive di Salute – OPAS, Vol. 3 n°1 - 1998).

Queste sono le maggiori difficoltà e le grandi sfide che le Religiose hanno incontrato nell'esercizio della loro vocazione unite al Cristo povero e sofferente.

### **Tendenze e prospettive nel campo della Sanità**

#### **alle porte del nuovo millennio.**

#### **Segnali di vita e di speranza.**

Vi è una generale tendenza a puntare sulla globalizzazione e sul decentramento della gestione delle risorse pubbliche della Sanità.

Particolare attenzione si è avuta per le cure della medicina preventiva, considerando specialmente i gruppi a maggior rischio. Tra questi si possono distinguere:

- la famiglia in generale, per un miglioramento delle condizioni di vita al suo interno;
- la gestante, favorendo le cure prenatali, il parto normale, il parto assistito, la cura perinatale, l'importanza dell'allattamento materno, includendo allo scopo la preparazione fisica della madre;
- campagne per la prevenzione del cancro del collo dell'utero.

Con lo sviluppo della medicina preventiva c'è una tendenza alla deospitalizzazione, ovvero alla riduzione dei ricoveri ospedalieri, alla ricerca di una maggiore qualità nell'assistenza dei casi urgenti di ricovero nosocomiale;

- la creazione di "Day-Hospital";
- la formazione professionale di nuovi agenti di Sanità che contribuiscano a sviluppare la coscienza della solidarietà comunitaria;
- le campagne di vaccinazione contro le principali malattie infantili, come poliomielite, morbillo, difterite, tetano neonatale, pertosse e tubercolosi.

"L'approssimarsi del nuovo millennio vede un grande impegno nella trasformazione dei sistemi della sanità e nel raggiungimento di una nuova meta: la creazione di una Cultura della Salute in cui la prevenzione migliora la qualità e gli stili di vita. Questo processo dinamico comincia con la promozione dello sviluppo fisico e mentale dei bambini e continua per tutta la vita" (OPAS, op. cit., p. 9).

### **Conclusione. La nostra missione di Religiose nel mondo della Sanità, alle soglie del nuovo Millennio.**

La donna Consecrata, per il semplice fatto di essere una Religiosa, soltanto con la propria presenza, sta già evangelizzando. Tale affermazione è ancor più evidente nell'ambito del dolore umano. Il malato,

nel varcare la porta dell'ospedale, vede davanti a sé la propria povertà esistenziale; tutta la sua struttura fisica, psichica, affettiva, emotiva e spirituale si trasforma.

Come mai prima di allora, egli è assetato di Dio, poiché mai si è sentito così povero, indifeso, così insicuro come sopra al suo letto di dolore, di aspettative, di incertezze. Egli necessita, quindi, di qualcuno che gli mostri fino a che punto Dio è misericordia, perdono. E' immensa carità quella di mostrare al malato il valore della sua sofferenza quando questa è integrata nella passione e nella croce del Signore Gesù.

Questa la missione più importante, più bella della Religiosa al servizio del malato; nell'ospedale come nelle mansarde, o nelle baracche dove si reca a trovarlo. E non solo lì, ma in tutti i luoghi dove si trova il dolore, la sofferenza, l'abbandono...Insieme all'anziano che non ha più speranza, o al piccolino che si è svegliato male alla vita. E nulla si può sovrapporre, nel suo cuore di Consecrata, a questo compito di essere la presenza viva della misericordia e della bontà di Cristo.

Il campo della Sanità è veramente terra di Vangelo!

E' necessario che le Religiose impegnate nel campo della Sanità e della salute prendano coscienza della responsabilità che Dio ha posto nelle loro mani, dell'opportunità unica che hanno di evangelizzare, di annunciare Gesù Cristo, di essere il Vangelo vivo, per una vita di fedeltà, di paziente dedizione, di gioioso annuncio della pace, della solidarietà, dell'accoglimento fraterno, delle mani delicate e affettuose che trasmettono la speranza di vivere, senza scoraggiamento, senza ricerca di compensi.

Con Maria, l'Immacolata, nella fedeltà incondizionata alla santa Chiesa, abbracciamo le sfide della nostra Congregazione. Perfezioneremo la qualità della nostra vita di consacrate, vivificando i nostri voti, intensificando la nostra vita di preghiera, la nostra vita fraterna in comunità, nella concretizzazione del carisma dei nostri Fondatori.

Ecco la testimonianza evangelizzatrice efficace in possesso delle Religiose che operano in tutti gli spazi che il mondo della Sanità offre come campo di missione, di una nuova evangelizzazione, sempre attuale e creativa nei suoi metodi, nelle sue espressioni, e sempre fedele al Vangelo e alla Chiesa di Gesù Cristo.

**AL SERVIZIO DELLA CARITA' PER LA VITA  
PROGETTO PASTORALE DELLA SANITA'  
IN AMERICA LATINA E NEI CARAIBI**

**Suor Laura Maria MEJIA Toro,**  
Infermiera Dominicana della Presentazione  
Medellin, Colombia

Vorrei parlare del Progetto Pastorale Sanitario in America Latina e nei Caraibi.

Elaborare un Progetto di questa levatura, è già un enorme compito, ma riconoscere la sua attualità nel preciso momento, nel quale assistiamo ai dibattiti più inquietanti sull'eutanasia, sulla libertà di disporre della propria vita, sulla programmazione genetica, e infine sul discusso diritto alla qualità della vita, sembra essere una sfida ben più grande.

Il mio proposito è, quindi, quello di presentare il nostro Progetto. Ma voglio prima presentare la mia Congregazione.

**Origine e scopo delle Domenicane della Presentazione**

“Siamo Suore Dominicanee della Carità della Presentazione presenti nel mondo della Sanità nel quale vogliamo annunciare Gesù Cristo con un nuovo impulso apostolico segnato dalla solidarietà, dalla formazione culturale, dall'impegno per la giustizia, dalla difesa e dalla promozione della vita”.

La Congregazione, fedele al Progetto di Apostolato sociale della Carità, la cui Fondatrice, beatificata recentemente, alle soglie del IV secolo della sua storia, vuole continuare la sua opera di evangelizzazione iniziata a Sainville, piccola cittadina francese del XVII secolo, culla della Congregazione, a favore della dignità dell'uomo e nella ricerca della promozione della vita e della sanità.

Marie Poussepin, nostra fondatrice, fin da giovanissima, a fianco di sua madre condivide il dolore e la sofferenza dei suoi fratelli, si apre alla gratitudine, alla misericordia, alla Parola, alla preghiera e alla contemplazione, ed è da lì che la sua missione Pastorale si estende sempre più, incontrando nuovi sentieri e forme di presenza “Quanto più si vive di Cristo, meglio si possono servire i fratelli”, ci dice Papa Giovanni Paolo II. L'esperienza di Dio, trasformatrice e profonda, le permette di scoprire un nuovo linguaggio per arrivare al fratello; sa percepire come “chiamate” di Dio gli avvenimenti del mondo e il grido silenzioso degli uomini e delle donne del suo tempo e sia con novità che con audacia dà la risposta misericordiosa richiesta dal momento storico.

Ella ha ben chiaro nella sua coscienza che il Vangelo è l'agente più potente e radicale di trasformazione e liberazione dell'uomo e della sua storia, sa che “l'uomo nella sofferenza è la via prediletta dalla Chiesa”. Ella fa della sua Congregazione una comunità che ascolta, anima, celebra e testimonia il Vangelo della carità.

La suora infermiera è per lei una persona di preghiera e azione, consacrata al servizio di Dio dai suoi fratelli, per i quali lavora alla ricerca della salute fisica e spirituale “Colui il quale presta un servizio diviso, è diviso egli stesso”.

### **Perché un Progetto Pastorale per la Sanità ?**

Il Progetto è per noi un invito ad uscire da sé per andare nell'altro, a passare dalla teoria all'azione completa, ad implicare noi stesse in un'azione Pastorale che risponda alle necessità dell'uomo e di tutti gli uomini, ad una Pastorale centrata sulla persona; ad una focalizzazione Pastorale che porta ad optare per una assistenza integrale, a passare da una Pastorale dei sacramenti ad una Pastorale di evangelizzazione, da una Pastorale di ammalati ad una Pastorale di salute, da una Pastorale della morte ad una Pastorale che abbracci tutti gli eventi della vita dell'uomo, da una Pastorale centrata sulla dedizione alla cura ad una Pastorale che abbracci tutto il mondo della salute, da una azione isolata ad una Pastorale organizzata, da un lavoro personale ad una risposta comunitaria.

### **Cosa pretende questo Progetto ?**

Come Congregazione in America Latina, presente in istituzioni assistenziali e di formazione per la sanità, in opere parrocchiali e diocesane e nelle équipe multidisciplinari, vogliamo offrire un servizio di carità, fondato su valori evangelici, sul rispetto per la vita e la natura, e sul riconoscimento della dignità dell'uomo e della donna; sempre caratterizzato dalla carità misericordiosa, dalla gratuità, dalla comunione, dall'universalità e dalla coscienza del momento presente.

Impegnate nella missione della Chiesa e della Congregazione, a favore della sanità e della vita umana, come popolo di Dio: “sentiamo di dover annunciare il Vangelo della vita, di celebrarlo nella liturgia ed in tutta l'esistenza, di servirlo con le diverse iniziative e strutture di appoggio e promozione”, nella linea del Carisma Congregazionale.

*“Dalla Comunità locale ed in collaborazione con i laici, vogliamo essere le continuatrici del Progetto missionario di Marie Poussepín nel momento attuale della storia, vogliamo promuovere con le nostre attitudini ed azioni la salute e la vita, evangelizzando persone e strutture, affinché il Regno sorga ed il Carisma continui ad essere incarnato nelle culture con la forza convocatrice del “Vieni e guarda”.*

### **Da dove deriva il Progetto ?**

- Dalla posizione della Chiesa
- Dalle opzioni della nostra Congregazione
- Dalle mutevoli condizioni del mondo.

Nella decade degli anni '80 nuove realtà sfidano la nostra missione

- La Chiesa, impegnata nel Progetto di Dio: “Che abbiano vita e vita in abbondanza”, si sente inviata ai poveri, ai deboli ed agli infermi. Scopre la sua missione evangelizzatrice e manifesta la sua solidarietà nell'affermazione della vita, come segno dell'azione salvatrice e liberatrice di Dio nella storia.

- La Congregazione, animata dalla forza del Carisma, con un nuovo impulso apostolico, dall'insegnamento e dalla solidarietà, nella dinamica dell'incarnazione, vede nella Pastorale della sanità un cammino privilegiato per la realizzazione del Progetto missionario di Marie Poussepin, a condizione di leggere con lucidità ed audacia il momento storico e dare la risposta oggi nella fedeltà creatrice.
- Le condizioni mutevoli del mondo, il progresso della tecnica, le conquiste scientifiche con le loro implicazioni etico-morali, le mutazioni socio-economiche e politiche, ed i nuovi sistemi di sicurezza sociale, necessitano di nuove risposte al servizio della sanità e della vita.

**Queste realtà** mettono in chiaro la necessità di attuazione del Progetto per la sanità esistente oggi, e mostrano l'arricchito cammino percorso dalle suore, la sua possibilità di sentire con più forza l'impegno in favore della vita e la necessità di unificare i criteri per favorire la crescita personale e comunitaria.

Nonostante le marcate differenze dei paesi dove opera la Congregazione in America Latina, si è arrivati ad identificare alcune situazioni simili inquietanti, che incidono nella protezione e nello sviluppo della vita e nella conservazione della salute, nel momento che necessitano risposte pastorali comuni, pianificate ed organiche.

Tra le altre si evidenziano:

- Mutamenti nella struttura demografica per la diminuzione della natalità, mutamenti nella mortalità da malattia, movimenti migratori e ricerca di migliori condizioni di vita
- Aumento della speranza di vita alla nascita e migliori condizioni di vita in alcune regioni
- La violenza istituzionalizzata: omicidi, sequestri, scomparse, scontri armati, intolleranza.
- La aggressioni alla famiglia intese come disintegrazione familiare, maternità prematura, aborto, discriminazioni, sottomissioni, ingerenza ufficiale nella pianificazione.
- L'errata relazione dell'uomo con la natura: contaminazione dell'acqua, del suolo e dell'aria, estinzione della flora e della fauna, l'inadeguata disposizione di diritti.
- Le credenze radicate, a volte con senso magico, della fede.
- Il malcontento mondiale per il modello medico attuale, che pretende di cercare un cambiamento radicale, non tanto nel "sapere" del medico, quanto nel "saper fare" e nel "saper essere".

### **Ma perche' parliamo di un nuovo sistema di sicurezza sociale?**

La O. M. S.(Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce il sistema di sicurezza sociale per la sanità come: "un processo sostenibile di cambiamenti politici, istituzionali, di organizzazione, dirigenziali e finanziari, guidati da ogni governo, il cui proposito è migliorare il funzionamento del settore sanità cercando di incrementare la salute della popolazione. I suoi obiettivi sono: raggiungere una maggiore equità, una maggiore efficienza nell'utilizzazione delle risorse, una migliore qualità ed una maggiore soddisfazione nell'utente e nei fornitori del servizio".

I sistemi di sicurezza sociale in America Latina gravitano fondamentalmente intorno alla malattia, come risultato di carenti condizioni di vita:

- La politica neoliberale, rivestita di democrazia, restringe l'intervento dello stato e lo sottomette alle leggi di mercato, privilegia supposte prerogative della minoranza, disconosce e viola i diritti della maggioranza, scarica la responsabilità della sanità sull'impresa privata, incorpora nuove tecnologie irraggiungibili per la maggior parte delle persone.
- Lo scarso preventivo di spesa destinato dai governi alla sanità, l'inadeguata distribuzione ed amministrazione delle risorse, che influiscono sulla copertura, sulla qualità e sull'opportunità dei servizi.
- I bassi salari e le precarie condizioni di lavoro
- I nostri paesi sono lontani dalla giustizia sociale inherente alla nozione di salute per tutti; non si privilegiano coloro i quali presentano i maggiori fattori condizionanti della malattia. Occorre chiederci: "oterremo la salute per tutti entro il 2000 ?".

A fianco di queste dure realtà sorgono:

- Nuove forme di organizzazione comunitaria con la possibilità di apporti nella trasformazione sociale come: promotrici comunitarie, madri comunitarie, azioni comuni, associazioni di utenti.
- Nuovo impulso alla professionalizzazione e specializzazione degli addetti alla sanità.
- Riforme radicali del sistema sociale nella sanità, come un fenomeno storico completo, che si presenta nell'ambito specifico dei cambiamenti sociali, economici e politici.
- I governi tendono verso nuovi sistemi di sicurezza sociale integrale per garantire i diritti irrinunciabili della persona e della comunità.
- I progressi della scienza e la ricerca biomedica.

Gli obiettivi della riforma del sistema della sicurezza sociale sono: universalizzazione del servizio, equità, efficienza, qualità, soddisfazione dell'utente e degli addetti al servizio. Questi obiettivi sono accettati in tutto il mondo, ma le difficoltà si presentano al momento della definizione dei grandi temi politici come: priorità relazionate al tipo di attenzioni accessibili a tutti, popolazione prioritaria e tecnologica, come passare dall'attenzione per il malato all'attenzione integrale, definire se il soggetto dell'attenzione sarà cliente, utente, consumatore o paziente; dilemma tra il pubblico e il privato, come garantire la riforma, la struttura giuridica e i responsabili della qualità dell'attenzione.

Pertanto la riforma deve essere indirizzata a:

- Dare effettiva capacità di elezione all'utente che usufruisce del servizio e rispettare i suoi diritti
- Permettere la partecipazione delle persone in occasione delle decisioni
- Sviluppare i programmi di miglioramento continuo della qualità
- Offrire salute integrale: promozione, miglioramento del livello di salute comune ed equità.

## **La posizione e l'azione della Chiesa**

Di fronte alla realtà descritta, la Chiesa in America Latina ed anche la Congregazione, presentano la propria realtà con momenti di luci ed ombre nella realizzazione della sua azione Pastorale. Come punto di forza notiamo:

- Gli ultimi documenti del magistero della Chiesa sono una denuncia profetica ed una linea orientativa che aiutano l'agente della Pastorale affinché riscopra la sua identità nel complesso e conflittuale mondo della sanità.
- Le chiese dell'America Latina precisano opzioni chiare e linee di azione impegnate che permettono un maggiore avvicinamento ai gruppi che lavorano per la difesa della vita.
- Vediamo come segni di vita e speranza il più grande impegno nella ricerca di una migliore qualità della vita; si va dando alla vita una messa a fuoco integrale, sorgono gruppi della Pastorale della sanità nell'ambito parrocchiale ed istituzionale, associazioni di malati ed organizzazioni popolari in difesa dei diritti fondamentali.

Altri punti oscuri sono:

- La scarsa preparazione teologica e tecnica degli operatori sanitari per abbordare, chiarire ed orientare la problematica sociale e sanitaria verso la ricerca di soluzioni conformi alla realtà ed ai valori etici e morali promulgati dalla Chiesa.
- L'evangelizzazione che non sempre arriva alla radice delle situazioni, in mancando una correlazione tra il Vangelo e la vita concreta, personale e sociale.
- La mancanza di organizzazione nella Pastorale a livello nazionale, diocesano, parrocchiale ed istituzionale.
- La scarsa conoscenza della Pastorale della sanità come impegno di tutti i cristiani
- La presenza di tasche di miseria, di sentieri separati dalle grandi città, di zone di violenza armata, dove non è arrivata l'attenzione primaria della sanità, né l'azione Pastorale. E' lì che urge la presenza di personale pastoralmente preparato e professionalmente qualificato.

### **Ci chiediamo: cosa pretende il progetto pastorale della sanità?**

Da questa visione integrale dell'uomo che offre la Pastorale della Chiesa e la Congregazione, la sanità si posiziona di fronte al paradigma della qualità della vita, della malattia, della sofferenza e della morte come opportunità offerte alla persona per l'incontro con se stessa, con i suoi fratelli e con Dio, come cammino per scoprire la propria verità e come dinamismo speranzoso per tornare al Dio della vita che rimette il tutto a Cristo.

La realtà cangiante distinta alla luce delle esigenze del Vangelo, la Chiesa ed il Carisma congregazionale, ci prospetta alcune sfide nelle quali si gioca la vita e la vitalità del Vangelo. Queste sono:

- Rispondere con audacia e creatività alle esigenze del mondo di oggi, da una formazione qualificata, affinché il Carisma congregazionale nel campo della sanità conservi il suo dinamismo e la sua attualità.
- Impegnarci in una azione cosciente, pianificata e ragionevole per la difesa della vita e dei diritti umani, affinché la nostra missione sia fedele al Vangelo, e al momento storico.
- Integrarci ogni volta di più con i laici, nella prestazione del servizio sanitario e nella promozione della vita, entro i principi etici e cristiani, affinché la nostra presenza sia espressione di misericordia.

- Impegnarci in una Pastorale della sanità organizzata, dinamica, audace ed aperta al cambiamento, che rivitalizzi la nostra presenza missionaria, affinché la nostra ragion d'essere nel mondo abbia senso evangelico.

### **Quali sono i passi che ci hanno portato alla realizzazione del nostro progetto ?**

Queste sfide hanno portato la Congregazione a proporre e sviluppare un piano organico di Pastorale della Sanità attraverso un Progetto di Pastorale d'unione, il quale si è pervenuti attraverso i seguenti passi.

Dopo un lungo periodo di ricerca ognuna delle province religiose si è messa al lavoro per definire gli elementi chiave dell'orientamento apostolico del settore sanità:

1983 - Primo incontro interprovinciale. Era necessario trovare l'unità essenziale in ciò che noi identificheremo come Suore Dominicane della Presentazione in qualsiasi luogo o tipo di opera.

1984 - Secondo incontro interprovinciale, obiettivo: conoscere il lavoro Pastorale della sanità realizzato per ognuna delle province in America Latina e definire gli elementi per l'elaborazione di un piano per la Pastorale della Sanità.

1986 - Nel terzo incontro si è presentato il documento di studio, il quale è stato approfondito ed analizzato attraverso nuovi contributi e consegnato ad una commissione integrata da una suora di ogni provincia. Si è deciso: coinvolgere tutte le suore indipendentemente dal settore apostolico al quale appartengono, per considerare la sanità un impegno per tutte.

Con il materiale ottenuto la commissione incaricata ha elaborato un documento che è stato inviato ai governi provinciali ed ai gruppi della Pastorale della sanità: integrato dai contributi il documento così arricchito è stato nuovamente inviato ad ogni comunità le quali dovevano studiarlo ed esprimere le proprie opinioni.

1987 – “Approvazione del Progetto di Pastorale della Sanità”

1995 – “Aggiornamento del Progetto”. In questa riunione sono stati presentati gli obiettivi raggiunti e le difficoltà incontrate nella realizzazione degli impegni assunti; dopo le analisi si è proceduto agli aggiornamenti del caso.

Il Progetto appare pubblicato in tutta la sua totalità nella rivista “*Dolentium Huminum. Chiesa e salute nel mondo*, n. 30

Quanto esposto finora costituisce la ragion d'essere del Progetto, la sua necessità ed il suo fondamento. Ora vorrei indicare alcune implicazioni più concrete.

### **Nel progetto sono state definite quattro priorita', ognuna con le sue strategie**

#### **A - Formazione qualificata delle suore:**

- Favorire la formazione teologica e Pastorale dal radicamento nella Parola con dimensione umana, etica, spirituale e biblica
- Promuovere l'idoneità e l'aggiornamento delle suore nelle aree che condizionano e determinano la sanità

- Rafforzare la vita fraterna come segno di comunione e di impegno con la missione
- Recuperare nella nostra missione il rispetto per la cultura della sanità propria del popolo
- Distinguere le politiche della sanità e coinvolgerci in essa con senso evangelico

**B - Difesa della vita e dei diritti umani:**

- Leggere la realtà della sanità con senso critico, alla luce del Vangelo
- Conoscere e discutere ampiamente gli obiettivi, i risultati, le difficoltà e le esperienze sulla riforma dei servizi sanitari, dalla realtà docente, dalla prestazione dei servizi sanitari o dai gruppi parrocchiali.
- Riscattare i valori umani ed etici nella prestazione dei servizi sanitari
- Fare dell'annuncio profetico un impegno in favore della salute, della qualità della vita e della partecipazione dei cittadini
- Promuovere e partecipare in gruppi interdisciplinari tendenti ad incrementare la cultura della vita
- Assumere prioritariamente la nostra missione lì dove sorgono situazioni di povertà, miseria o emarginazione.

**C - Impegno con i laici nel servizio per la vita e la sanità:**

- Riscoprire con il laico la propria vocazione al servizio ed il proprio impegno per la difesa e la promozione della vita e della salute
- Far partecipi della nostra spiritualità i laici che partecipano con noi al servizio della carità nella sanità
- Riconoscere e privilegiare nella nostra missione la famiglia e la dignità e la preparazione della donna, come generatrice di vita
- Coinvolgerci personalmente e comunitariamente nella Pastorale vocazionale come opzione della Congregazione e mezzo per mantenere vivo il Carisma
- Incrementare e/o appoggiare nelle nostre istituzioni i processi dirigenziali tendenti a migliorare le capacità di leadership, sviluppare i processi di partecipazione al momento di decidere e programmare continui miglioramenti della qualità

**D - Organizzare la Pastorale della Sanità:**

- Favorire la penetrazione del Vangelo nel mondo della sanità
- Vivificare nel nostro servizio sanitario la passione per la nostra vocazione e per il mondo, rendendo attraente il seguire radicalmente Gesù Cristo
- Riscoprire il valore dei mezzi di comunicazione e la loro utilizzazione in favore della difesa e promozione della vita
- Organizzare e dinamizzare la Pastorale della Sanità con la partecipazione dei laici, nelle istituzioni e nei luoghi di lavoro
- Stimolare nell'ambito delle comunità parrocchiali e nelle aree rurali ed emarginate, un processo educativo, partecipativo e trasformatore nel campo della sanità

- Vivificare la solidarietà con coloro che soffrono per le malattie e i loro familiari, tanto nelle istituzioni quanto nelle famiglie
- Riscoprire un nuovo dinamismo evangelizzatore nel campo della sanità con le Sorelle maggiori ed inferme
- Impegnarci nel processo di miglioramento continuo della qualità della come mezzo per ottenere un reale cambiamento dei valori e delle attitudini, mediante un clima di fiducia, rispetto reciproco e tolleranza delle idee diverse.

Voglio qui evidenziare l'importanza dell'impegno assunto da ogni provincia religiosa nell'applicazione del Progetto, ai differenti livelli:

- Commissione sanitaria: motivazione, diffusione, orientamento ed accompagnamento per le comunità. Valutazione annuale dei passi compiuti ed applicazione dei miglioramenti.
- Ogni suora ed ogni comunità: assimilazione, approfondimento, elaborazione del Progetto specifico in accordo con la realtà di ogni opera, valutazione dei passi compiuti ed adeguamento alle nuove situazioni.
- Livello interprovinciale: ogni due anni realizzazione di un incontro dove si presentano gli obiettivi raggiunti e le difficoltà incontrate, si fissano i criteri che assicurano il dinamismo del Progetto, l'uniformità dell'azione Pastorale e le mete per il periodo seguente.

## Applicazione del progetto

Ogni provincia della Congregazione concretizza il Progetto in accordo con la propria realtà, la provincia di Medellin alla quale io appartengo, ha elaborato il proprio piano di Pastorale con quattro obiettivi, per ognuno dei quali ha definito mete, lavori, destinatari, responsabili e date di compimento.

Mete e obiettivi proposti

A – *Diffusione del Progetto Pastorale della sanità*: “Portare a conoscenza le suore ed i laici del Progetto Pastorale, affinché tutti noi ci sentiamo coinvolti nell'avviamento di detto Progetto”.

B - *Assimilazione, approfondimento ed applicazione del Progetto*: “Studiare e approfondire personalmente e comunitariamente il Progetto della Pastorale della sanità, per sviluppare una Pastorale qualificata, secondo i principi generali della missione, potenziando i gruppi locali della Pastorale della sanità”.

C - *Formazione ed aggiornamento delle suore*: “Promuovere la formazione e l'aggiornamento delle suore e dei laici nelle aree che condizionano e determinano la sanità”.

D - *Formazione Pastorale*:

“Rispondere con audacia e creatività, da una formazione qualificata, alle principali necessità identificate nel Progetto della Pastorale della sanità, come: motivazione, abitudine allo studio, preparazione teologica e Pastorale delle suore che verranno preparate ad un servizio totale per l'uomo che soffre”.

Questi anni di ricerca sono un lasso di tempo sufficiente per valutare il Progetto iniziato ed i risultati ottenuti. A grandi linee evidenzio le opere più significative senza ometterne le difficoltà.

#### **Come opere nelle istituzioni sanitarie spiccano:**

- Elaborazione del Progetto della Pastorale della sanità da parte di un comitato formato da religiose, sacerdoti e laici con fondamento nel Progetto della Congregazione;
- Dinamismo nella liturgia e feste particolari come espressione del processo di evangelizzazione vissuto;
- Rinnovato impulso dei comitati Pastorale, liturgico, etico e scientifico. Realizzazione di opere congiunte con il settore educativo;
- Accompagnamento speciale al paziente ed alla sua famiglia nelle differenti tappe della vita passando da una Pastorale di infermità e morte ad una Pastorale di salute e speranza;
- Formazione di leaders laici e religiosi con particolare riguardo ai temi di umanizzazione, valori, etica e bioetica;
- Una maggior coscienza che vada oltre la carte del malato e della sua famiglia, come agenti di Pastorale;
- Una maggiore apertura ed un maggior impegno da parte delle suore nel settore sanitario all'interno della parrocchia;

#### **Nelle opere polivalenti:**

- Programmi tendenti a migliorare la qualità della vita;
- Orientamento della famiglia verso un'adeguata conservazione ed utilizzazione delle risorse naturali;
- Scelta delle politiche ufficiali sulla sanità, difesa dei diritti umani ed un maggior impegno comunitario a partire dalla realtà;
- Formazione di animatori rurali e gruppi di promozione della salute;
- Assistenza completa a persone di età differenti;
- Visite domiciliari agli ammalati ed agli anziani, assistenza alle famiglie;
- Integrazione dei progetti comuni per la promozione e difesa della vita;

#### **Tra le maggiori difficoltà annotiamo, nell'ambito delle istituzioni sanitarie:**

- Assenza di un piano organico in alcune diocesi, parrocchie ed istituzioni;
- Scarse risorse umane, finanziarie e logistiche;
- Mancanza di azioni preventive ed educative per il primo livello di salute;
- Eccesso di lavoro per gli agenti della Pastorale che limita lo sviluppo delle attività stesse;
- Mancanza di preparazione Pastorale e mistica negli agenti sanitari;
- Mancanza del senso di appartenenza alle istituzioni, per il tanto basso livello di impegno, in special modo del laico;
- Disconoscimento del titolo del laico da parte delle Suore e difficoltà al raggiungimento del vero lavoro di équipe;
- Esiguo numero di suore preparate al ministero Pastorale;
- Nell'ambito delle opere polivalenti;

- Mancanza di piani ben strutturati e mancanza di preparazione dei gruppi che garantiscano la continuità dei progetti;
- Mancanza di politiche chiare che favoriscono i più poveri e gli emarginati;
- Zone segnate dalla violenza, dai sequestri, dalla guerriglia e dall'emarginazione;
- Mancanza di occasioni lavorative e di eque opportunità per i più poveri;
- Grandi distanze geografiche e scadenti mezzi di trasporto che rendono difficoltosa la partecipazione;

### **A guisa di conclusione voglio presentare le seguenti considerazioni**

Alle soglie del terzo millennio dell'umanità, nelle circostanze concrete del nostro momento storico, il Progetto della Pastorale della sanità arriva ad ogni suora con un nuovo impulso e con lo stimolo di un'opera comune, non solo per le urgenze concrete, ma per affrontare sfide più ardue di questo momento dell'umanità.

Questi anni di ricerca hanno permesso di sentire con più forza l'impegno in favore della vita, di unificare i principi ed i criteri attorno all'essenza, di crescere personalmente e comunitariamente, di formulare piani della Pastorale in accordo con la realtà, favorendo una Pastorale della sanità organizzata.

In effetti a nulla servirà un Progetto:

- Senza lo stimolo permanente di una realtà mondiale, ricca di realizzazioni ma inquietante per ciò che riguarda la sua crisi sul rispetto per la vita
- Senza il rinnovato impegno di ogni suora
- Senza un senso molto vivo dell'esercizio dominicano della misericordia e della compassione che urge nel nostro mondo
- Senza la permanente capacità autovalutativa e comunitariamente interrogativa

Senza queste condizioni il migliore dei progetti risulterebbe molto presto lettera morta ed un semplice ricordo del passato.

# Africa

## NELL'INFERNO DEL CONGO

**Sr. Brigitte Birisale**

La mia e' una voce dall'Africa a nome di tutte le persone consacrate che si dedicano giorno e notte al servizio dei poveri, dei sofferenti e in particolare dei malati.

Sono all'incirca 350.000 le religiose che operano nel mondo della sanità. Questa cifra potrebbe lasciar credere che esse sono assai numerose per rispondere a tutti i bisogni sanitari delle popolazioni del continente africano. Nelle 3.365 strutture sanitarie appartenenti alla Chiesa in Africa, 21.757 sono le suore impegnate verso bisogni immensi e complessi.

La salute e la malattia hanno una dimensione molto importante nella vita delle popolazioni africane. Le guerre e i conflitti di ogni tipo che riguardano la maggior parte dei paesi africani non hanno fatto che aggravare la situazione. Oggi, dall'Algeria al Congo, passando per il Sudan, l'Africa non cessa di vivere un calvario unico dove si contano a milioni i morti e i feriti di guerra con tutto ciò che comporta il dramma di sofferenza e di dolore per le popolazioni interessate e i loro vicini. Il numero di handicappati mutilati, di malati di lebbra e di tubercolosi è in continuo aumento. Il dramma dei bambini malnutriti è troppo visibile per passare inosservato. I problemi sanitari legati alle difficili condizioni della donna fanno dell'Africa il continente dove la sanità diventa la priorità principale per ciò che comporta il suo sviluppo socio-economico. Per non dire della devastante piaga dell'Aids.

Dal punto di vista della Chiesa, c'è anche, come ha confermato il Sinodo dei Vescovi per l'Africa, la salute e la malattia che costituiscono la sfida maggiore per la sua azione pastorale.

Per ciò che concerne la parte delle Religiose in questo specifico settore della vita della Chiesa, io dico che esistono delle difficoltà reali ma anche delle speranze.

Tra i problemi maggiori, si possono citare:

- Un numero ancora troppo limitato di Religiose impegnate nel settore della sanità.
- La formazione professionale spirituale e morale spesso non è all'altezza della situazione.

- La mancanza di collaborazione da parte delle altre forze operanti nel settore oltre che l'assenza del sostegno pastorale.
- La penuria dei mezzi finanziari e farmaceutici.
- L'inesistenza di programmi di pastorale sanitari al livello delle Chiese particolari.

Tra le speranze che emergono nelle comunità cristiane, si possono menzionare:

- L'aumento delle vocazioni consacrate;
- Una sensibilità più grande delle comunità cristiane ai problemi della sanità;
- La riscoperta da parte degli Istituti religiosi di una sorta di "carisma" supplementare di misericordia e di carità per i sofferenti;
- L'interesse per le questioni di pastorale sanitaria e di bioetica;
- La coscienza crescente per una evangelizzazione in cui sarà compresa la componente sanitaria che non consiste semplicemente nell'assistenza dei malati, ma nell'approccio sanante dell'uomo in nome e al seguito di Cristo.

In Africa si è verificato ancora una volta ciò che è una costante nella storia della Chiesa: l'evangelizzazione va di pari passo con l'assistenza ai malati e agli infermi.

L'Africa soffre di numerosi mali tra cui le malattie e ha bisogno sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo dei buoni samaritani dei quali una buona parte e' formata da donne consacrate, laiche o religiose.

La vocazione alla vita religiosa è anche diaconia di misericordia e di carità vissuta ogni giorno nella preghiera e nella dedizione ai più poveri e indifesi, tra i quali gli infermi e i malati nel corpo e nello spirito. Dio solo sa quanti ce ne siano in Africa.

Non c'è dubbio che il nostro servizio amorevole a sostegno dei sofferenti aiuterà numerosi giovani a compiere una scelta di generosità e di radicalità seguendo Cristo, *conditio sine qua non* per l'ingresso nella religione.

# Asia e Oceania

## LA PRESENZA E L'OPERA DELLE RELIGIOSE IN VARIE SITUAZIONI - Asia

**Sr Consilia Fernandes** S.C.C.G., MBBS, MD, DGO  
Sovrintendente medico-Del Vijay Marie Hospital  
Andhra Pradesh, India

### Introduzione

Cercherò di illustrare la condizione di vita delle sorelle attualmente presenti in Asia, le varie attività condotte dai differenti istituti religiosi nel settore dell'assistenza sanitaria pastorale, le difficoltà - grandi e piccole - che le sorelle incontrano quotidianamente, quello che bisogna cambiare e quali sfide esse sono chiamate ad affrontare alle soglie del terzo millennio.

### Le condizioni di vita in India

L'Asia è un continente vasto con una molitudine di gruppi etnici, culture, lingue, religioni, contesti socio-economici e sistemi politici. Nel suo grembo si trovano le grandi religioni del mondo, come il buddismo, l'ebraismo, l'induismo, l'islamismo e il cristianesimo. I valori etici di usi e costumi si rintracciano negli insegnamenti dei grandi filosofi asiatici.

L'esistenza della gente asiatica è modellata dalla grande varietà di culture e religioni.

Le culture asiatiche attualmente risentono del forte impatto con la modernità e la globalizzazione. Il tentativo di promuovere una mono-cultura globale e consumistica sta cancellando i valori culturali dei paesi asiatici, che si basano sulla comunità umana.

L'esplosione demografica, la globalizzazione del mercato neo-liberista, del commercio, dei viaggi e delle migrazioni, delle comunicazioni, le tecnologia e il mercato, hanno aumentato i guadagni per

alcuni e l'emarginazione per altri. La rapida industrializzazione attraverso lo sviluppo scientifico ed economico in paesi come la Cina e l'India, vastamente popolati, hanno indubbiamente influenzato il continente asiatico in ogni sfera dell'esistenza. Una simile evoluzione ha generato una cultura nuova che ha cambiato lo stile di vita, i valori e i rapporti familiari. La globalizzazione ha alterato le strutture profonde della società asiatica, ha causato la distruzione delle famiglie e la perdita della cultura tradizionale.

Il mercato globale aggrava ulteriormente la cultura della povertà. Non c'è posto per i poveri in questo modello: essi diventano più poveri e i ricchi diventano più ricchi.

## **L'industrializzazione**

L'industrializzazione indotta dalla globalizzazione ha provocato uno rimescolio di persone in movimento dalle aree rurali a quelle urbane in cerca di lavoro. La maggior parte delle città in Asia non sono pronte ad accogliere e sistemare un simile afflusso. Ne è risultato un aumento della povertà e dei bassifondi. L'industrializzazione ha determinato la perdita progressiva di terreno coltivabile con la conseguente diminuzione di cibo.

La corsa incontrollata verso l'industrializzazione ha provocato una degradazione allarmante dell'ambiente. Gli ecosistemi naturali vengono distrutti con ripercussioni tragiche per gli uomini e per le altre forme di vita. Le emissioni industriali di tutti i tipi e gli incendi delle foreste hanno inquinato l'atmosfera e minacciato la salute di milioni di asiatici. Manila è diventata la seconda città più inquinata del mondo. Le pratiche distruttive e incendiarie dei coltivatori e delle compagnie indonesiane hanno finito per ricoprire l'Asia sudorientale di una nuvola di smog.

L'economia in fase di sviluppo di paesi come la Tailandia, le Filippine, l'Indonesia, la Malesia, Singapore, il Vietnam e altri, rimane alla mercé delle politiche imposte dai paesi dell'Occidente industrializzato. L'attuale svalutazione monetaria che ha mandato in rovina la crescita economica in quei paesi è un segno della loro dipendenza dalle forze globali che non sono in grado di controllare. Gli asiatici stanno emigrando a milioni in cerca di lavori meglio retribuiti in paesi più industrializzati. I lavoratori che emigrano spesso si trovano ad affrontare enormi difficoltà e abusi, come mestieri indesiderabili, paghe basse, condizioni di lavoro precarie e lunghi orari di lavoro.

## **La situazione politica**

L'Asia è tormentata da divisioni e conflitti fra i gruppi etnici; La mancanza di integrazione nazionale, la legge marziale, le regole militari, l'autorità politica ingiusta e il fondamentalismo religioso ostacolano i rapporti fra le persone. In Malesia si assiste a una rinascita dei fondamentalismi religiosi, che provocano un allargarsi delle disuguaglianze economiche, un peggioramento dei rapporti fra le comunità e una diminuzione della libertà politica.

In Giappone, dove le persone continuano a portare il segno della distruzione nucleare impresso su di loro, il paese si sta avviando verso uno scenario tecnologico altamente pericoloso, con gli annessi rischi mortali.

In Corea, la gente soffre il dolore della separazione e del distacco dal proprio paese d'origine; le persone vivono sotto un governo militarista che si preoccupa della sicurezza nazionale, mentre rimangono intrappolate nella morsa della legge familiare di Confucio, che fa degli uomini i padroni assoluti in ogni aspetto dell'esistenza.

### **Le donne in Asia**

Alcune donne nei paesi asiatici sono le più povere tra i poveri. In quasi tutte le sfere della società asiatica le donne sono dominate, private della propria umanità e femminilità; sono discriminate, sfruttate, molestate, usate e abusate sessualmente, viste come esseri inferiori che devono sempre sottomettersi alla cosiddetta "supremazia maschile". La maggior parte delle donne lavoratrici in Asia percepiscono salari inferiori a quelli degli uomini ed essendo scarsamente specializzate sono le prime vittime ad essere scartate da un impiego. La mancanza di opportunità di lavoro ha portato i giovani verso attività criminali per poter sopravvivere.

I mass media stanno bombardando i bambini e i giovani asiatici con i loro messaggi allettanti, la pubblicità di stampo materialistico e consumistico colpisce al cuore i loro valori tradizionali. Il miglioramento della comunicazione globale e dei trasporti, in combinazione con la povertà estrema, ha determinato un altro effetto disastroso: il turismo sessuale. Oltre un milione di asiatici, perlopiù donne e bambini, si guadagnano da vivere fornendo prestazioni sessuali ai turisti provenienti da tutto il mondo.

### **Lo scenario della sanità in Asia**

L'Asia è sovrappopolata. Tre quarti della popolazione mondiale vivono qui. La Cina è il paese più popoloso del mondo, l'India è al secondo posto con il 16% della popolazione mondiale. La gente nei paesi in via di sviluppo porta su di sé oltre il 90% del carico delle malattie, eppure ha accesso soltanto al 10% delle risorse impiegate per la sanità.

La povertà rappresenta la minaccia più grave per la salute della popolazione. Una cattiva salute conduce alla povertà e la povertà alimenta la cattiva salute. Qualunque progetto di sviluppo viene annullato dalla crescita incontrollata della popolazione. Il reddito pro capite ammonta a più di 36.640 dollari in Giappone, mentre in Nepal, Vietnam, Bangladesh, Bhutan, Pakistan e India è tra i 200 e i 460 dollari.

Le condizioni sanitarie e della nutrizione in Asia sono sorprendentemente migliorate durante gli ultimi decenni. I tassi di mortalità infantile e l'aspettativa media di vita alla nascita hanno subito cambiamenti impressionanti negli ultimi cinquant'anni.

In base al Rapporto mondiale sulla sanità del 1998: l'Afghanistan ha la minore aspettativa di vita alla nascita (45 anni). Subito dopo vengono paesi come il Bhutan, la Cambogia, il Bangladesh e il Nepal (54-58 anni). In paesi come la Cina, la Corea, la Malesia, Singapore, Sri Lanka e la Tailandia la mortalità infantile si è ridotta ancora ed è aumentata l'aspettativa di vita alla nascita (70-77 anni). Il Giappone vanta il tasso più basso di mortalità infantile e la più alta aspettativa di vita alla nascita (80 anni).

Il livello di malnutrizione fra i bambini è eccezionalmente alto in molte regioni asiatiche: da un quarto a un terzo dei bambini sotto i 5 anni d'età sono sotto peso anche in paesi come l'Indonesia, le Filippine, la Tailandia. In India la metà dei bambini sotto i cinque anni è sotto peso, mentre in Bangladesh il rapporto è di due su tre. Settantasei bambini su 1000 muoiono in età infantile nei paesi asiatici economicamente arretrati. In India ci sono quasi tre milioni e mezzo di persone cieche, delle quali 40.000 sono bambini, che diventano ciechi per la mancanza di vitamina A. Quaranta milioni soffrono di gozzo per la mancanza di iodio nell'acqua. Ogni minuto tre bambini muoiono di diarrea.

La maggior parte dei paesi asiatici è dotata di tre ordini di strutture sanitarie, ma le donne contadine non possono accedervi. La commercializzazione delle medicine da parte delle multinazionali farmaceutiche e l'alto costo dell'assistenza non permettono alle contadine di avvalersi delle cure sanitarie. I fondi della banca mondiale vengono usati per migliorare i servizi di primo e secondo ordine, non per quei centri sanitari dei quali potrebbero beneficiare i poveri. Del magro budget sanitario, una larga parte è investita per la pianificazione familiare. Nello Sri Lanka, invece, la situazione è incredibilmente migliorata dopo l'indipendenza. La libertà di cura e di istruzione hanno fatto sì che le donne istruite fossero l'83%: una disparità minima fra uomini e donne, pari opportunità di lavoro per queste, un sistema sanitario ben impiantato a tutti e tre i livelli sono alcuni dei risultati ottenuti. Il tasso di natalità è del 18 per 1000. Il tasso di mortalità materna è di 140 per 100.000 nati vivi. La popolazione è di 18,3 milioni. I problemi sanitari sono pochi e non costituiscono una sfida per le religiose.

L'Afghanistan e il Bangladesh traggono pochissimo beneficio dai loro sistemi di assistenza sanitaria, persino nella moderna era tecnologica. Il tasso di mortalità materna in questi paesi è tra 600 e 640 su 100.000 nati vivi. Oltre il 50% dei decessi è dovuto alle complicanze in gravidanza e durante il parto. Un numero limitato di servizi sanitari accessibili, il non uso delle strutture da parte delle donne, la malnutrizione, un carico pesante di lavoro quotidiano, la mancanza di acqua potabile, la penuria d'acqua, una scarsa igiene e il basso livello di istruzione delle donne danno luogo a pratiche superstiziose e all'ignoranza dei propri diritti. Gli aborti sono illegali e vengono eseguiti secondo procedure clandestine che provocano una mortalità elevata.

Il più alto numero di casi di *lebbra* di riscontra in India, Bangladesh, Myanmar e Nepal. Un terzo dei malati di lebbra nel mondo si trova nella sola India.

L'epidemia di *HIV/AIDS* diventerà probabilmente un problema molto grave in Asia. Sebbene qui sia cominciato più tardi rispetto al resto del mondo, la sua diffusione si è rivelata particolarmente elevata in Tailandia, poi in India, Myanmar, Bangladesh, Vietnam, Cambogia e Malesia.

Il numero più alto di casi di *tubercolosi* si trova in India, poi nell'ordine in Cina, Filippine, Bangladesh, Giappone, Tailandia, Corea, Nepal e Myanmar.

La *malaria* si sta insinuando in India, in Bangladesh, in Indonesia, Myanmar, Vietnam, Filippine, Sri Lanka e Pakistan.

Il *morbillo* è altamente diffuso in Cina, India e Indonesia.

Il *tetano* è ancora molto diffuso in Cina, Pakistan, India, Indonesia e Bangladesh, mentre lo è poco in altri paesi asiatici.

### **La condizione di vita in India dove le religiose vivono e operano**

Le sorelle religiose che lavorano in India condividono le stesse condizioni di vita del resto della popolazione.

Quella indiana è una delle civiltà più antiche con una caleidoscopica varietà di genti ed una ricca eredità culturale. Il paese è stato definito un “museo etnologico”. E' una terra che vanta una vasta gamma di razze, lingue e religioni. La religione è inestricabilmente intrecciata con ogni aspetto della vita in India, che è la patria di due delle più grandi fedi religiose mondiali, l'induismo e il buddismo.

Il sistema delle caste nella società indiana è una caratteristica unica al mondo. Oggi il sistema delle caste si è notevolmente indebolito, ma è ancora particolarmente vivo tra le persone meno istruite e nelle aree rurali.

Dall'indipendenza ad oggi l'India ha fatto enormi passi in avanti. Le industrie crescono rapidamente e si espandono fino a disegnare uno scenario nel quale l'India rappresenta una delle potenze industriali del mondo. A dispetto della crescita economica generale una larga parte della popolazione continua a condurre un'esistenza miserabile ad di sotto dei livelli di sopravvivenza. Il 40% della popolazione rurale vive sotto la linea di povertà, mentre nelle aree urbane è il 28%. C'è una distribuzione diseguale di terra e benessere. Oggi, in India, assistiamo al rapido aumento della povertà, discriminazione, corruzione e commercializzazione, fermento sociale e conflitti, malattie e inaccessibilità per l'uomo comune all'assistenza sanitaria.

### **Le condizioni della sanità in India**

Lo sviluppo del settore sanitario è un processo olistico che coinvolge fattori economici, relativi all'istruzione, politici e ambientali. La sanità dipende anche da fattori quali le misure igieniche, l'approvvigionamento idrico, le possibilità di alloggio, la nutrizione, l'immunizzazione, la salute pubblica, i servizi medici e le risorse umane. La politica sanitaria nazionale ha dato grande importanza

alla creazione di infrastrutture per l'assistenza sanitaria primaria nel paese. Le maggiori priorità comprendono una coordinazione accurata dei servizi sanitari, il coinvolgimento attivo e la partecipazione delle organizzazioni di volontari, il rifornimento di medicinali e vaccini, un miglioramento nella qualità della salute e i servizi di pianificazione familiare, e la cura di una formazione professionale adeguata e di una ricerca medica volta a risolvere i comuni problemi di salute della popolazione.

Le condizioni del settore sanitario in India sono ancora in uno stato penoso nonostante gli innegabili passi in avanti. Le malattie, specialmente quelle associate alla povertà, all'ambiente insano, all'inquinamento e alla carenza delle strutture sanitarie basilari, sembrano in aumento.

Nel 1983 l'India ha adottato la Politica sanitaria nazionale. L'obiettivo principale era il raggiungimento della meta "Salute per tutti entro il 2000", attraverso la creazione di un reale ed efficace sistema di assistenza sanitaria per tutti i cittadini, specialmente per i gruppi più vulnerabili come le donne, i bambini e i più sfortunati. Lo status sociale delle donne è inferiore a quello degli uomini. Si vive ancora all'ombra di una tradizione patriarcale che si manifesta nella violenza contro le donne, un sistema basato sulla dote, il rogo della sposa, la sterilizzazione forzata e la discriminazione delle bambine.

Le conseguenze di questo stato d'inferiorità attribuito alle donne hanno trovato espressione nel feticidio e nell'infanticidio femminile un alto tasso di morte tra le donne, una più bassa aspettativa di vita, scarsa istruzione scarsa possibilità d'impiego. Ogni anno sono concepite 12 milioni di femmine e di queste un milione e mezzo muoiono senza aver ancora raggiunto il primo compleanno. Altre 85.000 muoiono prima dei cinque anni. Soltanto 9 milioni vivranno sino all'età di quindici anni.

L'accesso di una donna all'assistenza sanitaria è vitale poiché lei è responsabile della salute di tutta la famiglia. L'accesso della donna ai servizi sanitari è impedito da fattori quali il poco tempo per pensare alla sua salute, ignorando così l'eventuale malattia.

In India è il governo centrale che provvede principalmente ai servizi di assistenza sanitaria, ma anche alcune istituzioni private di missionari e volontari prestano cure mediche. Nelle aree rurali i servizi sanitari sono gestiti da una rete di diffusione a livello familiare e organico, con la sua gamma di centri distrettuali di riferimento, i centri sanitari principali, le succursali, gli operatori sanitari multifunzionali e simili. Numerose ricerche hanno rivelato che la popolazione rurale in India è totalmente insoddisfatta dei servizi statali, di conseguenza cerca assistenza nelle organizzazioni private e dei volontari.

Le attività dei missionari cristiani e delle suore nel settore sanitario durante il periodo coloniale sono ben note. Nel 1943 nacque a Guntur, Andhra Pradesh, la *Catholic Hospital Association*, che oggi vanta 2913 istituzioni associate e sostiene di essere la più grande rete mondiale di istituzioni per l'assistenza sanitaria nel settore del volontariato. La Chiesa cattolica in India possiede presumibilmente il 10% degli ospedali e dei dispensari dell'intero paese. Altre organizzazioni cristiane che offrono servizi

sanitari sono la *Christian Medical Association of India* (CMAI) e la *Voluntary Health Association of India* (VHAI).

### **Una ricerca delle suore**

Secondo ricerche statistiche recenti da parte di congregazioni religiose femminili in Asia e nel Pacifico, il più alto numero di sorelle e congregazioni si trova in India, seguita dalle Filippine.

E' stato condotto recentemente uno studio tramite l'invio di questionari alle 422 madri superiori generali più importanti dell'India, 160 delle quali hanno risposto, fornendo i dati seguenti.

Numero totale di congregazioni in India - 213

Numero totale di suore - 76.150; Numero totale di sorelle operanti nel settore sanitario - 5.993

### **Attività intraprese dalle suore**

La maggior parte delle suore lavorano in ospedali e dispensari privati e del governo. Altre prestano il loro servizio in centri e ospedali gestiti dalle congregazioni e dalle unità diocesane. Principalmente esse operano nei centri di cura per la lebbra, la tubercolosi, l'AIDS, i malati terminali, i disabili fisici, i ritardati mentali, i tossicodipendenti e nelle case di cura per gli anziani. Curano anche programmi per la salute e lo sviluppo delle donne, dei giovani e dei bambini.

### **Difficoltà incontrate dalle suore**

Quasi tutte le suore offrono i loro servizi ai più bisognosi, in aree remote solitamente gestite da una singola suora o da un gruppo di sorelle, confidando che il loro vero scopo si esplica nei luoghi dove si trovano i più bisognosi, spesso trascurati dalle strutture private e del governo.

### **La mancanza di strutture**

Là dove le necessità primarie come cibo, abiti, dimora, elettricità e acqua sono spesso introvabili, la salute non è una priorità e parlare di vita sana appare irrilevante per la maggior parte delle persone che le sorelle hanno in cura. La mancanza nelle zone remote di mezzi di trasporto, a parte i piedi o i carri trainati da buoi, rendono difficoltoso raggiungere i villaggi. La situazione è aggravata dall'assenza di un servizio di ambulanza e di telefoni, e un servizio postale carente. Questa mancanza è il primo problema che le sorelle si trovano ad affrontare.

## **Un ambiente ostile**

Il caldo e il freddo estremi, le calamità naturali come i cicloni e le inondazioni, la scarsità di misure sanitarie e igieniche, l'aria inquinata e l'aggressione di animali selvatici nelle zone isolate riducono la qualità della vita sia per le suore sia per le persone da loro curate.

## **Problemi economici, sociali e culturali**

La povertà, la mancanza di istruzione, il sistema delle caste, l'ignoranza e la superstizione, i costumi e le tradizioni costituiscono ostacoli gravi ad una diffusione efficiente dell'assistenza sanitaria nei villaggi. Lavorare nei bassifondi e nelle aree rurali diventa difficile a causa dell'alto costo dei trattamenti che va oltre la disponibilità economica dei pazienti. Investimenti superflui e medicinali costosi si aggiungono alle pene finanziarie del paziente. La diffidenza della gente verso le medicine a basso costo e i sistemi di cura alternativi, la loro richiesta di cure e medicinali gratuiti anche quando possono permettersi di pagarli, rende difficoltoso per le suore servire il povero.

La gente sia in campagna che in città pretende personale medico e servizi migliori dal momento che aumentano gli ospedali privati e pubblici che offrono metodi di cura altamente tecnologici, laddove alle sorelle mancano i servizi di base per semplici ricerche di laboratorio. Invece di comprendere queste difficoltà le persone tendono ad essere critici verso la qualità del servizio offerto dalle sorelle.

## **Problemi di personale**

La non disponibilità di personale sanitario professionalmente esperto ed efficiente a lavorare nelle aree rurali e in quelle urbane povere, è il problema più grave a questo riguardo. In assenza di sorelle-medico e di specialisti, altri medici rifiutano di andare ai villaggi anche soltanto per una consulenza. Quando accettano di andare, chiedono onorari elevati che le sorelle non possono permettersi. Quando la gente richiede servizi migliori citando il Consumer Act (Legge sul consumo, n. d. t.) e gli impiegati pretendono paghe più alte tramite i sindacati, il lavoro delle sorelle diventa quanto mai difficile.

## **Problemi personali**

Le suore lavorano dominate dalla paura e dalla tensione perché sono poche e a volte da sole. Quando inevitabile si verifica una morte al centro sanitario, le suore vengono attaccate dall'intero villaggio. La mancanza di tempo per il riposo fisico, l'aggiornamento spirituale e una costante formazione professionale, diminuisce la competenza delle sorelle. Non avere l'opportunità dell'Eucaristia quotidiana e di celebrare altri sacramenti rende la loro vita ancora più disagevole. Le sorelle soffrono inoltre per mancanza di nutrizione e di salute, e soccombono di fronte a malattie contagiose e croniche.

## **Problemi politici**

L'attuale atmosfera politica in India è relativamente sfavorevole per i cristiani: rappresenta una minaccia in forma di aggressioni violente per le sorelle nel campo dei servizi sanitari e l'evangelizzazione. Molti sacerdoti e religiose sono perseguitati e umiliati e persino assassinati con motivazioni politiche, come ad esempio Suor Rani Maria, una suora dell'ordine delle Francescane che fu brutalmente uccisa a Madhya Pradesh.

## **Problemi etici**

Le sorelle che lavorano negli ospedali del governo e nei centri sanitari principali sono spesso costrette a praticare aborti e sterilizzazioni, che turbano la loro coscienza e creano conflitti psicologici.

### **Le sfide poste dinanzi alle suore impegnate nell'assistenza sanitaria alle soglie del terzo millennio**

Le condizioni di vita menzionate sopra e lo scenario dell'assistenza sanitaria determinano una serie di sfide per le suore religiose impegnate nella missione dell'assistenza sanitaria.

- La malattia fa aprire il cuore delle persone a Dio. La missione di cura quindi, fornisce i migliori strumenti per l'evangelizzazione. Le difficoltà attuali di questo tipo di missione la rendono una forma di evangelizzazione poco desiderabile, che attira poche, giovani persone votate al sacrificio. La sfida lanciata alle suore è di liberare la missione dagli elementi indesiderabili e renderla attraente affinché i giovani possano un domani parteciparvi volentieri.
- L'India è sovrappopolata e il governo sostiene violentemente la pianificazione familiare mediante l'artificiale controllo delle nascite. Inoltre, l'aborto in India è legale. Contrariamente a questo, un operatore sanitario religioso affronta la sfida del promuovere la vita come qualcosa di sacro, incoraggiando solo la pianificazione familiare naturale e rifiutando totalmente l'aborto, l'eutanasia, il feticidio selettivo e la mancanza di cura verso le figlie femmine.
- In una cultura patriarcale dove un diritto umano basilare come quello della salute è negato alle donne, un operatore sanitario è chiamato non solo a impegnarsi nell'assistenza attraverso le cure mediche, ma anche nella prevenzione, sostenendo le donne nei loro diritti e lottando per dare loro ciò che è loro dovuto, incoraggiandole ad assumersi la responsabilità di se stesse.
- Poiché l'assistenza sanitaria è un'attività lucrativa e la formazione professionale è molto costosa, donne e uomini laici che completano il loro tirocinio vanno in cerca di fortuna all'estero o di clientela ricca all'interno del paese, lasciando i religiosi e altro personale zelante ad assistere le masse povere nelle aree urbane e rurali. La sfida perciò, è quella di formare più donne religiose alla professione di medico rendendole competenti con un aggiornamento costante, e di persuadere altri ad unirsi a loro per prendersi cura dei meno fortunati.

- La salute è determinata da fattori sociali, culturali ed economici e lo stesso vale per l'assistenza sanitaria. Le istituzioni sanitarie di per sé non sono in grado di affrontare i problemi della povertà, dell'ignoranza, dell'analfabetismo, la disoccupazione e l'oppressione sociale.
- Di conseguenza la sfida sta nel coinvolgere la comunità conferendo autorità alle persone e mettendole in grado di lottare contro tutto ciò che rovina la salute e di pretendere che questa venga riconosciuta come fondamentale diritto umano. In tal modo lavorare per la sanità implica anche una dimensione politica, nella misura in cui si esercita un'influenza sui vari elementi che nel gioco del potere contribuiscono a garantire la salute per tutti. Questo scatenerà odio e comporterà sacrifici e sfide per portare la Croce di Cristo in modi del tutto nuovi. Questo comporta anche un'organizzazione della popolazione proprio a partire dai livelli più bassi e significa far capire loro che coloro che hanno gli interessi più alti nel settore sanitario, hanno diritto di parola e ciò che dicono conta.
- Dal momento che la medicina alopatica è diventata molto costosa, la sfida è quella di abbassare i costi dell'assistenza sanitaria considerando attentamente i sistemi di cura alternativi degli indigeni, come l'omeopatia, l'ayurveda, la naturopatia, lo yoga e la pronoterapia. Questi sistemi sono anche più olistici.
- Poiché la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico e spirituale e non è assenza della malattia, secondo la definizione dell'OMS (Organizzazione mondiale della Sanità), è necessario spostare l'attenzione dalla medicina ad un approccio integrale che comprenda salari giusti, un'agricoltura vitale, risparmi ed entrate, progetti generazionali e terapie olistiche che vanno oltre le cure fisiche.
- Le persone affette dall'HIV/AIDS sono le più trascurate dalla società odierna. Le donne religiose che operano nell'assistenza sanitaria si trovano ad affrontare la sfida di creare consapevolezza, rimuovendo i pregiudizi e dedicandosi alla cura di queste vittime non volute e abbandonate a se stesse.
- Le congregazioni religiose in Asia si stanno rendendo conto della carenza di vocazioni e della loro incapacità di portare avanti il lavoro della missione esistente come pure di fondare nuove missioni. E' necessario un cambiamento vocazionale allo scopo di creare un'atmosfera in cui i religiosi possano collaborare e cooperare con i laici, le agenzie per il volontariato e il governo allo scopo di continuare la missione di cura. Quando se ne presenta la necessità, la sfida per le sorelle è di mettere le proprie istituzioni sanitarie nelle mani di persone e organizzazioni laiche capaci.

## **Conclusione**

Noi tutte aspettiamo e speriamo nell'alba di una nuova era. Tutte le sfide menzionate sopra non possono essere affrontate da donne religiose che non vivano il loro impegno come testimoni profetiche e religiose autentiche, rimanendo salde nella loro vocazione ed esprimendosi in una spiritualità cristiana che è caratteristica unica della loro cultura. Dunque, la loro sfida ultima è diventare un altro Cristo nelle culture loro proprie, quando i venti della globalizzazione provano a portare via la loro identità sia culturale sia spirituale. Possiamo riuscire in questo soltanto se, mosse dallo spirito, inauguriamo un nuovo periodo della chiesa in Asia, contraddistinto da un rinnovato entusiasmo nel proclamare la buona novella di Cristo. Maria, che è la Madre della chiesa e modello di ogni donna Consecrata, sia per noi l'ispirazione e la stella che ci guida nel compimento della nostra missione. Possa Lei condurci nel viaggio verso un nuovo modo di essere religiose in Asia all'alba del terzo millennio.

## **DONNE RELIGIOSE NEL MONDO DELLA SANITA' IN OCEANIA NEL TERZO MILLENNIO**

**Sorella Shirley Tunnicliffe DOLC,**  
Casa della nostra Signora della Compassione  
Island Bay, Wellington, Nuova Zelanda.

### **Nota storica**

Delle isole dell'Oceania, la Nuova Zelanda è quella a me più familiare. E' il mio paese di nascita e io appartengo alla congregazione delle Daughters of Our Lady of Compassion. Siamo state fondate nel 1892 in un villaggio Maori, su iniziativa di una donna francese, Suzanne Aubert. La nostra missione è lavorare con coloro che sono malati e svantaggiati.

Come indica il nome stesso di Oceania, si tratta di un'area estesa, costituita da isole grandi e piccole, disseminate in gran parte dell'Oceano Pacifico. L'Oceania è *in assoluto il luogo più distante* da Roma ed è quello di più recente evangelizzazione, l'ultimo a sentir predicare la buona novella del Regno (*Mt 4-23*).

Insieme ai primi missionari c'erano membri di vari ordini religiosi, sia uomini che donne, dediti alla cura dei poveri e degli ammalati. Essi accesero la vivida fiamma di luce che testimonia in maniera tangibile la compassione di Dio e la divina missione redentrice che si manifesta nel nostro mondo in tante forme. Queste persone hanno dato ascolto alle parole degli *Atti* (1-8): In verità voi sarete miei testimoni sino all'estremità della terra.

Quando ho raccolto il materiale per tracciare il quadro dell'opera sanitaria prestata dalle donne consacrate in Oceania, la differenza tra i paesi è stata palese. Per questa ragione ho suddiviso l'area trattata in due gruppi

### **Le isole dell'Oceania: • Australasia – Australia e Nuova Zelanda**

#### **Area uno:**

L'*Oceania* o i paesi insulari del Pacifico – queste isole sono separate da una larga distesa oceanica: approssimativamente 165,5 chilometri quadrati.

Non si sa esattamente quante isole vi siano nel Pacifico, ma l'area ha una popolazione di 10 milioni di persone.

Sebbene alcune isole siano grandi, tutte quante insieme coprono un'area di terra più piccola dell'Alaska, che è estesa circa per un milione e mezzo di chilometri quadrati.

Le isole non sono densamente popolate, molte hanno meno di 100 abitanti, mentre altre sono addirittura disabitate.

Nelle isole del Pacifico una ricca varietà di culture si è evoluta attraverso migliaia di anni. Tale

varietà è stata in parte la conseguenza dei diversi ambienti delle tante isole. Quasi tutte sono state governate una volta da altri paesi.

Nei primi anni '60 un crescente numero di isole chiese l'indipendenza e oggi molte hanno una propria forma di governo. In seguito alla colonizzazione, alcune isole hanno due modi di vivere: il nuovo, con un rapido sviluppo dei centri urbani, ma nel complesso la maggior parte della gente vive ancora nei villaggi e molti di essi seguono il modo di vivere dei loro antenati.

L'economia emergente è fragile rispetto al contesto del libero mercato. Rispetto a questo contesto il quadro del settore sanitario è nel complesso meno sviluppato, meno strutturato e meno regolamentato.

In base ai dati disponibili, ciò che segue è una visione d'insieme dei vari istituti religiosi e del coinvolgimento delle loro suore nel settore sanitario nelle nazioni insulari del Pacifico.

Ci sono sette istituti religiosi che operano in dieci isole del Pacifico. Questo numero include gli ordini religiosi indigeni. Dei sette, due possiedono strutture di assistenza per gli anziani e hanno un piccolo numero di suore che vi lavorano come amministratrici, infermiere, cappellane o operatrici sanitarie pastorali.

I restanti cinque ordini religiosi operano sulle varie isole, o nelle case della gente, oppure in strutture gestite ed amministrate da: agenzie del governo; dalla Chiesa e altre agenzie sociali che non ricevono i fondi governativi.

Sulle aree interessate al programma di cura sono presenti ospedali psichiatrici e generali, che rappresentano la base; cliniche di maternità, per la salute dei ragazzi e della famiglia, per i lebbrosi, i disabili; l'assistenza agli anziani viene prestata nelle loro case. Su un'isola l'unica infermiera registrata è una sorella religiosa.

E' nei villaggi e nelle sedi della missione cattolica che le suore operano accanto alla gente del posto, sia prendendosi cura delle loro esigenze sanitarie sia promuovendo l'educazione alla salute, in modo da mettere le persone in grado di provvedere alla salute della famiglia nell'ambito delle loro case. Questo punto è stato illustrato in occasione della recente catastrofe naturale in Papua Nuova Guinea.

## **Le difficoltà incontrate nella missione**

- Isolamento

Un commento sugli effetti causati dalla vita in queste zone ha rilevato la lotta con il grande isolamento, un isolamento fisico, spirituale e psicologico dovuto alla distanza fra le isole. Questo isolamento colpisce le comunità religiose scarsamente dotate di mezzi per comunicare, di trasporti e soldi.

A causa del numero esiguo di suore con una formazione adeguata all'assistenza sanitaria, a volte esse sono lasciate sole su isole remote per lunghi periodi.

I paesi in via di sviluppo ancora combattono per procurare alla propria gente l'assistenza sanitaria di base.

In alcune aree geografiche ancora mancano:

- Rifornimento d'acqua potabile
- Luce
- Fondi per acquistare equipaggiamenti di base e provviste

**Sistemi di supporto:** non esiste nessuna organizzazione nelle diocesi della chiesa locale o nelle aree insulari del Pacifico che provveda al supporto e alla valorizzazione di coloro che operano nell'assistenza sanitaria, o all'aiuto necessario per affrontare le malattie emergenti come l'Aids.

## Le sfide

- **Consapevolezza culturale:** E' veramente indispensabile conoscere ed essere sensibili al contesto culturale e alle condizioni di vita degli isolani quando si introducono nuove strutture assistenziali e nuovi medicinali.
- Il riconoscimento della medicina preventiva è fondamentale per migliorare la salute della popolazione attraverso l'educazione. Questo processo positivo è iniziato grazie ad una sorella impegnata nel Consiglio nazionale per la promozione della salute sotto il patrocinio del Dipartimento per la salute del governo delle isole Fiji.

## Area due: Australasia, costituita da:

*Australia* – un continente che copre una superficie di chilometri quadrati e ha una popolazione di circa **17,5** milioni di persone.

*Nuova Zelanda* – costituita da due isole principali, in ordine di grandezza la seconda e la terza di tutta l'area; insieme coprono una superficie di circa 300.000 chilometri quadrati e hanno una popolazione di circa **3,7** milioni di persone.

Gli indigeni dell'Australia sono gli Aborigeni e della Nuova Zelanda i Maori, ma la maggior parte della popolazione ha un passato europeo.

Questi due paesi differiscono dal resto dell'area sotto molti punti di vista. Entrambi sono indipendenti, altamente sviluppati, con un proprio governo e un'economia moderna, con un quadro della sanità evoluto, strutturato e altamente regolamentato.

Ancora una volta i dati disponibili forniscono solo una visione d'insieme dei vari istituti religiosi e del loro impegno nel settore sanitario in questi due paesi.

In Australia vi sono 30 istituti religiosi che possiedono 135 strutture, che consistono principalmente in:

- Ospedali di medicina e chirurgia generale

- Ospedali per donne e bambini
- Ospizi
- Centri per l'assistenza alle famiglie
- Ostelli e centri di cura per gli anziani

In Nuova Zelanda vi sono 8 istituti religiosi che possiedono 26 strutture, che consistono in:

- Ospedali di medicina e chirurgia generale
- Case di riposo e cura per gli anziani
- Maternità
- Ospizi

Due istituti religiosi non possiedono strutture di assistenza sanitaria, ma hanno suore che lavorano in case di cura, che fanno le infermiere presso le abitazioni private e operano nei centri di assistenza quotidiana agli anziani.

Le suore che prestano il loro servizio in Australia e in Nuova Zelanda operano nei settori direttivi, di gestione, di ampliamento della missione, della cura pastorale e degli uffici di cappellano nell'ambito delle loro stesse strutture oppure negli impianti ospedalieri pubblici. Alcune suore lavorano come infermiere; tuttavia, è evidente che nel corso degli ultimi dieci anni il loro numero è diminuito in maniera costante. Non sono disponibili numeri adeguati.

Là dove le suore vivono in prossimità delle strutture, fanno sentire la loro presenza in tutti i momenti di bisogno.

## **Orientamenti**

Qual è la situazione qui ed ora? Allo scopo di rispondere al quesito può essere utile dare uno sguardo ai segni dei tempi che si riscontrano in questi due paesi evoluti, che presentano sia difficoltà che sfide.

## **SEGANI DEI TEMPI**

1. Diminuzione delle vocazioni, poche religiose impegnate nel settore della salute; 2. La popolazione nei paesi sviluppati vive di più; 3. Complessità crescente nel settore sanitario - alta tecnologia dai costi elevati - pressione a fare molto con poco;
4. Cambiamento delle politiche di governo - libero mercato - economia di pagamento per l'utenza;
5. Enfasi sugli affari.

Gli ultimi tre segni rappresentano una realtà generalizzata.

Allo scopo di continuare la propria opera e proteggere la loro missione nel campo dell'assistenza sanitaria contro le pressioni causate dal contesto sopra menzionato, gli istituti religiosi impegnati nella sanità hanno creato associazioni con i laici. Sono stati creati consigli di amministrazione che comprendono suore e personale laico con l'esperienza professionale adeguata. In aggiunta a ciò, l'Australia ha fondato l'Associazione cattolica per l'assistenza sanitaria, che riunisce le

congregazioni impegnate nel settore. Mentre ciascuna congregazione mantiene il carisma dei suoi fondatori, tutte insieme rappresentano l’assistenza sanitaria cattolica e le danno voce. Componente importante di entrambe le entità, è la promozione dell’ampliamento della missione, allo scopo di continuare lo spirito originale dei valori del Vangelo e i carismi dei fondatori attraverso le strutture che fanno capo a ciascun servizio.

## **Le sfide**

Il cambiamento del ruolo dell’assistenza.

E’ necessario riconsiderare la sanità in maniera olistica, intendendo la salute come benessere.

La cura della salute è come una moneta: un lato è più alla ribalta dei nostri pensieri, del nostro parlare e agire riguardo alla salute, al trattamento e alla cura delle malattie, cosa che è diventata un affare molto costoso. L’altro lato non è forse così alla ribalta: si tratta del promuovere il benessere, mediante un’educazione sulla salute e sull’ambiente, prevenendo in tal modo le malattie e il bisogno di curarle. Questa opportunità renderebbe le cure più accessibili ai poveri, gli impotenti, a coloro che non hanno voce, per i quali l’assistenza sanitaria diventa sempre più importante, ma inaccessibile a causa dei costi sempre più elevati. In ogni caso la prevenzione delle malattie mediante l’educazione riguarda un’area molto più estesa della salute, attraversa l’intero spettro dei punti della giustizia.

## **La cura degli anziani: essere attivi contro l’eutanasia**

Il settore dell’assistenza sanitaria è una straordinaria struttura di ingegnosità scientifica e tecnologica. La capacità di diagnosi e cura si è centuplicata, ma tocca ancora alla gente guarire. Mentre i paesi ricchi sono dotati di strutture complete per l’assistenza sanitaria, ci troviamo ora di fronte alla sfida di una popolazione più longeva. Il numero di anziani sta crescendo in proporzione alla popolazione totale. Le congregazioni religiose di infermiere sono state finora molto impegnate nel campo dell’assistenza agli anziani. Perciò è della massima importanza continuare ad esercitare una funzione di guida da parte cattolica nell’assistenza agli anziani. La sfida ora è di preservare la dignità e l’integrità degli anziani, offrendo loro la possibilità di scegliere una vita di qualità, invece di porvi fine con l’eutanasia.

## **Le sfide poste dal terzo millennio**

Sono molte le sfide di importanza significativa nel campo della sanità cattolica.

- Per citarne qualcuna:

- Continuare a mantenere viva la fiamma luminosa che fu accesa dai doni dello spirito, dalle opere e dai sogni delle donne valorose che ci hanno preceduto, mantenere viva la luce della speranza, che manifesta che “Dio ha cura del corpo come dell’anima”.

Non bisogna permettere che l’identità cattolica dell’assistenza sanitaria diventi una debole traccia

dei tempi andati, ma bisogna fare in modo che sia una forza attiva e in continuo sviluppo, capace di modellare tutte le decisioni e le azioni di proprietari, amministratori fiduciari, direttori, medici, infermiere e di tutti gli operatori.

• Quella dell'assistenza sanitaria è una missione molto ben definita all'interno della Chiesa. E' perciò una responsabilità di tutta la Chiesa, del popolo di Dio. **Noi siamo tutti chiamati a rinnovare il nostro impegno in questa missione.**

Ogni chiesa locale risponde alle sfide attuali dell'assistenza sanitaria, in base alle circostanze e alle necessità del momento; ma la Chiesa nel suo complesso deve essere di sostegno alle fatiche e ai risultati locali.

In tal modo i temi del Vangelo, che ispirarono la fondazione delle missioni per l'assistenza sanitaria, continueranno ad animare la loro esistenza in contrasto con il carattere disumano di una larga parte del settore sanitario contemporaneo e darà testimonianza tangibile della fiamma di speranza. Dio è presente.

Una rinnovata fiducia nel futuro, vivere secondo la Parola, ascoltare il **respiro della vita nuova** in mezzo a noi, e proseguire nel nostro cammino, tutto questo ci aiuterà ad avere fede fino alla fine del viaggio.

**La sfida ultima** per le donne religiose operanti nel campo della sanità per il terzo millennio, è quella di trovare altri modi di lavorare con gli impotenti. Sua Santità Papa Giovanni Paolo II, citato in un articolo nel London Tablet del 18 giugno 1997, dice: "Ciò di cui c'è bisogno oggi è una maggiore opportunità di vita per gli impotenti, che tenga ugualmente conto delle esigenze generate dalla povertà e dall'essere oltraggiati".

E' necessario trovare nuovi modi di assistere le tante persone che rientrano in questa categoria, non per colpa loro, ma a causa del prevalere nella società contemporanea del materialismo, del capitalismo, dell'individualismo e costante mutevolezza delle politiche economiche dei paesi in via di sviluppo. Tutte queste cose affliggono le persone dei paesi evoluti e in via di sviluppo.

Queste persone hanno bisogno di vedere che la fiamma della speranza risplende ed è offerta a loro nel momento del bisogno, per rivelare che Dio esiste e non le dimentica.

Per concludere vi propongo una citazione da Suzanne Aubert:

"Qualunque cosa succeda, in futuro, la storia dell'assistenza sanitaria cattolica e le sue opere di bene, non siamo noi, che avremo il diritto di firmare quell'operato, ma Dio soltanto".

# ***PROSPETTIVE E ITINERARI FUTURI***

## **LA DONNA CONSACRATA NEL MONDO DELLA SALUTE ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO**

**Sr. Maria Dolorosa Valásková**

### **Le diverse situazioni dove le Religiose sono presenti ed operano**

Vengo da Praga, e appartengo alla Congregazione delle Suore della Misericordia di San Carlo Borromeo. Vorrei richiamare le varie situazioni e le condizioni in cui operano e vivono le donne consurate d'Europa. Per conoscere tali condizioni, non avendo nessuna esperienza con tale lavoro, mi sono rivolta alle Conferenze dei Superiori Generali dei vari paesi d'Europa. Non potevo naturalmente conoscere le singole congregazioni che operano nel campo della sanità; allora ho preparato un questionario e l'ho mandato alle presidenti delle Conferenze con la preghiera di poterlo cortesemente condividere tra le congregazioni il cui lavoro, in qualsiasi modo, toccasse la sanità. In due mesi ho ricevuto circa 130 lettere da 22 paesi d'Europa.

Quando ho letto le lettere si è presentata davanti ai miei occhi una grande scala delle attività e posso dire che la donna Consecrata in Europa è veramente presente in tutti i livelli del lavoro sanitario, dai reparti più specializzati fino agli ultimi servizi sociali, come per esempio la distribuzione del cibo ai barboni. Le suore lavorano come i medici negli ospedali, come le infermiere e specialiste nei vari dicasteri della medicina, nei reparti della rianimazione, nelle sale operatorie, nei reparti della medicina e chirurgia, in una parola in tutti i tipi dei reparti.

Le suore lavorano anche nei vari ambulatori, nelle case di cura, nelle cliniche private, nei reparti di gerontopsichiatria, assistono i malati di lunga degenza, stanno nelle farmacie, nelle case

per i bambini, per gli orfani, i ciechi, lavorano anche con i soldati, con i carcerati, negli ospizi, nelle case di riposo con le persone anziane e abbandonate, mantengono inoltre le case per i sacerdoti emeriti e per le suore anziane delle proprie congregazioni. Tante famiglie religiose hanno organizzato i centri per i drogati, per le donne in difficoltà e per le ragazze in difficoltà. Tante suore appartengono ai gruppi della Caritas e provvedono all'assistenza domiciliare dei malati. Da tutto ciò abbiamo visto la complessità del servizio della Chiesa all'uomo sofferente.

Ma la possibilità di servire non è uguale in tutti i paesi. Cominciamo dall'est. Sentiamo brevemente cosa ci riferisce l'Arcivescovo Tadeusz Kondrusijevicz - Amministratore Apostolico per i cattolici della Russia europea: "Il territorio della parte europea della Russia si estende per 4 milioni di chilometri quadrati cioè il 40 % del territorio dell'Europa. Nel 1991, dopo i cambiamenti politici, avvenuti nell'ex Unione Sovietica, si contavano in questo territorio 6 parrocchie ufficialmente registrate, due chiese, due cappelle e tre sacerdoti. Attualmente nella Russia europea lavorano 127 religiose delle quali dieci sono russe e le altre vengono da 17 paesi, dalla Corea al Messico. Si tratta di ricominciare praticamente da zero ma "ciò che è impossibile agli uomini diventa possibile a Dio".

Passiamo adesso più all'ovest. Negli altri paesi postcomunisti ci sono ancora varie congregazioni il cui carisma è tutto diverso dal servire l'uomo sofferente. Ma era proprio il regime che ha semplicemente strappato le suore dai loro monasteri, le ha portate nelle case degli anziani e ha ordinato loro di servirli. E fino ad oggi parecchie di queste congregazioni non possono adempire il lavoro secondo il loro carisma. Un altro fenomeno dei paesi postcomunisti è che tante famiglie religiose vorrebbero mettere le proprie case a disposizione dei malati, ma le hanno riavute dal governo in tale stato, da impegnare quasi tutte le loro finanze nel restauro dei palazzi devastati. Un'altra difficoltà sorge dal fatto che la gente dopo questi 40 anni non conosce più la vera missione delle religiose e le tratta con tanti pregiudizi ed è tanto difficile di riacquistare la fiducia. E qui è necessario di uscire dal nostro nascondiglio e andare incontro a un nuovo dialogo con tutti.

Una delle mie domande in questionario era la seguente: "Sentite la tensione contraria tra quanto chiede da voi il pubblico e le istituzioni statali e tra quello che sentite come la necessità del tempo e quanto chiede da voi e dalla vostra famiglia religiosa Dio stesso?"

Quasi in tutte le risposte le suore esprimono delle contrarietà che profondamente toccano la loro vocazione. Ne cito alcune:

"La sanità diventa un commercio". "Il mondo ci costringe a sempre maggior attività, alla professionalità...". "Con lo sviluppo della tecnica cresce anche l'anonimato dell'uomo", "Un malato diventa solo l'oggetto del guadagno". I provvedimenti economici delle assicurazioni e della sanità costringono gli ospedali ad abbreviare il tempo del ricovero (ad esempio nella Germania dai 20 ai 11-9 giorni) e alla riduzione del personale (un esempio estremo in Polonia – un'infermiera per un reparto di 30-40 malati). Come ha detto una suora d'Irlanda: "È molto difficile sostenere la concorrenza degli ospedali pubblici. Aumenta l'impegno per l'amministrazione ed c'è sempre meno tempo per il paziente. La direzione spesso non conosce i veri bisogni dei pazienti a da' ordini contro il loro bene. È sempre più difficile mantenere un ospedale e due congregazioni hanno espresso la loro soddisfazione di poter servire i malati in libertà, senza il peso stressante delle preoccupazioni

finanziarie ed amministrative. Più ci occupiamo delle finanze, più perdiamo la sensibilità alla chiamata di Dio e non abbiamo fiducia nella Divina Provvidenza. Il lavoro sotto la pressione economica porta all'indebolimento della vita spirituale. I turni estenuanti, frequenti e lunghi di 12 e a volte, 24 ore o più, sconvolgono la vita comunitaria. L'atmosfera familiare nella comunità dovrebbe aiutare le suore al nuovo respiro, perché possano essere di nuovo "un segno della tenerezza di Dio verso il genere umano...", come ci dice il Santo Padre nell'Esortazione Apostolica *Vita Consecrata* (n. 57). È comprensibile che con la diminuzione delle vocazioni e con l'invecchiamento delle suore cresca, come ha scritto una suora: "il culto del rendimento". Un'altra suora confessa: "Mi sento solo come una manod'opera a buon prezzo". L'uomo che soffre, più che di un ambiente confortevole, ha bisogno della comprensione e della vicinanza di qualcuno che lo ascolti, lo ami e semplicemente stia con lui. In questo vedo la missione principale della donna Consecrata. Anche se il mondo ci deride non dobbiamo mai dimenticare i bisogni spirituali dell'uomo e la sua anima, redenta dal Sangue prezioso di Cristo. L'uomo di oggi è più malato nell'anima che nel corpo. E anche se non lo dice, attende inconsciamente il nostro aiuto. Con la nostra vocazione dobbiamo essere portatrici di speranza.

Avere una nuova speranza è molto più che riacquistare la buona salute. Ma per trasmettere a qualcuno una nuova vita bisogna stargli vicino, cioè stare e vivere con i malati, con i poveri, con gli ultimi, **non sopra di loro**. Ma allora, cosa dovrebbe cambiare perché la gente possa incontrare Cristo attraverso il nostro servizio? E qui ho ricevuto risposte che mi hanno fatto veramente gioire perché ho sentito come da tutte le parti dell'Europa i cuori delle persone consacrate chiedono un amore più profondo e il rinnovamento della nostra vita con Cristo. Ecco alcune delle risposte: "Bisogna rinnovare noi stessi", "sapere ascoltare e servire con l'umiltà", "avere più amore", "essere più veraci e saper riconoscere il proprio sbaglio", "essere più suora che infermiera", "permettere a Cristo di vivere ed agire in me e per mezzo di me", "uscire tra i più poveri e non aver paura di rischiare con Gesù, come ci invita anche il Santo Padre nella *Vita Consecrata* (n. 37).

Secondo le statistiche tratte dalle scarse informazioni ricevute nelle lettere, la maggioranza delle suore svolge attività nel campo sociale e si occupa delle persone anziane - ed è facilmente spiegabile perché la popolazione dell'Europa sta invecchiando. Il servizio nel campo sociale è quindi la risposta alle necessità attuali del pubblico. Ma ci sono altre zone di cui aumentano i casi. Si tratta delle persone drogate, malate di AIDS, di malattie infettive, dei barboni e di tutti quelli che la società rifiuta, allontana e condanna alla solitudine, alla disperazione e praticamente alla morte psichica e morale. Dobbiamo forse trattare questi nostri fratelli nella stessa maniera come il mondo? Gesù è incondizionato nel suo amore. Lui va e tocca il lebbroso! Oggi si parla molto dell'apostolato e della nuova evangelizzazione, ma posso dire che un servizio silenzioso o un sorriso illuminato dalla preghiera vale più delle lunghe prediche.

Proviamo a parafrasare il famoso passo della prima lettera ai Corinzi, cap. XIII. Dio è Amore, Gesù è Amore. Allora possiamo dire che: "Gesù è paziente, Gesù è benigno, tutto spera e tutto sopporta. La Sua carità non avrà mai fine".

Ognuna di noi che appartiene a Cristo e crea con Lui un corpo solo ed un cuore solo, può nella Sua forza sottoscrivere questa affermazione

**ASPETTI PASTORALI PRATICI:  
COME DOBBIAMO ANNUNCIARE, EVANGELIZZARE, CELEBRARE, SERVIRE,  
TESTIMONIARE NEL MONDO SANITARIO.**

**Suor Rosa Ortega Botero,**  
Figlia di San Camillo

In queste pagine si vuole riflettere sulla missione della donna Consecrata nel mondo della salute di oggi alla luce del Vangelo e dei documenti recenti del Magistero della Chiesa, tenuti presenti i cambiamenti in atto nella società e nella cultura.

La società contemporanea infatti va maturando un diverso atteggiamento nei confronti della salute e della malattia. Ma va profondamente trasformandosi anche il volto della donna oggi. A sua volta, la Chiesa ha raccolto queste sfide ripensando sia la sua azione pastorale nei confronti della salute e della malattia, come anche il significato dell'essere donna oggi.

Quale ripensamento questi comportano per il significato della presenza della Vita Consecrata femminile nel mondo della salute?

**Un interrogativo sorprendente**

Per molti aspetti è sorprendente che oggi la donna Consecrata si ponga l'interrogativo sul senso della sua presenza nel mondo sanitario. La secolare tradizione civile e religiosa infatti, ci aveva abituati a vedere una stretta connessione tra suora e ospedale. E' vero che questo convegno non intende discutere sull'opportunità o meno di quella presenza, bensì vuol rivedere il modo di attuarvi la propria missione. E tuttavia la perplessità rimane, dato che il motivo di fondo della presenza dei discepoli di Cristo nel mondo rimane sempre la promozione del Regno di Dio, la diffusione del Vangelo. Per cui, se fino ad ora la donna Consecrata era inserita nel mondo della salute, lo era innanzitutto per testimoniare l'amore misericordioso di Cristo verso gli infermi. Se diviene sempre più problematico il perseguitamento di tale finalità, è segno che occorre rivedere il senso e le modalità di quella presenza.

E' chiaro comunque che l'interrogativo nasce innanzitutto dal clima di secolarizzazione che caratterizza la nostra società e la cultura dominante, e dunque dall'urgenza che avverte oggi la Chiesa di impegnarsi per una "nuova evangelizzazione". Quella domanda tuttavia è dovuta anche alle trasformazioni che si stanno verificando nel mondo della salute.

**Aspetti del "pianeta salute oggi"**

I "rapidi e profondi cambiamenti" che contraddistinguono la nostra epoca e che sono stati magistralmente descritti nella costituzione pastorale del Concilio Vaticano II *Gaudium et spes*, hanno trovato un terreno fertilissimo nel mondo sanitario. Il "pianeta salute" negli ultimi decenni è stato

trasformato in profondità essenzialmente da due fattori: il nuovo atteggiamento di fronte alla salute e alla malattia che la società ha maturato, e lo straordinario progresso scientifico e tecnologico delle scienze mediche.

La presa di coscienza della responsabilità personale e collettiva nei confronti della salute, e l'ampliamento del concetto di salute-malattia sono due osservazioni che valgano ad indicare lo straordinario interesse che l'uomo contemporaneo nutre nei confronti della salute e il significato che vi attribuisce.

Soprattutto nelle società occidentali negli ultimi decenni si sono verificati notevoli mutamenti di interpretazione e di atteggiamento nei confronti della salute e della malattia. Mentre il sistema anteriore poneva al centro la malattia, oggi al centro è la salute. Si è preso coscienza della responsabilità personale e sociale che si ha nei suoi confronti. Sempre più la salute entra a far parte del progetto di vita dell'individuo e della collettività. È significativo, ad esempio, osservare il grande investimento che la Scuola compie per la "educazione alla salute": una volta il compito di sensibilizzare alla cura della salute era riservato al medico e alle istituzioni sanitarie che fanno capo al Ministero nazionale della Sanità, mentre oggi è anche il Ministero della Pubblica Istruzione che, oltre ad altri organismi e istituzioni pubbliche, se ne occupa. Il "diritto alla salute" sancito dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo, afferma: "Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia". Ciò significa che l'impegno della lotta contro la malattia, va inserito nella più ampia ricerca di promozione di migliori condizioni di vita di cui deve occuparsi lo Stato nella sua azione politica, sia a livello nazionale che a livello internazionale.

A sua volta, l'OMS dichiara "che la salute è una materia di politica internazionale, poiché è un prerequisito per l'ottenimento della pace e della sicurezza...". "La filosofia che sottostà a queste solenni dichiarazioni è il riconoscimento della salute individuale come bene indispensabile per il progresso della collettività. La salute del cittadino è diventato un bene sociale: ciò ha portato all'affermazione del dovere dello Stato di tutelarla e di promuoverla".

A questa presa di coscienza della responsabilità individuale e sociale per lo stato di buona salute, si è aggiunta la coscienza della pluralità delle dimensioni che la costituiscono. La salute non è più vista unicamente nella sua dimensione organica, ma anche nelle sue valenze psicologiche, sociali, ambientali, etiche e spirituali. Tutto questo è collegato ad una concezione antropologica che tende a vedere l'uomo nella sua unità globale, un essere che nella sua unità profonda di corpo e di spirito, comprende quelle diverse dimensioni, strettamente articolate tra loro. Sicché ogni malessere che colpisce l'uomo in una delle dimensioni che lo costituiscono, si ripercuote nell'unità globale del soggetto: l'"Io" è il soggetto che sperimenta lo stato di benessere, come ugualmente è l'"Io" il soggetto "malato" quando patisce nell'una o nell'altra sua dimensione. Non si può, conseguentemente, curare la parte organica ammalata senza tener conto del significato che tale condizione rappresenta per il paziente, e quindi dell'alterazione che quella patologia comporta per il suo vissuto: è la persona umana che è ammalata, e non solo una sua parte, un suo pezzo...

E tuttavia si stenta ancora a pervenire ad una concezione personalistica della salute e della malattia, che prenda in considerazione, ossia, la persona umana nell'interesse dei suoi bisogni. Allo stato attuale

sembra di dover dire che permangono differenti livelli di comprensione della “persona sana”, a seconda delle caratteristiche che le si attribuiscono. Semplificando il discorso, forse si può dire che lo stato di benessere di una persona è visto da alcuni unicamente nel buon funzionamento dell’organismo fisico; altri vi aggiungono il buon rapporto tra la dimensione fisico-psichica dell’uomo e quella morale; altri infine preferiscono parlare di stato di benessere della persona quando si è in grado di far comunque riferimento ad un significato della vita, malgrado siano presenti delle infermità.

Queste osservazioni, e le altre che potrebbero aggiungersi, danno ragione dell’esplosione, per così dire, della questione “salute” nel mondo di oggi. E’ ormai divenuto uno slogan l’affermazione che l’ospedale è “crocevia della società contemporanea”: tutti passano e ripassano per l’ospedale, che certamente è divenuto uno dei luoghi più frequentati dall’uomo della nostra società. Vi si nasce e vi si muore, vi si va e vi si ritorna di frequente. La stessa struttura sanitaria si è enormemente ampliata ed estesa sul territorio, articolata in molteplici altre strutture che formano il sistema sanitario del paese. Ciò è dovuto soprattutto al fatto che la medicina, da curativa, va sempre più divenendo preventiva e riabilitativa. Più volte è stata avanzata l’osservazione che il parroco di una cittadina o di un quartiere di città, se vuol effettivamente conoscere i suoi fedeli, più che rimanere nella sua parrocchia e visitare i parrocchiani nelle case, se frequentasse l’ospedale di zona, nel giro di qualche mese li incontrerebbe tutti, fedeli e non, praticanti o meno.

L’ospedale tuttavia non è solo “crocevia”, luogo d’incontro, ma anche “specchio” della cultura e della mentalità contemporanea. Vi si riflettono gli “interrogativi esistenziali più profondi” dell’uomo. Il problema del senso della vita, infatti, che tanta parte occupa nella cultura contemporanea, nel mondo sanitario raggiunge un’acuta espressione. E’ noto come l’uomo, sorpreso dal dolore, si ponga la domanda: “perché?”. “All’interno di ogni singola sofferenza provata dall’uomo - afferma la Lettera apostolica di Giovanni Paolo II *Salvifici doloris* - e alla base dell’intero mondo della sofferenza, appare inevitabilmente l’interrogativo: perché? E’ un interrogativo circa la causa, la ragione, ed insieme un interrogativo circa lo scopo e, in definitiva, circa il senso”.

La costituzione pastorale *Gaudium et spes* del Vaticano II ricorda come sia proprio sul terreno della “ricerca di senso” che debba esser promosso il dialogo con la società contemporanea. Ora, nelle situazioni di sofferenza quella “ricerca di senso” diviene una domanda radicale sul senso della vita. Per questo la “Nota” della CEI attribuisce esplicitamente alla pastorale sanitaria l’obiettivo di “aiutare coloro che si trovano in una situazione di disabilità e di handicap a recuperare il senso della vita nelle condizioni di minorazione [...]”, ben sapendo quanto sia difficile continuare ad apprezzare la vita quando si è in quelle condizioni.

In quest’area sono da inserirsi i problemi che riguardano la “crisi esistenziale” del nostro tempo. Questi sono di ordine sociale, eppure hanno sempre un impatto nel mondo sanitario: si pensi ai fenomeni della tossicodipendenza, dell’alcoolismo, del suicidio, alle svariate e complesse forme di depressione, alle “nuove forme di povertà e di malattie” causate dalla società attuale, che tra l’altro denunciano una accresciuta fragilità psicologica. Hanno la loro origine nel “vuoto esistenziale”, nella “mancanza di senso”. Sono, comunque, delle tipiche espressioni di sofferenza, che il nostro tipo di società ha accentuato, se non addirittura provocato.

I problemi della Bioetica che si agitano nel mondo sanitario, sono divenuti temi centrali di discussione nella società contemporanea e appassionano anche l'opinione pubblica. La manipolazione genetica, ad esempio, attraverso l'ingegneria genetica e biologica, vede la capacità inventiva dell'uomo applicata alle stesse origini della vita umana, con il potere di guidare i meccanismi che presiedono alla riproduzione della specie. Qui il problema della manipolazione dell'uomo - pur tanto preoccupante in numerosi altri settori - si configura in interrogativi di angoscia inquietante: sarà quest'uomo capace di assicurare l'avvenire alla razza umana? E quale uomo, quale avvenire per l'uomo? Né sono di minore entità le domande che nascono davanti al tema dei trapianti di organo, dell'aborto e dell'eutanasia.

Certamente fa parte dei compiti della comunità cristiana contribuire alla formazione di una coscienza retta dinanzi al progresso della scienza e delle tecnologie mediche, accompagnare i malati e il personale a prendere decisioni morali responsabili, rispettose della dignità e del valore della vita umana in tutte le sue espressioni.

Sempre più, inoltre, i mass-media si occupano della umanizzazione dei nostri ambienti e frequenti sono le denunce di comportamenti disumanizzanti nel mondo ospedaliero. Il "pianeta salute", insomma, è un luogo ampiamente rivelativo della mentalità e del tipo di cultura di una società, del suo grado di civiltà. Allo stesso tempo, costituisce anche uno spazio che influisce sulla formazione della mentalità della popolazione.

### **La "salute" nella città secolare**

Alle trasformazioni avvenute nella società contemporanea in ambito sociale e politico, vanno aggiunte quelle che riguardano la dimensione propriamente religiosa dell'uomo. Per quanto riguarda il mondo cattolico, fu Paolo VI a denunciare, in maniera decisa, la "rottura tra Vangelo e cultura" giunta a maturazione nel corso di questo secolo. Nel mondo sanitario ciò ha significato il distacco della visione della vita e della morte, della salute e della malattia dal rapporto con Dio, riducendo la "salute" alla sua dimensione salutistica. Di essa si sono impossessati scienza e tecnica, separandola prima dalla dimensione religiosa e poi anche dalla biografia del paziente, ossia dal suo vissuto, dalla umanità dell'uomo.

Per la persona Consecrata impegnata nel mondo sanitario, ne è derivata una crisi che ha il suo centro nel rapporto tra consacrazione e missione e la sua origine nella relazione tra fede e professionalità: in pratica oggi accade che la suora infermiera si chieda che cosa il malato si attenda da lei, vangelo o professionalità?... Può sembrare una domanda banale, ma a ben riflettervi è l'identità della donna Consecrata che vien messa in discussione...

Quale può essere, allora, la modalità più appropriata alla persona Consecrata per annunciare e promuovere il Regno di Dio nel mondo della salute?

### **Identità carismatica e missione nel mondo della salute**

Si ritiene che sia proprio il recupero del rapporto tra consacrazione e missione che consente di

individuare le modalità più autentiche e attuali del “come la donna Consacrata debba oggi annunciare, evangelizzare, celebrare, servire e testimoniare nel mondo della salute”.

Difatti il Concilio Vaticano II e i successivi documenti del Magistero, hanno ben chiarito come “le persone consacrate rendono visibile, nella loro consacrazione e totale dedizione, la presenza amorevole e salvifica di Cristo, il consacrato del Padre inviato in missione”. Già il Battesimo, imprimendo in noi il “carattere”, ci rende cristiformi, ci conforma all’immagine del Cristo (*Rm 8, 29*). La consacrazione religiosa sviluppa e precisa quella configurazione secondo un dato aspetto della persona di Cristo “mentre contempla sul monte, o annuncia il regno di Dio alle turbe, o risana i malati e i feriti, e converte a miglior vita i peccatori, o benedice i fanciulli [...]”.

Numerosi sono nella Chiesa gli Istituti che “hanno da Dio ricevuto il dono di testimoniare la compassione di Cristo misericordioso verso gli infermi e i sofferenti”<sup>i</sup>. I religiosi e le religiose appartenenti a questi Istituti hanno sempre visto nell’esercizio della loro missione un’espressione qualificata della loro adesione a Dio “sommamente amato” nel senso che il servizio agli infermi è da loro vissuto come incontro con il Cristo sofferente, secondo l’esplicita parola del Vangelo (*Mt 25, 40*). Un unico movimento d’amore, dunque, li porta ad amare Dio e il prossimo bisognoso di cure.

Da dove nasce questo dinamismo d’amore che è allo stesso tempo contemplativo e operoso? Dall’esperienza di Dio “compassionevole e misericordioso” rivelato dal Cristo misericordioso. La spiritualità di questi Istituti sottolinea, nei vangeli, quei passi dove Gesù è presentato come colui che dona la vista ai ciechi, fa camminare gli zoppi, risana i lebbrosi, ai poveri annuncia la buona novella (*Lc 7, 21-23*), perché è “mosso a compassione” dinanzi all’uomo sofferente (*Lc 10,33*). In quel sentimento e in quei gesti egli rivela il volto compassionevole del Padre.

Se tutto il senso dell’agire pastorale della Chiesa e dei suoi membri è quello di essere il prolungamento e la prosecuzione nel tempo dell’agire salvifico di Gesù Cristo, i consacrati e le consacrate nella forma di vita religiosa per il mondo della salute, prolungano e attuano nell’oggi l’agire misericordioso del Cristo. La “compassione” che essi sperimentano ed esprimono, non è prima di tutto un sentimento, bensì un atteggiamento di fede che nasce dall’esperienza del “Padre misericordioso e Dio di ogni consolazione” (*2 Cor 1, 3*), e si traduce nel vivere gli stessi “sentimenti che furono in Cristo Gesù” (*Fil 2, 5*).

Lo zelo e la sollecitudine appassionata che caratterizza il discepolo del Signore nel servizio a favore dei poveri e dei sofferenti, sono l’espressione del pathos divino, della sollecitudine e tenerezza di Dio per le sue creature. Attraverso il loro pathos, Dio rivela e attua la sua personale sollecitudine. Per la riuscita della missione, è determinante questo coinvolgimento con il pathos di Dio. La persona Consecrata deve trasmettere al popolo il pathos di Dio che “soffre” per la misera condizione della sua creatura. Non è tanto, allora, la legge o la parola che innanzitutto deve trasmettere, ma il coinvolgimento personale di Dio con la situazione precaria e dolorosa dell’uomo. Deve armonizzare la propria anima con la sollecitudine di Dio, meglio, deve accogliere in se stesso la premura di Dio e farla propria.

Come si vede, dunque, la “compassione” così intesa, non si limita a vivere dentro di sé la condizione della persona sofferente, ma è prima di tutto apertura alla presenza e all’emozione di Dio stesso: reca dentro di sé la coscienza di ciò che sta accadendo a Dio.

Da tale coinvolgimento con il pathos di Dio nasce poi l'impegno operoso a servizio del sofferente: si ricordi la parola lucana del Buon Samaritano, dove tutto l'operare del protagonista a favore del malcapitato, ha origine appunto da quell'esser “mosso a compassione” (*Lc 10, 29.37*). Tale compassione non è dunque fine a se stessa, tende piuttosto all'azione per mitigare la sofferenza, la miseria dell'altro, l'ingiustizia presente nella società o nell'ambiente.

Come deve esprimersi, nel mondo di oggi, quest'agire compassionevole e operoso della Chiesa nel mondo della salute?

### **Annunciare, evangelizzare, celebrare, servire e testimoniare nel mondo sanitario**

La pastorale sanitaria nel suo nucleo essenziale viene descritta come “la presenza e l'azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti se ne prendono cura”. Tale definizione è ripresa dalla *Carta degli Operatori Sanitari* che aggiunge: “Nel ministero di quanti - sacerdoti, religiosi, laici - individualmente o comunitariamente si adoperano per la cura pastorale degli infermi, rivive la misericordia di Dio che in Cristo si è chinato sulla sofferenza umana e si compie in modo singolare e privilegiato il compito di evangelizzazione, santificazione e carità affidato dal Signore alla Chiesa”.

### **In che modo attuare quest'agire pastorale della Chiesa?**

Tra gli aspetti innovativi della pastorale della Chiesa nel mondo della salute messi in luce dai documenti del recente Magistero della Chiesa, uno dei più significativi è la presa di coscienza che il soggetto primario di tale pastorale è la comunità dei credenti. Tutto l'agire pastorale della Chiesa è sempre comunionale, opera ossia della comunità dei discepoli di Cristo e non di individui singoli. Il Concilio Vaticano II, nel decreto sull'Apostolato dei laici, ha riproposto alla coscienza della Chiesa questa verità richiamando la concezione del Corpo mistico della Chiesa voluta dal suo Fondatore, la cui attività è ordinata all'apostolato: “un apostolato che la Chiesa esercita mediante tutti i suoi membri, naturalmente in modi diversi”. E' questo dunque il primo dato da tener ben presente quando si parla delle modalità di attuazione dell'agire pastorale della Chiesa.

In secondo luogo, trattandosi della pastorale per il mondo della salute, la comunità cristiana è chiamata ad essere in maniera significativa “una comunità che genera salute”. E' il primo obiettivo che quali discepoli di Cristo, dobbiamo porci quanti operiamo in questo settore: guardarsi attorno per individuare persone con le quali costruire una tale comunità. Già la parrocchia deve esprimere una realtà del genere, approfittando della catechesi per educare alla salute e per promuovere una cultura cristiana della vita, delle celebrazioni liturgiche perché la gratitudine al Signore della vita sia manifestata e si attingano energie per far fronte alle situazioni difficili e dolorose dell'esistenza e comprenderne il senso salvifico introdotto dal mistero pasquale. Nella parrocchia va anche promosso il servizio caritativo a favore soprattutto dei più emarginati e bisognosi, degli infermi e degli anziani. Anzi, è necessario recuperare il ruolo attivo che gli stessi malati sono chiamati a svolgere nella comunità, essendo essi, non solo destinatari di un servizio fraterno, ma anche testimoni attivi dei

patimenti di Cristo e collaboratori nell’edificazione della comunità stessa.

Altra caratteristica della comunità di Cristo, tanto più se è chiamata a testimoniare la misericordia di Dio verso i sofferenti, è quella di esser luogo di accoglienza, di riconciliazione, di perdonio; comunità che trasmette serenità e pace perché vive in un clima di fiducia e di speranza, che genera o restituisce la gioia di vivere. Non dimentichiamo che la “buona notizia” che è il vangelo, viene a diffondersi proprio su un mondo schiavo del male, prigioniero del peccato e della tristezza. Tanto è vero che i destinatari del vangelo sono appunto i poveri e i piccoli (*Mt 11, 25; Lc 10, 21*), i peccatori e i malati (*Mt 8, 16-17*): sarebbe opportuno a questo punto ricordare il “canto delle beatitudini” che risuonò nella Galilea all’inizio del ministero di Gesù (*Mt 5, 3-12; Lc 6, 20-26*).

Non è casuale il fatto che molti cristiani che si dedicano alla cura dei malati, provengano da personali esperienze di “guarigione”: a volte si tratta di guarigione dal male fisico o psichico, altre volte di guarigioni dal peccato o di entrambi insieme. Si tratta comunque di persone che sono state “oggetto della misericordia di Dio”, persone che “guarite”, divengono a loro volta “guaritrici” di mali altrui. In questi casi, la loro esperienza di guarigione, promuove in altri un’esperienza analoga.

In questa ottica s’inscrive anche il discorso dell’organizzazione delle associazioni cattoliche degli operatori sanitari, della promozione del volontariato in questo ambito, della costituzione dei consigli pastorali nelle strutture sanitarie e delle cappellanie ospedaliere, delle équipe di pastorale sanitaria nelle parrocchie. Riguardo a tutto questo, è noto quanto frequentemente siano tornati a insistere i documenti del magistero della Chiesa.

Stimolante diviene la domanda: con quali ruoli la donna Consecrata deve inserirsi nell’attuale mondo sanitario? Fino a qualche anno fa la risposta era scontata, dettata dalla tradizione secolare della Chiesa. La quasi totalità delle Suore dedito al servizio sanitario erano - e sono tuttora - infermiere, caposala, coordinatrici di Scuole per infermieri/e e convitti. Alcune di esse erano medico; altre, ma raro, assistenti sociali o sociosanitarie, qualcuna - rarissima - era psicologa clinica. Forse è necessario rivedere tali forme di presenze, avendo presenti sia le mutazioni in atto nel mondo sanitario e dei nuovi atteggiamenti che l’uomo di oggi assume di fronte alla salute e alla malattia, e sia l’urgenza pastorale della “nuova evangelizzazione”.

Tra i vari compiti e servizi di cui questo universo sanitario emergente necessita, certamente un’attenzione preminente merita l’investimento diretto nella pastorale sanitaria. Si fa fatica a comprendere, ad esempio, come mai le parrocchie abbiano così rapidamente compreso la necessità di disporre di “catechiste” che affiancassero i sacerdoti in questo servizio basilare, mentre nelle cappellanie degli ospedali e delle altre strutture sanitarie - almeno in molti paesi e fino a pochi anni fa - non si sia avvertita la medesima urgenza di affiancare al sacerdote cappellano laici e laiche, suore e religiosi in questo ministero difficile e delicato. Oggi è il Magistero della Chiesa che sollecita un tale coinvolgimento, come è dato vedere, per quanto riguarda la situazione in Italia, nella citata “Nota” della Consulta Nazionale per la Pastorale Sanitaria della CEI. Resta da vedere quanto i nostri Istituti sapranno accogliere queste sollecitazioni.

E’ necessaria inoltre la presenza della donna Consecrata negli organismi nazionali, regionali, diocesani e parrocchiali preposti alla pastorale sanitaria; il loro coinvolgimento nei consigli e nelle cappellanie ospedaliere, nei comitati etici, nelle associazioni dei professionisti del campo sanitario, nei

movimenti di volontariato. Ed è ovvio che tali nuovi compiti o ruoli necessitano di persone competenti, debitamente formate, anche nelle scienze bibliche e teologiche, morali e pastorali.

## **Il contenuto della “nuova evangelizzazione” nel mondo della salute**

L’ultima questione riguarda il contenuto della “nuova evangelizzazione” nel mondo della salute.

Il discorso si fa dunque ampio e complesso, e sarebbe da richiamare almeno il capitolo II della lettera enciclica di Giovanni Paolo II *Evangelium vitae*: “Il messaggio cristiano sulla vita”. Già nell’introduzione si è accennato al vasto campo della pastorale sanitaria parlando delle profonde trasformazioni in atto nel mondo della salute, degli interrogativi inquietanti posti dai temi della sofferenza e della morte, della bioetica e della umanizzazione dei rapporti.

E’ tutto un capitolo che riguarda la visione della vita, e che va affrontato con competenza ed energia attraverso la promozione di una sana cultura della vita, come anche attraverso una mirata educazione alla salute. Sostanzialmente, l’azione della Chiesa nel mondo della salute deve promuovere una visione integrale dell’uomo nella diversità e complementarietà delle sue dimensioni: corporea, psichica e spirituale; deve allo stesso tempo impegnarsi per rendere più umani i rapporti nel mondo sanitario. Questi obiettivi non si raggiungono se non accrescendo l’attenzione alla cura pastorale degli operatori sanitari.

A partire da questi problemi, tuttavia, la pastorale sanitaria deve farsi propositiva dei valori che il Vangelo annuncia riguardo alla vita e alla morte, alla salute e alla malattia, alla gioia e alle tristezze che l’uomo incontra nel suo pellegrinaggio terreno in vista del compimento del suo destino finale nella partecipazione alla vita di Dio.

In buona sostanza, dal punto di vista della nostra fede, questi temi hanno il loro nucleo centrale nel tipo di salute e di vita promosso, annunciato e attuato da Gesù Cristo e da lui poi affidato ai suoi discepoli.

Questi hanno ben compreso il messaggio del loro Fondatore e Maestro, come è chiaramente espresso in un discorso di Pietro riportato negli “*Atti*” (10, 38): “Dio consacrò in Spirito Santo e potenza Gesù di Nazaret, il quale passò beneficiando e sanando tutti coloro che stavano sotto il potere del diavolo, perché Dio era con lui”. Pietro e i suoi compagni, dunque, hanno compreso come Gesù abbia offerto la salvezza definitiva dell’uomo sotto il segno e la forma di salute, di guarigione, di liberazione da ogni forma di male.

Da parte sua la tradizione sinottica ricorre privilegiatamente a due formule per narrare l’opera di evangelizzazione compiuta da Gesù: “annunciare il Regno” e “curare gli infermi” (*Mt* 4, 23; 9, 35; *Mc* 1, 39; 3,7-8; *Lc* 4, 14-15. 16-21.44; 6, 17-18). Il vangelo di Giovanni a sua volta interpreta l’agire salvifico di Cristo come un “portare la vita”: “Io sono venuto perché abbiano la vita e l’abbiano in abbondanza” (*Gv* 10, 10). Gesù poi applica a se stesso il concetto di “medico” che il libro dell’esodo attribuiva a Dio (*Es* 15, 26; si veda anche *Sal* 30, 3): “Non sono i sani che hanno bisogno del medico, ma i malati; io non sono venuto a chiamare i giusti ma i peccatori” (*Lc* 5, 31-32). E del resto ai messaggeri del Battista che gli chiedevano se effettivamente era lui il Cristo, rispondeva rimandando a

quanto abitualmente faceva: “I ciechi recuperano la vista, gli storpi camminano, i lebbrosi sono guariti, i sordi riacquistano l’uditio, i morti risuscitano, ai poveri è annunciata la buona novella” (*Mt 11, 5*).

E tuttavia è evidente che l’attività terapeutica di Gesù non è quella di un medico di professione, il suo atto sanante mira alla guarigione integrale della persona umana. Essa comporta il ristabilimento della salute fisica nell’insieme di un reinserimento dell’uomo nella trama di rapporti che costituiscono la vita: recupero dei rapporti con le persone e con l’ambiente, con le cose e con un progetto di vita aperto alla relazione con Dio. Gesù vede, nel processo di recupero della salute, un’opportunità privilegiata per annunciare il regno di Dio e introdurre nel cammino che porta alla salvezza. Ne è segno.

Nell’evangelizzare il mondo della salute, dunque, non si tratta di sovrapporre un’opera di catechesi o di celebrazione liturgica all’azione curativa e sanante, bensì di integrare appunto queste azioni nel processo di cura e di guarigione che si sta tentando. E’ un’opera piuttosto di collaborazione effettiva con gli altri operatori sanitari in modo che quest’agire a più voci, risulti essere segno della presenza premurosa del Dio creatore e salvatore e sollecitazione ad accogliere il suo progetto salvifico.

“La missione è questa: entrare nella società, guarire ciò che in essa vi è di malato e, a partire da questa azione risanatrice, proclamare al mondo la presenza di un Dio salvatore. Annuncio missionario e attività terapeutica fanno parte di una stessa dinamica che deve aprire la strada al regno di Dio tra gli uomini: ‘Li mandò ad annunciare il regno di Dio e a guarire’ (*Lc 9, 2*)”.

Si comprende così come l’atto sanante di Cristo miri a promuovere l’inserimento in una nuova qualità di esistenza: egli infatti è “salvatore” e non guaritore o medico o terapeuta. Meglio, è da dire che propriamente Cristo, con il suo gesto sanante accompagnato dalla parola illuminatrice, pone sul cammino che va dalla salute alla salvezza. Per questo la salute, la guarigione sono segni indicativi dell’avvento della salvezza. E’ questa la nuova qualità di esistenza che Gesù annuncia e promuove.

## Conclusione

La salute, dunque, predicata e portata da Gesù, fa parte del disegno salvifico di Dio, ne è una sorta di introduzione o di prima esperienza, da non assolutizzare, ma da promuovere e affermare, apprendola al suo compimento finale che è la salvezza. Un chiarimento ci può venire dall’Antico Testamento, di cui l’apostolo Paolo afferma: “tutte queste cose accaddero a loro come esempio, e sono state scritte per ammonimento nostro, di noi per i quali è arrivato la fine dei tempi” (*1 Cor 10, 11*). Si prenda ad esempio l’evento fondamentale della liberazione d’Israele dalla schiavitù egiziana. Pur trattandosi di un avvenimento motivato religiosamente, fu una concreta esperienza di libertà di carattere sociale e politico, che tuttavia era immagine e figura della liberazione che avrebbe portato il Cristo, ossia la liberazione dalle “[...] radici trascendentali del male, [...] il peccato cioè e la morte [...]”. Allo stesso modo, le esperienze di guarigione o di promozione ed elevazione del livello di vita realizzate da Gesù, prefigurano il compimento finale della glorificazione dei nostri corpi, della partecipazione piena alla vita di Dio.

Non va dunque confuso il livello della salute con quello della salvezza. L’azione sanante della Chiesa mira piuttosto al nucleo più profondo e costitutivo dell’essere umano che non al livello dove

operano le tecniche della medicina e delle scienze umane. La Chiesa, recando il vangelo di Cristo, ha per obiettivo la piena salvezza dell'uomo. La finalità del suo agire pastorale è l'introduzione dell'uomo nella pienezza della vita in Dio.

Questo obiettivo comporta anche la possibilità del permanere o del ritornare della malattia o di altro genere di patimento, e del resto anche coloro che furono guariti da Gesù tornarono poi ad ammalarsi e dovettero comunque morire anch'essi. E' chiaro che la salute non coincide con la salvezza e che il cammino verso la salvezza può coesistere, finché siamo nello stato di viatori, con il permanere dello stato di malattia. Per questo la pastorale sanitaria deve evangelizzare non solo la salute e la gioia di vivere, ma anche la sofferenza nelle sue varie espressioni, la morte e il morire. Ed è noto quanto oggi sia necessaria una particolare attenzione da parte degli operatori di pastorale sanitaria ai malati terminali e ai morenti.

Tra salute e salvezza c'è quindi continuità, ma c'è anche un distacco, una separazione, perché la salute poi sia a pieno titolo integrata nella salvezza definitiva. In genere, quello stacco appare, al di fuori di un'ottica di fede, come una sconfitta. Il che avviene facilmente là dove permane invalidità, menomazione, declino e infine la morte. Per questo, si diceva, la salute, benché sia un bene, non va assolutizzata, poiché anche la situazione di dolore, di malattia invalidante e la morte stessa sono state "redente" da Cristo, sono divenute via alla vita.

# *OMELIE*

## **OMELIA (Is 66, 10-14; Mt 18, 1-4)**

di S. Em. il Cardinale Eduardo Martinez Somalo

Prefetto della Congregazione per gli Istituti di Vita Consacrata  
e le Società di Vita Apostolica

Care Sorelle,

non poteva esserci inizio più opportuno al vostro Congresso che raccogliervi davanti al Signore della Vita per chiedere di benedire e rendere fecondo il vostro lavoro. Voi, che per la vita avete una particolare predilezione perché ne siete, in certo modo, sollecite custodi.

Rappresentate molte nazioni, lingue e istituti religiosi. Siete quelle donne che il Santo Padre, nella sua Esortazione apostolica a tutto il popolo di Dio sulla Vita Consecrata e in particolare a voi che l'avete scelta, ha definito: “un segno della tenerezza di Dio” per la vostra dedizione vissuta con pienezza e con gioia così da diventare “una testimonianza particolare del mistero della Chiesa che è vergine, sposa e madre” (VC 57a).

E' anche significativo essere insieme oggi, festa di Santa Teresa di Gesù Bambino. Lei, che ha voluto essere materialmente chiusa nello spazio angusto di un monastero, ha di fatto spaziato per il mondo e insegnato a tutti noi come dottore della Chiesa la sua “piccola via” che altro non è che una presenza piena d'amore per Dio e per i fratelli. Lei ci dimostra con la vita che “lo sguardo fisso nel volto del Signore, non attenua nell'apostolo l'impegno per l'uomo, al contrario, lo potenzia dandogli una nuova capacità di incidere sulla storia per liberarla da quanto la deturpa”. (VC 75c). Vedete, care sorelle, “il contributo specifico all'evangelizzazione da parte delle consacrate, sta anzitutto nella testimonianza di un'esistenza totalmente donata a Dio e ai fratelli ad imitazione del Salvatore che, per amore dell'uomo, si è fatto servo” (VC 76a).

Voi lavorate in un mondo dove il mistero è ordinario. Sia il mistero della vita che quello della morte. Aiutate il malato a guarire, riportandolo alla capacità di sperare nella vita e, al tempo stesso, come richiede il vostro lavoro, siete in grado di aiutare il malato che non può più avere speranza nei mezzi umani, ad entrare nella pace di chi si abbandona all'amore del Padre. Quante volte si ripete nel silenzio di una corsia, l'abbraccio del Padre, misericordioso verso i suoi figli. E siete state voi che, con una maternità purissima, avete contribuito tante volte a generare alla vita eterna di Dio queste persone a cui, nel momento della morte, avete evitato il dramma della solitudine e, forse, della disperazione.

Nella vostra attività quotidiana usate pure tutti i mezzi che l'intelligenza feconda dell'uomo mette a servizio della salute, ma sarebbe incompleta questa tecnologia, se non fosse accompagnata dalla compassione, cioè dalla capacità di condividere con chi soffre, la trepidazione, il dolore, l'ansia di un esito incerto. Ascoltate con quanta fiducia e concretezza vi parla il Papa: “Privilegino nelle loro scelte gli ammalati più poveri ed abbandonati, come gli anziani, i disabili, gli emarginati, i malati terminali, le vittime della droga e delle nuove malattie contagiose. Favoriscano nei malati l'offerta del proprio

soffrire in comunione con Cristo crocifisso e glorificato per la salvezza di tutti” (VC 83b). Ecco un commento all'insegnamento che, poco fa, abbiamo letto nel Vangelo di San Matteo. Gli ammalati, i sofferenti, coloro che, per la propria condizione, si devono fidare degli altri, sono anche i “piccoli” agli occhi del mondo, ma importanti nel Regno di Dio. Contemplando la compassione di Cristo, che con i piccoli si fa a sua volta piccolo, comprendiamo la sua meravigliosa promessa: “Chi per amor mio, accoglie un bambino come questo, accoglie Me” (cfr. 18,5). Contemplando e amando Cristo, lo dobbiamo scoprire nei sofferenti: “Ero ammalato e siete venuti a trovarmi...” (Mt 25, 36).

Santa Teresa del Bambino Gesù, dopo aver ammesso che, per il suo grande bisogno di amare, avrebbe desiderato vivere tutte le vocazioni, quella di profeta, di martire, ecc., intuì che una sola esperienza, radicalmente vissuta, avrebbe potuto comprenderle tutte: vivere l'amore ed essere così nel cuore della Chiesa. Quando l'amore di Dio ci coinvolge veramente, allora il quotidiano con le sue implacabili esigenze, ci offre un nascosto martirio di donazione totale, lo Spirito ci apre alla Sapienza delle scelte e ci introduce ad accogliere i progetti di Dio, e lo stesso amore, per mantenersi autentico, esige il raccoglimento della preghiera di cui possiamo fare esperienza, coltivandola nel cuore anche quando siamo nell'impegno responsabile di una sala operatoria o nell'affanno di un lavoro che continuamente si moltiplica... La santità, infatti, se la vogliamo “vera”, la dobbiamo vivere nel dovere quotidiano, non in situazioni artificiosamente costruite, in un'atmosfera asettica dal continuo disturbo della sofferenza, del dolore, del limite nostro e altrui.

Vorrei che foste ben convinte che questa quotidianità di vita animata dall'amore, è la strada della santità che la vostra vocazione vi segna ogni giorno, in modo imprevedibile! “Io sarò l'amore nel cuore della Chiesa!”. Questo cammino è accessibile a ciascuna di voi. E' cosa buona aiutare i malati a guarire, ma questo apre la strada ad un rapporto più profondo e più decisivo perché chi riceve la vostra assistenza, possa anche intuire l'amore di Dio e farne esperienza! I malati guardano a voi non semplicemente per la vostra competenza tecnica, ma perché, anche inconsapevolmente, vogliono essere amati con la compassione di Cristo. Non è questo precisamente ciò che significa per voi essere l'amore nel cuore della Chiesa?

Vi auguro che il vostro motto sia quello che San Paolo ha gridato ai Corinti: “L'amore di Cristo ci spinge!” (2 Cor 5, 14). Ricordate sempre, nello svolgimento della vostra missione, le parole del Signore che abbiamo ascoltate poco fa nella lettura: “Come una madre consola il figlio così io vi consolerò” (Is 66, 13).

Affidiamo alla Vergine della Visitazione ciascuna di voi e il vostro impegno di sollecitudine verso chi soffre. A Maria, che invochiamo ‘Salute degli infermi’, ci rivolgiamo con le parole stesse del Santo Padre: “A Te, Madre, le affidiamo perché sappiano correre incontro alle necessità umane per portare aiuto, ma soprattutto, per portare Gesù. Sostienile nella loro opera a favore dei poveri, dei senza speranza, degli ultimi e di tutti coloro che cercano il Figlio Tuo con cuore sincero” (cfr. VC 112b). “Vivete pienamente la vostra dedizione a Dio e ai fratelli che soffrono, per non lasciare mancare a

questo mondo un raggio della divina bellezza che illumini il campo dell'esistenza umana" (cfr. 109a). Questa parola del Vicario di Cristo apra veramente i lavori del Congresso che state per iniziare. Ve lo auguro fecondo di conclusioni efficaci, ma, soprattutto, di convincente testimonianza di vita donata a Lui e, per Lui, agli altri.

## OMELIA

di S.Em. il Cardinale Virgilio Noé,  
Arciprete della Patriarcale Basilica Vaticana

### 1) Gli Angeli nella nostra vita

La seconda giornata di studio su “La donna Consecrata nei mondo della salute alle soglie del terzo millennio”, inizia con la festa che la Chiesa celebra in onore dei Santi angeli custodi. La loro presenza nella nostra vita è atto della amorevole provvidenza di Dio verso ciascuno di noi.

Un angelo ci protegge dalla nascita alla morte. Ci accompagna sempre; ci guida sulle strade del mondo verso la salvezza; ci ripete e ci ricorda la parola di Dio; la sua voce misteriosa è richiamo alla nostra coscienza; nelle nostre incertezze, ci aiuta a prendere decisioni chiare; il suo braccio potente ci sostiene nella lotta perché si affermi in noi il regno di Dio. La Chiesa sintetizza questa attività degli Angeli verso di noi, in una breve preghiera, scandita da alcuni verbi: l'Angelo illumina, custodisce, regge, governa.

S. Bernardo, commentando il versetto del salmo 90: “Egli darà ordine ai suoi angeli di custodirti in tutti i suoi passi”, dice: “Queste parole quanta reverenza devono suscitare in te, quanta devozione recarti, quanta fiducia infonderti! Reverenza per la presenza, devozione per la benevolenza, fiducia per la custodia. Sono presenti dunque e sono presenti a te, non solo con te, ma anche per te. Sono presenti per proteggerti, sono presenti per giovarti” (*Liturgia delle Ore*, 2 ottobre)

### 2) Assistenza ai malati: opera di sequela cristiana

Da sempre l'assistenza ai malati è stata considerata come opera di sequela cristiana. Basta sfogliare le pagine della storia della Chiesa, per avere la conferma: in tutte le epoche: antica, medioevale, moderna contemporanea. Ci furono uomini, ci furono donne a compiere tale servizio. Poiché le donne che seguivano questa vocazione e vivevano nubili e caste, e assolvevano al loro dovere con dedizione silenziosa e pura, apparivano come una specie di angelo salvatore. La suora infermiera, mentre si esercitava nella sequela di Gesù Cristo, curava il malato: come angelo custode lo manteneva sulla retta via, quando era necessario, ve lo riconduceva, lo illuminava in ciò che doveva essere chiarito, e lo guidava attraverso i pericoli. Compiva in una parola ciò che all'Angelo Custode viene attribuito come compito: illumina, custodisce, regge, governa.

### 3) L'arte di visitare i malati

“Ero ammalato e voi mi avete visitato” (*Mt 25,36*). La parola di Cristo e il commento che egli stesso ha dato nella parabola del buon Samaritano (*Lc 10,30*), hanno trovato una tale eco nel cuore di migliaia di cristiani, e contrassegnano di una tale impronta la nostra civiltà, che la visita dei malati e la loro cura è sempre stata ritenuta come un atto di carità, e circondata di tante delicatezze e discrezioni, che hanno dato tutto il loro valore a tale visita.

Un cristiano, in effetti, deve compiere questo compito non solamente perché spinto da un senso di commiserazione umana, ma lo deve fare con intenzione soprannaturale: e una visita fatta a Cristo in persona, sotto la specie di uno dei suoi membri sofferenti, e quindi come un avvicinamento al mistero

della presenza di Dio in tutti. Un malato è sempre una cosa sacra “perché la mano del Signore lo ha toccato” (Gb 19,21).

La Chiesa tiene talmente alla visita dei malati, che essa vi ha consacrato capitoli interi dei suoi libri liturgici, ha specializzato in questa funzione centinaia di Congregazioni ospedaliere, dalle denominazioni e dalle divise più varie: in un certo senso tutte le sorelle che fanno questo sono diventate tutte “Figlie della Carità” o ministre e serve degli infermi. Si cerca di capire! Poiché negli ospedali o cliniche non sempre le mani sono pure, degne di toccare e curare le membra malate di Cristo, non sempre gli strumenti sono spiritualmente sterilizzati, idonei ad avvicinarsi alle piaghe e alle ferite dei nostri fratelli, la Chiesa ha votato alla cura dei malati ciò che essa ha di più prezioso: la verginità delle sue religiose, il celibato dei suoi preti, coscienze incessantemente purificate dall'acqua della mortificazione; cuori mondati a quel fuoco che è il fuoco dello Spirito Santo, a cui ci si rivolge, nella celebre sequenza, chiedendo: “Lava quod est sordidum, riga quod est aridum, sana quod est saicum” (Lava ciò che è sporco, irriga ciò che è arido, sana ciò che è ferito).

E' importante tenere presente questo in un tempo in cui la statalizzazione dei servizi sanitari, sottoposti a sempre maggiori esigenze amministrative, rende ardua per la suora la sua missione religiosa

C'è stata, in questo nostro tempo, una grande evoluzione nella organizzazione ospedaliera: una volta l'ospedale era il campo d'azione per gli ordini religiosi: facevano tutto; misericordia corporale e spirituale. Oggi quasi tutto è assorbito dai ministeri statali, che impongono leggi e regolamenti, anche agli istituti privati.

Metamorfosi sopravvengono nelle congregazioni. L'obbligo dei diploma, leggi sociali, controlli amministrativi: sono tutte cose che hanno cambiato la fisionomia della suora ospedaliera.

Per gli incarichi amministrativi e ispettivi, e perché sovraccaricata di incombenze tecniche, la suora acquista sempre più la figura dell'infermiera di mestiere, e dà sempre meno l'impressione d'essere la sorella premurosa, curva sul capezzale d'un malato, in stretto contatto con lui. Non può più rispondere a tutto ciò che essi chiedono...

### 3) Testimonianze di carità

Il campo delle malattie rimane vastissimo. Un tempo le suore occupate in esso erano tantissime, erano dappertutto e sempre: per quanto era lungo il giorno, in ogni tempo dell'anno, con una dedizione di sé stesse tale, da imporre rispetto e ammirazione.

Siano ringraziate le suore di ieri per la testimonianza della carità, che esse hanno offerto. Ora sono ridotte di numero. A volte non ci sono più. Quanto si avverte la mancanza delle suore, dove sono state ritirate!

Dalle suore rimaste si attende che diano una testimonianza chiara, comprensibile da tutti.

Chi vi vede, legga nella vostra condotta compassione. Il termine significa: “patire con” gli altri.

A causa di tale compassione, la suora presta assistenza premurosa e sollecita. Si sottopone a orari stressanti, usa tutte le finezze suggerite dalla carità, condivide i sentimenti di chi soffre, si sforza di capire il malato!

Avvicina il malato con rispetto: la malattia è sempre un momento difficoltoso. Il malato deve essere visto e considerato come persona umana, mai come numero, o come caso interessante dal punto di vista medico. Il rispetto imporrà la discrezione; essa crea una barriera impenetrabile alla curiosità che vorrebbe sapere tutto del malato.

Si userà molta delicatezza: la delicatezza nella suora manterrà sensibile il suo animo al dolore altrui, gentile la sua parola, dolce il suo comportamento, paziente il servizio di giorno e di notte. Per mezzo della delicatezza si arriverà a indovinare i desideri del malato, a intuire le sue esigenze, e a provvedere subito. "Chi da presto, dà due volte".

Dinanzi al mistero del malato, la fede insegnereà a scoprire, sotto il "segno" del dolore, il Cristo della passione, a vedere riverberati nella carne del fratello o della sorella gli stessi sentimenti di Gesù nella sua passione. "Dio non è venuto nel mondo per sopprimere il dolore, e neppure per spiegarlo. E' venuto per riempirlo della sua presenza" (*Paul Claudel*).

Lo spirito di carità porterà a servire i malati non solo con le mani, ma anche con il cuore. Una parola di Gesù, non scritta nei vangeli, ma tramandata da apocrifi, raccomandava. "Non siate lieti, se non quando vedrete nella carità i vostri Fratelli".

Fra un operatore e una suora, per il lavoro che fanno, oggi non si fa più differenza! La differenza che li deve contraddistinguere è lo spirito di carità, che non ammette nessuna flessione, anche quando la carità diviene pesante, più del lavoro da compiersi.

I malati sono padroni spesso esigenti, non sempre comprensivi e talvolta ingrati.

Anche in questi casi, la carità dolce e sorridente della suora, che fa tutto non per qualcosa, ma per qualcuno, sarà la moneta con cui lei paga la sua presenza nel mondo della salute.

Con la protezione dei SS. Angeli Custodi.

## OMELIA

di Sua Em. il Cardinale JORGE ARTURO MEDINA ESTÉVEZ  
Prefetto della Congregazione per il Culto Divino e la Disciplina dei Sacramenti

Basilica di San Pietro in Vaticano, 3 ottobre 1998

Questa celebrazione del Sacrificio eucaristico è in rapporto con il servizio della *donna Consecrata nel mondo della salute*. Qualsiasi vita cristiana dev'essere un sacrificio di lode alla gloria di Dio, come ci esorta San Paolo “*ad offrire i vostri corpi come sacrificio vivente santo e gradito a Dio; è questo il vostro culto spirituale*” (*Rom 12, 1*). La nostra vita, qualsiasi sia il posto nel quale la Provvidenza del Signore ci ha collocati, non ha alcun senso a meno che non sia dedicata al Signore, alla Sua gloria (*Ef 1, 6.12.14*). Ma per ognuno di noi esiste un posto nel Corpo di Cristo, una funzione, una responsabilità, un insieme di rapporti, di qualità, di sensibilità che costituiscono la nostra personale vocazione all'interno della comune vocazione cristiana. Questa vocazione particolare conferisce una sfumatura personale e in qualche modo irripetibile al nostro cammino di santità. La vocazione personale è la forma concreta della nostra risposta alla chiamata del Signore di *seguirlo* (*Mt 8, 22; 10, 30; 16, 24; 19, 27 ss. ; Gv 10, 27; 21, 22*) e di essere perfetto (*Mt 5, 4-8*).

La donna è opera ricchissima della sapienza e della potenza di Dio. La condizione femminile pervade tutto l'essere umano della donna: non è un qualcosa di accidentale, un elemento che si possa togliere, lasciando un resto che sarebbe umano, ma né maschio né femmina. No! L'essere umano è uomo o donna, ognuno con le sue caratteristiche che non sono da paragonare, ma da capire nella loro complementarietà.

Siccome non sono un antropologo, né uno psicologo, vi chiedo scuse se le mie riflessioni non sono tanto scientifiche, bensì il frutto della mia esperienza e di alcune mie osservazioni.

Iddio ha formato la donna avendo come cornice la maternità, condizione che suppone un rapporto di unione sia con l'uomo nel matrimonio (*Gn 1, 27 ss.*), sia con i figli, frutto dell'amore coniugale. Ora la maternità è una realtà molto ricca. La madre dona tanto al figlio: gli dà nutrimento, calore, protezione, amore, compagnia, sostegno, educazione, comprensione, ascolto, attenzione.

Il senso della maternità si proietta al di là dei figli concepiti nel proprio seno: pare come se la donna avesse una maternità potenziale e quasi infinita da esercitarsi dinanzi a qualsiasi essere umano sprovvisto di protezione e bisognoso di ciò che è indispensabile al suo benessere. Pare come se il cuore della donna fosse una sorgente inesauribile di tutto ciò che può rendere la vita umana meno dolorosa e più felice. Forse la parola *dare* è quella che caratterizza di più l'essere femminile. Dare con generosità, dare senza sperare ricompensa, dare non soltanto con efficacia, ma con amore, dare essendo se stessa il primo dono, dare con pazienza, dare con il sorriso, dare il perdono, dare a lunga scadenza, dare anche quando non c'è la speranza di vedere i risultati, dare con tenerezza e dare con autorità. Dare anche quando talvolta non ci sia se non uno sguardo d'amore e di comprensione. Le donne che hanno sentito la chiamata alla pratica dei consigli evangelici di obbedienza, povertà e castità, rinunciano, certo, alla

maternità fisica e alle sue conseguenze spirituali verso i figli, ma non perdono la qualità squisitamente materna che il Signore ha impresso nei loro cuori e nel loro essere. In altre forme eserciteranno la qualità materna, così profondamente coniata nel loro essere.

Ora questo senso materno ha un rapporto molto particolare con le persone ammalate. Chi non ha visto la sofferenza di una madre col figliolo ammalato tra le sue braccia? Chi non ha visto l'angoscia di una donna di fronte al figlio in pericolo di morte? Chi non ha visto il dolore di una mamma dinanzi alla salma del figlio? Ma questo senso materno non si fa presente soltanto dinanzi al figlio ammalato, ma anche di fronte al figlio che si trova in pericolo. Il senso di protezione materna si estende anche al marito, e ci sono culture nelle quali il marito dà alla propria moglie il nome di “mamma”, come per esprimere con dolcezza il sentimento di sentirsi protetto, soprattutto con la protezione che dà l'amore.

Nei Vangeli ci sono non pochi testi ove si percepisce il senso della maternità, certo in forme molto diverse. Ecco la Madonna che riflette sulla profezia di Simeone (*Lc 2, 34 ss.*); ecco la Madonna che visita sua cugina Elisabetta incinta ad un'età avanzata (*Lc 1,39 ss.*); ecco la Madonna che polta con Giuseppe Gesù al tempio di Gerusalemme, educandolo dunque alla pratica religiosa ebraica (*Lc 2, 41 ss.*); o che cerca Gesù rimasto a sua insaputa nel tempio di Gerusalemme (*Lc 2, 41 ss.*). Ecco la Madonna dinanzi all'imbarazzo degli sposi alle Nozze di Cana (*Gv 2, 1 ss.*); ecco la madre di figli di Zebedeo che cerca di sistemare i suoi figli (*Mt 20, 21*); ecco la vedova di Naim, che accompagna al cimitero la salma del suo unico figlio (*Lc 7,14 ss.*); ecco la Madonna che cerca Gesù (*Mt 12, 47*); ma tra tanti episodi così ricchi di sensibilità femminile, mi colpisce particolarmente uno: *stavano presso la croce di Gesù sua Madre, la sorella di sua Madre Maria di Cleofa e Maria di Magdala* (*Gv 19, 25*). Stavano! Silenziose! Con il cuore inondato di amarezza!

Senza poter capire la misura dell'odio che aveva portato Gesù a morire sul legno, simbolo della maledizione. Guardano con gli occhi obnubilati dalle lacrime. Fanno compagnia a Gesù morente. Senza poter aiutarlo né sollevarlo, perché doveva morire, dandogli però il sollievo di sguardi pieni di tenerezza e d'amore, sguardi più eloquenti di un fiume di parole, spesso vuote e calcolate. Maria Santissima e le altre donne ai piedi della croce dimostrano così un amore gratuito ed in un senso vero Gesù diventava figlio anche della sorella di sua madre, Maria di Cleofa e Maria di Magdala. Non aveva detto Gesù che chiunque avrebbe adempiuto la volontà del Padre, sarebbe diventato suo fratello, sua sorella e sua madre (*Mt 12, 49 s.; Mc 15, 40 s.*)? E quelle donne stavano lì, secondo la volontà del Padre e con lo Spirito che Gesù aveva indicato nella descrizione dell'ultimo giudizio (*Mt 25, 35 s.*). Poi furono le donne che accorsero al sepolcro per rendere al corpo di Gesù l'ultimo omaggio coprendolo di profumo (*Mt 28, 1; Mc 16, 1; Lc 24, 1*). Furono esse, infine, ad annunciare agli apostoli la notizia che Colui che era morto, era adesso vivente (*Mt 28, 9 ss.; Mc 16, 6; Lc 24, 6*).

La vostra spicata sensibilità femminile vi aiuterà a capire il senso profondo del vostro servizio, così diversificato di fronte agli ammalati, e che sarà ugualmente prezioso anche se non si potesse esprimere che con un solo sguardo di tenerezza o con una furtiva lacrima di comprensione.

# Consecrated women in the world of health on the threshold of the third millennium

## *To Reconsider Our Mission of Service to the Suffering in the Light of the Gospel*

Vatican City New Synod Hall, October 1-2-3, 1998

Thursday, October 1

MORNING

- 8:00 a.m. **Holy Mass**  
Presided over by His Eminence Cardinal  
Eduardo Martínez Somalo,  
Prefect of the Congregation for Institutes of Consecrated Life  
and Societies of Apostolic Life (Holy See)
- 9:00 **Greeting and Introduction**  
Archbishop Javier Lozano Barragán,  
President of the Pontifical Council for Pastoral  
Assistance to Health Care Workers, Holy See
- 9:15 **First Paper**  
**A Model for the Presence of Consecrated  
Women in the World of Health**  
Sister Odilia D'Avella, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul (Italy)
- 10:00 **Intermission**
- 10:30 **Round Table:**  
**Presentation of the Different Situations Where Religious Are Present**  
Geographic Areas: Europe, Asia, Africa, America, Oceania
- 12:00 **Discussion**
- 1:00 p.m. **End of the Morning Session**

AFTERNOON

- 3:30 **Round Table: Vocation, Profession, and Mission Meet and Become  
Integrated in the Christian Vision of Integral Health**  
**Consecrated Women in Three Perspectives**  
-Anthropological. Professor Felisa Elizondo,  
Member of the Teresian Institute, Spain  
-Biblical. Sister Emmanuelle Marie, Dominican Sisters of Bethany, France  
-Theological. Sister Mary Quentin Sheridan, Sisters of Mercy of Alma, USA
- 5:00 **Intermission**
- 5:30 **Discussion**
- 6:30 **End of the Session**

Friday, October 2

MORNING

- 8:00 **Holy Mass**  
Presided over by His Eminence Cardinal Virgilio Noè, Archpriest of the Patriarcal Vatican Basilica
- 9:00 **Second Paper**  
**Practical Aspects of Pastoral Care:**  
**The Way to Announce, Evangelize, Celebrate, Serve, and Testify in the World of Health**  
Sister Rosa Ortega Botero, Daughters of St. Camillus, Colombia
- 9:45 **Intermission**
- 10:15 **Round Table:**  
**The Health World As a Sphere to Be Evangelized.**  
**Significant Pastoral Experiences**
- Scheduled Talks
- 12 **Discussion**
- 1 p.m. **End of the Session**

AFTERNOON

- 3:30 **Third Paper**  
**Charisms As a Gift of the Spirit Received by the Founders for Suffering Mankind**  
**Questions Posed for Consecrated Women in the Twenty-First Century**  
Sr. Josefa Michelitsch, Sisters of St. Vincent de Paul, Daughters of Christian Charity, Austria
- 4:15 **Intermission**
- 4:45 **Charity to Serve Life**  
**A Health Ministry Project for Latin America and the Caribbean:**  
**Aims, Challenges, Priorities, and Strategies**  
Sister Laura María Mejía Toro, Dominican Sisters of the Presentation
- 5:30 **Discussion**
- 6:30 **End of the Session**

Saturday, October 3

MORNING

- 8:00 a.m. **Holy Mass** Presided over by His Eminence Cardinal Jorge Arturo Medina Estevez, Prefect of the Congregation for Divine Worship and the Disciplines of the Sacraments, Holy See
- 9:00 **Consecrated Life: The Epiphany of God's Love in the World**  
**Moving Towards the Union of Women Religious Working in Health Care**  
Sister Rita Burley, President of the UISG (International Union of Superiors General)
- Scheduled Talks
- F.E.R.S. Federación Española de Religiosas Sanitarias  
F.R.E.M. Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas  
R.E.P.S.A. Religieuses dans les Professions de Santé  
U.S.M.I.-SANITA' Unione Superiore Generali d'Italia - Ambiente Sanità

# La femme consacrée dans le monde de la santé au seuil du troisième millénaire

*A la lumière de l'Évangile, repenser notre mission  
au service de l'homme souffrant*

Cité du Vatican, 1-2-3 octobre 1998, Nouvelle Salle du Synode

Jeudi, 1er octobre

MATIN

- 8.00 Célébration eucharistique, présidée par Son Eminence le Cardinal Eduardo Martínez Somalo, Préfet de la Congrégation pour les Instituts de vie consacrée et les Société de vie apostolique (Saint-Siège)
- 9.00 Salut et introduction  
S.E. Mgr Javier Lozano Barragán, Président du Conseil Pontifical de la Pastorale pour les Services de la Santé (Saint - Siège)
- 9.15 1ère relation  
Le modèle de présence des consacrées dans le monde de la santé  
Sr Odilia d'Avella, Filles de la Charité de Saint Vincent de Paul, (Italie)
- 10.00 Intervalle
- 10.30 Table ronde:  
Présentation des diverses situations dans lesquelles les religieuses sont présentes et opèrent  
Aires géographiques: Europe, Asie, Afrique, Amérique, Océanie
- 12.00 Débat
- 13.00 Fin de la session

APRÈS-MIDI

- 15.30 Table ronde  
Vocation, profession et mission se rencontrent et,  
dans la vision chrétienne de la vie et de la santé,  
s'intègrent réciproquement pour la santé globale de l'homme  
La femme consacrée dans la dimension:  
- anthropologique: Pr Felisa Elizondo, membre de l'Institut Thérésien (Espagne)  
- biblique: Sœur Emmanuelle Marie, Sœurs Dominicaines de Béthanie (France)  
- théologique: Sr Mary Quentin Sheridan, Sœurs de la Miséricorde d'"Alma" (U.S.A.)
- 17.00 Intervalle
- 17.30 Débat
- 18.30 Fin de la session

- 8.00 **Célébration eucharistique**  
Présidée par Son Em. le Cardinal Virgilio Noè,  
Archiprêtre de l'Eglise Patriarcale Vaticane
- 9.00 **2ème relation**  
Aspects pastoraux pratiques: comment devons-nous annoncer,  
évangéliser, célébrer, servir, témoigner?  
Sr Rosa Ortega Botero, Filles de St Camille (Colombie)
- 9.45 **Intervalle**
- 10.15 **Table ronde:**  
Le monde de la santé est "terre d'évangile"  
Expériences pastorales qui provoquent et interpellent  
Interventions préparées
- 12.00 **Débat**
- 13.00 **Fin de la session**

**APRÈS-MIDI**

- 15.30 **3ème relation**  
Les charismes, dons de l'Esprit reçus par les fondateurs pour  
l'humanité souffrante interpellent la gemme consacrée du XXIème siècle  
Sr Josefa Michelitsch, Soeurs de St Vincent de Paul, Filles de la Charité  
chrétienne (Autriche)
- 16.15 **Intervalle**
- 16.45 **"Au service de la charité pour la vie"**  
Présentation d'un projet de pastorale de la santé pour l'Amérique  
latine et les Caraïbes: finalité, défis, priorités et stratégies  
Sr. Laura Maria Mejia Toro Soeurs Dominicaines de la Présentation
- 17.30 **Débat**
- 18.30 **Fin de la session**

- 8.00 **Célébration eucharistique**  
Présidée par S.Em. le Cardinal Jorge Arturo Medina Estevez, Préfet de la  
Congrégation pour le Culte Divin et la Discipline des Sacraments, Saint Siège
- 9.00 **La vie consacrée: "Épiphanie" de l'amour de Dieu dans le monde**  
Vers l'union des Sœurs qui opèrent dans le domaine sanitaire  
Sr Rita Burley, Présidente de l'U.I.S.G.  
(Union Internationale des Supérieures Générales)  
Interventions préparées  
E.E.R.S. Federación Española de Religiosas Sanitarias  
F.R.E.M. Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas  
R.E.P.S.A. Religieuses dans les Professions de Santé  
U.S.M.I.-SANITA' Unione Superiore Generali d'Italia - Ambiente Sanità