



DOLENTIUM HOMINUM

N. 79 – anno XXVII – N. 2, 2012

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER GLI OPERATORI SANITARI
(PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)

DIREZIONE

S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI, *Direttore*
MONS. JEAN-MARIE MUPENDAWATU, *Redattore Capo*

COMITATO DI REDAZIONE

BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DOTT.SSA LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D'ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DOTT.SSA MAYA
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESÚS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DOTT.SSA DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, BOLIVIA
CASSIDY MONS. J. JAMES, U.S.A.
DELGADO DON RUDE, SPAGNA
FERRERO P. RAMON, MOZAMBICO
GOUDOTE P. BENOIT, COSTA D'AVORIO
LEONE PROF. SALVINO, ITALIA
PALENCIA P. JORGE, MESSICO
PEREIRA DON GEORGE, INDIA
VERLINDE SIG.A AN, BELGIO
WALLEY PROF. ROBERT, CANADA

TRADUTTORI

CHALON DOTT.SSA COLETTE
CASABIANCA SIG.A STEFANIA
FARINA SIG.A ANTONELLA
FFORDE PROF. MATTHEW
QWISTGAARD SIG. GUILLERMO

Direzione, Redazione, Amministrazione:

PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI (PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)
CITTÀ DEL VATICANO; TEL. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799 - FAX: 06.698.83139

e-mail: opersanit@hlthwork.va
www.holyseeforhealth.org

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 32 € compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Sommario

SEMINARIO DI CHIUSURA DEL 25° ANNIVERSARIO
DELL'ISTITUZIONE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER GLI OPERATORI SANITARI
ASSOCIAZIONISMO SANITARIO CATTOLICO
E CULTURA DELLA VITA
5 FEBBRAIO 2011

- 4 **Venticinque anni del Pontificio
Consiglio per gli Operatori Sanitari
sotto la protezione di Maria
«Salus infirmorum»**
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski
- 8 **L'associazionismo dei fedeli,
con particolare riferimento alla
promozione di una cultura della vita**
Prof. Avv. Guzmán Carriquiry Lecour
- 15 **Associazionismo cattolico
e servizio alla vita:
problematica e prospettiva**
Prof. Juan Viñas Salas
- 23 **La Fondazione Raoul Follereau**
Sig. Michel Récipon
- 25 **Le nuove sfide per la
collaborazione fra le associazioni
sanitarie cattoliche**
Padre Ján Ďačok, SJ
- 29 **Conclusioni**
S.E. Mons. Sergio Pintor

XX GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
11 FEBBRAIO 2012

- 32 *Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI
in occasione della XX Giornata Mondiale
del Malato (11 febbraio 2012)*
«Alzati e va'; la tua fede ti ha salvato!»
(Lc 17,19)

- 35 **Intervento di S.E. Mons. Zygmunt
Zimowski in occasione della XX
Giornata Mondiale del Malato**
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

ARGOMENTI

- 42 **“Fa’ poi passare il medico – il Signore
ha creato anche lui” (Sir 38,12)**
Mons. Pascal Ide
- 52 **L'umanità nell'anziano**
Padre Mariano Galve Moreno

TESTIMONIANZE

- 62 **Un centro di accoglienza:
“Casa de Belén”,
una scommessa per la vita**
Don Rudesindo Delgado Pérez
Suor Isabel Bello Colmenero
- 66 **Arcidiocesi di Chicago.
Le strutture per le cure
e l'assistenza a lungo termine:
considerazioni pastorali**
Dr. Patrick Guinan
- 68 **Suor Maria Benedetta Frey
testimone della sofferenza per amore**
Don Gianluca Scrimieri
- 70 *Programma della
XXVII Conferenza Internazionale
del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari*
**“L'Ospedale, luogo di evangelizzazione:
missione umana e spirituale”**
*Città del Vaticano,
15-17 novembre 2012*

**Seminario di chiusura
del 25° anniversario dell'Istituzione
del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari**

***Associazione Sanitario Cattolico
e Cultura della Vita***

5 febbraio 2011

**Sala San Pio X
Città del Vaticano**

Venticinque anni del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari sotto la protezione di Maria «Salus infirmorum»

**S.E. MONS.
ZYGMUNT ZIMOWSKI**
*Presidente del
Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede*

Sono passati cinque lustri da quando Sua Santità Giovanni Paolo II, l'11 febbraio 1985, con il Motu Proprio *Dolentium Hominum*, istituì la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, che in seguito, con la Costituzione Apostolica *Pastor Bonus* del 28 giugno 1988, divenne Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Nella sua omelia alla messa per gli ammalati dell'11 febbraio 1985, il Pontefice sottolineò: "Occorre stimolare e promuovere l'opera di formazione e di studio che le diverse istituzioni cattoliche svolgono in campo sanitario; occorre diffondere e difendere gli insegnamenti della Chiesa in questa materia; occorre soprattutto suscitare e coordinare le energie vive presenti nella Chiesa, perché si volgano con rinnovato spirito di servizio verso le sorelle e i fratelli colpiti dalla malattia, vedendo in essi le membra di Cristo sofferente. Con queste finalità nasce il nuovo organismo della Santa Sede, che muove proprio oggi i suoi primi passi, sotto la guida del Cardinale Edoardo Pironio, Presidente, e dell'Arcivescovo Fiorenzo Angelini, Pro-Presidente. Vi invito a pregare perché la nuova Pontificia Commissione possa raggiungere pienamente il suo scopo, quello cioè di migliorare ed estendere l'assistenza materiale e spirituale che la Chiesa da sempre promuove in favore dei malati" (*Insegnamenti*, VIII,1 [1985], p. 480).

Molto è stato fatto, da allora, sotto i suoi tre Presidenti: il Car-

dinale Fiorenzo Angelini prima, il Cardinale Javier Lozano Barragán poi e attualmente l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski. Molto vi è tuttora da fare e, per celebrare il suo "Giubileo d'argento", in quest'anno (febbraio 2010-febbraio 2011) il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute), ha realizzato e sta organizzando numerosi eventi: una serie di iniziative che ha preso il via il 9 febbraio 2010 con il Simposio Internazionale, la mostra di pittura e il concerto di musica classica, ispirati al Messaggio di Sua Santità Papa Benedetto XVI per la Giornata Mondiale del Malato (GMM) 2010 e dunque intitolati "La Chiesa al servizio dell'amore per i sofferenti". Lo stesso Santo Padre ha quindi presieduto la Messa Solenne celebrata l'11 febbraio, XVIII GMM, nella Basilica di S. Pietro.

Sono state inoltre compiute dall'Arcivescovo Zimowski, e dagli altri Superiori del Dicastero, il Segretario, Monsignor José L. Redrado O.H. e il Sotto Segretario, Mons. Jean-Marie Mupendawatu, diverse visite pastorali ai malati ricoverati nei nosocomi romani. In aprile si è svolto quindi il Pellegrinaggio, ad Ars e a Lourdes, dei cappellani ospedalieri (giunti da dodici Paesi e quattro continenti) a cui ha fatto seguito, fra le altre attività, il viaggio compiuto dal personale del Dicastero, in Polonia a cavallo tra aprile e maggio, "Sui passi del suo Fondatore, il Servo di Dio Papa Giovanni Paolo II". Lo stesso itinerario è stato quindi percorso a inizio luglio da circa 60 pellegrini, non udenti e agenti di pastorale del settore, originari di oltre 10 diocesi italiane, dell'Irlanda, del Brasile e del Perù. Il gruppo ha anche preso parte all'incontro internazionale per persone sorde che si

tiene annualmente, nella città polacca di Kalkow, il primo sabato di luglio.

È giusto a questo proposito ricordare, inoltre, il XXIII Congresso Mondiale FIAMC (la Federazione mondiale dei medici cattolici), a Lourdes dal 6 al 9 maggio 2010 a cui ha preso parte anche l'Arcivescovo Zimowski.

Tutte iniziative durante le quali i partecipanti si sono sentiti avvolti come non mai dalla presenza materna di Maria. "La maternità di Maria, iniziata a Nazareth e vissuta sommamente a Gerusalemme sotto la croce, sarà sentita [...] come affettuoso e pressante invito rivolto a tutti i figli di Dio, perché facciano ritorno alla casa del Padre, ascoltando la voce materna di Maria" (*Tertio Millennio Adveniente*, 54).

Una protezione materna che ha certamente accompagnato cinque lustri di lavoro e di attenzione del Dicastero al contesto presente, alla globalizzazione e di fedeltà all'obiettivo generale che il Servo di Dio Papa Giovanni Paolo II così sintetizzò: mostrate "il Volto di Cristo dolente e glorioso, per illuminare con il vangelo il mondo della salute e della malattia, santificare l'ammalata e i professionali della salute e fare il coordinamento della pastorale della salute nella Chiesa" (Giovanni Paolo II, *Udienza ai partecipanti all'Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute*, Roma, 2 maggio 2002, n.3).

La lettera apostolica *Salvifici Doloris* sul significato cristiano della sofferenza umana, al pari del Dicastero per la Pastorale degli Operatori Sanitari, rappresenta in effetti un'iniziativa personale, coraggiosa e incisiva di Giovanni Paolo II. Egli, riproponendo la piena attualità della predilezione di Gesù per coloro che soffro-

no, ha lanciato anche, nel nostro mondo globalizzato, tormentato e diviso, un fattore decisivo di dialogo, di incontro, di solidarietà e di cooperazione (Cfr. Fiorenzo Angelini, *Ero infermo... La Pastorale sanitaria nella vita della Chiesa*, PCPOS, 1996, p. 153).

L'idea di istituire una GMM è quindi maturata nel corso dell'Assemblea Generale del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari del febbraio 1992. Lo stesso Giovanni Paolo II ne aveva parlato nel suo discorso ai partecipanti alla plenaria.

“La memoria liturgica della Beata Maria Vergine di Lourdes, nella cui ricorrenza volli istituire il vostro Dicastero mediante il Motu Proprio *Dolentium Hominum* – disse il Papa – illumina anche questa vostra Plenaria. So che state lavorando alla proposta dell'istituzione della Giornata Mondiale per il Malato, nella duplice finalità di far sentir a chi soffre l'importanza del dono della sua sofferenza e a tutto il Popolo di Dio il dovere di farsi prossimo verso ogni malato. La Beata Vergine, celebrata ed invocata a Lourdes come Salute degli infermi, sia modello di un così fondamentale apostolato. Lei, madre dell'amore e del dolore, benedica il vostro lavoro” (*Insegnamenti* XV, 1 1992, p. 268).

Nella lettera indirizzata il 13 maggio 1993 al Cardinale Fiorenzo Angelini, primo Presidente del Pontificio Consiglio, Giovanni Paolo II spiegò il perché della scelta dell'11 febbraio come data della GMM. L'11 febbraio “pubblicai, nel 1984, la lettera apostolica *Salvifici Doloris* sul significato cristiano della sofferenza umana e, l'anno successivo, ebbi ad istituire codesto Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, così ritengo significativo fissare la medesima ricorrenza per la celebrazione della giornata mondiale del malato. Infatti «insieme con Maria, Madre di Cristo, che stava sotto la croce, ci fermiamo accanto a tutte le croci dell'uomo di oggi» (*Salvifici Doloris*, 31). E Lourdes, santuario mariano tra i più cari al popolo cristiano, è luogo e insieme simbolo di speranza e di grazia nel segno dell'accettazione e

dell'offerta della sofferenza salvifica” (*Osservatore Romano* del 14 maggio 1993, p. 6).

Il cardinale Fiorenzo Angelini dirà, in seguito, in un suo discorso: “Su mia speciale richiesta, Giovanni Paolo II” l'ha istituita il 13 maggio 1992, “XI anniversario dell'attentato alla sua vita in Piazza San Pietro, con una speciale lettera autografa a me inviata”.

Venticinque anni di vita e di attività, dunque, legati alla data dell'11 febbraio e alla Madonna *Salus Infirmorum*. Il tema della Vergine Maria Salute degli Infermi, è in effetti di grande incidenza pastorale e la coincidenza con l'11 febbraio della ricorrenza è stata voluta da Giovanni Paolo II. Una data nella quale, in anni diversi, il Sommo Pontefice ha pubblicato la *Salvifici Doloris* e la *Dolentium Hominum* e che ha voluto costituissero la GMM. Una scelta dunque non casuale né solamente devozionale e che sottolinea il rapporto vivo e imprescindibile che la Vergine di Lourdes ha con il mondo dei malati e con le istituzioni in favore dei medesimi.

Nel 1908, a cinquant'anni dagli eventi di Massabielle, Pio X decretò che l'11 febbraio, primo giorno di apparizione della Vergine a Santa Bernadette Soubirous, si celebrasse la festa di Nostra Signora di Lourdes in tutta la Chiesa. Una memoria liturgica di grande rilevanza anche dopo la riforma post-conciliare.

In effetti, forse talvolta non ci si sofferma sufficientemente sul fatto che la relazione tra il Dicastero e Maria, Madre degli Infermi, è stata frutto di un'ispirazione e dell'iniziativa di Papa Giovanni Paolo II: ispirazione divina, iniziativa pontificia, che lui ha pagato con il suo amore, e con la sua sofferenza. Perché certamente, anche la GMM non porta solo l'ispirazione e l'iniziativa di Giovanni Paolo II, porta come fondamento della sua opera anche il suo sacrificio. “Il binomio «Maria e i malati» caratterizza profondamente la vita, la spiritualità, il magistero e l'esemplarità di Giovanni Paolo II” (Riccarda Lazzeri, *Maria nel mondo della salute*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2010, p.191).

Un'impronta mariana voluta da Giovanni Paolo II

È il Pontefice che, anche vivendo un'intensa spiritualità mariana, ha saputo cogliere con intuizione carismatica il nesso tra Maria e i malati e ha guidato la Chiesa in questa prospettiva. La sua è stata, nella vita e nella dottrina, un'esistenza teologica mariana. Il Servo di Dio e Pontefice Giovanni Paolo II ha avuto con il mondo della sofferenza un rapporto singolare e preferenziale. Indubbiamente, dopo il tragico attentato del 13 maggio 1981, il Papa avvertì subito che la mano di Maria aveva segnato la sua vita facendo deviare il proiettile micidiale. Una vita nella quale emerge Maria, si rivela e si rende presente, con forza e convinzione, come in un'icona mariana attraverso il Pontefice del *Totus tuus*. Egli stesso ci ha lasciato la descrizione delle primizie della sua devozione mariana nel libro autobiografico *Dono e mistero* (Giovanni Paolo II, *Dono e mistero. Nel 50° del mio sacerdozio*, Libreria Editrice Vaticana 1996, p. 37). Devozione personale, dottrina, gesti, pellegrinaggi, sono l'espressione mariana di una vita che rivela la nota caratteristica della sua esistenza e del suo pontificato. Ricordiamo le sue parole, all'inizio del suo pontificato e il riferimento esplicito alla Madre del Signore: “Sia lodato Gesù Cristo. Carissimi fratelli e sorelle, siamo ancora tutti addolorati dopo la morte del nostro amatissimo Papa Giovanni Paolo I. Ed ecco che gli Eminentissimi Cardinali hanno chiamato un nuovo vescovo di Roma. Lo hanno chiamato da un Paese lontano... lontano, ma sempre così vicino per la comunione nella fede e nella tradizione cristiana. Ho avuto paura nel ricevere questa nomina, ma l'ho fatto nello spirito dell'ubbidienza verso Nostro Signore Gesù Cristo e nella fiducia totale verso Sua Madre, la Madonna Santissima. E così mi presento a voi tutti, per confessare la nostra fede comune, la nostra speranza, la nostra fiducia nella Madre di Cristo e della Chiesa, e anche per incominciare di nuovo su questa strada della storia e della Chiesa, con l'aiuto di Dio e con l'aiuto degli uomini”

(*Il primo saluto di Giovanni Paolo II ai fedeli* [16 ottobre 1978], in *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, I [1978] p. 3).

Non possiamo non ricordare come la Vergine Maria sia stata presente anche nel suo testamento: ««Vegliate, perché non sapete in quale giorno il Signore vostro verrà» (cfr. Mt 24,42). Queste parole mi ricordano l'ultima chiamata che avverrà nel momento in cui il Signore vorrà. Desidero seguirlo e desidero che tutto ciò che fa parte della mia vita terrena mi prepari a questo momento. Non so quando esso verrà, ma come tutto, anche questo momento depongo nelle mani della Madre del mio Maestro: *Totus Tuus*. Nelle stesse mani materne lascio tutto e Tutti coloro con i quali mi ha collegato la mia vita e la mia vocazione» (In *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, XXVIII [2005] p. 257).

A noi sembra che il Papa fosse in tutto come in una costante espressione della comunione con Maria, ma che aveva le sue forme costanti di preghiera e di vita: dalla devozione per le immagini della Vergine Maria. Nella biografia mariana di Giovanni Paolo II ha un posto privilegiato l'attentato del 13 maggio 1981: il Papa ha sempre affermato di non essere morto grazie alla materna intercessione di Maria. Per questo ha voluto recarsi a Fatima nel primo anniversario dell'attentato, il 13 e il 14 maggio del 1982. Il predecessore di Papa Benedetto XVI vi è ritornato nelle stesse date nel 1991 e, per l'ultima volta, nell'anno 2000. A nostro parere, il suo legame con la Madonna di Fatima lo ha sicuramente spinto a scrivere la lettera sull'istituzione della Giornata Mondiale del Malato il 13 maggio 1992 (Lettera pubblicata il giorno seguente su *L'Osservatore Romano* del 14 maggio 1992, pp. 1,6).

È stato inoltre di grande rilievo il suo legame con il Santuario di Lourdes. Lo ha visitato due volte nel corso del suo pontificato e, durante uno degli ultimi suoi viaggi apostolici, nel mese di agosto del 2004, ha voluto commemorare il 150° anniversario della proclamazione del dogma dell'Immacolata, che Maria confermò durante le sue apparizioni a Santa Bernadette.

Lourdes è ormai da molto tempo un luogo d'incontro nella carità tra le persone in buona salute e gli ammalati, un ambito dove la fede ispira molteplici iniziative e la pastorale è tutta tesa alla formazione della fede, alla conversione esistenziale dopo il pellegrinaggio.

Ecco perché alla luce della devozione speciale del Papa per la Vergine Maria possiamo capire il suo desiderio di legare e di affidare il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari a Maria *Salus infirmorum*. L'11 febbraio 1984, un anno prima dell'istituzione del Dicastero, Giovanni Paolo II aveva scritto: «È, innanzitutto, consolante – come è evangelicamente e storicamente esatto – che a fianco di Cristo, in primissima e ben rilevata posizione accanto a lui, c'è sempre la sua Madre santissima per la testimonianza esemplare, che con l'intera sua vita rende a questo particolare Vangelo della sofferenza. In lei le numerose ed intense sofferenze si assommarono in una tale connessione e concatenazione, che se furono prova della sua fede incollabile, furono altresì un contributo alla redenzione di tutti.

Testimone della passione del Figlio con la sua presenza, e di essa partecipe con la sua compassione, Maria Santissima offrì un singolare apporto al Vangelo della sofferenza, avverando in anticipo l'espressione paolina, riportata all'inizio. In effetti, Ella ha titoli specialissimi per poter asserire di completare nella carne – come già nel suo cuore – quello che manca ai patimenti di Cristo» (*Salvifici Doloris*, n.25).

Nelle omelie e nei messaggi della GMM dal 1993 fino al 2005, Giovanni Paolo II ha sempre mostrato il ruolo di Maria *Salus infirmorum* per i malati. In questi omelie e messaggi appaiono le diverse dimensioni della presenza di Maria accanto ai sofferenti.

«Nessun Papa ha mai scritto tanto, quanto Giovanni Paolo II; e nessun Pontefice ha trasmesso alla Chiesa una così vasta e profonda eredità mariana, come lui, non solo perché il suo pontificato (1978-2005) è uno dei più lunghi della storia, ma soprattutto per la sua totale dedicazione a Maria (*Totus tuus*), che lo portava istintivamen-

te a parlare di lei. Il suo magistero spazia tutti i campi documentari (dalle encicliche all'Angelus), e si apre, possiamo dire, a tutti i temi mariologici e mariani» (E.M. Toniolo, Nota sul magistero mariano di Giovanni Paolo II, in AA.VV. *Il magistero mariano di Giovanni Paolo II. Percorsi e punti salienti*, Centro di cultura Mariana, Roma 2006, p. 7).

Possiamo anche dire che dal suo esempio, dalla sua personale impronta abbiamo ereditato in gesti, esempio, scritti, una autentica spiritualità mariana, espressa dal Papa specialmente nell'Enciclica *Redemptoris Mater*. Ma si tratta di una sua evidente nota di spiritualità in comunione costante con la Madre del Signore, fatta di preghiera, di contemplazione, di costante familiarità e di tenera figliolanza.

Sua Santità Benedetto XVI sulla scia del suo predecessore ha continuato a mostrare l'importanza della Vergine Maria nella vita dei malati: «Da quattordici anni, l'11 febbraio, memoria liturgica della Madonna di Lourdes, è diventata anche la giornata Mondiale del Malato. Tutti sappiamo che, presso la Grotta di Massabielle, la Vergine ha manifestato la tenerezza di Dio per i sofferenti. Questo amore premuroso si fa sentire in modo particolarmente vivo nel mondo proprio nel giorno della festa di santa Maria di Lourdes, riattualizzando nella liturgia, e specialmente nell'Eucaristia, il mistero di Cristo Redentore dell'uomo, di cui la Vergine Immacolata è la primizia. Presentandosi a Bernardette come l'Immacolata Concezione, Maria Santissima è venuta a ricordare al mondo moderno, che rischiava di dimenticarlo, il primato della Grazia divina, più forte del peccato e della morte. Ed ecco che il luogo di quella apparizione, la grotta di Massabielle di Lourdes, è diventato un punto di attrazione per tutto il Popolo di Dio, specialmente per quanti si sentono oppressi e sofferenti nel corpo e nello spirito. «Venite a me, voi tutti, che siete affaticati e oppressi, e io vi ristorerò» ha detto Gesù. A Lourdes Egli continua a ripetere questo invito, con la mediazione materna di Maria a tutti coloro che vi accorrono con fiducia» (Be-

nedetto XVI, *Insegnamenti* II,1 [2006], p.177).

“Se gli operatori sanitari, professionali e pastorali, sapranno visitare i malati sul modello della Vergine della Visitazione, essi porteranno a quanti soffrono i doni dello Spirito: la gioia, la pace e la salvezza. È dal cuore di ciascuno sgorgherà il cantico mariano della lode: «L’anima mia magnifica il Signore» (Lc 1,46-55)” (Riccarda Lazzari, *Maria nel mondo della salute*, p. 54).

Maria Vergine Salute degli Infermi

Con il suo consenso all’Incarnazione del Figlio di Dio, Maria si pone alla radice dell’opera della salvezza universale. La salute è connessa con la salute, che implica il dovere di conservare la vita come un dono di Dio a servizio del Suo Regno. Il mistero della partecipazione della Vergine addolorata alla passione e morte del Figlio, la sua “com-passione”, è un evento evangelico che ha trovato intesa e vasta risonanza nella religiosità popolare. L’invocazione litanica che definisce Maria come “salute degli infermi ha un ricco retroterra biblico, patristico e liturgico” (F. Angelini, *Infermi*, in *NDM*, p.709). Da secoli, i cristiani la invocano come Consolatrice degli Afflitti e Salute degli Infermi. Il Servo di Dio Giovanni Paolo II l’ha definita “Icona

vivente del Vangelo della Sofferenza”. Il prefazio della Messa in onore di Maria Vergine Salute degli Infermi lo esprime chiaramente: “Partecipe in modo singolare del mistero del dolore, risplende come segno di salvezza e di speranza a quanti nell’infermità invocano il suo patrocinio; a tutti i sofferenti che guardano a Lei, offre il modello di perfetta adesione al tuo volere, e di piena conformità al Cristo, che nel Suo immenso amore per noi ha portato le nostre debolezze e si è caricato dei nostri dolori” (Conferenza Episcopale Italiana, *Messe della Beata Vergine Maria. Raccolta di formulari secondo l’anno liturgico*, LEV, Città del Vaticano 1989, p. 143).

Nell’introduzione alla messa di Maria Vergine Salute degli Infermi sono date le motivazioni e la storia della celebrazione stessa: “La salvezza di Dio riguarda tutto l’uomo, il suo corpo, la sua anima, il suo spirito, sia quando è pellegrino sulla terra, sia, soprattutto, quando diventa cittadino del cielo. In forza della salvezza ottenutaci da Cristo nello Spirito Santo, la condizione dell’uomo viene completamente cambiata: l’oppressione diventa libertà, l’ignoranza conoscenza del vero, l’infermità salute, l’afflizione gioia, la morte vita, e la schiavitù del peccato si muta in partecipazione alla natura divina. Tuttavia quaggiù l’uomo non può godere pienamente della salvezza: la sua vita infatti conosce ancora il dolo-

re, la malattia, la morte. «Salvezza di Dio» è lo stesso Cristo, che il Padre mandò nel mondo come Salvatore dell’uomo e medico dei corpi e delle anime.

La Vergine Maria, quale Madre del Salvatore dell’uomo e dei credenti, è premurosa e tenera nel soccorrere i suoi figli che si trovano nel dolore. Per questo sono moltissimi gli ammalati che ricorrono a lei – spesso recandosi anche nei santuari a lei dedicati – per ricevere, per sua intercessione, la salute” (*Collectio missarum de Beata Maria Virgine*, p. 142).

Giustamente, il Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari, in questi venticinque anni, ha celebrato la GMM in molti santuari mariani: Lourdes in Francia, Loreto in Italia, Czestochowa in Polonia, Yamoussoukro in Costa d’Avorio, Nostra Signora di Guadalupe in Messico.

Maria, Madre dei cristiani e *Salus Infirmorum*. Maria è una di noi. Anche lei si è sentita come squartare l’anima e spezzare il cuore al grido della folla contro il Figlio innocente: “a morte”. A Maria Vergine Salute degli Infermi, possiamo allora rivolgerci con il più antico testo cristiano in cui viene invocata con il titolo “Madre di Dio”: “Sotto la tua protezione cerchiamo rifugio, Santa Madre di Dio: non disprezzare le suppliche di noi che siamo nella prova, e liberaci sempre da tutti i pericoli, o Vergine gloriosa e benedetta”. ■

L'associazionismo dei fedeli, con particolare riferimento alla promozione di una cultura della vita

PROF. AVV. GUZMÁN CARRIQUIRY LECOUR

Segretario della Pontificia Commissione per l'America Latina, Santa Sede

Linea costante dell'associazionismo dei fedeli

L'associazionismo dei fedeli percorre, attraverso svariate forme, tutta la storia della Chiesa. Lungo i secoli "assistiamo continuamente – diceva il Venerabile Giovanni Paolo II – al fenomeno di gruppi più o meno grandi di fedeli, i quali, per un impulso misterioso dello Spirito, furono spinti spontaneamente ad associarsi allo scopo di perseguire determinati fini di carità o di santità, in rapporto ai particolari bisogni della Chiesa nel loro tempo o anche per collaborare nella sua missione essenziale e permanente"¹. "Sempre nella storia della Chiesa – conferma l'esortazione apostolica *Christifideles laici* – l'aggregarsi dei fedeli ha rappresentato in qualche modo una linea costante"². Non sono stati i laici i protagonisti principali dei diversi movimenti monacali del primo millennio cristiano, seguiti da molte esperienze di "vita apostolica" realizzata tra loro? Abbiamo ancora le testimonianze dei terzi ordini "secolari", che affondano le loro radici nel basso Medioevo. In seguito si aggiungeranno gli "oratori", le "congregazioni mariane", diverse esperienze associative di donne cristiane e una fitta rete di confraternite laicali, soprattutto nel tempo del barocco tridentino.

Nel processo di irruzione del capitalismo borghese, le associazioni in genere furono considerate degli ostacoli alla libertà

economica e culturale, e perciò si giunse a perseguirle e sopprimerle. Il Codice Napoleonico ne decretò l'abolizione. Il fenomeno associativo, secolare ed ecclesiastico, però, conosce un significativo rinascimento a partire della seconda metà del XIX secolo. Da una parte, il progressivo indebolimento del potere e dell'influenza "temporale" della Chiesa, l'aggressività anticlericale e antireligiosa degli indirizzi razionalistici e liberali, la disgregazione progressiva della cristianità rurale sotto l'impatto della propagazione della rivoluzione urbano-industriale e il sorgere di nuovi gruppi sociali e movimenti ideologici, richiesero da parte della Chiesa la promozione di nuovi strumenti organizzativi di formazione e di azione dei cattolici, specialmente per una mobilitazione generale dei fedeli laici, andando oltre i limiti di un stretto clericalismo. Dall'altra, gli studi biblici e patristici, il cammino intrapreso del rinnovamento ecclesiale, nuovi carismi e comunità educative, caritative e missionarie, la conformazione del "movimento cattolico" con numerosi e diversi componenti e opere, e le correnti e le esperienze del "cattolicesimo sociale", aprirono il cammino all'ingresso in scena da protagonisti dei fedeli laici. Lo Spirito di Dio suscitava allora provvidenziali esperienze associative dei fedeli, come le conferenze vincenziane di Ozanam, la geniale intuizione dell'"apostolato cattolico" di Vincenzo Pallotti, il lavoro educativo di giovani di ceti popolari di Giovanni Bosco e di Adolph Kolping, e tante altre esperienze di coinvolgimento associativo dei laici.

Nel corso della prima metà del XX secolo la dinamica associativa conobbe uno sviluppo ancor

più vasto e diversificato, avendo come colonna vertebrale l'Azione Cattolica, nata già verso la fine del XIX secolo ma definita e strutturata più precisamente, e propagata a livello mondiale, specialmente durante il pontificato di S.S. Pio XI, seguendo la sua "ispirazione provvidenziale". L'Azione Cattolica è la matrice fondamentale dell'associazionismo laicale, almeno sino al Concilio Vaticano II, e in essa generazioni di laici cattolici hanno ricevuto una salda formazione cristiana, consapevoli della loro vocazione alla santità e all'apostolato.

Si costituiscono anche, tra i decenni 1920-1970, numerose associazioni di fedeli di dimensione internazionale, con una grande varietà di finalità, in sintonia con la graduale configurazione e istituzionalizzazione della vita internazionale e con lo sviluppo storico della cattolicità, dando origine alla famiglia delle cosiddette Organizzazioni Internazionali Cattoliche, operanti nei campi dell'apostolato d'ambiente, delle opere di carità, della presenza cristiana negli ambiti delle professioni, dell'educazione e delle comunicazioni sociali³.

Non poteva quindi stupire che il Concilio Vaticano II affermasse il diritto dei fedeli a fondare e a dirigere delle associazioni, fatta salva la dovuta "relazione con l'autorità ecclesiastica", e mettesse in rilievo "l'importanza delle forme organizzate di apostolato laicale", come risposta adeguata "alle esigenze umane e cristiane dei fedeli e [...] allo stesso tempo, segno della comunione e dell'unità della Chiesa in Cristo"; e inoltre che raccomandasse di "fortificare la forma associata e organizzata dell'apostolato e che animasse anche lo sviluppo associativo a livello internazionale"⁴.

E nonostante tutto ciò, verso gli inizi degli anni Settanta, nella prima fase del post-Concilio, era già comune parlare di “crisi dell’associazionismo cattolico” in mezzo a una situazione turbolenta in cui molte associazioni tradizionali risultavano profondamente interpellate e scosse da raffiche di revisione e di rinnovamento e, allo stesso tempo, di incertezza e di crisi.

In questo contesto di vita ecclesiale, il Cardinale Joseph Ratzinger, allora Prefetto della Congregazione per la Dottrina della Fede, coglieva bene il carattere sorprendente di una novità inattesa: “Ciò che apre alla speranza a livello della Chiesa universale – e ciò avviene proprio nel cuore della crisi della Chiesa universale – è il sorgere di nuovi movimenti, che nessuno ha progettato, ma che sono scaturiti spontaneamente dalla vitalità interiore della fede stessa [...]. Emerge qui una nuova generazione della Chiesa [...]. Trovo meraviglioso – concludeva – che lo Spirito sia ancora una volta più forte dei nostri programmi e valorizzi ben altro da ciò che noi ci eravamo immaginati”⁵.

Infatti, è il papa Giovanni Paolo II ad avvertire nell’esortazione apostolica post-sinodale *Christifideles laici* che “in questi ultimi tempi il fenomeno dell’aggregarsi dei laici tra loro è venuto ad assumere caratteri di particolare varietà e vivacità [...]. Possiamo parlare di una nuova stagione aggregativa dei fedeli laici. Infatti, accanto all’associazionismo tradizionale, e talvolta alle sue stesse radici, sono germogliati movimenti e sodalizi nuovi, con fisionomia e finalità specifiche: tanta è la ricchezza e la versatilità delle risorse che lo Spirito Santo alimenta nel tessuto ecclesiale, e tanta è pure la capacità di iniziativa e la generosità del nostro laicato”⁶. In particolar modo, il Servo di Dio era ben consapevole che essi rappresentavano “una sicura novità”, ma che questa – lui avvertiva – “ancora attende di essere adeguatamente compresa in tutta la sua positiva efficacia per il regno di Dio all’opera nell’oggi della storia”⁷. Anzi, lo stesso Giovanni Paolo II sottolinea,

alcuni anni dopo, il fatto che i movimenti “rappresentano uno dei frutti più significativi di quella primavera della Chiesa già preannunciata dal Concilio Vaticano II, ma purtroppo non di rado ostacolata dal dilagante processo di secolarizzazione”⁸, mettendo in rilievo la loro ricchezza carismatica, educativa e missionaria come dono provvidenziale dello Spirito di Dio per il bene della Chiesa e degli uomini. Il vivo apprezzamento, incoraggiamento e riconoscimento di queste nuove realtà – convenzionalmente chiamate con i termini di “movimenti ecclesiali e nuove comunità” – si manifestò con speciale chiarezza e determinazione nei successivi grandi incontri a piazza San Pietro, prima con Giovanni Paolo II il 30 maggio 1998 e poi con Benedetto XVI il 3 giugno 2006, con centinaia di migliaia di aderenti a queste realtà⁹.

Nel riprendere la realtà composta dall’odierna fase di associazionismo dei fedeli nella Chiesa, il Codice di Diritto Canonico vigente precisa che “nella Chiesa, vi sono associazioni, distinte dagli istituti di vita consacrata e dalle società di vita apostolica, in cui i fedeli, sia chierici, sia laici, sia chierici e laici insieme, tendono, mediante l’azione comune, all’incremento di una vita più perfetta, o alla promozione del culto pubblico o della dottrina cristiana, o ad altre opere di apostolato, quali sono iniziative di evangelizzazione, esercizio di opere di pietà o di carità, animazione dell’ordine temporale mediante lo spirito cristiano”¹⁰.

Ragioni dello sviluppo associativo nel nostro tempo

Il grande sviluppo dell’associazionismo dei fedeli nel nostro tempo è in relazione a una serie di fattori determinanti nella vita e nella missione della Chiesa.

Esso è, innanzitutto, frutto dello Spirito Santo che, per mezzo di ispirazioni provvidenziali, carismi e altre mozioni porta i fedeli ad associarsi, mossi da forte spinta alla santità e all’apostolato. Alla base di ogni aggregazione di fedeli vi è l’opera dello Spirito Santo

che elargisce tempestivamente i suoi diversi doni. “È significativo a questo riguardo – diceva Giovanni Paolo II – come lo Spirito, per proseguire con l’uomo attuale quel dialogo cominciato da Dio in Cristo e continuato lungo la storia cristiana, abbia suscitato nella Chiesa contemporanea molteplici movimenti ecclesiali”¹¹. E in un’altra occasione, egli stesso ribadiva questo concetto, riferendosi alla realtà dei movimenti ecclesiali: “La Chiesa, nata dalla passione e dalla risurrezione di Cristo e dall’effusione dello Spirito, e propagata in tutto il mondo e in tutti i tempi sul fondamento degli apostoli, è stata arricchita, durante i secoli, dalla grazia di sempre nuovi doni. Essi le hanno permesso, nelle diverse epoche, di essere presente in forma nuova e adeguata per rispondere alla sete di bellezza e di giustizia che Cristo è andato suscitando nel cuore degli uomini, e della quale Lui stesso è l’unica soddisfacente e compiuta risposta”¹².

Un secondo fattore da tenere presente è il legame esistente tra la presa di coscienza della dignità e della responsabilità dei fedeli laici e il loro dinamismo associativo. Nella celebrazione del ventesimo anniversario della promulgazione del decreto *Apostolicam Actuositatem*, ma tenendo presente la vasta corrente storica della cosiddetta “promozione del laicato”, il Venerabile Giovanni Paolo II offriva una sintesi illuminante degli insegnamenti del Concilio Vaticano II, sottolineando quel “pieno riconoscimento della dignità e responsabilità dei laici, in quanto *Christifideles*, in quanto incorporati a Cristo, ossia in quanto membri vivi del suo corpo, partecipi di questo mistero di comunione, in virtù del sacramento del battesimo e della confermazione e del conseguente sacerdozio comune e universale di tutti i cristiani [...], chiamati a vivere, a testimoniare, a condividere la potenza della redenzione di Cristo – chiave e pienezza di senso per l’esistenza umana – in seno a tutte le comunità ecclesiali e in tutti gli spazi della convivenza umana: nella famiglia, nel lavoro, nella nazione, nell’ordine internazionale”¹³. La consapevolezza

di tale dignità e la responsabilità che essa implica ha portato molti fedeli laici ad associarsi – come si legge nel Decreto *Apostolicam Actuositatem* –, cercando una “risposta adeguata” alle loro “esigenze umane e cristiane”¹⁴. Infatti, “l’ora dei laici” è anche, inseparabilmente, “l’ora dell’associazionismo dei laici”, un segno del bisogno che i fedeli laici sentono di essere accompagnati, sostenuti e animati in comunità cristiane vive che abbraccino tutta la loro vita, che li richiamino ad aver sempre presente in tutto la presenza di Cristo, che li portino a una maggiore comunione con Lui, che li facciano crescere nella loro formazione cristiana come discepoli, testimoni e missionari, che l’aiutino a maturare un giudizio e un comportamento cristiano di fronte alle questioni della vita familiare, lavorativa e sociale.

Il terzo fattore che emerge dagli insegnamenti del Concilio Vaticano II in relazione all’associazionismo dei fedeli è la rinnovata auto-coscienza della Chiesa come sacramento di comunione, che aiuta a mettere in forte luce la piena appartenenza dei fedeli laici a questo mistero. La realizzazione dell’ecclesiologia di comunione porta ad accrescere nei fedeli laici il senso di appartenenza ecclesiale e l’importanza del radicamento comunitario nella vita dei cristiani. Non invano il fatto associativo è considerato dagli insegnamenti del Concilio “segno dell’unità e della comunione della Chiesa in Cristo”¹⁵. Nonostante i compiti fondamentali della comunità familiare e delle comunità parrocchiali, molti fedeli laici sono mossi da esigenze cristiane che trovano nelle associazioni dei fedeli delle risposte adeguate per vivere più radicalmente la loro vita cristiana, il loro senso di appartenenza alla Chiesa e la loro responsabilità cristiana di partecipazione nella sua missione.

L’associazionismo dei fedeli si è visto stimolato anche dalla considerazione sull’“efficacia apostolica” alla quale fa riferimento il Decreto *Apostolicam Actuositatem*¹⁶. È vero che il riferimento all’efficacia apostolica può essere ambiguo perché chi semina,

chi fa crescere e maturare e che segna i tempi della raccolta è lo Spirito Santo, ma può intendersi come la disposizione docile, intelligente e adeguata delle modalità umane attraverso cui Egli opera. Nulla può sostituire la testimonianza personale e l’impegno di ogni cristiano, in prima persona, nell’opera di evangelizzazione, ma in società sempre più secolarizzate e frammentate il rischio è una diaspora di cristiani isolati e incapaci di dare risposte cristiane alle questioni della società sempre più differenziate e complesse e di proporre una testimonianza di comunione in seno ai diversi ambienti di cui essa è composta. Il fatto, ad esempio, che dentro un ospedale gli operatori sanitari che si confessano cattolici neanche si conoscano tra di loro come tali, parla di una seria mancanza. In questo senso, l’associazionismo dei fedeli risponde a questa richiesta di “efficacia apostolica”, concentrando e comunicando energie cristiane per il discernimento, la testimonianza e il servizio dentro le realtà in cui condividono la vita e il lavoro.

Inoltre, la vita associativa dei fedeli laici si è vista favorita dal chiaro riconoscimento del Concilio Vaticano II del diritto dei fedeli a costituire e moderare delle associazioni, a condizione che sia garantita la necessaria “relazione con l’autorità ecclesiastica”¹⁷. Questo diritto non può essere concepito come una benevola concessione dei Pastori, ma è fondato sul rispetto del diritto naturale di ogni persona ad associarsi liberamente, come anche sullo statuto battesimale del fedele. Vi è un campo di legittima autonomia associativa dentro la comunione, che mette in luce la libertà e la responsabilità della stessa vita associativa. Più tardi, il Codice di Diritto Canonico del 1983 riaffermerà che “i fedeli hanno il diritto di fondare e dirigere liberamente associazioni che si propongono un fine di carità o di pietà, oppure l’incremento della vocazione cristiana nel mondo”¹⁸, stabilendo un diverso regime normativo per le associazioni di diritto pubblico (che agiscono “in nomine ecclesiae” e, perciò, sotto un vincolo più stretto con l’autorità ecclesia-

stica) e le associazioni di diritto privato (che agiscono secondo la propria libertà e responsabilità, con un margine più ampio di autonomia)¹⁹.

Infine, la libertà associativa dei fedeli e il loro sviluppo è la riaffermazione della *libertas ecclesiae*, sia nella sua vita che nella sua missione. Se guardiamo al processo moderno di sviluppo dello statalismo, inteso come la pretesa dello Stato di dominare, assorbire e determinare la società civile, ci accorgiamo di come esso abbia condotto alla nascita degli stati totalitari, caratterizzati dalla volontà di reprimere, comprimere o strumentalizzare le libere forme associative del popolo, per svuotare i “corpi intermedi”, deprimere la società civile, isolare gli individui gli uni dagli altri e creare così una situazione più facilmente manipolabile dal potere. Per la Chiesa cattolica, invece, lo sviluppo dell’associazionismo dei fedeli è un segno e una garanzia di esercizio della *libertas ecclesiae*, la quale è alla radice e allo stesso tempo in intima solidarietà con l’autentica libertà che deve presiedere la vita delle nazioni. Le associazioni cattoliche rafforzano il tessuto di libertà e di partecipazione alla luce del rispetto e dell’applicazione del principio della sussidiarietà²⁰.

Criteri di discernimento e di ecclesialità

Nel corso di questi ultimi vent’anni il Pontificio Consiglio per i Laici ha proceduto a riconoscere canonicamente, in conformità alla potestà di giurisdizione che gli è stata conferita dal Sommo Pontefice, numerosi movimenti ecclesiali, nuove comunità e nuove realtà associative, mentre dava l’avvio alla riconfigurazione canonica di numerose associazioni internazionali che prima erano state riconosciute dalla Santa Sede alla luce del “Documento di orientamento concernente i criteri di definizione delle Organizzazioni Internazionali Cattoliche”²¹. Il “Repertorio delle associazioni internazionali di fedeli”²², pubblicato dal suddetto dicastero, rende conto di più di 120 di queste as-

sociazioni riconosciute dalla Santa Sede (alle quali se ne sono aggiunte altre negli ultimi anni).

Per affrontare la variegata realtà e anche la novità di tante realtà associative in questa «nuova stagione aggregativa dei fedeli laici» nella Chiesa, caratterizzata da una grande diversità di carismi e finalità associative, di metodi pedagogici, di forme organizzative, di campi e stili di azione, come anche di status canonico, l'esortazione apostolica post-sinodale *Christifideles laici* sviluppò opportunamente dei «criteri chiari e precisi di discernimento e di riconoscimento», validi per tutte le aggregazioni di fedeli²³. Questi criteri si pongono in primo luogo come pietre miliari nel cammino della «crescita delle aggregazioni dei fedeli laici nella comunione e nella missione della Chiesa»²⁴, tratti indispensabili della loro identità e della loro missione. Essi sono dati specialmente ai Pastori della Chiesa affinché esercitino il loro indelegabile servizio di discernimento, di guida e di incoraggiamento a favore di tutte le associazioni di fedeli. È fondamentale e doveroso, infatti, che ogni associazione «si sottoponga al discernimento dell'autorità ecclesiastica competente», a cui appartiene il giudizio sulla genuinità della loro identità cattolica, e che i Pastori esercitino la loro paterna vigilanza secondo il loro ministero di unità nella carità e nella verità²⁵.

Il primo criterio di ecclesialità indicato per tutte le associazioni di fedeli chiede che esse tengano ben presente e attino «il primato dato alla vocazione di ogni cristiano alla santità, manifestata nei frutti della grazia che lo Spirito produce nei fedeli [...]»²⁶. Quindi, un'associazione cattolica di fedeli avrà come primo scopo quello di suscitare tra i suoi membri un rinnovato incontro con il Signore, una più accorata supplica della grazia del suo Spirito, un maggiore affidamento alla misericordia di Dio Padre, riandando alle fonti della fede, riscoprendo il dono del battesimo, confermando e approfondendo un senso di responsabilità e di impegno cristiano. Le associazioni di fedeli sono chiamate, dunque, a essere

luoghi e cammini di incontro e di sequela del Signore, di comunione con Lui, di rinnovata radicalità di vita cristiana. In questo senso, danno risposta a quell'invito col quale si è aperto il pontificato di Giovanni Paolo II: «Aprite le porte a Cristo»²⁷, lo stesso invito di quello che conclude il suo pontificato: «ripartire da Cristo»²⁸, e che Benedetto XVI riprende nella sua enciclica *Deus caritas est*: «All'inizio dell'essere cristiano non c'è una decisione etica o una grande idea, bensì l'incontro con un avvenimento, con una Persona, che dà alla vita un nuovo orizzonte e con ciò la direzione decisiva»²⁹. Infatti, la partecipazione alla vita di un'associazione di fedeli è, e dovrebbe essere, segno e allo stesso tempo occasione propizia per una conversione della vita, per prendere sul serio la vocazione alla santità. Senza questo, la partecipazione a un'associazione di fedeli diventa un fatto formale, marginale.

Il secondo criterio di discernimento della vita delle associazioni di fedeli riguarda la loro «responsabilità di confessare la fede cattolica, accogliendo e proclamando la verità su Cristo, sulla Chiesa e sull'uomo in obbedienza al Magistero della Chiesa [...]», per essere così luoghi di educazione alla fede nel suo integrale contenuto³⁰. Può sembrare ovvio riaffermare la necessità dell'obbedienza agli insegnamenti della Chiesa per un'associazione che si confessa cattolica, riconosciuta come tale, ma sappiamo bene quanto sia importante oggi che la fedeltà a Cristo e alla sua Chiesa sia sostenuta da un ambito ecclesiale veramente consapevole di questa necessaria fedeltà. Non esistono, forse, dei sondaggi che parlano di una percentuale significativa di battezzati, e persino di «operatori pastorali» e di cattolici cosiddetti «impegnati», che non aderiscono a punti fermi, dottrinali e morali, degli insegnamenti della Chiesa? Le associazioni di fedeli sono metodi o cammini educativi che portano a riscoprire la ragionevolezza e la bellezza della verità custodita dalla Chiesa, il suo bene per tutti gli uomini. Proprio in questo senso, i movimenti e le nuove comunità hanno

meritato l'appellativo di «provvidenziali»³¹, perché rispondono all'odierna emergenza educativa, perché accompagnano le persone nella loro formazione cristiana, nello sviluppo di una *mens* cristiana capace di reagire di fronte agli eventi, alle situazioni e alle questioni della vita personale e sociale con un giudizio di fede, nell'esigenza di dare «forma» alla vita investita in tutte le sue dimensioni dall'avvenimento cristiano.

Il terzo criterio di discernimento e di ecclesialità esige dalle associazioni dei fedeli «la testimonianza di una comunione salda e convinta, in relazione filiale con il Papa, perpetuo e visibile centro dell'unità della Chiesa universale, e con il Vescovo principio visibile e fondamento dell'unità della Chiesa particolare, e nella stima vicendevole fra tutte le forme di apostolato nella Chiesa»³². Di queste associazioni si è detto che sono segni e riflessi del mistero di comunione, nella diversità di forme in cui si realizza l'unica Chiesa. Aiutano dunque ad aderire a un vero *sensum ecclesiae*, nell'integralità delle sue dimensioni divina e umana, sacramentale e carismatica, gerarchica e comunitaria, temporale ed eterna, senza alcuna contrapposizione o riduzione. Questa ecclesialità, però, è garantita dalla comunione affettiva ed effettiva con il Successore di Pietro nella collegialità dei Vescovi, dall'obbedienza ai legittimi Pastori, dalla partecipazione nell'unica Eucaristia. Inoltre, «per la solidale edificazione della casa comune – affermava papa Giovanni Paolo II – è necessario che sia deposto ogni spirito di antagonismo e di contesa, e che si gareggi piuttosto nello stimarsi a vicenda (cf. *Rm* 12,10) nel prevenirsi reciprocamente nell'affetto e nella volontà di collaborazione, con la pazienza, la lungimiranza, la disponibilità al sacrificio che ciò potrà talvolta comportare», facendo prevalere «sempre ciò che è richiesto nell'inno della carità»³³. Bisogna evitare ogni contrapposizione tra uffici di pastorale, parrocchie, associazioni e movimenti. A tutti è chiesto, nella libertà e nella pluralità delle forme, di

offrire il proprio contributo per costruire la Chiesa come “casa e scuola di comunione”³⁴, con profondo senso di appartenenza al mistero che si celebra nell’azione liturgica, che trova la sua fonte e il suo vertice nell’Eucaristia, facendo emergere una spiritualità di comunione “come principio educativo in tutti i luoghi dove si plasma l’uomo e il cristiano, dove si educano i ministri dell’altare, i consacrati, gli operatori pastorali, dove si costruiscono le famiglie e le comunità”³⁵.

Il quarto criterio di discernimento, indicato dalla *Christifideles laici*, chiede alle associazioni di fedeli “la conformità e la partecipazione al fine apostolico della Chiesa”, con un rinnovato “slancio missionario”, che le renda sempre più “soggetti di una nuova evangelizzazione”³⁶. Infatti, “occorre un radicale cambiamento di mentalità per diventare missionari – ripeteva con insistenza Giovanni Paolo II –, e questo vale sia per le persone che per le comunità. Il Signore chiama sempre ad andare al di là di sé stessi, a condividere con gli altri i beni che abbiamo, cominciando da quello più prezioso che è la fede. Alla luce di questo imperativo missionario si dovrà misurare la validità degli organismi, movimenti, parrocchie e opere di apostolato della Chiesa. Solo diventando missionaria la comunità cristiana potrà superare divisioni e tensioni interne e ritrovare la sua unità e il suo vigore di fede”³⁷. È proprio la loro esperienza a mostrare che la missione non è un compito che si aggiunge alla vocazione e alla vita cristiana, non è un programma o una strategia pastorale, non è affatto proselitismo fanatico, ma la comunicazione del dono dell’incontro con Cristo, la condivisione della verità, della bellezza e della felicità incontrata e destinata al bene di tutti. Essa è vissuta come proposta di condivisione della propria esperienza fatta alla libertà degli altri, prossimi o lontani, per passione per la loro vita e il loro destino. In tal modo il richiamo a una “nuova evangelizzazione”³⁸ – tanto più urgente in quanto moltitudini di uomini vivono “come se Dio non esistesse”³⁹ e “il numero di colo-

ro che ignorano Cristo e non fanno parte della Chiesa è in continuo aumento, anzi dalla fine del Concilio è quasi raddoppiato”⁴⁰ –, non si riduce certamente a retorica ecclesiale ripetitiva né resta impantanata nelle sabbie mobili del problematicismo inibitorio che ancora assorbe e blocca non pochi “operatori pastorali”, ma trova l’ardore e lo zelo per il suo avverarsi. Colpisce, in special modo, quella disponibilità missionaria di movimenti e comunità ad andare verso tutti i confini, a portare la propria esperienza a nuovi popoli e nazioni, in particolar modo in terre di estrema scristianizzazione o dove la presenza della Chiesa è in situazione di esigua minoranza e/o pesantemente limitata nella propria libertà. Colpisce anche la testimonianza cristiana offerta nei più diversi ambienti della convivenza civile, fino ai “nuovi areopaghi”, lì dove la presenza della Chiesa su base istituzionale e territoriale non arriva a incidere nella trama della vita concreta delle persone, nel loro lavoro e negli interessi portanti della loro esistenza. L’esperienza delle associazioni di fedeli richiama spesso tutta la comunità dei credenti all’importanza e alla necessità di una presenza cristiana, fino a una *plantatio* della Chiesa, nella scuola e nell’università, negli ospedali, nei centri culturali e nei laboratori di ricerca, nei mass media, nelle imprese e nelle fabbriche, nell’amministrazione pubblica e nei parlamenti, nelle periferie umane dei bisogni e delle povertà. Infatti, sono necessarie molte forme di presenza e di azione per recare la parola e la grazia del Vangelo nelle svariate condizioni di vita degli uomini d’oggi, e molte altre funzioni di irradiazione religiosa e d’apostolato d’ambiente, nel campo culturale, sociale, educativo, professionale ecc.⁴¹ Si può affermare, dunque, che il radicamento nell’identità cristiana, cattolica, delle associazioni non si realizza rinchiusendosi in “ghetti” a scopo protettivo, o accomodandosi in compagnie gradevoli e gratificanti, ma è condizione e impeto rinnovato per farsi presenti in modo esplicito, visibile, senza timori né calcoli, in tutti gli ambienti e le

situazioni della vita come comunicatori dello straordinario dono dell’incontro con Cristo. Per questo stesso motivo gli incontri che avvengono nell’ordinario del quotidiano si caricano di positività, si moltiplicano, si approfondiscono, grazie allo sguardo cristiano che valorizza nella realtà ogni traccia di bene e di verità, ogni senso del Mistero, ogni nostalgia e desiderio di Dio, dentro il disegno divino che si attua in Gesù Cristo, unico Rivelatore, unico Mediatore, unico Signore, unico Salvatore⁴².

La stessa esortazione apostolica precisa, infine, che questi criteri fondamentali “trovano la loro verifica nei frutti concreti che accompagnano la vita e le opere delle diverse forme associative”⁴³. In questo senso, possiamo riassumere quanto detto affermando che il frutto più maturo, più prezioso, che si avverte nell’esperienza di associazioni, movimenti e nuove comunità nelle ultime decadi, e che ci si aspetta ancora di più da esse, è quello della gestazione di una nuova generazione di uomini e donne che riscoprano la gratitudine, la gioia, la verità e la bellezza di essere cristiani, che ne rendano ovunque testimonianza e che comunichino con convinzione e persuasione le ragioni del dono ricevuto e offerto a tutti. Esse sono come scuole e dimore di nuovi discepoli del Signore, che hanno riscoperto il proprio battesimo – “radice prima che origina la nuova condizione del cristiano nel mistero della Chiesa, che costituisce la sua più profonda «fisionomia» e che è alla base di tutte le vocazioni e del dinamismo della vita cristiana dei fedeli”⁴⁴ –, che, perciò, affrontano la loro esistenza alla luce della sua Presenza costituendo generazioni di “uomini nuovi” e “donne nuove”, protagonisti della novità cristiana nel mondo.

Le associazioni di fedeli, promotrici di una cultura della vita

Ho lasciato per la fine di questa relazione l’approfondimento del quinto criterio di discernimento e di orientamento delle associazioni di fedeli – che chiede il loro

impegno di presenza nella società per porsi “a servizio della dignità integrale dell’uomo” diventando correnti vive di partecipazione, solidarietà e di giustizia⁴⁵ – per mettere in luce, nel quadro delle celebrazioni del 25° anniversario dell’istituzione del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, l’esigenza posta di fronte a tutte le associazioni cattoliche a divenire promotrici di una cultura della vita.

“Riscoprire e far riscoprire la dignità inviolabile di ogni persona umana”, cosa che esige il rispetto dei suoi diritti naturali, universali, e prima di tutti il diritto alla vita – condizione fontale di tutti gli altri diritti –, “costituisce un compito essenziale e unico del servizio che la Chiesa e, in essa, i fedeli laici sono chiamati a rendere alla famiglia degli uomini”⁴⁶. Compito essenziale, dunque, tale anche per le associazioni di fedeli, senza eccezione. Molti documenti recenti della Chiesa, tra i quali le esortazioni apostoliche *Familiaris consortio* e *Christifideles laici*, come le encicliche *Veritatis splendor* e *Evangelium vitae*, citano quel forte testo del Concilio Vaticano II che proclama apertamente che “tutto ciò che è contro la vita stessa, come ogni specie di omicidio, il genocidio, l’aborto, l’eutanasia e lo stesso suicidio volontario; tutto ciò che viola l’integrità della persona umana, come le mutilazioni, le torture inflitte al corpo e alla mente, le costrizioni psicologiche; tutto ciò che offende la dignità umana, come le condizioni di vita subumana, le incarcerazioni arbitrarie, le deportazioni, la schiavitù, la prostituzione, il mercato delle donne e dei giovani, o ancora le ignominiose condizioni di lavoro, con le quali i lavoratori sono trattati come semplici strumenti di guadagno [...]; tutte queste cose, e altre simili, sono certamente vergognose. Mentre guastano la civiltà umana, disonorano coloro che così si comportano più ancora che quelli che le subiscono e ledono grandemente l’onore del Creatore”⁴⁷.

Purtroppo, cinquanta anni dopo si assiste ancora all’“impressionante moltiplicarsi ed acutizzarsi delle minacce alla vita delle

persone e dei popoli, soprattutto quando questa è debole e indifesa”⁴⁸. Organizzazioni internazionali, forti poteri transnazionali, lobbies molto organizzate e un conformismo e relativismo che si diffondono ovunque in società segnate dall’individualismo, pongono all’ordine del giorno legislazioni e programmi che pretendono di banalizzare l’aberrante pratica di massa degli aborti procurati, la promozione dell’eutanasia, le tentazioni eugenetiche, crimini contro la vita che si presentano e si propongono perfino come espressioni della libertà individuale, addirittura come diritti dell’individuo riconosciuti, protetti e garantiti. Come non tenere presente che anche “sulle frontiere della vita umana possibilità e responsabilità nuove si sono oggi spalancate con l’enorme sviluppo delle scienze biologiche e mediche, unitamente al sorprendente potere tecnologico”, sia per la difesa della vita e la cura delle malattie, sia per manipolazioni che alterano il patrimonio genetico e attentano contro la vita⁴⁹.

Di fronte a queste grandi sfide, per le quali la questione sociale è diventata questione antropologica, il primo servizio delle associazioni di fedeli alle persone e alla società è sempre la testimonianza e l’annuncio del Vangelo, perché è l’eclissi del senso di Dio che offusca il senso dell’uomo, che gli fa smarrire la consapevolezza della sua dignità, del carattere sacro e inviolabile della vita e del dono della vita vera e in abbondanza. Questo servizio delle associazioni di fedeli passa attraverso il loro perseverante impegno educativo del senso religioso e di una cultura della vita che diventa testimonianza nella novità di vita di matrimoni e famiglie cristiane. Esso si manifesta anche nella loro partecipazione alla straordinaria storia della carità che, per mezzo della Chiesa, abbraccia la vita dei bisognosi e dei deboli indifesi, dei sofferenti, dei poveri e degli oppressi. Spesso le associazioni di fedeli sono forze ispiratrici e animatrici di variegate opere a favore dei disabili, delle giovani che vivono la gravidanza in condizioni di solitudine e povertà, degli anziani non

autosufficienti, dei malati terminali, di coloro colpiti dall’AIDS, dei minori abbandonati, delle vittime della droga e della prostituzione... È anche doveroso che le associazioni di fedeli sappiano alzare la voce nella vita pubblica, schierandosi dalla parte della vita, contro tutto ciò che la attenta, seguendo gli insegnamenti dei Pastori della Chiesa e sostenendo in forma solidale i loro tempestivi interventi. Inoltre, esse devono essere sostegno e luce per una presenza cristiana nei luoghi in cui sono in gioco le questioni fondamentali della vita e della dignità delle persone, sia nella scuola e nell’università come nei governi e parlamenti, nei laboratori di ricerca e negli ospedali, aiutando a formare un giudizio morale e un comportamento coraggioso, intelligente e coerente. “Il realismo tenace della carità – si legge nell’enciclica *Evangelium vitae* – esige che il Vangelo della vita sia servito anche mediante forme di animazione sociale e di impegno politico”, in cui le associazioni cattoliche procedano all’elaborazione “di progetti culturali, economici, politici e legislativi che, nel rispetto di tutti e secondo la logica della convivenza democratica, contribuiscano a edificare una società nella quale la dignità di ogni persona sia riconosciuta e tutelata, e la vita di tutti sia difesa e promossa”⁵⁰.

Mi piace concludere con le parole che papa Benedetto XVI rivolse agli aderenti ai movimenti ecclesiali e alle nuove comunità, il 3 giugno 2006, riuniti in piazza San Pietro: “La vita la troviamo nella comunione con Colui che è la vita in persona – nella comunione con il Dio vivente, una comunione nella quale ci introduce lo Spirito Santo, chiamato [...] fonte vivente [...]. Cari amici, i movimenti sono nati proprio dalla sete della vita vera; sono movimenti per la vita sotto ogni aspetto. Dove non scorre più la vera fonte della vita, dove soltanto ci si appropria della vita invece di donarla, là è poi in pericolo anche la vita degli altri; là si è disposti a escludere la vita inerme non ancora nata, perché sembra togliere spazio alla propria vita. Se vogliamo proteggere la vita,

allora dobbiamo soprattutto ritrovare la fonte della vita; allora la vita stessa deve riemergere in tutta la sua bellezza e sublimità; allora dobbiamo lasciarci vivificare dallo Spirito Santo, la fonte creativa della vita”⁵¹. ■

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai movimenti ecclesiali riuniti per il colloquio internazionale*, 12 marzo 1987, Città del Vaticano, n. 2., in *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, X/1(1987) 477.

² GIOVANNI PAOLO II, *Esortazione apostolica post-sinodale Christifideles laici*, Vaticano, 1988, n.29.

³ Centro Studi sugli Enti Ecclesiastici, *Statuti delle Organizzazioni Internazionali Cattoliche*, prologo del Prof. Guzman Carriquiry, *Lo sviluppo del fenomeno associativo nella Chiesa cattolica*, Giufre, Milano, 2001.

⁴ Concilio Ecumenico Vaticano II, *Decreto Apostolicam Actuositatem*, nn. 18, 19; Costituzione pastorale *Gaudium et Spes*, n. 90; *Christifideles laici*, 29.

⁵ JOSEPH RATZINGER, *Rapporto sulla fede*, Paoline, Torino, 1985. Cfr. J. Ratzinger, *I movimenti ecclesiali e la loro collocazione teologica*, pubblicato in Pontificio Consiglio per i Laici, *I movimenti nella Chiesa*, Vaticano, 1999.

⁶ *Christifideles laici*, n. 29.

⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso al movimento Comunione e Liberazione*, Città del Vaticano, 30 settembre 1984, n. 3, ripreso da Benedetto XVI in *Discorso ai partecipanti al Seminario per Vescovi su Pastori e Movimenti*, Città del Vaticano, 17 maggio 2008.

⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio ai partecipanti al Congresso Mondiale dei movimenti ecclesiali*, Vaticano, 28 maggio 1988, n.2, ripreso da Benedetto XVI in *Discorso*

ai partecipanti alla XII Conferenza Internazionale del Rinnovamento Carismatico Cattolico, Città del Vaticano 31 ottobre 2008.

⁹ Gli Atti di questi due incontri mondiali dei Pontefici con gli aderenti ai movimenti e alla nuove comunità sono pubblicati dal Pontificio Consiglio per i Laici, *I movimenti nella Chiesa*, op. cit. e *La bellezza di essere cristiani. I movimenti nella Chiesa*, Vaticano, 2007.

¹⁰ Codice di Diritto Canonico, can. 298.

¹¹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso* già citato del 30 settembre 1984, n.3.

¹² GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai partecipanti agli esercizi spirituali di Comunione e Liberazione*, Città del Vaticano, 12 settembre 1985, n. 1, in *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, VIII/2 (1985) 658.

¹³ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso nella commemorazione del vigesimo anniversario del Decreto Conciliare Apostolicam Actuositatem*, Città del Vaticano, 18 novembre 1985, n. 2.

¹⁴ *Apostolicam Actuositatem*, n. 18.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*, n. 19.

¹⁷ *Ibid.*, n. 18.

¹⁸ Codice di Diritto Canonico, can. 215.

¹⁹ Cfr. Codice di Diritto Canonico, Libro II, Titolo V, cann. 298-329

²⁰ Cfr. CARRIQUIRY, GUZMAN, *Le associazioni dei fedeli, con speciale riferimento all'Azione Cattolica e ai nuovi movimenti ecclesiali*, in Pontificio Consiglio per i Laici, *La voce dei laici nel Sinodo*, Vaticano, 1988.

²¹ Segreteria di Stato, “Documento di orientamento concernente i criteri di definizione delle Organizzazioni Internazionali dei fedeli,” *Acta Apostolicae Sedis*, LXIII, 1971, pp. 948-956.

²² Pontificio Consiglio per i Laici, *Repertorio delle Associazioni Internazionali dei fedeli*, Vaticano, 2004,

²³ *Christifideles laici*, n. 30.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Discorso nell'incontro mondiale con gli aderenti di 50 movimenti ecclesiali e nuove comunità*, Vaticano, 30 maggio 1998; Joseph Ratzin-

ger, *Omelia nei Vespri della vigilia di Pentecoste, celebrata con gli aderenti a più di 100 movimenti ecclesiali e nuove comunità*, Vaticano, 3 giugno 2006.

²⁶ *Christifideles laici*, 30.

²⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Omelia durante la Messa di inaugurazione ufficiale del Pontificato*, Vaticano, 2 ottobre 1978.

²⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera apostolica Novo Millennio Ineunte*, n. 29, Città del Vaticano, 2001.

²⁹ BENEDETTO XVI, *Lettera enciclica Deus Caritas Est*, Vaticano, 2006, n. 1.

³⁰ *Christifideles laici*, n. 30.

³¹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso* già citato del 30 maggio 1998; Benedetto XVI, *Discorso ai vescovi amici del Movimento dei Focolari e della Comunità di Sant'Egidio*, Vaticano, 8 febbraio 2007.

³² *Christifideles laici*, 30.

³³ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso al Convegno della Chiesa italiana a Loreto*, Loreto, 11 aprile 1985, n.6, ripreso da *Christifideles laici*, n. 31.

³⁴ *Novo Millennio Ineunte*, n. 50.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Christifideles laici*, n. 30.

³⁷ *Redemptoris missio*, n. 26.

³⁸ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Discorso all'Assemblea del CELAM*, Port-au-Prince, 9 marzo 1983; *Christifideles laici*, n. 34.

³⁹ *Christifideles laici*, n. 34.

⁴⁰ GIOVANNI PAOLO II, *enciclica Redemptoris Missio*, Città del Vaticano, 1991, n. 3.

⁴¹ *Redemptoris Missio*, n. 49.

⁴² Congregazione per la Dottrina della Fede, *Decreto Dominus Jesus*, Vaticano, 6 agosto 2000.

⁴³ *Christifideles laici*, n. 30.

⁴⁴ *Ibid.*, n. 9.

⁴⁵ *Ibid.*, n. 30.

⁴⁶ *Ibid.*, nn. 37, 38.

⁴⁷ *Gaudium et Spes*, n. 27.

⁴⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera enciclica Evangelium Vitae*, Città del Vaticano, 1995, n. 3.

⁴⁹ *Christifideles laici*, n. 38; cfr. *Evangelium Vitae*, n. 14.

⁵⁰ *Evangelium Vitae*, n. 89.

⁵¹ BENEDETTO XVI, *Omelia* già citata del 3 giugno 2006.

Associazionismo cattolico e servizio alla vita: problematica e prospettiva

PROF. JUAN VIÑAS SALAS

Rettore dell'Università di Lérida,
Già Presidente
dell'Associazione
degli Operatori sanitari
cristiani (PROSAC),
Già Delegato per la Pastorale
Sanitaria della Diocesi di Lérida,
Spagna

1. Necessità dell'associazionismo

Nel mondo di oggi l'associazionismo è un dato di fatto. Nei più svariati ambiti funzionano, infatti, migliaia di associazioni. Gli esseri umani si associano e così fanno anche i cattolici. Devono farlo, soprattutto ai giorni nostri, per una serie di motivi che indico brevemente.

a. Appartiene all'essenza del cristianesimo

Il cristianesimo è comunitario. Gesù sceglie un gruppo di collaboratori (Mt 10,1-4; Mc 3,13-19). Nella sua opera dà preferenza alla loro formazione, seguendone il processo passo a passo come educatore: nel gruppo ciascuno manifesta il proprio modo di essere (Mc 8,32), i propri interessi ed egoismi (Mc 10,37), le proprie esperienze. Gesù porta i discepoli con lui per parlare di ciò che hanno vissuto (Mc 1,17); confronta i loro interessi con quelli del Regno di Dio (Lc 22,24-30); manifesta il proprio disappunto circa certi modi di pensare di alcuni del gruppo (Mt 20,26-28; Mc 9,35); li invia alle persone e, successivamente, rivedono il loro operato (Mc 6,30; Lc 9,9-10); li incoraggia di fronte ai fallimenti (Mt 5,11-12); sceglie i 72 e li invia due a due a predicare il Regno (Lc 10,1), li aiuta a vivere la realtà fatta di contraddizioni e di momenti difficili, con fedeltà al

Regno di Dio; celebra con loro l'Ultima Cena e prega perché siano uno e vivano uniti; invia lo Spirito Santo e rivela il mistero della Santissima Trinità: Padre, Figlio e Spirito Santo (Mt 28,19)¹.

Tanto gli Atti degli Apostoli quanto le Lettere apostoliche mettono in evidenza la dimensione comunitaria del cristianesimo. San Paolo, nelle epistole, richiama l'aspetto di Chiesa come corpo di Cristo con molte membra (1Cor 12,12-31).

Il vivere comunitariamente, quindi, è consustanziale al cristianesimo, in quanto è presente nella sua stessa radice.

b. Le associazioni sono necessarie per evangelizzare il nostro mondo democratico

Per esercitare la nostra missione – in quanto Chiesa – di evangelizzare il mondo della salute in maniera efficace, noi professionisti sanitari cristiani dobbiamo unirci ad altri, associarci con loro, in quanto come ci ricordano Paolo VI nella *Evangelii Nuntiandi* e Giovanni Paolo II nella *Christifidelis Laici*: portare il messaggio di Gesù in ogni parte del mondo e a ogni persona, si ottiene attraverso un'organizzazione o un'associazione. Sono necessari i mezzi, e ciò comporta una certa infrastruttura.

Nel mondo del secolo XXI – democratico (specialmente in occidente) e globalizzato – i gruppi sociali creano opinione, influenzano le credenze e i comportamenti delle persone, nonché i politici che legiferano norme sociali di convivenza. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) stanno cambiando profondamente i valori, gli stili politici, gli stili di vita con la creazione di un nuovo modello di società che si basa sulla collaborazione tra uguali e non sulla gerarchia, sull'interdipendenza

(quel che riguarda uno riguarda molti e a distanza), sull'apertura e la trasparenza (sarà sempre più difficile per qualsiasi organizzazione nascondere informazioni, il che faciliterà l'integrità e l'onestà), nel condividere la proprietà intellettuale (l'openware di conoscenze aiuta a creare ricchezza).

“La interconnessione mondiale ha fatto emergere un nuovo potere politico, quello dei *consumatori e delle loro associazioni*. Si tratta di un fenomeno da approfondire, che contiene elementi positivi da incentivare e anche eccessi da evitare” (Benedetto XVI, *Caritas in veritate*, 66).

Noi cattolici dobbiamo essere presenti in questo mondo non solo a livello personale ma anche in forma associata se vogliamo essere efficaci e apportare tutta la ricchezza della nostra tradizione nei temi della vita, della visione dell'uomo, dei problemi economici, sociali, religiosi e bioetici. Dobbiamo utilizzare i nuovi mezzi di comunicazione dell'era digitale per trasmettere i nostri messaggi e arrivare ai giovani di oggi.

c. Le associazioni sono necessarie in un mondo vuoto che è alla ricerca

Nella società moderna esiste un vena di infelicità che potremmo interpretare come una manifestazione di fame di profonda spiritualità. Già Carl Rahner aveva predetto che il secolo XXI sarebbe stato spirituale oppure non lo sarebbe stato affatto. Sempre più persone sentono un vuoto interiore che non riescono a colmare con l'edonismo, il consumismo e la soddisfazione dei propri istinti e cercano qualcosa che dia loro la forza interiore per affrontare la vita in maniera differente. È difficile vivere una vita senza nessuna meta, e l'esistenza finisce per diventare insopportabile quando tutto si riduce a pragmatismo e frivolezza.

*d. Sono necessarie
per quel che apportano*

– Nell’Associazione laicale è più facile maturare il senso di appartenenza alla Chiesa. L’associazione, infatti, fornisce un ambito ecclesiale più adeguato per discernere la propria vocazione, per assumersi le proprie responsabilità e per rivedere gli impegni assunti.

– Nell’Associazione è più facile sostenere la testimonianza e incidere nell’impegno di trasformazione unendo le forze.

– Il quadro di un’Associazione permette di coltivare la propria spiritualità laicale attraverso il confronto e la comunicazione di esperienze. È sempre più facile fare una sintesi tra fede e vita nell’ambito di un gruppo cristiano.

– L’Associazione favorisce e rende possibile una formazione sistematica specifica e permanente. *Senza associazioni non potremo mai avere un laicato formato e apostolicamente operante in maniera significativa* (Mons. Fernando Sebastián).

– La presenza di un’Associazione è, in generale, più significativa ed efficace della mera presenza individuale.

Pertanto:

Oggi più che mai il mondo sanitario e la Chiesa hanno bisogno di associazioni che formino **professionisti sanitari cristiani**

– che siano uomini e donne di fede che rispondano alla chiamata di Dio nella loro vita e vivano e testimonino il Vangelo nella loro professione e nella loro vita, manifestandone l’autentico valore umanizzante e che rendano presente il volto di Cristo che passa oggi facendo il bene, curando uomini e donne; professionisti insomma che cerchino di imitare Gesù, prendendosi cura soprattutto dei più emarginati a causa della loro malattia;

– professionisti che aspirino a “essere l’immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell’amore verso i malati e i sofferenti” (*Christi-fideles laici*, 53) e siano testimoni e annunciatori della Buona Novella di Gesù nel cuore del mondo sanitario mediante l’esercizio della loro professione;

– professionisti che, nell’ambito del loro lavoro, rendano visibili, con la loro vita, i valori cristiani dell’amore, la generosità, la dedizione, l’onorabilità e l’onestà, l’umiltà, il servizio agli altri, la gratuità, la gioia nel lavoro, la tenerezza e la speranza;

– professionisti che siano servitori della vita, di tutta la vita e della vita di tutti, specialmente dei più deboli e bisognosi;

– professionisti che sappiano di essere Chiesa e se ne sentano parte, corresponsabili della missione affidata loro assieme agli altri membri della Chiesa stessa: pastori, religiosi e laici;

– professionisti capaci di lavorare in équipe, aperti a collaborare con tutti, apportando la loro ricchezza e la loro povertà;

– professionisti che camminino a fianco dei malati, uniti a loro, dando e ricevendo.

2. Tratti caratteristici dell’associazionismo cattolico

a. Evangelizzare il mondo della salute e della malattia

Le associazioni non sono mai un fine in sé, bensì un mezzo per raggiungere degli scopi, e lo scopo principale delle associazioni sanitarie cattoliche è quello di evangelizzare il mondo della salute e della malattia.

Il campo primario e immediato del laico è la sua presenza nel mondo. “Per loro vocazione è proprio dei laici cercare il regno di Dio trattando le cose temporali e ordinandole secondo Dio” (*Lumen Gentium*, 31). “Ivi sono da Dio chiamati a contribuire, quasi dall’interno a modo di fermento, alla santificazione del mondo esercitando il proprio ufficio sotto la guida dello spirito evangelico” (*Lumen Gentium*, 31).

Il luogo proprio dei professionisti sanitari cristiani è il mondo della salute e della malattia, ove si vivono esperienze fondamentali dell’essere umano (la nascita, la malattia, la guarigione, la vecchiaia e la morte), si pongono i grandi interrogativi, si presentano gravi problemi umani, sociali, etici e morali a cui si trovano di

fronte oggi l’umanità e la Chiesa e che reclamano un’attenta riflessione e illuminazione a partire dalla fede.

b. Evangelizzare essendo testimoni della forza umanizzante e sanante di Gesù

La testimonianza di vita è essenziale per evangelizzare. “Principale loro compito, siano essi uomini o donne, è la testimonianza a Cristo, che devono rendere, con la vita e con la parola, nella famiglia, nel gruppo sociale cui appartengono e nell’ambito della professione che esercitano” (*Ad Gentes*, 21).

Non basta presentarsi come cattolici praticanti. Bisogna essere testimoni di Gesù nella vita, nel quotidiano della propria opera professionale.

Come battezzati siamo chiamati a vivere la vita di Cristo, a seguirlo con fedeltà, a configurare il nostro essere e il nostro agire con gli occhi fissi su Gesù, nostro modello. Dobbiamo vivere la fede – ricevuta in dono – nell’esercizio della professione (coscienza professionale, onestà, formazione), nel trattamento dei malati (curare e accudire in maniera integrale, disinteressata e amorevole tutti, mostrando un’attenzione preferenziale alle persone più abbandonate), nella relazione con gli altri professionisti (superamento del classismo estamentale, collaborazione e lavoro d’équipe, superamento dell’individualismo e rivalità dannose per l’infermo), nell’impegno di trasformare le strutture, la cultura e la pubblica opinione.

Per questo le Associazioni (incontri, giornate di riflessione, preghiera, corsi di formazione) devono essere orientate a promuovere laici cristiani che lavorino nel mondo della salute e della malattia uniti dalla stessa fede e vocazione e che, come Chiesa, esercitino in questo mondo la missione che Gesù ha affidato loro, quella cioè di essere testimoni della forza umanizzante, sanante e salvifica mediante l’esercizio della loro professione.

Mons. Tonino Bello incoraggiò i responsabili diocesani dell’Azione Cattolica istruendoli con queste parole: “*Portate la tuta di*

lavoro in chiesa, ma nei cantieri di lavoro portate la veste battesimale. Indugiate ad analizzare i bisogni profondi della gente: i bisogni di senso, gli aneliti di pace, l'ansia di giustizia, la ricerca di dignità, l'attesa di un nuovo ordine economico che assicuri ad ogni essere umano i diritti più elementari. Astenetevi dal «semplificare» i problemi.

Il Signore vi dia il gusto delle cose essenziali. Vi renda ministri della felicità della gente. Vi faccia collaboratori fedeli del vostro Vescovo e dei vostri Presbiteri. Amate e servite la vostra Chiesa non per inseguire la sua gloria, ma perché essa sia serva fedele del Regno. Curate i collegamenti con le altre aggregazioni ecclesiali, e fate in modo che rifulga la complementarietà di tutti senza mortificazioni per nessuno.

Rispettate le leggi interne della tecnica e della scienza, ma fate in modo che tutte le realtà temporali volgano lo sguardo «a colui che è stato trafitto»».

c. Evangelizzare a partire da alcune prospettive evangeliche

1. Evangelizzare **a partire dall'esperienza del Dio** amico della vita. Le persone che accolgono il vangelo e lo vivono, evangelizzano e, per farlo, hanno bisogno di tornare spesso a quel sacrario intimo in cui siamo di fronte a Dio.

2. Evangelizzare con gli **occhi fissi sul Signore Gesù**, epifania della tenerezza, della compassione di Dio, che passò facendo il bene e curando, per fare nostri i suoi atteggiamenti, le sue parole e i suoi gesti. Dobbiamo porci continuamente le stesse domande: Gesù agirebbe come me se venisse qui oggi? Sarebbe contento del mio operato, della mia vita, della mia associazione? Cosa le chiederebbe?, di fare pulizia di me stesso e dell'associazione? Cosa chiederebbe a me?

3. Evangelizzare, **lasciandoci guidare dallo Spirito Santo** che è presente e opera in noi e negli altri.

4. Evangelizzare, agendo **come strumenti di Dio** che ci chiama a continuare l'opera sanante di Gesù.

5. Evangelizzare **sentendoci** Chiesa, in comunione ecclesiale con i nostri Pastori (con i loro orientamenti e le loro direttive) e con altre associazioni e movimenti laicali (uniti nell'essenziale, complementari in ciò che ci differenzia).

6. Evangelizzare, **dando gratis** ciò che gratis abbiamo ricevuto. L'evangelizzatore ama, serve, semina tenerezza, suggerisce Dio, offre la propria vita come testimonianza. Ma nulla è imposto. Il suo agire è invito, interrogativo, chiamata. Non agisce mosso da interessi economici, o dalla ricerca di prestigio personale, né per scopi di proselitismo, bensì per profondo amore nei confronti di coloro che soffrono.

7. Evangelizzare **nutrendoci della riflessione** e dello studio personale e comunitario.

8. Evangelizzare **a partire dalla nostre ferite** e limitazioni, che ci fanno essere umili.

9. Evangelizzare **aperti a tutti coloro che** lavorano per un mondo della salute più umano, solidale, fraterno, sano, anche se lo fanno per altre motivazioni.

10. Evangelizzare essendo **testimoni del Vangelo gioiosi e pieni di speranza**.

L'evangelizzazione è necessaria e oggi la gente è ricettiva al messaggio di Gesù che, con la predicazione e l'esempio di vita, ci insegnò la via che porta veramente alla pienezza di vita, al Regno di Dio. Leggendo i Vangeli si vede chiaramente che Gesù vuole persone impegnate a umanizzare la società, affinché nessuno soffra, non ci siano poveri sfruttati, affinché usiamo le nostre capacità per servire le persone, specialmente i più deboli. I piccoli, i deboli, gli indifesi e gli infermi sono i privilegiati di Dio; loro sono i beati che otterranno il Regno, più difficile da raggiungere per i ricchi e i potenti che per un cammello passare per la cruna di un ago. È chiaro che per Gesù non serve dire "Signore, Signore", ma che la cosa importante è fare la volontà di Dio (*Mt 7,21*), il che vuol dire impegno pratico, e non solo pregare e vivere una vita dissociata dalla fede. Vuol dire: l'AMORE è la cosa principale, l'a-

more incondizionato a Dio e al prossimo.

Potremmo dire, inoltre, che il cristianesimo è, per definizione, incardinato appieno nella vita delle persone, non è una cosa del passato. Gesù è ancora vivo oggi, non è morto e lo ricordiamo. Il Dio incarnato è vivo e presente in ogni momento sociale. Da questo punto di vista si comprende l'*aggiornamento* che il Beato Giovanni XXIII volle per la Chiesa e il grande momento dello Spirito che fu il Concilio Vaticano II. La nostra responsabilità è saper essere strumenti di Gesù traducendo al giorno d'oggi il Suo messaggio, affinché sia sale della terra e fermento nella pasta. Per questo dobbiamo trasmetterlo con un linguaggio attualizzato e usando i moderni mezzi di comunicazione. Sarebbe controproducente, infatti, usare questi mezzi per trasmettere un messaggio antiquato.

3. Luci e ombre del laicato cattolico nel mondo della salute

Credo che le **ombre** del laicato cattolico oggi siano:

– la passività di una grande maggioranza di laici. Un numero notevole di laici costituisce dentro la Chiesa quel che qualcuno ha chiamato la "*maggioranza silenziosa*". Essi stanno nella Chiesa in atteggiamento passivo, non richiedono né prospettano una partecipazione più attiva e impegnata. Tutto si riduce a essere "*buoni cristiani*". Hanno una scarsa formazione culturale, religiosa, etica, politica e sociale.

– La dissociazione tra la vita di fede e l'esercizio della professione. Sono molti i professionisti cristiani impegnati a livello individuale e associativo non nell'ambito del lavoro ma in altri, quali movimenti di famiglie, comunità cristiane, parrocchie, ecc. I loro centri di interesse e il loro operato non differiscono dagli altri professionisti.

– La riserva di non pochi cristiani, tanto in questo come in altri ambiti, quando si tratta di manifestare la propria fede o di associarsi, sia per timore di essere etichettati sia per una questio-

ne di individualismo. Essi vivono il loro cristianesimo nel luogo di lavoro in maniera individualizzata, a volte nascondendosi dietro la mancanza di credibilità della Chiesa e di alcuni cristiani, e non sentono la necessità di una presenza comunitaria di Chiesa nel luogo di lavoro né di analizzare, dal punto di vista cristiano, il loro stile di vita nella professione.

– La scarsa presenza dei professionisti cristiani nel mondo. In generale, essi si impegnano soprattutto in compiti e servizi all'interno della comunità ecclesiale (catechesi, liturgia, assistenza caritativa), con il rischio di dimenticare la missione propria e specifica dei laici nella loro vita familiare, professionale, culturale, sociale e politica. Occorre ricordare quanto diceva Paolo VI: *“Il compito primario e immediato dei laici non è l'istituzione e lo sviluppo della comunità ecclesiale [...] ma è la messa in atto di tutte le possibilità cristiane ed evangeliche nascoste, ma già presenti e operanti nelle realtà del mondo”* (Evangelii Nuntiandi, 70).

Ombre delle associazioni cattoliche:

– la mancanza di coordinamento tra le associazioni, frutto del loro isolamento e della reciproca mancanza di conoscenza che conduce a un atomismo, non permette loro di aiutarsi, arricchirsi e completarsi reciprocamente, le porta ad assolutizzare le proprie impostazioni spirituali e pastorali e impoverisce tutti e in primo luogo i membri stessi dell'Associazione.

– Il pericolo del settarismo. Mantenere la propria identità senza confrontarla con nessun altro, porta a perdere la visione dei doni e dei carismi con cui lo Spirito arricchisce la sua Chiesa. Assolutizzare la propria esperienza ecclesiale e carismatica, facendo del movimento l'orizzonte ecclesiale “massimo” e perdendo quello della Chiesa locale in cui si vive, conduce a percorsi settari, creando strutture che possano soffocare lo spirito.

– La crisi di alcune associazioni e la poca vitalità di altre.

– L'utilizzo dell'associazione come struttura di potere che le fa

perdere credibilità, specialmente in un contesto sociale tanto critico come quello attuale, dando un'immagine di gruppo di pressione con brama di potere che vuole imporre le proprie credenze agli altri. Lotte per essere eletti membri delle giunte direttive per ottenere prebende personali: prestigio, influenza, curriculum.

– L'immagine di essere antiquati e contrari ai progressi scientifici.

Le **luci** che esistono oggi nei laici e nelle associazioni cattoliche sono:

– i laici cattolici impegnati lo sono per convinzione, in quanto l'ambiente sociale più comune non è favorevole.

– L'esistenza di professionisti della salute in associazioni cattoliche che difendono la fede in Gesù e nella Chiesa, alcune volte perdendo opportunità di promozione e tempo da dedicare ad attività di ozio o esclusivamente professionali.

– La presenza di una Pastorale della Salute organizzata alla quale può ricorrere qualsiasi professionista della salute che ne senta la necessità. Il fatto che 25 anni fa S.E. Mons. José Luis Redrado abbia promosso, insieme al Cardinale Angelini, e Papa Giovanni Paolo II abbia creato il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, rappresentò un prima e un dopo nell'attenzione organizzata degli infermi da parte della Chiesa.

– Il numero crescente di persone che cercano qualcosa che dia loro la forza per affrontare la vita in maniera differente. È difficile vivere una vita che non abbia nessuna meta e non basta nemmeno divertirsi. L'esistenza finisce per diventare insopportabile quando tutto si riduce a pragmatismo e frivolezza.

– La necessità di pace, sicurezza e guarigione interiore che molti provano.

4. Azioni e impegni delle Associazioni sanitarie cattoliche

Tenendo presente gli scopi delle Associazioni e la situazione

attuale del mondo della salute e delle sfide che pone, proporrò alcune azioni e impegni che le Associazioni devono assumere e realizzare. Distinguerò tre campi: quello interno delle associazioni, il mondo sanitario e la Chiesa.

a. Azioni all'interno delle Associazioni

Le Associazioni devono essere **uno spazio** in cui i membri possano conoscersi, condividere le esperienze, creare legami di amicizia e cooperazione tra di loro, formarsi umanamente, religiosamente e pastoralmente, sostenersi reciprocamente nello svolgimento della loro missione, celebrare la parola e l'esempio di Gesù nell'Eucaristia, rivedere i propri impegni, condividere i lavori realizzati e programmare le azioni future.

L'associazione cattolica deve fornire spazi per pregare e meditare i Vangeli, concentrandosi in Gesù, modello e guida. Per questo deve essere un luogo di accoglienza, senza esclusioni, ove i suoi membri devono sentirsi amati, anche se non “sicuri”. Le sicurezze, infatti, generano paure che paralizzano e provocano sfiducia nei confronti del mondo, chiusura all'interno dell'associazione e conflitto con tutto ciò che è esterno, il contrario di quanto dice il vangelo di Gesù. Un'azione pastorale di conservazione e nostalgia del passato con l'intenzione di cercare di tornare indietro nuoce a noi e alla Chiesa. Non credo che una Chiesa come struttura di potere sia evangelica, pur se socialmente di massa con molti affiliati. Gesù non cadde in questa trappola nel deserto, dove soffrì le tentazioni, né quando lo vollero acclamare re, e ci mise in guardia contro la tentazione del potere. Molti di noi, però, vi cadono troppo volte, per paura o per comodità, per mancanza di sufficiente fede.

b. Azioni nel mondo della salute

b.1 Promuovere una cultura della salute più responsabile

Ispirandosi ai valori salutari del Vangelo, le Associazioni devono contribuire a evangelizzare

la cultura della salute mediante azioni quali:

– Promuovere una vita più sana vivendo e incoraggiando uno stile di vita evangelico. Mostrare che è sano credere, sperare, amare, vivere in comunione e in pace con se stesso, con Dio e con gli altri.

– Educare per vivere in maniera sana la vita nella sua totalità, comprese le limitazioni, le contrarietà, le sofferenze, le malattie e la morte.

“La visione cristiana dell’uomo contrasta con una nozione di salute ridotta a pura vitalità esuberante, soddisfatta della propria efficienza fisica ed assolutamente preclusa ad ogni considerazione positiva della sofferenza. Si pone come tensione verso una più piena armonia ed un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale” (Giovanni Paolo II, *Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato*, 2000).

Occorre proporre una cultura del corpo che sottolinei non solo il vigore, la bellezza e il benessere fisico, ma anche la salute affettiva, mentale e spirituale.

Sostenere e collaborare a iniziative e programmi orientati a questo. Il campo è vasto: lotta per condizioni di vita più salutari per tutti (alimentazione, igiene, abitazione, rispetto e miglioramento dell’ambiente, sicurezza sul lavoro e sulla strada...); realizzazione di strutture più umane che facilitino il benessere integrale delle persone; coltivare relazioni più sane e cordiali; promozione di costumi sani nello stile di vita, utilizzo del tempo libero, riposo, cura del corpo e dello spirito, ecc.

b.2 Promuovere un’assistenza integrale al malato

Gli infermi sono persone, non sono cose, e la loro guarigione richiede dialoghi intensi e ripetuti. La guarigione non avviene solo mediante l’amministrazione di medicinali o la chirurgia. I malati chiedono un’assistenza sempre più umana, personale, comprensiva e vicina. Non si trattano malattie, ma ammalati. L’assistenza ai malati poi diventa sempre più complessa. L’esistenza di un’équipe interdisciplinare è imprescindibile oggi per una buona assistenza pratica. Di que-

sta équipe devono far parte vari professionisti: medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e sacerdoti, per captare la complessa realtà dell’uomo: somatica, psicologica, sociale, culturale e spirituale. L’interdisciplinarietà migliora l’attenzione al malato e alla sua famiglia.

Il professionista sanitario deve lavorare all’attenzione e alla cura del malato in modo da essere segno di un Dio Amico e Salvatore, e invito ad accogliere la sua salvezza. Deve configurare tutto il suo operato sanitario secondo lo Spirito di Cristo riproducendo e prolungando nel mondo sanitario attuale l’azione sanante di Gesù. Come dice Giovanni Paolo II egli è “l’immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell’amore verso i malati e i sofferenti” (*Christifideles laici*, 53).

b.3 Promuovere la solidarietà

La Sanità ha conseguito importanti realizzazioni, però presenta carenze e problemi quali: lunghe liste d’attesa nei sistemi sanitari pubblici, insufficiente attenzione a determinati gruppi di malati, uso inadeguato o ingiusta distribuzione delle risorse, sperpero dei medicinali, disincanto e demotivazioni crescenti in non pochi professionisti della salute, che cadono vittima della sindrome del “burn out”. Rendere più umano e solidale questo mondo della sanità è una sfida che offre alle Associazioni l’opportunità di:

– Educare a valori quali: rispetto degli esseri umani, solidarietà, reciproco aiuto, soccorso ai bisognosi, compassione, distacco dalle realtà terrene, controllo del consumo sfrenato, ricerca di obiettivi diversi dal godimento, ecc.

– Offrire l’apporto del Vangelo e della ricca tradizione assistenziale della Chiesa all’assistenza sanitaria: dignità della persona umana, valore delle risorse presenti in ogni essere umano per curarsi e per curare, importanza della relazione personale tra colui che cura e malato, impossibilità di occuparsi e di curare il malato senza farsi carico della sua problematica e senza dargli un po’ di sé.

– Valorizzare la molteplicità di gesti terapeutici, *semi di vangelo* presenti nel mondo sanitario.

– Promuovere la responsabilità solidale in questo campo: donazione di sangue e di organi, consumo razionale delle risorse, attenzione agli infermi più bisognosi, ecc.

– Individuare e denunciare le insufficienze e le lacune esistenti nella copertura sanitaria reale, rappresentando la voce dei più deboli o indifesi, supplire le carenze del sistema sanitario e dare impulso a quelle iniziative che cerchino di colmarle.

b.4 Prendersi cura delle persone e delle popolazioni meno assistite

Ai professionisti sanitari cristiani non è permesso di ignorare proprio coloro che sono più bisognosi di salute, che è maggiore in situazioni di emarginazione, il che presuppone anche mancanza di assistenza sanitaria: povertà economica, sradicamento sociale, solitudine, vecchiaia, alcolismo, tossicodipendenza, o la situazione delle persone disabili o dei malati cronici in generale. Le associazioni cattoliche di professionisti sanitari devono praticare la denuncia profetica come collettivo, facendosi voce dei senza voce. In ogni tempo, ma specialmente nei momenti attuali in cui si mette in questione lo stato del benessere a causa della crisi economica mondiale, in cui corriamo il rischio, in Europa, di tornare a una medicina per i ricchi e a un’altra per i poveri, dove inoltre esistono molti problemi d’indole bioetica e si calpestano spesso i diritti dei malati, non possiamo tacere né come professionisti né come cristiani. Dobbiamo denunciare le situazioni anti-evangeliche e lottare per uno sviluppo equo del mondo, affinché si metta fine allo scandalo quotidiano della morte di tanti bambini e adulti per mancanza di acqua, cibo, assistenza sanitaria e istruzione. Dobbiamo sensibilizzare direttamente i professionisti e lavorare in coordinamento con altre associazioni che si dedicano ad aiutare il terzo e il quarto mondo.

“L’efficace trattamento delle varie patologie, l’impegno per l’ulteriore ricerca e l’investimento di risorse adeguate costituiscono obiettivi lusinghieri persegui-

ti con successo in vaste aree del Pianeta. Pur plaudendo agli sforzi compiuti, non si può tuttavia ignorare che non tutti gli uomini godono delle stesse opportunità. Rivolgo, pertanto, un pressante appello perché ci si adoperi per favorire il necessario sviluppo dei servizi sanitari nei Paesi, ancora numerosi, che si trovano nell'impossibilità di offrire ai loro abitanti decorevoli condizioni di vita e un'adeguata tutela della salute" (Giovanni Paolo II, *Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato*, 2001).

b.5 Illuminare i problemi etici

In questo mondo della salute si pongono oggi problemi delicati e gravi di natura etica, sempre più numerosi e complessi. Alcuni, legati all'**inizio della vita**: demografia e regolazione delle nascite, tecniche di riproduzione assistita, ingegneria genetica, diagnosi prenatale e consulenza genetica, statuto antropologico dell'embrione, aborto... Altri, al **termine della vita**: la vecchiaia e gli anziani, il morire e la morte, scelta dei pazienti per il trapianto, interruzione dei trattamenti di sostegno vitale, cure intensive e palliative, trattamento del dolore, AIDS, eutanasia, sciopero della fame... Altri, infine, **alla relazione clinica**: consenso informato, obiezione di coscienza, sciopero della sanità, distribuzione delle risorse, qualità assistenziale, etica dei comitati di ricerca clinica e dell'assistenza clinica, ecc.

Rispondere all'importante sfida di illuminare su questi problemi richiede alle associazioni di professionisti sanitari cristiani a:

- Seguire da vicino i problemi che si pongono.
- Conoscere e discernere i problemi etici concreti che si presentano nel mondo sanitario, di fronte ai quali il professionista sanitario deve decidere.
- Conoscere qual è il fondo della questione nei temi di frontiera che riguardano la vita: pillola del giorno dopo, terapia genica, cellule troncali (embrionarie e adulte), clonazione, manipolazione e utilizzo di embrioni, attenzione ai malati in fase terminale, procedimenti di eutanasia (dichiarati e silenziati), distinzione tra mezzo e scopo.

– Collaborare alla ricerca interdisciplinare di soluzioni a questi problemi.

– Diffondere le riflessioni della bioetica cristiana che garantisce la dignità delle persone e la difesa contro ogni sua aggressione, utilizzo e manipolazione, specialmente quando questa è più debole: all'inizio della vita, nella malattia, nel deterioramento fisico e mentale, e in prossimità della morte.

– Promuovere la formazione etica dei professionisti sanitari e dei cittadini.

– Favorire la partecipazione attiva dei professionisti sanitari cristiani nella creazione e nel funzionamento dei comitati d'etica.

– Curare il counselling etico ai malati e ai loro familiari.

– Recuperare la dimensione etica dell'assistenza sanitaria, aiutando i professionisti a scoprire i valori e il significato che essa racchiude, cercando di riunire la competenza tecnica, l'onestà dei comportamenti, la vicinanza e la dedizione al malato.

c. Azioni nella Chiesa

Le funzioni delle associazioni di professionisti nel mondo della salute hanno una duplice corrente:

c.1 Rendere presente la Chiesa nel mondo sanitario

"Dovete fare presente la Chiesa nel mondo della salute – diceva Mons. Osés ai professionisti sanitari –, senza di voi non lo sarà. Siete inviati al mondo per trasformarlo poco a poco con la vostra azione in Regno di Dio, operando umilmente e silenziosamente come la linfa e il lievito. Non vi chiudete nel gruppo! Uscite e donatevi al mondo".

La presenza dei laici nel mondo è assolutamente necessaria affinché la Chiesa possa prolungare oggi i "gesti sananti" di Gesù. In una società sempre più autonoma e secolarizzata in cui il numero di praticanti continuerà a scendere, sarà sempre più importante la presenza cristiana laicale all'interno delle strutture sanitarie.

"Affinché i cristiani siano veramente presenza capillare della Chiesa nella carne stessa della

società – diceva Mons. Fernando Sebastián nel Congresso dell'Apostolato Secolare (Madrid 2004) – serve anzitutto che siano Chiesa, che siano conquistati dall'amore di Cristo con una fede viva e operante, che vivano secondo gli insegnamenti del vangelo e della Chiesa nella loro vita personale, nell'esercizio della vita professionale, nella vita familiare e nell'esercizio delle relazioni e degli obblighi sociali".

c.1 Portare il mondo sanitario all'interno della Chiesa

Il Vaticano II invita i laici ad apportare "alla comunità della Chiesa i propri problemi e quelli del mondo" (*Apostolicam Actuositatem*, 10). La Chiesa non può conoscere i profondi cambiamenti introdotti dalla tecnologia, dall'informatica, dall'uso dei computer e da Internet, nella diagnostica e nella medicina predittiva, nella relazione clinica, nell'intervento medico, ecc., né può prendere coscienza dei problemi e delle questioni posti dallo sviluppo dell'ingegneria genetica, dalla clonazione, dalla comparsa di nuove malattie, ecc., se non attraverso i laici cristiani che conoscono e sono parte di questo mondo. Di qui la necessità che la Chiesa possa contare su laici che informino e prestino la loro consulenza per seguire la problematica sanitaria, l'elaborazione di documenti o possibili pronunciamenti su questioni di bioetica o su problemi relativi al mondo sanitario.

Allo stesso modo, il loro apporto può avere grande importanza nella formazione degli operatori di pastorale sanitaria.

c.3 Interdipendenza tra le associazioni

"Preoccupatevi di relazionarvi con gli altri gruppi ecclesiali, agendo in maniera che brilli la complementarità di tutti", chiedeva Mons. Tonino alle associazioni laicali della sua diocesi.

È necessario che ci sia interdipendenza tra le varie associazioni ecclesiali, tanto del mondo della salute come di altri ambiti, specialmente dei movimenti laicali o di apostolato secolare.

È necessario stimolare la comunicazione dei Professionisti

Sanitari Cristiani con altri gruppi, associazioni o collettivi, nazionali o internazionali, per collaborare al raggiungimento dei nostri obiettivi e di quelli che difendono una salute e un'assistenza integrale per l'essere umano infermo, con speciale preoccupazione per lo sviluppo sanitario delle popolazioni più bisognose.

A livello nazionale e internazionale esistono associazioni specializzate con molti anni di esistenza e numerosi membri, come la Federazione Internazionale Associazioni Medici Cattolici (FIAMC), il Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere e delle Assistenti Medico-sociali (CICIAMS), la Federazione Internazionale Farmacisti Cattolici (FIPC). Credo che, se vogliamo dare esempio di impegno evangelico ed essere più efficaci e attuali, sia indispensabile lavorare molto uniti giacché l'assistenza al malato o è lavoro d'équipe o è cattiva assistenza; tutti noi abbiamo un'integrità, non possiamo farci vedere a pezzi, e questo è necessario per approfondire e trattare malattie specifiche – per questo la specializzazione –, avendo in conto la globalità della persona.

5. Di cosa hanno bisogno e cosa sperano i laici dalla Chiesa

Noi professionisti laici cattolici abbiamo bisogno che la Chiesa ci dia il suo sostegno per non soccombere nel nostro compito di evangelizzare il mondo. Vogliamo “stare nel mondo senza essere del mondo”, come ci indica Gesù. Per il fatto di vivere alla frontiera della scienza, della cultura e del mondo della salute, abbiamo bisogno:

- di vicinanza, ascolto, sostegno, dialogo, valorizzazione, fiducia, correzione fraterna, empatia, animo, amicizia e preghiera condivisa.

- Che i nostri pastori non abbiano paura del dialogo fede-scienza e fede-cultura, che ci aiutino al discernimento cristiano nel nostro operato nel mondo. Che non mostrino atteggiamenti di rigidità teorica intellettuale lontana dall'intelligenza emozionale.

- Che non ci lascino soli, che

continuo sul nostro parere senza volerli imporre criteri soggettivi.

- Di crescere insieme come persone adulte, dalla formazione umana integrale, teologica e pastorale.

6. L'Associazione degli Operatori Sanitari Cristiani: PROSAC

Con umiltà vi offro, come esempio, l'esperienza dell'Associazione degli Operatori Sanitari Cristiani (PROSAC) istituita nel 1993 dalla Conferenza Episcopale Spagnola come associazione pubblica ecclesiastica.

Il Preambolo dei nostri Statuti riflette quel che sono e che vogliono essere i professionisti sanitari cristiani: *“Unti dal Signore nel battesimo, uniti da una stessa fede e vocazione e, in quanto Chiesa, noi professionisti sanitari cristiani vogliamo svolgere nel mondo della salute e della malattia la missione che Gesù, nella sua Chiesa, ci ha affidato: promuovere e curare la vita e la salute di tutti gli esseri umani, servire gli infermi con onestà, competenza e dedizione, illuminare, a partire dalla fede, sulle realtà assistenziali e i grandi interrogativi che si pongono nel campo del nostro lavoro, prestare speciale attenzione agli infermi più abbandonati e impegnarci nel raggiungimento di un mondo della salute più umano, nel quale si riconosca e si assista tutta la persona e ogni persona e se ne rispettino i diritti e la dignità.”*

Vogliamo esercitare e vivere la nostra professione come una vocazione cristiana autentica, senza dissociarla dalla fede, sviluppare il nostro spirito comunitario e ecclesiale, promuovere l'interdisciplinarietà nelle nostre attività ed essere in comunione con tutto il Popolo di Dio, aperti alla collaborazione con quanti lavorano nel mondo della salute”.

Gli scopi della nostra Associazione sono:

1. Promuovere un laicato cristiano impegnato nel mondo della salute che dia una testimonianza evangelica nel suo impegno professionale.

2. Creare programmi e ambiti di incontro, riflessione e impegno

tra i Professionisti Sanitari Cristiani.

3. Aiutare gli operatori sanitari nel loro sviluppo umano, spirituale e religioso e nella loro formazione in bioetica.

4. Collaborare alla promozione della salute, all'attenzione integrale dell'infermo e all'umanizzazione dell'assistenza sanitaria a tutti i livelli.

5. Contribuire alla difesa dei diritti delle persone, nella salute o nella malattia, senza alcuna discriminazione per qualsiasi circostanza.

Le **caratteristiche più significative** dell'Associazione sono le seguenti:

- a) La sua **interprofessionalità**, cioè che ne possano fare parte medici, infermieri diplomati, ausiliari di clinica, amministratori, custodi e tutto l'insieme di professioni che lavorano nella sanità al servizio del malato. L'aspetto cristiano viene prima di quello professionale e inoltre oggi la medicina è lavoro d'équipe; il che non ostacola il fatto che ogni membro parli e agisca a partire dalla prospettiva propria, personale e professionale. D'altra parte, gli Statuti contemplano la costituzione di sezioni (medici, infermieri, farmacisti, altri professionisti) con la funzione di poter collaborare con altre Associazioni internazionali, facendo parte delle Federazioni delle stesse.

- b) Il suo **legame con la Pastorale della Salute** e i suoi organismi: diocesano, interdiocesano e nazionale. Senza trascurare l'attenzione ai problemi di carattere tecnico, scientifico o lavorativo, essi cercano di vivere in comunione e lavorare congiuntamente con tutti coloro che, nella Chiesa, evangelizzano il mondo della salute.

- c) La sua **“territorialità”**, cioè il fatto di promuovere l'operato dei membri nei loro centri di lavoro, per essere lievito nella pasta. L'attività principale dei membri è l'azione locale di evangelizzazione “per contatto diretto”.

7. Proposte e prospettive future

Credo che nel presente e nel prossimo futuro le associazioni di

laici cattolici saranno la chiave di volta dell'evangelizzazione e della crescita della Chiesa, specialmente nel mondo della salute, ove i suoi professionisti attualmente non sono per la maggior parte uniti. Per questo suggerisco di:

- dare rilevanza alla testimonianza personale e dell'associazione nel mondo sanitario.

- Fuggire a ogni tentazione di notorietà e di esercizio del potere; essere "autoritas y no potestas".

- Incoraggiare la formazione integrale del professionista sanitario cristiano, avendo Gesù come modello di vita e fonte di salute e salvezza. Stabilire legami con i colleghi di professionisti, con le università e i centri di formazione professionale continua.

- Favorire la spiritualità nei laici cristiani.

- Accogliere incondizionatamente tutte le persone che si avvicinano a noi.

- Puntare ad attrarre i giovani entrando in contatto con le università e i centri di formazione professionale: conoscerli, ascoltarli e accompagnarli. Saranno questi giovani a cui dovremo passare il testimone ed essi si prenderanno cura di noi in futuro nella sanità e nella Chiesa.

- Valorizzare, riconoscere e promuovere il ruolo della donna nel mondo della salute e della Chiesa. Uno dei segni dei tempi oggi è il riconoscimento della

parità di diritti dell'uomo e della donna.

- Illuminare sui problemi etici della pratica quotidiana delle professioni sanitarie, che sono l'immensa maggioranza e alle quali si dedica attualmente poca attenzione.

- Promuovere e sostenere la presenza dei professionisti sanitari cristiani negli organismi sanitari.

- Utilizzare maggiormente e meglio i moderni mezzi di comunicazione (pagine web, reti sociali, ecc.) usando un linguaggio attualizzato.

- Lavorare in stretto collegamento e collaborazione con la pastorale della salute nella Chiesa e nelle diocesi, cooperando con i Servizi di Assistenza Religiosa dei centri sanitari e nelle équipes di pastorale della salute parrocchiali.

- Potenziare le relazioni tra le Associazioni del mondo della salute (laici, cappellani, religiosi sanitari) e fare assegnamento su di esse e sui loro punti di vista: scambio di informazioni, documentazione, collaborazione in compiti comuni, incontri periodici, ecc.

- Incoraggiare l'interdisciplinarietà, assolutamente essenziale per un'assistenza sanitaria di qualità. Per questo propongo la creazione di una **Federazione delle varie Associazioni esistenti in**

ambito sanitario: Associazione di medici cattolici, associazione delle infermiere e delle assistenti sociali cattoliche e associazione dei farmacisti cattolici.

Concludo con una **preghiera** del professionista sanitario che vi invito a recitare assieme:

Signore, mi hai scelto per curare e assistere gli infermi.

Voglio essere, come te, accogliente con tutti, in special modo con i più indifesi, sensibile di fronte alle loro sofferenze, paziente con le loro limitazioni e liberatore delle loro paure.

Cura, Signore, le mie malattie
Accetta le mie limitazioni
Allevia la mia stanchezza
E rafforza la mia debolezza.

Aiutami ad essere un buon professionista, competente nel mio lavoro, umano e servizievole.

Benedici gli ammalati, e benedici

il personale sanitario!

Amen. ■

Nota

¹ Commissione Episcopale di Pastorale della Conferenza Episcopale Spagnola, *L'assistenza religiosa nell'ospedale. Orientamenti pastorali*, EDICE, pp. 31-32

La Fondazione Raoul Follereau

SIG. MICHEL RÉCIPON

Presidente del Direttorio
della Fondazione
Raoul Follereau,
Francia

Permettetemi anzitutto di esprimermi la mia gratitudine – e la mia gioia – per la possibilità offertami di essere oggi tra di voi, in occasione di questo seminario a chiusura del 25° anniversario del Motu Proprio “Dolentium Hominum”, con il quale si costituiva il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Sono lieto altresì di avere il privilegio di presentarvi la Fondazione Raoul Follereau.

Grazie a Lei, Eccellenza Reverendissima Mons. Zigmunt Zimowski, per l'onore che mi ha dato di condividere questa importante circostanza.

Ma come parlare della nostra organizzazione senza ricordarne il fondatore, Raoul Follereau, il *vagabondo della carità*?

Poeta sin dalla più giovane età, ha solo 20 anni quando pubblica il primo romanzo, *L'altro sogno*. La prefazione contiene l'ideale del cristiano, l'impegno dell'uomo di lettere e la lotta del futuro uomo d'azione:

“A coloro che non hanno mai sofferto, noi vogliamo parlare di quelli che soffrono [...].

Noi vogliamo dire a coloro che non hanno pietà perché non sanno cosa significhi soffrire: la miseria esiste!

Ci sono esseri umani che hanno fame, fame di pace e di sogno, esseri umani che soffrono, piangono [...].

Voi che siete felici, che avete la pace e la fede, tendete una mano in soccorso dei vostri fratelli miserabili, il cui unico crimine è quello di essere poveri in denaro o nell'anima [...].

Fate il miracolo: ridate la VITA. Amate! Amate, perché Dio è Amore!”.

Durante tutta la sua vita, Raoul Follereau inviterà a una rivoluzione delle mentalità, all'inversione

dell'egoismo. *Rivolteveli!*, diceva, per contribuire a “trasfigurare” il mondo mettendosi al servizio della speranza e della carità.

Nel 1927, fonda la *Lega d'Unione Latina* per difendere la civiltà cristiana contro tutti i paganesimi e tutte le barbarie.

Un reportage in Africa del Nord sulle tracce di Charles de Foucauld si trasforma in un ritiro interiore, in un incontro spirituale. Il *Cavaliere delle sabbie* diventa il modello per Raoul Follereau che si mobilita per raccogliere i fondi necessari a costruire la chiesa di El Golea, e le cappelle di Adrar e Timimoun.

Un altro incontro decisivo nel corso di quel viaggio, è quello con i lebbrosi. Raoul Follereau scopre i pregiudizi di cui sono vittime e la drammatica sorte riservata loro: “Fu quello il giorno in cui venni a sapere che esisteva un delitto imperdonabile, legato a non so quale castigo, un crimine senza appello e senza amnistia: la lebbra!”.

Nel 1937, il nostro fondatore dà alla *Lega d'Unione Latina* il nome di *Fondazioni Charles de Foucauld* e lancia le prime iniziative in favore dei poveri in denaro e nell'anima.

Nel dicembre 1942, crea il *Natale di P. de Foucauld*, in cui invita ogni bambino a mettere una terza calza sul camino e a condividere i suoi regali con un bambino più svantaggiato.

Il **Venerdì Santo del 1943**, lancia *L'ora dei poveri*, in cui chiede a ciascuno di *dare alla carità, nell'ora in cui nacque la Carità*, un'ora del proprio salario, entrate o guadagno, per soccorrere i più sfortunati.

Il primo anno dà le prime conferenze – ne pronuncerà 1.200 – per aiutare le Suore di Nostra Signora degli Apostoli a costruire il primo villaggio per i lebbrosi a Adzopé, in Costa d'Avorio.

Nello stesso periodo, le *Fondazioni Charles de Foucauld* diventano *l'Ordine della Carità*.

L'operato di Raoul Follereau acquista una dimensione universa-

le. Farà 33 volte il giro del mondo. Si solleva, si impegna, interPELLA, fa nascere slanci di generosità. Influenza l'opinione pubblica affinché prenda coscienza del suo ruolo nel mondo e non indietreggi di fronte a nessuna fatalità.

Nel 1954, crea la Giornata Mondiale dei Lebbrosi, per sdrammatizzare una malattia che tutti sono concordi nel ritenere incurabile. Invita a una mobilitazione generale delle menti e dei cuori, creando così legami tra persone che tutto separa abitualmente.

La 58ma edizione di questa Giornata Mondiale dei Lebbrosi è stata appena celebrata lo scorso fine settimana. Essa ha riunito circa 30.000 volontari Follereau in tutta la Francia che, per tre giorni, hanno informato, sensibilizzato, invitato a una compassione attiva e raccolto i fondi necessari per individuare, curare e reinserire i lebbrosi.

Nel 1968, Raoul Follereau incarica il proprio figlio spirituale e successore André Récipon, mio padre, di proseguire la sua opera, organizzarla e metterla in cammino per affrontare le sfide future. Egli riunisce in una stessa struttura l'insieme delle iniziative e delle associazioni nate sotto l'impulso del *vagabondo della carità*, cioè la futura Fondazione Raoul Follereau.

Fedele al messaggio e agli orientamenti del fondatore, amministrata volontariamente, animata da un'équipe stipendiata e sostenuta da un'importante forza militante, la Fondazione Raoul Follereau si basa oggi su tre grandi principi: l'indipendenza, l'impegno nella durata, l'utilizzo e la formazione delle competenze locali.

Ponendo la persona, quale che sia la sua origine, al centro di tutti i suoi impegni, essa sostiene azioni di trattamento, educazione, formazione, reinserimento e accompagna i più dimenticati sulla strada della loro autonomia.

La sua missione è, in effetti, quella di combattere contro la lebbra, ma anche contro altre lebbre

quali l'ignoranza e la povertà, che stigmatizzano le loro vittime e le condannano all'esclusione.

Attualmente, questa lotta è presente in 39 Paesi, mediante 400 progetti e programmi sostenuti da 150.000 donatori che ci aiutano a dispiegare una carità senza frontiere, poiché l'arma per vincere questa guerra contro la fame, la miseria, le malattie e l'ignoranza, è proprio la Carità!

È a forza di carità che si costruisce, pietra dopo pietra, questo mondo più giusto e umano, questo mondo senza esclusioni – cioè senza lebbre – al quale aspiriamo.

La battaglia contro la lebbra resta una priorità per noi. La conduciamo in coordinamento con le altre associazioni che compongono la Federazione Internazionale per la lotta contro la lebbra (ILEP), di cui siamo membri fondatori.

Una volta ottenuta l'eliminazione di questo flagello come problema di sanità pubblica, l'individuazione e il trattamento precoce dei lebbrosi restano la chiave di volta della nostra azione. Tuttavia, di fronte al numero rilevante delle malattie multibacillari – le più contagiose – e dei malati gravemente handicappati, ci sforziamo di aiutare i Paesi d'endemia a sviluppare attività volte all'individuazione precoce, alla prevenzione e al riadattamento delle invalidità. Sosteniamo altresì le associazioni nazionali Raoul Follereau al fine di suscitare iniziative che favoriscano l'auto-sussistenza e facilitino il reinserimento dei vecchi malati guariti, a volte invalidi, nella società.

Da 17 anni, la Fondazione svolge un ruolo importante nella lotta contro un altro micobatterio, cugino della lebbra: l'ulcera di Buruli. Si è inoltre particolarmente investita nel miglioramento della cura dei malati e nel finanziamento della ricerca.

Sostiene in particolare programmi che hanno portato, in meno di 10 anni, al sequenzaggio del genoma di *Mycobacterium ulcerans*, alla conoscenza di alcuni dei suoi vettori, e, soprattutto, alla messa a punto di una antibioterapia che ha permesso di diminuire di metà il ricorso alla chirurgia.

Ma, per rispondere alle costrizioni sul terreno e facilitare l'ac-

cesso al trattamento, la Fondazione finanzia attualmente la messa a punto e i test di una terapia per via orale, più sopportabile di quella per iniezione.

Infine, si sono appena conclusi a Pobé, nel Benin, i lavori di ampliamento che permetteranno al Centro Raoul et Madeleine Follereau, per la diagnosi e il trattamento dell'ulcera di Buruli, di sviluppare le proprie attività ad alto livello al servizio dei malati di ogni origine e condizione.

Le malattie si preoccupano poco della situazione sociale delle loro vittime, ma colpiscono più duramente coloro che vivono nelle regioni sfavorite, lontane dal più elementare dispensario. La povertà è una grande alleata della lebbra. Siamo dunque obbligati a far indietreggiare anche lei, basandoci su due pilastri costruiti a forza d'esperienza: la formazione degli attori dello sviluppo e la messa in atto di microprogetti generatori di guadagno.

Nel nostro piccolo, ci sforziamo di favorire la nascita di uno sviluppo dal volto umano, sostenendo azioni semplici e pragmatiche, per aiutare le popolazioni emarginate e dimenticate, a uscire dalla fame, dall'analfabetismo e dalla miseria.

Anche in Francia, diamo motivi per sperare a coloro che sono esclusi a causa della perdita del lavoro. Attingendo in ambito rurale una risposta concreta al problema della disoccupazione, abbiamo già aiutato centinaia di persone a creare o a riprendere un'attività in questo ambiente. Alcuni, in situazioni molto precarie, hanno ricevuto un aiuto finanziario che ha permesso loro di far partire una propria microimpresa. Mediante questa azione, perseguiamo tre obiettivi: contribuiamo a far regredire una lebbra che imperversa alle nostre porte, permettiamo alle famiglie di ripartire e partecipiamo al mantenimento di negozi o artigianati in piccoli comuni della Francia.

Ma è senza dubbio per i più giovani che Raoul Follereau si è fatto apostolo di un mondo senza lebbre.

Per l'intellettuale impegnato, per colui che desta le coscienze, l'ignoranza è forse la peggiore

delle lebbre. In ogni caso è quella che condanna più sicuramente all'esclusione i figli della guerra, della miseria e della strada che incrociamo sul nostro cammino.

Per loro, da oltre dieci anni, abbiamo poco a poco preparato i donatori e i volontari Follereau a porre l'istruzione al cuore delle nostre priorità. Restando fedeli ai lebbrosi, abbiamo aperto così un fronte contro l'ignoranza.

In concreto, contribuiamo alla costruzione, al rinnovamento e al funzionamento di istituti scolastici e parascolastici. Sosteniamo patrocini, biblioteche, laboratori culturali di strada..., all'estero e anche in Francia, tutto ciò che, in un modo o nell'altro, aiuta un bambino a diventare attore della propria vita e artefice del mondo di domani.

In questo grande combattimento che non fa rumore, abbiamo partner di riferimento! Dando la loro vita a Cristo, sforzandosi di seguirLo mettendosi al servizio dei più poveri, i religiosi sono il nostro braccio armato in molti campi.

Li aiutiamo ad ancorare la speranza nei cuori più disorientati, a ridare la forza e gli strumenti per credere nell'avvenire e per battersi contro la malattia, contro l'ignoranza e contro la povertà. Siamo al loro fianco per aiutarli, se c'è bisogno, affinché la loro miseria non sia un ostacolo alla loro vocazione e alla loro missione.

Così, nel nostro piccolo, fondando nel mondo un certo numero di dispensari e innumerevoli opere gestite dalla Chiesa, noi curiamo le stesse ferite, alleviamo le stesse sofferenze, combattiamo le stesse discriminazioni.

A forza di convinzione, a forza di fede, il sogno di Raoul Follereau è diventato realtà.

Questione di impegno, di dono gratuito di sé, di cambiamento di mentalità, il mondo senza lebbre è in moto. Quanto è operosa la carità nella verità!

Il lebbroso ne è il primo beneficiario. A lui segue, senza discriminazione, ogni essere umano che, come lui, è disprezzato e respinto a causa di malattia, ignoranza e povertà.

Per ciascuno, noi facciamo appello anche alla solidarietà per garantire a tutti giustizia e amore.

Eredi di Raoul Follereau, che proclamava che “*il lebbroso soffre per avere la lebbra e per essere lebbroso allo stesso tempo*”, noi crediamo, come S.E. Mons. Zimowski, che “*l’essere umano non può essere ridotto al solo corpo*”.

Ognuno dei progetti da noi sostenuti porta questa convinzione e questa speranza.

Ognuno di essi conferma il nostro impegno nella costruzione di un ordine sociale giusto e fraterno

e nell’accesso di tutti alla salute, alla conoscenza e alla dignità.

Questi diritti sono sacri e inalienabili, al punto di esigere come contropartita l’obbligo di difenderli: il diritto degli uni diventa allora il dovere degli altri.

Ciò presuppone di far fronte ai pregiudizi, all’instabilità, all’indifferenza, alla cattiva governance, alla corruzione e a tutto ciò che oggi tende a farsi beffe del diritto di ciascuno a un’esistenza degna.

La paura e la solitudine posso-

no pesare grandemente sulle spalle dei nostri partner. Per questo i legami che ci uniscono superano il semplice sostegno finanziario per esprimere un vero accompagnamento e una lotta comune per cercare di alleviare la sofferenza del mondo.

Così, insieme, apportiamo la nostra pietra alla costruzione di un mondo senza lebbre, all’edificazione della Civiltà dell’Amore!

Grazie per la vostra attenzione. ■

Le nuove sfide per la collaborazione fra le associazioni sanitarie cattoliche

PADRE JÁN ĎAČOK, SJ

Pontificia Università
Gregoriana,
Roma

L’importanza della collaborazione fra le associazioni sanitarie cattoliche nella promozione della cultura della vita è ben chiara. Dall’altra parte, però, sta crescendo la convinzione che sia necessario fare di più. Questo vale particolarmente quando si prende in considerazione la visione globale del mondo contemporaneo e le possibilità degli attuali mezzi di comunicazione. Al riguardo di una nuova cultura della vita, basti accennare al capitolo quarto dell’Enciclica *Evangelium vitae*, dove Giovanni Paolo II incoraggia all’impegno decisivo, connesso con la nuova evangelizzazione: “L’evangelizzazione è un’azione globale e dinamica, che coinvolge la Chiesa nella sua partecipazione alla missione profetica, sacerdotale e regale del Signore Gesù. [...] Così è anche quando si tratta di annunciare il *Vangelo della vita*, parte integrante del Vangelo che è Gesù Cristo. Di questo Vangelo noi siamo al servizio,

sostenuti dalla consapevolezza di averlo ricevuto in dono e di essere inviati a proclamarlo a tutta l’umanità ‘fino agli estremi confini della terra’ (At 1,8). Nutriamo perciò umile e grata coscienza di essere il *popolo della vita e per la vita* e in tal modo ci presentiamo davanti a tutti” (EV, n. 78)¹.

L’importanza della missione anche delle associazioni cattoliche viene fortemente sottolineata dallo stesso Giovanni Paolo II: “Il realismo tenace della carità esige che il *Vangelo della vita* sia servito anche mediante *forme di animazione sociale e di impegno politico*, difendendo e proponendo il valore della vita nelle nostre società sempre più complesse e pluraliste. *Singoli, famiglie, gruppi, realtà associative* hanno, sia pure a titolo e in modi diversi, una responsabilità nell’animazione sociale e nell’elaborazione di progetti culturali, economici, politici e legislativi che, nel rispetto di tutti e secondo la logica della convivenza democratica, contribuiscano a edificare una società nella quale la dignità di ogni persona sia riconosciuta e tutelata, e la vita di tutti sia difesa e promossa” (EV, n. 90).

Questa relazione mira alla presentazione di alcune strategie del secolo scorso, nemiche alla vita umana e viste come sfide per la collaborazione fra le associazioni sanitarie cattoliche, alla descrizione sintetica di alcune esperienze in favore della vita nella Slovacchia e propone un modello per la collaborazione a livello mondiale.

Piano generale Est

Negli anni 1941-1942, secondo il governo d’allora, la nazione tedesca, considerata come “senza spazio”, era competente alla popolazione e alla germanizzazione “dei territori occupati dell’Est”. Questa visione veniva rafforzata con la speranza di un successo militare tanto rapido, come nel caso della Francia e della Polonia. Anche il governo degli Stati Uniti era convinto che la resistenza dell’Unione Sovietica sarebbe durata solo un periodo breve. Questo ha incoraggiato gli autori del *Piano generale Est* a un maggiore impegno nella realizzazione delle loro intenzioni. Uno dei problemi per la germanizzazione dello “spazio vitale nell’Est” era la po-

polazione originaria, che non era stata eliminata tramite la guerra, la persecuzione politica o la liquidazione sistematica degli Ebrei. Così si mostrava molto pericolosa la “straordinaria forza biologica della riproduzione dei popoli vicini nell’Est”. Per questi motivi, oltre a evacuazioni e trasferimenti, erano preparate anche soluzioni demografico-politiche². Nelle proposte elaborate si sottolineava che il tasso della natalità nella zona russa doveva essere sotto il tasso della natalità tedesca. Tramite stampa, radio, televisione, film, fascicoli, lezioni di istruzione pubblica, ecc. si doveva arrivare alla convinzione che è pericoloso avere molti bambini. Era necessario mostrare le spese connesse con l’educazione dei bambini, e anche quello che sarebbe stato possibile procurare con i soldi risparmiati. Con questa propaganda, si doveva organizzare una forte campagna mirata alla divulgazione di mezzi contraccettivi, che sarebbero stati assicurati con una produzione di massa. La propagazione e la divulgazione della contraccezione e gli aborti non dovevano essere puniti. Nel *Piano* si raccomandava la creazione anche di istituti specializzati per aborti, per la propagazione della sterilizzazione volontaria e dei divorzi. La vittoria nel campo della natalità si raggiungerà quando la popolazione russa sarà convinta dei vantaggi di avere un figlio o due figli. Nel *Piano* si constatava anche che i tedeschi non potevano avere alcun interesse circa la crescita della popolazione non-tedesca nei territori occupati³.

Dichiarazione di Szeged

Dal 25 al 27 ottobre 1993 si sono radunati a Szeged (Ungheria) i rappresentanti delle organizzazioni governative, inter-governative e non-governative di 16 Paesi dell’Europa Centrale e Orientale (Albania, Armenia, Bulgaria, Croazia, Estonia, Georgia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Russia, Slovenia, Slovacchia, Ucraina e Ungheria). La riunione mirava alla valutazione della ricerca e dei servizi nel campo della salute riprodut-

tiva e alla collaborazione nel sostegno della salute riproduttiva tra le proprie popolazioni. La riunione era organizzata insieme, dall’International Committee for Research in Reproduction (ICRR) a Ginevra, dalla World Health Organisation (WHO) e dal Collaborating Centre for Research in Human Reproduction a Szeged, con l’aiuto tecnico dell’United Nations Development Programme (UNDP), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank, WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction a Ginevra. I partecipanti hanno elaborato la *Dichiarazione di Szeged* che analizzava la salute riproduttiva nella regione, identificava i problemi in questo campo e proponeva 14 raccomandazioni. Fra queste ultime è importante menzionare in modo particolare le seguenti: assicurare l’uso elevato della contraccezione; elaborare i programmi nazionali della paternità pianificata con i servizi di alta qualità, particolarmente con l’aborto sicuro; aiutare l’educazione sessuale nelle scuole; incoraggiare le donne e gli uomini alla sterilizzazione chirurgica; coinvolgere le organizzazioni governative e non-governative; facilitare la collaborazione e la comunicazione nel campo della salute riproduttiva fra i Paesi della regione. Due enti – l’International Committee for Research in Reproduction a Ginevra e il Collaborating Centre for Research in Human Reproduction a Szeged – hanno preso l’iniziativa nel coordinamento della collaborazione fra le organizzazioni presenti alla riunione, come anche le altre organizzazioni che hanno fini simili⁴. La riunione a Szeged e la *Dichiarazione di Szeged* vennero considerate come preparazione a livello regionale per la Conferenza Internazionale dell’ONU sulla popolazione e sviluppo, tenutasi al Cairo nel 1994.

Ma come mai in un altro contesto storico e pacifico si è arrivati alla stessa strategia contro la vita umana che durante il periodo del nazismo? Come mai si utilizzano gli stessi metodi che erano voluti anche dai nazisti? Come mai non si sente una protesta e una condanna generali?

Alcuni esempi dalla Slovacchia:

a) Programmi dell’educazione sessuale

Dopo la Rivoluzione di veluto (1989), la Slovacchia è diventata il testimone dei tentativi di introdurre nella vita quotidiana pratiche che potevano avere conseguenze molto negative e di lunga durata. Gli esperimenti si sono rafforzati negli ultimi anni. Si tratta di tentativi ripetuti di introdurre l’educazione sessuale liberale a tutti i livelli dell’educazione pubblica. Il primo tentativo risale alla metà degli anni Novanta: con l’approvazione del Ministero della pubblica istruzione della Repubblica Slovacca, furono preparati e distribuiti i programmi didattici e videocassette per tutti i tipi di scuole. Grazie ai laici impegnati anche nel campo della sanità, e particolarmente alla Conferenza Episcopale della Slovacchia, si è riusciti a bloccare l’introduzione dell’educazione sessuale liberale, e tutti i programmi sono stati ritirati dalle scuole. Nel 2004 il Ministero della sanità si è impegnato a introdurre il *Programma nazionale della protezione della salute sessuale e riproduttiva*, e lo ripropose di nuovo negli anni 2007, 2008 e 2009 sotto il titolo *Programma nazionale della cura delle donne, della maternità sicura e della salute riproduttiva*⁵. Si trattava non solo di informazioni sulle malattie sessuali, ma di incoraggiamento e di insegnamento dell’uso della contraccezione, in particolare del preservativo, e si raccomandavano i “servizi” della salute sessuale e riproduttiva: contraccezione di tutti i tipi, aborto sicuro, sterilizzazione chirurgica, ecc. E naturalmente, tutto doveva essere finanziato dalle risorse pubbliche. In queste campagne erano molto attivi i rappresentanti della *Società slovacca per la paternità pianificata*, che è figlia fedele-membro della IPPF, e le femministe radicali, ambedue molto arroganti. Di nuovo, con la collaborazione stretta fra i laici impegnati, le associazioni cattoliche e la Conferenza Episcopale della Slovacchia si è riusciti a bloccare tutti i tentativi. In breve,

i programmi dell'educazione sessuale liberale sono già completamente elaborati e si cerca solo la modalità e il tempo opportuno di introdurli nella vita quotidiana...

b) UNFPA

Già nell'anno 2000 il Fondo per la Popolazione dell'ONU (UNFPA) si interessava di avere il suo *Ufficio regionale* per i Paesi dell'Europa Centrale e Orientale e dell'Asia Centrale a Bratislava. Tale interesse veniva appoggiato anche da alcuni membri del Governo della Repubblica Slovacca d'allora, però non si è realizzato. Il 14 gennaio 2009 il Governo della Slovacchia ha deciso che l'*Ufficio regionale* dell'UNFPA avrebbe avuto la sua sede a Bratislava, e le sue attività avrebbero dovuto cominciare dal 1 luglio 2009. Il Governo ha delegato il Ministro per gli Affari esteri a firmare il contratto fra la Slovacchia e il Fondo per la popolazione. Il Governo voleva offrire a circa 150 ufficiali dell'UNFPA gli spazi appropriati, si è impegnato ad attrezzare tutti gli uffici e di pagare ogni anno l'affitto di circa 215.000 euro. È noto che l'UNFPA propaga l'aborto, la sterilizzazione e la contraccezione e viene considerato come un'istituzione anticristiana e anticattolica dal punto di vista del valore della vita umana, della famiglia, della procreazione responsabile e della formazione responsabile dei giovani. È molto interessante che 39 Paesi hanno fatto pressioni diplomatiche affinché l'Ufficio fosse presente a Bratislava... Durante la Sezione plenaria della Conferenza Episcopale della Slovacchia (16-17 marzo 2009) è stata preparata e consegnata la lettera al Primo ministro, chiedendolo di eliminare l'*Ufficio regionale* dell'UNFPA. In maggio 2009 Mons. F. Tondra, il Presidente della Conferenza Episcopale della Slovacchia, ha informato tutte le Conferenze Episcopali Europee e i rappresentanti delle Chiese Ortodosse nell'Europa Centrale e Orientale su tale situazione, chiedendo la solidarietà e l'aiuto per la Slovacchia. Da parte di parecchie Conferenze Episcopali Europee ha ricevuto risposte incoraggianti. Dopo molte iniziati-

ve e la stretta collaborazione fra le istituzioni cattoliche e gli alti rappresentanti della gerarchia cattolica, nel giugno 2009 il Governo ha deciso che nella situazione della crisi economica e finanziaria, non può garantire le risorse finanziarie per l'*Ufficio regionale*, e ha cancellato la decisione precedente. Nella riunione plenaria delle Conferenze Episcopali Europee a Parigi (ottobre 2009) sono state apprezzate le iniziative della Conferenza Episcopale della Slovacchia e tutte le Conferenze Episcopali Europee sono state invitate a una stretta collaborazione anche in altri campi.

c) Il mega-casinò Metropolis di Bratislava – Petržalka

Già nel 2010 si voleva cominciare con la costruzione del più grande complesso di case da gioco e relax in Europa, nella periferia di Bratislava. Si presupponeva che la costruzione di esso poteva durare da tre a cinque anni. Il complesso doveva essere sulla superficie di circa 30 ettari, localizzato alla frontiera con l'Austria e l'Ungheria, sul crocevia delle autostrade dall'Ungheria alla Repubblica Ceca e dall'Austria, per un valore di circa 1.500 milioni di euro. Tre-quattro anni fa, lo stesso gruppo americano Harrah's Entertainment (al quale appartengono i simili complessi a Las Vegas e in altre parti del mondo), non fu accettato con un progetto nella Slovenia, vicino alla frontiera con Italia e Austria. Il progetto a Bratislava – Petržalka fu appoggiato da parte dell'ex Ministro delle Finanze con l'intenzione di rafforzare il turismo e i posti di lavoro. Il complesso comprendeva alcuni ristoranti, tre alberghi, golf e wellness, centro congressi, aula multifunzionale, negozi (shopping centre), gallerie, parco acquatico e il più grande casinò (di stilo americano) in tutta l'Europa con oltre 500 luoghi di gioco d'azzardo (slot machines). Durante la costruzione si sarebbero potuti creare circa 20.000 posti di lavoro, dopo la costruzione di circa 9.000 nuovi posti di lavoro permanenti, con 600 milioni di euro di entrate fiscali all'anno per il bilancio dello Stato. Si aspettava che il complesso ogni anno

sarebbe stato frequentato da circa 5 milioni di visitatori.

Naturalmente, un tale complesso avrebbe avuto anche le conseguenze molto distruttive e di lunga mirata per la vita morale della Slovacchia e dei Paesi vicini. Esso sicuramente poteva approfondire le dipendenze dai giochi d'azzardo, con seri danni di molti individui, con la distruzione di molte famiglie, con diffusione massiccia di droga, di tossicodipendenze, di prostituzione, di attività mafiose, di crimini organizzati, ecc. Nel dicembre 2009 fu stata lanciata una petizione, che si è diffusa in tutta Bratislava e poi in tutta la Slovacchia, e che ha raccolto più di 125.000 firme, come protesta contro la costruzione di tale complesso. All'inizio e nello svolgimento della petizione erano molto attive alcune associazioni cattoliche e civili, particolarmente *Fórum života* (Foro della vita). Anche in questo caso erano coinvolti alcuni rappresentanti della Conferenza Episcopale della Slovacchia. In novembre 2010 la maggioranza del Parlamento ha votato a favore della petizione e così ha bloccato la costruzione del complesso.

d) Cultura della morte

Essa ha, purtroppo, i suoi rappresentanti anche nella Slovacchia. Vi sono oltre 20 istituzioni e organizzazioni non-governative che con i loro programmi sono contro la vita umana e la sua dignità, particolarmente contro la vita concepita e ancora non nata. Fra quelli i più attivi: Società slovacca per la paternità pianificata – membro della IPPF, Centre for Reproductive Rights, Pro Choice, Ženská lobby Slovenska (Lobby per le donne nella Slovacchia), Gender Mainsteeming e le organizzazioni che propagano l'omosessualità. Le iniziative della cultura della morte, particolarmente in favore degli aborti, della contraccezione e dell'omosessualità, vengono sponsorizzate tramite alcune organizzazioni private, ad esempio: Soros – The Open Society Found e le istituzioni della Slovacchia e di alcuni Paesi, come: Stati Uniti, Unione Europea, Danimarca, Norvegia, Lichtenstein, Islanda, Repubblica Ceca.

Le istituzioni e le organizzazioni della cultura della morte e le loro attività nella Slovacchia sono osservate da parte dell'*Istituto Leone XIII*. Quest'ultimo è stato fondato nel maggio 2009 e ha cominciato a lavorare pubblicamente il 17 novembre 2009 – 20 anni dopo la Rivoluzione di velluto quando la Corte Europea per i diritti umani ha creato la causa Lautsi, mirata contro i crocifissi nelle scuole italiane. L'Unione Europea ha chiaramente mostrato che si trova nella posizione contraddittoria al cristianesimo. L'*Istituto Leone XIII* rappresenta un'associazione di giovani laici cattolici che vuole mobilitare la società slovacca nella protezione della cultura della vita, della Chiesa e della nazione.

e) Cultura della vita – Fórum života (Foro della vita)

Il *Foro della vita* rappresenta una associazione non-governativa che fu fondata nel 2001 e allea 38 organizzazioni e decine di individui. Mira al rispetto e protezione di ogni vita umana dal concepimento alla morte naturale e al supporto della famiglia. Il *Foro della vita* sviluppa le sue attività in tre campi: prevenzione, advocacy e aiuto concreto. Fra i diversi suoi progetti meritano di essere sottolineati i seguenti: 1) 25 marzo – Giorno del bambino concepito. Si tratta della campagna nazionale che mira alla propagazione del rispetto per ogni bambino concepito e ancora non-nato. Un segno esteriore del supporto della campagna è un nastrino bianco, portato sul cappotto durante tutta la settimana nella quale accade il 25 marzo. Chi porta un nastrino bianco, mostra il suo rispetto per ogni bambino concepito. Una parte di questa campagna nazionale è la conferenza internazionale intitolata: Scegli la vita. 2) Premio Anton Neuwirth Protettore della vita. Questo premio viene conseguito ogni anno a un personaggio dalla Slovacchia, a un personaggio dall'estero e a una organizzazione per i meriti nella difesa della vita. 3) La candela per i bambini non-nati. Questa campagna è organizzata il 2 novembre (Commemorazione di tutti i fedeli defunti) in tutta la Slovacchia e mira al ricor-

do di tutti i bambini uccisi tramite l'aborto artificiale e i bambini morti a causa dell'aborto spontaneo e anche all'incoraggiamento dei genitori di questi bambini.

La collaborazione ulteriore

Si nota che le strategie contro la vita umana sono molto bene organizzate e sempre generosamente finanziate. Questa realtà deve essere una sfida molto significativa anche per le associazioni sanitarie cattoliche. Di solito, a livello nazionale si sente la mancanza di una visione globale. Davanti a un problema concreto si sentono domande di tipo: Cosa hanno fatto gli altri Paesi con questo problema? Come lo hanno affrontato? Chi potrebbe aiutare? Con chi e come si potrebbe collaborare? Come e dove consegnare le esperienze acquisite?

Al riguardo della difesa della vita umana siamo in guerra e saremo in guerra fino alla fine del mondo. Nella guerra è molto importante conoscere la strategia del nemico e i suoi collaboratori. In poche parole, per il mondo di oggi è necessario conoscere chi è chi, come opera, con chi e come si può collaborare, naturalmente, tutto motivato per la cultura della vita. E per questo si mostra molto importante creare alcuni centri in diversi luoghi del mondo che potrebbero osservare le attività e le strategie delle istituzioni e delle organizzazioni coinvolte nella cultura della morte e, dall'altra parte, osservare le attività e le strategie delle istituzioni e delle organizzazioni coinvolte nella cultura della vita. Le iniziative al riguardo della cultura della vita potrebbero servire non solo come semplici informazioni, ma anche come motivazioni per attività in altri luoghi. I centri fra di loro potrebbero creare una rete mondiale, con scambio di informazioni a vicenda. In tale modo si può sperare che le strategie raffinate della cultura della morte si possano riconoscere anche nelle altre parti del mondo, e si potrebbe rafforzare la cultura della vita. Le associazioni sanitarie cattoliche potrebbero dare un aiuto molto efficace in questo campo.

Conclusioni

Come abbiamo visto, purtroppo, nella lotta contro la vita umana è accettabile qualsiasi ideologia, come nazismo, comunismo o liberalismo. Si può constatare che le strategie e i metodi erano e sono simili. Per questo motivo la cultura della vita ha bisogno e avrà bisogno di ogni dito, di ogni mano, di ogni testa e di ogni cuore. Solo con il Signore della vita e collaborando insieme possiamo fare molto di più. In questo atteggiamento ci incoraggia anche Benedetto XVI che nella *Caritas in veritate* scrive: "*L'amore di Dio ci chiama ad uscire da ciò che è limitato e non definitivo, ci dà il coraggio di operare e di proseguire nella ricerca del bene di tutti, anche se non si realizza immediatamente, anche se quello che riusciamo ad attuare, noi e le autorità politiche e gli operatori economici, è sempre meno di ciò a cui aneliamo. Dio ci dà la forza di lottare e di soffrire per amore del bene comune, perché Egli è il nostro Tutto, la nostra speranza più grande*" (CiV, n. 78). ■

Note

¹ In altro luogo della stessa enciclica, Giovanni Paolo II continua: «In forza della partecipazione alla missione regale di Cristo, il sostegno e la promozione della vita umana devono attuarsi mediante il *servizio della carità*, che si esprime nella testimonianza personale, nelle diverse forme di volontariato, nell'animazione sociale e nell'impegno politico. È, questa, *un'esigenza particolarmente pressante nell'ora presente*, nella quale la 'cultura della morte' così fortemente si contrappone alla 'cultura della vita' e spesso sembra avere il sopravvento» (EV, n. 87). Nella stessa linea opportunamente sottolinea Benedetto XVI nella *Caritas in veritate*: «Non si possono tuttavia minimizzare gli scenari inquietanti per il futuro dell'uomo e i nuovi potenti strumenti che la 'cultura della morte' ha a disposizione» (CiV, n. 75).

² «Generálny plán Východ (Dejiny sa nikdy neopakujú?)», In: «Kultúra smrti» versus «kultúra života» – súčasná situácia, súčasné potreby, súčasné možnosti – Zborník prednášok, Eds. Konferencia vyšších rehoľných predstavených na Slovensku – Konferencia vyšších predstavených ženských rehoľ na Slovensku: Košice, 12.11.2010, Príloha 3.

³ «Generálny plán Východ (Dejiny sa nikdy neopakujú?)», In: «Kultúra smrti» versus «kultúra života...», Príloha 3.

⁴ «Szegedská deklarácia», In: «Kultúra smrti» versus «kultúra života...», pp. 1-6.

⁵ Cfr. Dačok, J., «Úvod k slovenskému vydaniu», In: Schooyans, M., *Evanjelium. Ako čeliť svetu v rozvrate?*, Inštitút Leva XIII., Bratislava 2010, p. 18.

Conclusioni

S.E. MONS. SERGIO PINTOR

Vescovo di Ozieri, Italia.

Consultore del

Pontificio Consiglio

per gli Operatori Sanitari,

Santa Sede

Le conclusioni di questo Seminario di chiusura del 25° anniversario dell'Istituzione del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute) non possono certamente avere la pretesa di riassumere la ricchezza di questa giornata con i suoi diversi momenti e interventi. Ritengo invece utile richiamare il significato profondo, richiamarne alcuni elementi emersi e suggerire impegni nella prospettiva di una continuità di servizio e di cammino.

1. Significato della celebrazione dei 25 anni di Istituzione e di vita del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari

È importante chiedersi, prima di tutto, chi e che cosa abbiamo inteso celebrare e perché?

L'inizio di questa giornata, con la Celebrazione Eucaristica, presieduta da S.E. Mons. Zigmunt Zimowski, ci ha aiutato subito a comprendere il senso del nostro "celebrare".

– Si celebra, e abbiamo inteso celebrare il Dio della vita e fonte della vita. Il mistero di Dio, come mistero di vita e di amore. E, all'interno e alla luce del mistero di Dio, celebriamo il mistero dell'uomo, della nostra vita partecipe della Pasqua del Signore Gesù e in Lui redenta e salvata.

– Si celebra per ringraziare, per vivere il presente illuminato dalla fede, per costruire nella speranza il futuro.

– Si celebra nel mistero della Chiesa, come mistero di comunione e di missione.

– Nella Chiesa: popolo di Dio, radicato nella comunione di Dio: Padre e Figlio e Spirito Santo.

– Si celebra nella Chiesa, segno e strumento dell'amore e della cura di Dio verso ogni suo figlio.

Una Chiesa che ha come strada da seguire e da percorrere quella del suo Maestro, Gesù Cristo. La via dell'Incarnazione da Lui scelta come assunzione della nostra umanità con tutte le sue fragilità eccetto il peccato; la via del servizio e del dono totale di sé, nel segno della gratuità piena.

Questa è la ricchezza del nostro "celebrare" che, mentre ci fa sentire immersi nel mistero del Dio dell'Amore, ci fa sentire inseparabilmente immersi nel mistero dell'uomo per prendersi cura di ogni fratello e sorella.

2. L'associazionismo cattolico: l'impegno dei cristiani laici nel mondo della salute

Alla luce della Chiesa che celebra e della sua dimensione misterica, appena sopra accennata, meglio si può comprendere l'impegno dei cristiani laici anche nel mondo della salute, sia come impegno personale, sia come impegno attraverso l'associazionismo cattolico.

Tema sul quale abbiamo avuto modo di riflettere, con la condivisione di esperienze, di problemi e di prospettive interessanti: una ricchezza impossibile da riassumere nei limiti di una conclusione.

Tuttavia mi sembra opportuno sottolineare come siano emersi elementi importanti da riprendere per continuare a riflettere dentro le diverse realtà in cui viviamo e operiamo, per rinnovarci dal di dentro nelle motivazioni, per progettare a piccoli passi una crescita in qualità e incisività.

Tra le diverse esigenze emerse ne richiamo appena alcune:

– la necessità di essere "autentici" e "veri", senza "maschere" occasionali o altri interessi;

– essere maggiormente uniti e aperti alla collaborazione, sia all'interno delle singole associa-

zioni sia tra le diverse associazioni, sia come apertura al tutto della Chiesa;

– essere capaci di servizio e di gratuità;

– essere testimoni veri di una cura della vita e della salute delle persone, ispirata dall'amore, dalla qualità, dallo spirito di servizio e di gratuità;

– crescere in uno spirito di cattolicità e di missionarietà;

Evidentemente tutti questi valori e atteggiamenti richiedono di essere vissuti nella quotidianità e che l'appartenenza a una Associazione cattolica impegnata nel mondo della salute vanga interpretata e vissuta come "essere fermento" positivo di novità, e non come appartenenza a "un gruppo di potere" per propri interessi.

In particolare le tre associazioni presenti con i loro rappresentanti a livello internazionale (Associazione medici cattolici, farmacisti cattolici, infermiere cattoliche) hanno insistito sulla necessità di percorsi formativi permanenti ai vari livelli.

Ritengo, tuttavia, che non debbano essere dimenticate altre realtà e altri soggetti, anche nuovi, che interagiscono nella cura della salute (associazioni di volontariato socio-sanitario, operatrici e operatori sociali, psicologi, amministratori, le persone coinvolte in vario modo e con diversi servizi nella cura e nell'assistenza...).

Insieme, desidero sottolineare la necessità di una particolare attenzione che oggi deve essere data alle diverse Strutture e Istituzioni sanitarie ispirate dal Vangelo, che vivono momenti e condizioni di difficoltà. Con l'esigenza di sviluppare a livello anche internazionale: l'Associazione internazionale delle Strutture e Istituzioni sanitarie cattoliche.

3. Alcune attenzioni particolari

Per sviluppare e rendere più rispondente la "Pastorale della Salute", in cui tutti ci sentiamo coin-

volti, in continuità con le diverse esigenze già emerse, può essere utile, in conclusione, richiamare in modo essenziale alcune attenzioni e alcuni impegni:

a. aiutare i fedeli a riscoprire il dono della fede come vocazione missionaria e di servizio, radicato nel Battesimo. Al cristiano è chiesto, sia a livello personale che di comunità cristiana, di ritrascrivere “la parabola del Buon Samaritano nella comunicazione ai sofferenti dell’amore di guarigione e di consolazione di Gesù Cristo” (C.L. 53).

b. Nel mondo della cura del-

la salute appare sempre più necessaria la presenza e l’azione di persone preparate e qualificate a livello spirituale, pastorale e professionale.

c. È necessario promuovere un coordinamento e una concreta collaborazione tra le diverse Associazioni che agiscono nel mondo sanitario e della cura della salute, superando il rischio di personalismi o di efficientismo, per aprirsi a un senso di comunità e di Chiesa.

d. Valorizzare maggiormente la “Giornata Mondiale del Malato”, come itinerario formativo nelle

comunità cristiane e come stimolo e occasione di dialogo e di proposte nell’ambito del mondo sanitario e civile.

Una cosa è certa: solamente con un impegno comune e con una rinnovata speranza radicata nella sorgente che è il Signore Gesù, medico del corpo e dello spirito, insieme e a tutti i livelli, possiamo contribuire per una Pastorale della Salute e per una cura integrale della salute, che educi e conduca a mettere al centro la persona e a guardare l’altro/a, specie se malato e sofferente, con il cuore di Dio. ■

XX Giornata Mondiale del Malato

11 Febbraio 2012

MESSAGGIO DEL SANTO PADRE BENEDETTO XVI
IN OCCASIONE DELLA XX GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
(11 FEBBRAIO 2012)

«Àlzati e va’; la tua fede ti ha salvato!» (Lc 17,19)

Cari fratelli e sorelle!

In occasione della Giornata Mondiale del Malato, che celebreremo il prossimo 11 febbraio 2012, memoria della Beata Vergine di Lourdes, desidero rinnovare la mia spirituale vicinanza a tutti i malati che si trovano nei luoghi di cura o sono accuditi nelle famiglie, esprimendo a ciascuno la sollecitudine e l'affetto di tutta la Chiesa. Nell'accoglienza generosa e amorevole di ogni vita umana, soprattutto di quella debole e malata, il cristiano esprime un aspetto importante della propria testimonianza evangelica, sull'esempio di Cristo, che si è chinato sulle sofferenze materiali e spirituali dell'uomo per guarirle.

1. In quest'anno, che costituisce la preparazione più prossima alla Solenne Giornata Mondiale del Malato che si celebrerà in Germania l'11 febbraio 2013 e che si soffermerà sull'emblematica figura evangelica del samaritano (cfr. *Lc* 10,29-37), vorrei porre l'accento sui "Sacramenti di guarigione", cioè sul Sacramento della Penitenza e della Riconciliazione, e su quello dell'Unzione degli Infermi, che hanno il loro naturale compimento nella Comunione Eucaristica.

L'incontro di Gesù con i dieci lebbrosi, narrato nel Vangelo di san Luca (cfr. *Lc* 17,11-19), in particolare le parole che il Signore rivolge ad uno di questi: "Àlzati e va'; la tua fede ti ha salvato!" (v. 19), aiutano a prendere coscienza dell'importanza della fede per coloro che, gravati dalla sofferenza e dalla malattia, si avvicinano al Signore. Nell'incontro con Lui possono sperimentare realmente che *chi crede non è mai solo!* Dio, infatti, nel suo Figlio, non ci abbandona alle nostre angosce e sofferenze, ma ci è vicino, ci aiuta a portarle e desidera guarire nel profondo il nostro cuore (cfr. *Mc* 2,1-12).

La fede di quell'unico lebbroso che, vedendosi sanato, pieno di stupore e di gioia, a differenza degli altri, ritorna subito da Gesù per manifestare la propria riconoscenza, lascia intravedere che la salute riacquistata è segno di qualcosa di più prezioso della semplice guarigione fisica, è segno della salvezza che Dio ci dona attraverso Cristo; essa trova espressione nelle parole di Gesù: *la tua fede ti ha salvato*. Chi, nella propria sofferenza e malattia, invoca il Signore è certo che il Suo amore non lo abbandona mai, e che anche l'amore della Chiesa, prolungamento nel tempo della sua opera salvifica, non viene mai meno. La guarigione fisica, espressione della salvezza più profonda, rivela così l'importanza che l'uomo, nella sua interezza di anima e di corpo, riveste per il Signore. Ogni Sacramento, del resto, esprime e attua la prossimità di Dio stesso, il Quale, in modo assolutamente gratuito, "ci tocca per mezzo di realtà materiali [...], che Egli assume al suo servizio, facendone strumenti dell'incontro tra noi e Lui stesso" (*Omelia*, S. Messa del Crisma, 1 aprile 2010). "L'unità tra creazione e redenzione si rende visibile. I Sacramenti sono espressione della corporeità della nostra fede che abbraccia corpo e anima, l'uomo intero" (*Omelia*, S. Messa del Crisma, 21 aprile 2011).

Il compito principale della Chiesa è certamente l'annuncio del Regno di Dio, "ma proprio questo stesso annuncio deve essere un processo di guarigione: «[...] fasciare le piaghe dei cuori spezzati» (*Is* 61,1)" (*ibid.*), secondo l'incarico affidato da Gesù ai suoi discepoli (cfr. *Lc* 9,1-2; *Mt* 10,1.5-14; *Mc* 6,7-13). Il binomio tra salute fisica e rinnovamento dalle lacerazioni dell'anima ci aiuta quindi a comprendere meglio i "Sacramenti di guarigione".

2. Il Sacramento della Penitenza è stato spesso al centro della riflessione dei Pastori della Chiesa, proprio a motivo della grande importanza nel cammino della vita cristiana, dal momento che "tutto

il valore della Penitenza consiste nel restituirci alla grazia di Dio stringendoci a lui in intima e grande amicizia” (*Catechismo della Chiesa Cattolica*, 1468). La Chiesa, continuando l’annuncio di perdono e di riconciliazione fatto risuonare da Gesù, non cessa di invitare l’umanità intera a convertirsi e a credere al Vangelo. Essa fa proprio l’appello dell’apostolo Paolo: “In nome di Cristo [...] siamo ambasciatori: per mezzo nostro è Dio stesso che esorta. Vi supplichiamo in nome di Cristo: lasciatevi riconciliare con Dio” (2Cor 5,20). Gesù, nella sua vita, annuncia e rende presente la misericordia del Padre. Egli è venuto non per condannare, ma per perdonare e salvare, per dare speranza anche nel buio più profondo della sofferenza e del peccato, per donare la vita eterna; così nel Sacramento della Penitenza, nella “medicina della confessione”, l’esperienza del peccato non degenera in disperazione, ma incontra l’Amore che perdona e trasforma (cfr. Giovanni Paolo II, Esort. ap. postsin. *Reconciliatio et Paenitentia*, 31).

Dio, «ricco di misericordia» (Ef 2,4), come il padre della parabola evangelica (cfr. Lc 15,11-32), non chiude il cuore a nessuno dei suoi figli, ma li attende, li cerca, li raggiunge là dove il rifiuto della comunione imprigiona nell’isolamento e nella divisione, li chiama a raccogliersi intorno alla sua mensa, nella gioia della festa del perdono e della riconciliazione. Il momento della sofferenza, nel quale potrebbe sorgere la tentazione di abbandonarsi allo scoraggiamento e alla disperazione, può trasformarsi così in tempo di grazia per rientrare in se stessi e, come il figliol prodigo della parabola, ripensare alla propria vita, riconoscendone errori e fallimenti, sentire la nostalgia dell’abbraccio del Padre e ripercorrere il cammino verso la sua Casa. Egli, nel suo grande amore, sempre e comunque veglia sulla nostra esistenza e ci attende per offrire ad ogni figlio che torna da Lui, il dono della piena riconciliazione e della gioia.

3. Dalla lettura dei Vangeli, emerge chiaramente come Gesù abbia sempre mostrato una particolare attenzione verso gli infermi. Egli non solo ha inviato i suoi discepoli a curarne le ferite (cfr. Mt 10,8; Lc 9,2; 10,9), ma ha anche istituito per loro un Sacramento specifico: l’Unzione degli Infermi. La *Lettera di Giacomo* attesta la presenza di questo gesto sacramentale già nella prima comunità cristiana (cfr. 5,14-16): con l’Unzione degli Infermi, accompagnata dalla preghiera dei presbiteri, tutta la Chiesa raccomanda gli ammalati al Signore sofferente e glorificato, perché allevi le loro pene e li salvi, anzi li esorta a unirsi spiritualmente alla passione e alla morte di Cristo, per contribuire così al bene del Popolo di Dio.

Tale Sacramento ci porta a contemplare il duplice mistero del Monte degli Ulivi, dove Gesù si è trovato drammaticamente davanti alla via indicatagli dal Padre, quella della Passione, del supremo atto di amore, e l’ha accolta. In quell’ora di prova, Egli è il mediatore, “trasportando in sé, assumendo in sé la sofferenza e la passione del mondo, trasformandola in grido verso Dio, portandola davanti agli occhi e nelle mani di Dio, e così portandola realmente al momento della Redenzione” (*Lectio divina*, Incontro con il Clero di Roma, 18 febbraio 2010). Ma “l’Orto degli Ulivi è [...] anche il luogo dal quale Egli è asceso al Padre, è quindi il luogo della Redenzione [...]. Questo duplice mistero del Monte degli Ulivi è anche sempre «attivo» nell’olio sacramentale della Chiesa [...] segno della bontà di Dio che ci tocca” (*Omelia*, S. Messa del Crisma, 1 aprile 2010). Nell’Unzione degli Infermi, la materia sacramentale dell’olio ci viene offerta, per così dire, “quale medicina di Dio [...] che ora ci rende certi della sua bontà, ci deve rafforzare e consolare, ma che, allo stesso tempo, al di là del momento della malattia, rimanda alla guarigione definitiva, alla risurrezione (cfr. Gc 5,14)” (*ibid.*).

Questo Sacramento merita oggi una maggiore considerazione, sia nella riflessione teologica, sia nell’azione pastorale presso i malati. Valorizzando i contenuti della preghiera liturgica che si adattano alle diverse situazioni umane legate alla malattia e non solo quando si è alla fine della vita (cfr. *Catechismo della Chiesa Cattolica*, 1514), l’Unzione degli Infermi non deve essere ritenuta quasi “un sacramento minore” rispetto agli altri. L’attenzione e la cura pastorale verso gli infermi, se da un lato è segno della tenerezza di Dio per chi è nella sofferenza, dall’altro arreca vantaggio spirituale anche ai sacerdoti e a tutta la comunità cristiana, nella consapevolezza che quanto è fatto al più piccolo, è fatto a Gesù stesso (cfr. Mt 25,40).

4. A proposito dei “Sacramenti di guarigione” S. Agostino afferma: “*Dio guarisce tutte le tue infermità. Non temere dunque: tutte le tue infermità saranno guarite... Tu devi solo permettere che egli ti curi e non devi respingere le sue mani*” (*Esposizione sul Salmo 102, 5: PL 36, 1319-1320*). Si tratta di mezzi preziosi della Grazia di Dio, che aiutano il malato a conformarsi sempre più pienamente al Mistero della Morte e Risurrezione di Cristo. Assieme a questi due Sacramenti, vorrei sottolineare anche l’importanza dell’Eucaristia. Ricevuta nel momento della malattia contribuisce, in maniera singolare, ad operare tale trasformazione, associando colui che si nutre del Corpo e del Sangue di Gesù all’offerta che Egli ha fatto di Se stesso al Padre per la salvezza di tutti. L’intera comunità ecclesiale, e le comunità parrocchiali in particolare, prestino attenzione nell’assicurare la possibilità di accostarsi con frequenza alla Comunione sacramentale a coloro che, per motivi di salute o di età, non possono recarsi nei luoghi di culto. In tal modo, a questi fratelli e sorelle viene offerta la possibilità di rafforzare il rapporto con Cristo crocifisso e risorto, partecipando, con la loro vita offerta per amore di Cristo, alla missione stessa della Chiesa. In questa prospettiva, è importante che i sacerdoti che prestano la loro delicata opera negli ospedali, nelle case di cura e presso le abitazioni dei malati si sentano veri “«ministri degli infermi», segno e strumento della compassione di Cristo, che deve giungere ad ogni uomo segnato dalla sofferenza” (*Messaggio per la XVIII Giornata Mondiale del Malato, 22 novembre 2009*).

La conformazione al Mistero Pasquale di Cristo, realizzata anche mediante la pratica della Comunione spirituale, assume un significato del tutto particolare quando l’Eucaristia è amministrata e accolta come viatico. In quel momento dell’esistenza risuonano in modo ancora più incisivo le parole del Signore: “Chi mangia la mia carne e beve il mio sangue ha la vita eterna e io lo risusciterò nell’ultimo giorno” (*Gv 6,54*). L’Eucaristia, infatti, soprattutto come viatico è – secondo la definizione di sant’Ignazio d’Antiochia – “farmaco di immortalità, antidoto contro la morte” (*Lettera agli Efesini, 20: PG 5, 661*), sacramento del passaggio dalla morte alla vita, da questo mondo al Padre, che tutti attende nella Gerusalemme celeste.

5. Il tema di questo Messaggio per la XX Giornata Mondiale del Malato, “*Àlzati e va’; la tua fede ti ha salvato!*”, guarda anche al prossimo “Anno della fede”, che inizierà l’11 ottobre 2012, occasione propizia e preziosa per riscoprire la forza e la bellezza della fede, per approfondirne i contenuti e per testimoniarla nella vita di ogni giorno (cfr. Lett. ap. *Porta fidei*, 11 ottobre 2011). Desidero incoraggiare i malati e i sofferenti a trovare sempre un’ancora sicura nella fede, alimentata dall’ascolto della Parola di Dio, dalla preghiera personale e dai Sacramenti, mentre invito i Pastori ad essere sempre più disponibili alla loro celebrazione per gli infermi. Sull’esempio del Buon Pastore e come guide del gregge loro affidato, i sacerdoti siano pieni di gioia, premurosi verso i più deboli, i semplici, i peccatori, manifestando l’infinita misericordia di Dio con le parole rassicuranti della speranza (cfr. S. Agostino, *Lettera 95, 1: PL 33, 351-352*).

A quanti operano nel mondo della salute, come pure alle famiglie che nei propri congiunti vedono il Volto sofferente del Signore Gesù, rinnovo il ringraziamento mio e della Chiesa, perché, nella competenza professionale e nel silenzio, spesso anche senza nominare il nome di Cristo, Lo manifestano concretamente (cfr. *Omelia, S. Messa del Crisma, 21 aprile 2011*).

A Maria, Madre di Misericordia e Salute degli Infermi, eleviamo il nostro sguardo fiducioso e la nostra orazione; la sua materna compassione, vissuta accanto al Figlio morente sulla Croce, accompagni e sostenga la fede e la speranza di ogni persona ammalata e sofferente nel cammino di guarigione dalle ferite del corpo e dello spirito.

A tutti assicuro il mio ricordo nella preghiera, mentre imparto a ciascuno una speciale Benedizione Apostolica. ■

BENEDICTUS PP XVI

*Dal Vaticano, 20 novembre 2011,
Solennità di Nostro Signore Gesù Cristo, Re dell’Universo*

Intervento di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski in occasione della XX Giornata Mondiale del Malato

ST. CHARLES BORROMEO SEMINARY, WYNNEWOOD, PENNSYLVANIA
SABATO, 11 FEBBRAIO 2012

S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI

Presidente del
Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

Ecellenze, reverendi padri, cari operatori sanitari. È veramente un grande onore essere qui con voi quest'oggi nell'Arcidiocesi di Filadelfia, per celebrare la XX Giornata Mondiale del Malato. Desidero esprimere la mia profonda gratitudine all'Arcivescovo Charles Chaput, per aver calorosamente accolto il suggerimento di celebrare questa Giornata assieme a voi, e per essersi adoperato giorno e notte, nonostante il breve preavviso, per rendere possibile questo evento. Ringrazio coloro che hanno lavorato a stretto contatto con lui, occupandosi dei necessari preparativi, in particolare il Vescovo ausiliare, S.E. Mons. John McIntyre, e il Prof. John Haas, Presidente del Centro Nazionale Cattolico di Bioetica, nonché Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. La mia gratitudine va anche a tutti coloro che hanno lavorato dietro le quinte per il successo di questo avvenimento.

Ho la gioia e l'onore di portarvi la Benedizione del Santo Padre Benedetto XVI che, nel conoscere la mia intenzione di celebrare la Giornata Mondiale del Malato a Filadelfia, mi ha chiesto di trasmettere i suoi saluti all'Arcivescovo, ai Vescovi, al clero, ai religiosi e a tutti i fedeli loro affidati. Il Pontefice mi ha anche incaricato di benedirvi a suo nome. Vi porto altresì i saluti del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e della Città Eterna.

Vorrei condividere con voi al-

cune riflessioni sulla Giornata Mondiale del Malato, a partire dall'insegnamento di Papa Benedetto XVI in materia di salute nelle tre Encicliche, *Deus Caritas est*, *Spe Salvi* e *Caritas in Veritate*, e infine del Messaggio del Santo Padre per questa XX Giornata Mondiale.

1. Perché celebrare la Giornata Mondiale del Malato

Il Beato Giovanni Paolo II istituì la Giornata Mondiale del Malato il 13 maggio 1992, in risposta ad una petizione presentata dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Nella lettera all'allora Presidente del Dicastero, Cardinale Fiorenzo Angelini¹, il Pontefice stabiliva che questa Giornata fosse celebrata ogni anno l'11 febbraio, memoria liturgica di Nostra Signora di Lourdes. Tale iniziativa è, tra le altre cose, un invito alla Chiesa universale a dedicare un giorno speciale dell'anno per pregare, riflettere e condividere le condizioni di coloro che soffrono nello spirito e nel corpo.

Va ricordato che nel 1984, Giovanni Paolo II aveva scelto di pubblicare, alla stessa data dell'11 febbraio, la Lettera apostolica *Salvifici doloris* sul significato cristiano della sofferenza umana. L'anno seguente, sempre l'11 febbraio 1985, egli istituiva il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Il Papa spiega nel seguente modo tale significativa scelta dell'11 febbraio per la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato: "Infatti, «insieme con Maria, Madre di Cristo, che stava sotto la croce, ci fermiamo accanto a tutte le croci dell'uomo di oggi» (*Salvifici Doloris*, 31)"².

Inoltre, "Lourdes, santuario mariano tra i più cari al popolo cristiano, è luogo e insieme simbolo di speranza e di grazia nel segno dell'accettazione e dell'offerta della sofferenza salvifica"³.

Fino ad allora, in alcuni Paesi già da diversi anni si celebrava la Giornata del Malato. Il suo ampliamento alla Chiesa universale rappresenta un significativo passo in avanti negli sforzi per accrescere la consapevolezza e promuovere le iniziative che essa richiede. Il Santo Padre, pertanto, incaricava il nostro Dicastero di far conoscere l'istituzione di questa importante Giornata a tutti i responsabili della pastorale della salute delle Conferenze episcopali e alle organizzazioni nazionali e internazionali che lavorano nel vasto campo delle cure sanitarie, di modo che, in linea con le esigenze locali, tutto il Popolo di Dio, sacerdoti, religiosi e fedeli laici, possa partecipare alla sua celebrazione.

Le ragioni per celebrare la Giornata Mondiale del Malato sono molteplici, tuttavia il Papa ne sottolinea sei in particolare⁴:

1.1 Accrescere la consapevolezza del Popolo di Dio e della società civile

La Giornata Mondiale del Malato ha l'obiettivo di sensibilizzare il Popolo di Dio e, di conseguenza, le varie istituzioni sanitarie cattoliche e la stessa società civile sulla necessità di garantire la migliore assistenza possibile al malato.

a) Rendere consapevole il Popolo di Dio

La cura per i malati e i sofferenti è uno dei maggiori campi d'azione pastorale della Chiesa, in quanto abbraccia persone di tutte

le età. Inoltre, il settore dell'assistenza sanitaria si ingrandisce sempre più con lo straordinario progresso della scienza medica e della tecnologia e della loro applicazione nella prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle malattie umane, così come l'aumento della speranza di vita e la socializzazione della medicina.

Oggi, la scienza medica riconosce l'interazione tra cure mediche e assistenza morale, spirituale e religiosa della sofferenza. Si deve pertanto riconoscere che l'espansione del campo dell'azione medica deve essere accompagnata da una corrispondente crescita della Pastorale della Salute, coinvolgendo l'intera comunità ecclesiale.

Purtroppo questa realtà è ancora sentita e vissuta in maniera insufficiente. Per avere un'idea chiara ci potremmo porre alcune domande. Quante Chiese locali hanno un registro aggiornato delle strutture sanitarie cattoliche? Quante Conferenze Episcopali hanno una commissione per la Pastorale della Salute con un vescovo a capo?

Il numero di sacerdoti e religiosi nei luoghi di sofferenza e di cura è diminuita a causa della crisi delle vocazioni. Ciò si ripercuote anche sulla mancanza di operatori pastorali della salute, che riduce la capacità di fornire assistenza religiosa a chi la chiede. Quest'ultima cosa è aggravata dall'introduzione del day hospital e dell'assistenza domiciliare, con il loro impatto sul ministero sanitario.

Inoltre, molte scuole di teologia e Seminari maggiori non offrono una formazione in materia di pastorale della salute. Alcune parrocchie non sono solite tenere un elenco dei propri malati e, nei loro confronti, non hanno un'assistenza programmata (cfr. CIC, can. 529 § 1), che delegano alla buona volontà dei singoli. Il Ministero della Sanità però è parte integrante dell'attenzione pastorale ordinaria. Pertanto c'è un bisogno urgente di lavorare per una maggiore sensibilizzazione sul ministero sanante all'interno del Popolo di Dio.

b) Rendere consapevole la società civile

Quando richiama l'attenzione dei funzionari pubblici su ar-

gomenti quali il controllo delle nascite, l'aborto, l'eutanasia e la manipolazione genetica, il Magistero della Chiesa è spesso accusato di ingerenza indebita. Tale accusa è dovuta all'ignoranza del diritto inalienabile della Chiesa ad intervenire in modo da illuminare e guidare i suoi membri ed essere testimone della verità di fronte al mondo nelle questioni riguardanti l'ordine morale e spirituale.

I laici sono chiamati a mediare, ad essere i canali e a difendere la posizione della Chiesa nell'ambito della società civile e secolare. Tale azione si traduce in una maggiore consapevolezza.

Le associazioni cattoliche di quanti operano nel settore sanitario (medici, farmacisti, infermieri, assistenti sociali e volontari) sono chiamate ad accrescere la consapevolezza della società civile, utilizzando i loro diritti sociali riconosciuti (obiezione di coscienza, mass media). Esse devono influenzare positivamente la legislazione in campo sanitario.

1.2 Aiutare gli ammalati a trovare valore nella sofferenza

Il senso di impotenza, solitudine e abbandono è fonte di grande sofferenza per i malati. Di fronte al problema misterioso del dolore e della sofferenza, il cristianesimo non propone né stoica rassegnazione né fatalismo senza speranza, ma offre, nella Persona di Cristo, Dio fatto uomo, la chiave di lettura della condizione umana. "Cristo allo stesso tempo ha insegnato all'uomo a *far del bene con la sofferenza* ed a *far del bene a chi soffre*. In questo duplice aspetto egli ha svelato fino in fondo il senso della sofferenza" (*Salvifici Doloris*, 30).

Nella parabola del Buon Samaritano (*Lc* 10,33) il Signore ci invita ad avvicinarci a coloro che soffrono come primo e obbligatorio passo per aiutare il malato a trovare valore nella sofferenza.

Possiamo trovare valore nella sofferenza guardando l'esperienza di Cristo, che prese la sofferenza su di sé, per amore, affinché l'uomo non muoia, ma abbia la vita eterna (*Gv* 3,16). Il fare il bene mediante la sofferenza si riferisce

al dolore di Cristo il quale, scegliendo il dolore come strumento di redenzione, supera il potere distruttivo della sofferenza e lo trasforma in un momento di grazia, in strumento di salvezza. Inoltre "operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo *ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione*. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo"⁵.

La Pastorale della Salute dovrebbe aiutare i malati a scoprire la possibilità che è loro di offrire le loro sofferenze a Dio e ai fratelli e alle sorelle⁶.

1.3 Coinvolgere le diocesi, le comunità cristiane e le famiglie religiose nella Pastorale della Salute

La Chiesa è una delle maggiori istituzioni impegnate nel campo delle cure sanitarie, in particolare in numerosi Paesi in via di sviluppo, perché, seguendo l'esempio del suo divino Fondatore, dà sempre priorità ai poveri, ai sofferenti e agli ammalati tra quelli ai quali annuncia il Vangelo.

L'organizzazione e la promozione della Pastorale della Salute sono favorite, nella Chiesa, dall'omogeneità delle sue strutture interne in tutto il mondo. Inoltre, c'è unità di dottrina, ideali e orientamento pastorale, con una corrispondente unità sostanziale degli strumenti d'azione.

La maggior parte delle diocesi, parrocchie e missioni hanno istituzioni sanitarie nel loro territorio. Molti sacerdoti, religiosi, diaconi permanenti e laici sono impegnati nella Pastorale Sanitaria. Numerose congregazioni religiose hanno l'assistenza ai malati come carisma specifico o l'includono come una delle principali attività. Un coinvolgimento organico di tutte queste istituzioni avrebbe effetti di vasta portata nel rendere il Popolo di Dio e la società civile consapevoli del problema dell'assistenza a chi soffre.

Anche la cooperazione tra i Vescovi responsabili della Pastorale Sanitaria in seno alle Conferenze episcopali e i Superiori maggiori degli Istituti religiosi, come pure degli istituti secolari che opera-

no nell'ambito sanitario, sono una necessaria premessa per la sensibilizzazione. Così la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato costituisce un momento iniziale di questo sforzo convergente.

1.4 Promuovere un impegno di valore dei volontari

I volontari sono riconosciuti per la loro speciale capacità di mobilitare l'intera comunità sociale e promuovere un'autentica cultura della solidarietà. L'assistenza sanitaria contemporanea che rischia di essere eccessivamente tecnica, istituzionalizzata e disumanizzata, può essere preziosamente completata dalla carità attiva dei volontari. Accanto alla loro buona volontà e decisione di aiutare chi ha bisogno, c'è una crescente professionalità, che diventa indispensabile in settori di particolare delicatezza e complessità.

Coinvolgere i volontari in modo più importante significa anche lavorare al loro riconoscimento e garanzia giuridica, fornendo loro un numero minimo di strumenti per lavorare in modo efficace. Le diocesi, le parrocchie e gli istituti religiosi hanno un ruolo importante da svolgere nel promuovere attività di volontariato.

1.5 Ricordare l'importanza della formazione spirituale e morale degli operatori sanitari

Gli operatori sanitari sono i primi e principali mediatori dell'azione pastorale della Chiesa nel mondo della salute. Ciò rende la loro formazione spirituale e morale particolarmente importante, in quanto dà loro un senso di legittimazione nel loro ministero ai malati. Questa formazione è tanto più necessaria oggi che il numero dei cappellani (sacerdoti) e dei religiosi che lavorano in ambito infermieristico è diminuito.

La celebrazione della Giornata Mondiale del Malato, non raggiungerà il suo obiettivo se non sarà in grado di coinvolgere gli operatori sanitari cattolici, soprattutto medici, paramedici, infermieri e personale amministrativo presso le strutture sanitarie. Le rispettive organizzazioni e asso-

ciazioni nazionali e internazionali devono impegnarsi a promuovere questa consapevolezza.

1.6 Ricordare l'importanza dell'assistenza religiosa ai malati

L'assistenza religiosa ai malati che, direttamente o implicitamente, la richiedono è sempre urgente, soprattutto nei casi dei pazienti terminali. È quindi penoso osservare che, con il calo delle vocazioni sacerdotali e religiose, alcuni dei primi luoghi ove la presenza di sacerdoti e religiosi è diminuita sono state le strutture sanitarie.

La celebrazione della Giornata Mondiale del Malato dovrebbe includere la dimensione vocazionale. La Pastorale della Salute è un impegno serio della Chiesa e deve essere inserita nelle priorità della pastorale d'insieme. Si tratta di una vera, profonda, concreta e credibile testimonianza della carità.

Le strutture sanitarie sono il tempio più frequentato del mondo. Esse sono utilizzate da ogni persona indipendentemente dall'età, sesso o appartenenza religiosa. Offrono opportunità di incontro e collaborazione ecumenica in nome della vera carità. Perciò la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato deve promuovere anche questa dimensione.

2. La cura della salute nelle tre Encicliche di Benedetto XVI

Poiché la cura dei malati è sempre stata parte integrante della missione della Chiesa, Papa Benedetto XVI pone il mondo della sofferenza al centro del suo magistero. In ognuna delle sue encicliche egli affronta il tema come una grande sfida per il mondo contemporaneo.

2.1 *Deus Caritas est*

Nella prima Enciclica, *Deus Caritas est*, il Santo Padre sottolinea la "caritas" nelle istituzioni sanitarie e il principio di sussidiarietà (n.28). Il Papa osserva che la cura dei malati è esercizio cristia-

no della carità. Questa pratica di carità appartiene alla sua essenza tanto quanto il servizio dei Sacramenti e l'annuncio del Vangelo (n. 22).

Benedetto XVI sottolinea che "l'amore – *caritas* – sarà sempre necessario, anche nella società più giusta. Non c'è nessun ordinamento statale giusto che possa rendere superfluo il servizio dell'amore. Chi vuole sbarazzarsi dell'amore si dispone a sbarazzarsi dell'uomo in quanto uomo" (n.28). E ci ricorda che "ci sarà sempre sofferenza che necessita di consolazione e di aiuto. Sempre ci sarà solitudine. Sempre ci saranno anche situazioni di necessità materiale nelle quali è indispensabile un aiuto nella linea di un concreto amore per il prossimo (*Ibid.*). In breve possiamo dire che ogni persona, oltre alla cura dello Stato, necessita di un'attenzione personale d'amore.

È pertanto indispensabile che lo Stato "nella linea del principio di sussidiarietà, generosamente riconosca e sostenga le iniziative che sorgono dalle diverse forze sociali e uniscono spontaneità e vicinanza agli uomini bisognosi di aiuto. La Chiesa è una di queste forze vive: in essa pulsa la dinamica dell'amore suscitato dallo Spirito di Cristo. Questo amore non offre agli uomini solamente un aiuto materiale, ma anche ristoro e cura dell'anima, un aiuto spesso più necessario del sostegno materiale" (*Ibid.*).

Va ricordato che l'attività caritativa della Chiesa deve essere contrassegnata da un carattere distintivo. Non si tratta solo di soddisfare le esigenze del momento. "Si tratta, infatti, di esseri umani, e gli esseri umani necessitano sempre di qualcosa in più di una cura solo tecnicamente corretta. Hanno bisogno di umanità. Hanno bisogno dell'attenzione del cuore" (n.31). Di conseguenza, oltre alla necessaria formazione professionale, agli operatori sanitari "è necessaria anche, e soprattutto, la «formazione del cuore»: occorre condurli a quell'incontro con Dio in Cristo che suscita in loro l'amore e apra il loro animo all'altro, così che per loro l'amore del prossimo non sia più un comandamento imposto per così

dire dall'esterno, ma una conseguenza derivante dalla loro fede che diventa operante nell'amore (cfr. *Gal 5,6*).

2.2 *Spe Salvi*

Nella seconda Enciclica, *Spe Salvi*, Benedetto XVI fa una forte affermazione sul nostro rapporto con la sofferenza. Egli afferma che "la misura dell'umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente" (n.38). Vorrei citare qui le parole con cui il Santo Padre ci esorta ad avere compassione per i malati e i sofferenti.

"Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la compassione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana [...]. Accettare l'altro che soffre significa, infatti, assumere in qualche modo la sua sofferenza, cosicché essa diventa anche mia. Ma proprio perché ora è divenuta sofferenza condivisa, nella quale c'è la presenza di un altro, questa sofferenza è penetrata dalla luce dell'amore. La parola latina *consolatio*, consolazione, lo esprime in maniera molto bella suggerendo un essere-con nella solitudine, che allora non è più solitudine. Ma anche la capacità di accettare la sofferenza per amore del bene, della verità e della giustizia è costitutiva per la misura dell'umanità" (*Ibid.*). I discepoli di Cristo e, in particolare, gli operatori sanitari hanno un grande ruolo da svolgere in questa *consolatio*.

2.3 *Caritas in Veritate*

Nella terza Enciclica, *Caritas in Veritate*, Benedetto XVI, tra le altre cose, ci insegna il rispetto per la vita umana e lo sviluppo dei popoli. L'Enciclica segue la tradizione e gli insegnamenti della *Populorum progressio* sulla missione della Chiesa, che include, come sua necessaria implicazione, la promozione dello sviluppo umano integrale, quella cioè che promuove il bene di ogni uomo e di tutto l'uomo; l'autentico sviluppo dell'uomo riguarda la

totalità della persona in ogni sua dimensione (*Caritas in Veritate*, nn. 11, 18).

Benedetto XVI sottolinea in particolare il legame tra etica della vita ed etica sociale, già presente in *Humanae Vitae*. Egli pertanto ribadisce l'insegnamento di Giovanni Paolo II affermando che: "Non può avere solide basi una società che – mentre afferma valori quali la dignità della persona, la giustizia e la pace – si contraddice radicalmente accettando o tollerando le più diverse forme di disistima e violazione della vita umana, soprattutto se debole ed emarginata" (*EV*, 101). Una tale società non promuove uno sviluppo autenticamente umano, poiché attende una certa dimensione della persona e ne disattende altre.

Il rispetto della vita e la sua protezione dal concepimento al termine naturale non possono in alcun modo essere disgiunti dalle questioni relative allo sviluppo, soprattutto in ambito sanitario e di prestazione di servizi. Oggi la povertà provoca ancora alti tassi di mortalità infantile in molte regioni, ma in altre parti ci sono pratiche di controllo demografico attraverso la promozione della contraccezione e perfino l'imposizione dell'aborto. Si stanno diffondendo legislazioni contrarie alla vita che creano una mentalità antinatalista, con frequenti tentativi di esportare questa mentalità ad altri Paesi. "*L'apertura alla vita è al centro del vero sviluppo*. Quando una società s'avvia verso la negazione e la soppressione della vita, finisce per non trovare più le motivazioni e le energie necessarie per adoperarsi a servizio del vero bene dell'uomo" (*Caritas in Veritate*, n. 28).

In secondo luogo, se il vero sviluppo deve promuovere il bene di ogni persona umana, allora diventa difficile conciliare il progresso economico, scientifico e tecnico con le persistenti disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, che è un diritto umano. Molti poveri ed emarginati non hanno accesso ai farmaci e ad altre tecnologie salvavita, a causa dei costi inaccessibili o di infrastrutture sanitarie povere. Inoltre, anche negli stessi Paesi ricchi, ci sono

ampi divari nell'accesso alle cure sanitarie. Di fronte a tali situazioni di miseria e ingiustizia, la Chiesa ha una missione di verità da compiere, al fine di promuovere una società in sintonia con l'uomo, con la sua dignità e la sua vocazione. La *Caritas in Veritate* invita tutti i cristiani e le persone di buona volontà a riconoscere e affrontare i mali del nostro tempo, soprattutto nel settore fondamentale della salute.

Le questioni sollevate dal Santo Padre in queste Encicliche per quanto riguarda la salute, ci danno un'ulteriore ragione per promuovere la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato, così da aumentare la consapevolezza, difendere la cultura della vita e favorire la migliore assistenza possibile ai nostri fratelli e sorelle sofferenti.

3. Riflessioni sul Messaggio di Benedetto XVI sulla XX Giornata Mondiale del Malato

Nel Messaggio per la XX Giornata Mondiale del Malato, il Santo Padre Benedetto XVI pone l'accento sui "sacramenti di guarigione" che, come sappiamo, sono la Penitenza e la Riconciliazione, l'Unzione degli infermi e l'Eucaristia ricevuta come viatico.

3.1 *Àlzati e va'; la tua fede ti ha salvato*

"*Àlzati e va'; la tua fede ti ha salvato*" (Lc 17,19), è il tema del Messaggio di Benedetto XVI per la XX Giornata Mondiale del Malato. In esso, il Santo Padre mette in risalto l'importanza della fede durante la malattia. La Fede – egli dice – avvicina la persona malata al Signore. "Chi, nella propria sofferenza e malattia, invoca il Signore è certo che il Suo amore non lo abbandona mai, e che anche l'amore della Chiesa, prolungamento nel tempo della sua opera salvifica, non viene mai meno".

I quattro evangelisti testimoniano il fatto che, a parte la predicazione, l'attività principale di Gesù consisteva nel guarire le persone

da malattie e infermità. La missione di guarigione di Gesù fu un segno visibile della particolare attenzione di Dio per quanti sono malati e sofferenti.

Le malattie, dice il Papa, “sono un segno dell’azione del Male nel mondo e nell’uomo, mentre le guarigioni dimostrano che il Regno di Dio, Dio stesso è vicino. Gesù Cristo è venuto a sconfiggere il Male alla radice, e le guarigioni sono un anticipo della sua vittoria, ottenuta con la sua Morte e Risurrezione”. Per questa ragione, “c’è un atteggiamento decisivo e di fondo con cui affrontare la malattia ed è quello della fede in Dio, nella sua bontà” (Benedetto XVI, *Angelus, Domenica, 5 Febbraio 2012*).

Sofferenza e malattia sono sempre state tra i maggiori problemi che si affrontano nella vita umana. “Nella malattia l’uomo fa l’esperienza della propria impotenza, dei propri limiti e della propria finitezza. Ogni malattia può farci intravedere la morte” (CCC 1500). Sappiamo per esperienza che la malattia può essere molto distruttiva, può portare a sentimenti di isolamento, scoraggiamento, disperazione, depressione mentale e anche a un senso di abbandono di Dio.

Come reagiamo agli attacchi del male? Normalmente rispondiamo seguendo il giusto trattamento. Grazie a Dio la ricerca medica sta facendo continui progressi, offrendo una speranza a molti malati. Secondo, “la Parola di Dio ci insegna che c’è un atteggiamento decisivo e di fondo con cui affrontare la malattia ed è quello della fede in Dio, nella sua bontà. Lo ripete sempre Gesù alle persone che guarisce: La tua fede ti ha salvato (cfr. *Mc 5,34.36*). Persino di fronte alla morte, la fede può rendere possibile ciò che umanamente è impossibile. Ma fede in che cosa? Nell’amore di Dio”.

Anche quando non c’è guarigione e la sofferenza continua, tale fede può “rendere la persona più matura, aiutarla a discernere nella propria vita ciò che non è essenziale per volgersi verso ciò che lo è” (CCC 1501). In altre parole, essa provoca una ricerca di Dio e un ritorno a lui. Il momento

della prova diventa allora un momento di grazia, un momento di risveglio spirituale. Questa è stata l’esperienza di molti santi, come San Francesco d’Assisi e S. Ignazio di Loyola.

Così Benedetto XVI, incoraggia “i malati e i sofferenti a trovare sempre un’ancora sicura nella fede, alimentata dall’ascolto della Parola di Dio, dalla preghiera personale e dai Sacramenti”.

3.2 Sull’esempio di Cristo

L’amore di predilezione di Cristo per gli infermi non ha cessato di rendere i cristiani particolarmente premurosi verso coloro che soffrono nel corpo e nello spirito. Esso è all’origine degli instancabili sforzi per alleviare le loro pene (CCC 1503).

In questa maniera i cristiani esprimono un aspetto importante della propria testimonianza evangelica “sull’esempio di Cristo, che si è chinato sulle sofferenze materiali e spirituali dell’uomo per guarirle”.

La malattia è una condizione tipicamente umana, “in cui sperimentiamo fortemente che non siamo autosufficienti, ma abbiamo bisogno degli altri. In questo senso potremmo dire, con un paradosso, che la malattia può essere un momento salutare in cui si può sperimentare l’attenzione degli altri e donare attenzione agli altri” (Benedetto XVI, *Angelus, Domenica 5 Febbraio 2012*).

Come il Beato Giovanni Paolo II ha giustamente affermato, “la sofferenza, presente sotto tante forme diverse nel nostro mondo umano, è presente anche per *sprigionare nell’uomo l’amore*, proprio quel dono disinteressato del proprio «io» in favore degli altri uomini, degli uomini sofferenti. Il mondo dell’umana sofferenza invoca, per così dire, senza sosta un altro mondo: quello dell’amore umano; e quell’amore disinteressato, che si desta nel suo cuore e nelle sue opere, l’uomo lo deve in un certo senso alla sofferenza. Non può l’uomo «prossimo» passare con indifferenza davanti alla sofferenza altrui in nome della fondamentale solidarietà umana, né tanto meno in nome dell’amore del prossimo” (*Salvifici Doloris*, n. 29).

La cura dei malati è responsabilità di tutta la Chiesa. Tutti i cristiani battezzati devono condividere questa carità reciproca, facendo tutto il possibile per aiutare i malati a recuperare la salute. Noi tutti abbiamo la responsabilità di preoccuparci e aiutare i membri malati della nostra famiglia, della nostra comunità. È nostro dovere utilizzare tutti i mezzi che possono aiutare i malati, sia fisicamente che spiritualmente (cfr. *Introduzione generale alla cura pastorale degli infermi*, nn. 32-33).

“Guarite gli infermi!”. Questo compito la Chiesa l’ha ricevuto dal Signore e cerca di attuarlo sia attraverso le cure che presta ai malati sia mediante la preghiera di intercessione con la quale li accompagna. Essa crede nella presenza vivificante di Cristo, medico delle anime e dei corpi. Questa presenza è particolarmente operante nei sacramenti” (CCC 1509). Nei sacramenti Cristo tocca i malati allo scopo di guarirli.

I sacramenti esprimono e attuano la vicinanza di Dio a noi. In essi Egli ci tocca per mezzo di cose materiali, che prende e utilizza come strumenti dell’incontro tra noi e lui.

3.3 Il Sacramento della Penitenza

Come il padre della parabola del figliol prodigo (*Lc 15,11-32*), Dio nella sua infinita misericordia, si rivolge ai suoi figli e li chiama alla gioia del perdono e della riconciliazione. Attraverso l’incontro con il Padre misericordioso e amorevole nel sacramento della Penitenza, “il momento della sofferenza, nel quale potrebbe sorgere la tentazione di abbandonarsi allo scoraggiamento e alla disperazione, può trasformarsi così in tempo di grazia per rientrare in se stessi e, come il figliol prodigo della parabola, ripensare alla propria vita, riconoscendone errori e fallimenti, sentire la nostalgia dell’abbraccio del Padre e ripercorrere il cammino verso la sua Casa”.

Bisogna ricordare che la riconciliazione con Dio porta anche ad altre riconciliazioni, che riparano le relazioni che sono state spezzate dal peccato, la relazione con Dio e con i fratelli.

È importante, quindi, che i malati siano aiutati a rispondere al dono di Dio della riconciliazione e della gioia piene.

3.4 Il Sacramento dell'Unzione dei Malati

Papa Benedetto XVI denuncia la pratica di trattare il Sacramento dell'Unzione dei Malati come "un sacramento minore". Questo sacramento – dice – "merita oggi una maggiore considerazione, sia nella riflessione teologica, sia nell'azione pastorale presso i malati".

Ciò riguarda l'equivoco e l'abitudine di amministrare il sacramento quasi esclusivamente quando un malato è vicino alla morte (*Estrema Unzione*). Tale prassi deve cambiare, affinché il segno della medicina di Dio, che offre forza e consolazione, possa trovare il posto che gli compete non soltanto negli ospedali e negli altri luoghi di cura e assistenza, ma anche diventare parte della cura ordinaria che i pastori con sollecitudine offrono nelle loro parrocchie a quanti sono malati o anziani, con la partecipazione delle famiglie e della comunità parrocchiale.

Questo sacramento di guarigione conferisce grazia santificante, che conforta e rafforza l'anima del malato. La grazia di Dio acquieta l'ansia e dissipa l'eccessiva paura della morte; ma va oltre la malattia verso la guarigione definitiva, la resurrezione.

Inoltre, eliminando l'ansia e ispirando fiducia in Dio, l'unzione dei malati può migliorare il recupero della salute del corpo da parte della persona malata.

I sacramenti di guarigione sono veramente "mezzi preziosi della Grazia di Dio, che aiutano il malato a conformarsi sempre più pienamente al Mistero della Morte e Risurrezione di Cristo".

3.5 Comunione eucaristica

Insieme ai Sacramenti dell'Unzione, il Papa sottolinea l'importanza dell'Eucaristia. Egli osserva che i sacramenti di guarigione hanno il loro completamento naturale nell'Eucaristia. Ciò è particolarmente vero quando l'Eucaristia viene ricevuta come Viatico durante la malattia. Essa contribuisce in modo singolare a mettere in atto la trasformazione iniziata dagli altri sacramenti, cioè "associando colui che si nutre del Corpo e del Sangue di Gesù all'offerta che Egli ha fatto di Se stesso al Padre per la salvezza di tutti".

Il malato unisce in tal modo la propria sofferenza a quella di Cristo per la salvezza dei fratelli. Essa è elevata a prezioso sacrificio sull'altare del Signore e il malato partecipa alla missione della Chiesa. Questa conformazione al Mistero pasquale può essere ottenuta anche attraverso la pratica della comunione spirituale.

Secondo, sulla base dell'assicurazione del Signore stesso, "chi mangia la mia carne e beve il mio sangue ha la vita eterna e io lo risusciterò nell'ultimo giorno" (Gv 6,54), il Viatico è "medicina di immortalità, antidoto alla morte".

Così il Santo Padre invita l'intera comunità ecclesiale, e in particolare le parrocchie, a garantire la possibilità di frequentare la Santa Comunione a coloro che, a motivo delle loro cattive condizioni di salute o per l'età, non possono recarsi al luogo di culto. I sacerdoti che lavorano negli ospedali e nelle case di cura hanno la grande responsabilità di raggiungere i malati con questi segni e strumenti della compassione di Cristo.

Conclusione

Nel suo ministero, Gesù ha proclamato la preoccupazione di Dio

per tutta la persona, anima, mente e corpo. Egli venne affinché tutti "abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10,10). Nel suo ministero ha cercato di liberare la gente da tutto ciò che impedisce loro di avere una vita piena. Nei miracoli di guarigione di Cristo, "la guarigione riacquistata è segno di qualcosa di più prezioso della semplice guarigione fisica, è segno della salvezza che Dio ci dona attraverso Cristo".

La Chiesa ha sempre riconosciuto gli stretti legami tra guarigione fisica e spirituale, e ha usato i sacramenti per guarire le "lacerazioni dell'anima". Con questi sacramenti la Chiesa segue "l'esempio di Cristo, che si è chinato sulle sofferenze materiali e spirituali dell'uomo per guarirle".

"Chi, nella propria sofferenza e malattia, invoca il Signore è certo che il Suo amore non lo abbandona mai, e che anche l'amore della Chiesa, prolungamento nel tempo della sua opera salvifica, non viene mai meno". È nostra responsabilità di Chiesa di essere strumenti reali ed efficaci della compassione di Dio per i nostri fratelli e sorelle ammalati e sofferenti. ■

Note

¹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Lettera al Cardinale Fiorenzo Angelini per istituire la Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano, 13 Maggio 1992.

² GIOVANNI PAOLO II, *Lettera al Cardinale Fiorenzo Angelini per istituire la Giornata Mondiale del Malato*, n. 3.

³ *Idem*.

⁴ Pontificio Consiglio per gli Operatori Pastoral, *Giornata Mondiale del Malato: perché celebrarla, come celebrarla*, Città del Vaticano 1992, pp. 11-33.

⁵ *Salvifici Doloris*, 19.

⁶ Cfr. Giovanni Paolo II, *Redemptoris Missio*, 78: "Perciò, a coloro che svolgono il loro ministero pastorale fra i malati raccomandando di istruirli circa il valore della sofferenza, incoraggiandoli a offrirla a Dio per i missionari. Con tale offerta i malati diventano anch'essi missionari".

ARGOMENTI

*“Fa’ poi passare il medico
il Signore ha creato anche lui”*

L’umanità nell’anziano

“Fa’ poi passare il medico – il Signore ha creato anche lui” (*Sir 38,12*)¹

MONS. PASCAL IDE

Capo Ufficio,
Congregazione per
l'Educazione Cattolica
(dei Seminari e degli Istituti
di Studi),
Santa Sede

Oggi, coloro che dovrebbero apportare la salute soffrono paradossalmente di quella che alcuni chiamano “malasanità”². Il mondo medico sta soffrendo³ poiché la medicina attuale è in crisi.

Partendo dalla situazione del mondo curante, in particolare del mondo medico (1), propongo tre possibili tesi che saranno altrettante integrazioni, filosofica (2), biblica (3) e cristiana (4). Dietro la questione del malessere medico, se ne profila un altro, positivo: quale medico cattolico per oggi?

1. Situazione attuale.

La medicina in sofferenza

La sofferenza viene tanto dal nostro modello – dualista – dominante (nei due sensi del termine!) di medicina quanto dall'insoddisfazione nata dai modelli alternativi – umanista e olistico.

a) Il modello dualista

1') Alcune caratteristiche

La medicina oggi praticata è caratterizzata anzitutto da una certa visione del corpo malato: misurato o quantificato; analizzato e frammentato; normalizzato; invaso (si parla di “metodi invasivi”); passivo.

Si caratterizza poi per una certa visione del medico: egli è l'uomo che sa (conosce la malattia più e meglio del malato), che può (ha il potere di diagnosticare e guarire di fronte a un malato reso impotente dal suo stato) e che è l'unico che agisce (la medicina e l'intervento sono le uniche cause della guarigione).

2') Valutazione

Valutare in maniera unicamente negativa un modello di questo genere sarebbe ingiusto. La quantificazione, l'analisi e l'invasione sono metodi e strumenti che aprono alla conoscenza scientifica e al dominio della tecnica. Essi hanno permesso l'avvento di una medicina veramente rigorosa e i successi eclatanti che conosciamo, quali il fatto che siano state debellate numerose epidemie o la regressione impressionante del dolore⁴. I Padri dell'ultimo Concilio si rallegravano del fatto che l'uomo, “aiutato soprattutto dalla scienza e dalla tecnica, ha dilatato il suo dominio su quasi tutta la natura”⁵.

Resta il fatto che questo modello è allo stesso tempo dualista e dominatore – dominio dell'uomo sulla natura, quello dello spirito sul corpo e, conseguenza inevitabile, quello del medico sul paziente. Da un lato, esso suscita una struttura istituzionale di tipo paternalistico. Non senza eccessi, Paul Ricœur parla di una differenza non di natura ma di grado tra la medicina attuale e quella che ricorre alla tortura: “La partecipazione di taluni medici alla tortura non è un'aberrazione”, ma “costituisce il polo estremo di una gamma continua di compromessi”⁶. Dall'altro, questo modello alimenta l'onnipotenza del medico che si erige come causa prima e totale della guarigione. È ciò che attesta lo scambio che segue che si svolge in un ospedale. Un dottore scrive nel suo rapporto medico: “Ho messo al mondo il figlio della signora Unetelle”. Al risveglio dall'anestesia, “la giovane mamma gli ricorda, a ragione, che è stata lei ad aver partorito il bambino... e non lui!”⁷.

b) Il modello umanista

Di fronte al modello dualista, la prima reazione è quella di rinsaldare il legame e di iniettarvi l'aspetto umano.

1') Alcuni aspetti

Il mondo attuale resiste sempre più alla visione gerarchica e paternalistica delle relazioni medico-paziente, per sostituirgli un modello più dialogale. Oggi si parla spesso di umanizzazione della medicina e delle istituzioni⁸. Come sottolinea il filosofo Dominique Foldscheid, “la vera medicina è alla fine *medicina della persona* e non medicina della salute. Curare vuol dire sempre curare *qualcuno*”⁹.

D'altronde, come mostrano le opere di Jackie Pigeaud, numerosi sono stati nel passato quei medici, di grande tradizione umanista, che spontaneamente vivevano l'ascolto e il dono generoso di sé. Secondo l'universitario di Nantes, la rottura inizia a prodursi nel XIX secolo¹⁰, forse, paradossalmente, quando la medicina diventa una professione¹¹.

I medici cattolici si sono particolarmente investiti in questo ambito, cercando di articolare il modello dualista con quello umanista. Ad esempio, alcuni propongono di uscire dall'aspetto puramente tecnico e discernere nel gesto curante una realtà sacra¹². In effetti, il gesto curante, medico o infermieristico, riguarda non una cosa ma un corpo che, essendo umano, “è un corpo di parola”¹³, un corpo personale che ha senso; il sacro è ciò che salva il senso: “Quando l'essere umano attua una relazione con il sacro, afferma che questo mondo è un luogo di senso”¹⁴.

2') Valutazione

Come non gioire di una relazione più umana e simmetrica tra il paziente e il suo medico?

Nondimeno, per essere importante, questa umanizzazione sembra poco efficace. Questo rifiuto della riduzione strumentale del corpo malato è più dell'ordine del prescrittivo che dell'effettivo. Ecco ciò che diceva un paziente malato di cancro: “Non è ancora arrivato il giorno in cui la conver-

sazione tra il malato e il chirurgo potrà avvenire da pari a pari”¹⁵.

Inoltre, oggi ci si rende sempre più conto che questo umanesimo deve coinvolgere non solo il malato ma anche il medico. La crisi di fiducia tocca anche colui che cura. Un articolo del Prof. Didier Sicard aveva il seguente titolo significativo: “Proteggere i malati o proteggersi da loro?”¹⁶. Di qui la domanda posta in un altro articolo: “Come uscire da una sfiducia reciproca che potrebbe insinuarsi tra i malati e i medici?”. In effetti, “il rapporto malato-medico è diventato di natura contrattuale, con un obbligo, per il medico, non più di mezzi ma di risultati. I medici si vedono imporre numerosi doveri il cui impatto non può essere valutato al momento, tanto sul piano finanziario che organizzativo o giuridico. La giudiziizzazione, per motivi il più delle volte mediatici e opportunistici, è percepita come una minaccia permanente da parte del medico”¹⁷. Come affermava un medico a Édouard Zarifian, professore di psichiatria presso l’università di Caen: “Primo io avevo dei malati da curare. Ora, ho dei clienti da soddisfare”¹⁸. Senza parlare del caso particolare del medico d’ospedale a cui, in Paesi come la Francia, si chiede oramai di essere un manager, oltre a numerose incombenze amministrative.

Infine, e soprattutto, questa sofferenza segna una crisi più profonda. Se il medico cattolico avverte una sfiducia spontanea nei confronti del modello che sarà descritto nel prossimo paragrafo, cioè quello olistico, è tentato di articolare i modelli meccanicista e umanista senza rendersi conto del contrasto esistente tra il primo, che valorizza il dominio, e il secondo, che sottolinea la reciprocità. In maniera più generale, la messa in discussione del precedente modello è in fondo solo parziale: esso si oppone al dominio e allo sguardo troppo esteriore sul corpo malato, ma non si tiene conto degli altri aspetti quali, ad esempio, l’assioma meccanicista di un corpo ridotto a ciò che può essere misurabile, passivo, staccato dallo psichismo, storico. È buona cosa che il colloquio

nel quale si annuncia al paziente la diagnosi di un cancro prenda in considerazione i fattori umani (parlare in una stanza illuminata, non dare la notizia di venerdì sera, ecc.); ma questa umanizzazione, cioè questa integrazione dello psichismo (che dovrebbe coinvolgere anche l’aspetto spirituale), non riguarda né la diagnostica né il trattamento. Presi dalla gravità della patologia cancerogena e dall’urgenza di protocolli terapeutici efficaci, i ricercatori investono poco in studi più fondamentali che collegherebbero l’origine del cancro non solo al corpo (i fattori genetici, le malattie autoimmuni, etc.), ma anche all’anima che gli è strettamente unita¹⁹, più che in ogni altro essere vivente²⁰. Il corpo, afferma il Prof. Sicard, “è sempre più assente dalla medicina, è presente solo se essa gli offre parametri oggettivi, immagini o cifre”²¹. Umanizzare quindi non basta, è necessario anche riconsiderare l’atto di cura. Il discernimento deve portare fin qua.

c) Il modello olistico

Di fronte alla violenza del modello dualista e all’insufficienza della risposta umanista, da alcuni decenni è comparsa un’altra tesi. Questo modello, che chiameremo olistico²², va acquistando sempre più importanza.

1’) Alcune caratteristiche

Contrariamente al modello dualistico e meccanicistico, qui il corpo malato non è più misurato e analizzato, ma considerato nella sua integralità, nel suo legame con gli altri corpi e anche con la totalità dell’universo (di qui l’aggettivo “olistico” che proviene dal greco *holè*, “tutto”). Allo stesso modo, il corpo non è più considerato come una realtà passiva, ma onorato nelle sue risorse curative a volte stupefacenti.

Dal lato del medico, oltre alla critica, a volte forte nei riguardi dell’istituzione e anche delle pretese di questa medicina molto “pro-active”, assistiamo alla comparsa di un nuovo concetto: l’auto guarigione. L’organismo totale del paziente contiene in sé tutto ciò che è necessario per guarirsi.

2’) Valutazione

Dobbiamo rallegrarci di questo riconoscimento del posto che occupano la natura e un organismo umano restituito alla sua fraternità cosmica e alla sua inventività, nonché del limite imposto all’onnipotenza medica.

Tuttavia, oggi si rischia fortemente di passare dall’onnipotenza della ragione umana a quella della natura. All’onniscienza e all’onnipotenza del medico si sostituisce il corpo del paziente che sa e può tutto. Inoltre, questa umiliazione della medicina non rende omaggio alla sua nobiltà e alla generosità che attestano quelle innumerevoli figure che, come abbiamo ricordato, sono fiorite lungo i secoli e di cui il mondo medico si onora ancor’oggi. D’altronde, troppo reattiva, spesso nutrita di risentimento, l’atteggiamento olistico eredita la stessa unilateralità della medicina alla quale si oppone: i contrari appartengono allo stesso genere.

Infine, volgendosi verso il modello olistico, un certo numero di medici cattolici accolgono pratiche e concezioni antropologiche – ad esempio di tipo esoterico – che sono incompatibili con la loro fede. L’incarnazione non è la reincarnazione.

d) Bilancio

Questa prima parte ha brevemente articolato storia e topica. Spesso i modelli che sono stati proposti si oppongono in nome dei loro reciproci limiti. Tali opposizioni preclusive si presentano sotto forma bipolare: dualismo *versus* monismo; meccanicismo *versus* olistico; paternalismo *versus* contrattualismo, ecc²⁴. Non si può negare che nel passato la pratica medica ha a volte umiliato il malato; oggi si corre il rischio di umiliare il medico. Una medicina autentica, rispettosa della sua missione, consisterà non nell’opporre o condannare queste prospettive differenti, ma nell’integarle con discernimento. Proporrò quindi tre strade in questo senso.

2. Integrazione in prospettiva filosofica

Questa prima proposta fa ap-

pello alla sola ragione, precisamente filosofica. Essa interessa il medico cattolico che, secondo il titolo di una celebre enciclica, è chiamato a unire *fides et ratio*. Ci limiteremo a due nozioni o piuttosto a due paia di nozioni, una tradizionale, l'altra contemporanea²⁵.

a) Modello "metafisico".

Il medico, ministro della salute

Un prezioso insegnamento di Aristotele (384-322), primo grande biologo della storia dell'umanità, egli stesso figlio e nipote di un medico, fu sistematizzato da un pensatore medievale, anche lui di prima grandezza, San Tommaso d'Aquino (1225-1274)²⁶. Quest'ultimo si pone il seguente interrogativo, di sorprendente attualità: quale (dove) è la causa principale della guarigione quando un uomo è malato, nel medico o nel malato (naturalmente aiutato dal medico)?

Per rispondere, il Dottore angelico ricorre all'analogia dell'insegnamento. Per insegnare la matematica a Giovanni, bisogna conoscere la matematica o Giovanni? Ci sono sempre state due grandi tendenze in pedagogia: concedere troppo all'insegnante, concedere troppo a colui a cui si insegna. La verità, abbiamo detto, consiste non nello scegliere (dunque nell'escludere), ma nell'integrare. Per questo San Tommaso fa appello a una distinzione tra due tipi di causalità elaborata dal Filosofo: causa principale (*causa perficiens*) e causa dispositiva (*causa disponens*). Colui a cui si insegna e l'insegnante sono entrambi indispensabili, ma in maniera *gerarchizzata*. Precisamente: l'allunno o lo studente è causa principale dell'apprendimento; il maestro, l'arte pedagogica, ne è la causa adiuvante o dispositiva. In effetti, essa resta esteriore al processo di apprendimento, proponendogli conoscenze e strumenti, disponendo i segni affinché la mente si appropri del sapere. Tuttavia, i maestri autentici non furono degli autodidatti ma anzitutto dei discepoli. Per essere secondo, il professore non è secondario in nessuna cosa. San Tommaso precisa d'altronde che può insegnare solo colui che possiede la scienza "in at-

to", cioè in maniera compiuta: la comunicazione del sapere presuppone che la fonte abbia qualcosa da trasmettere.

Allo stesso modo il medico non può che aiutare il malato a guarire. Non c'è solo l'aspetto della psicologia (oggi ad esempio si riconosce l'importanza dell'effetto placebo o della motivazione a guarire e, inversamente, la nocività della disperazione o dello scoraggiamento del malato), ma anche quello del corpo stesso. Il corpo del malato sarà sempre più saggio del più saggio dei medici. Ma alcune volte è più debole dei medici e ha bisogno pertanto del loro servizio.

Manteniamo questa preziosa distinzione: il paziente è la causa principale della guarigione, l'arte medica la causa dispositiva, altrimenti detta ministeriale. La verità non sta né nell'affermazione unilaterale del "medico onnipotente" della medicina dualista (che sopravvive nella medicina umanista) né nell'asserzione simmetrica del "paziente onnipotente" della medicina "olistica", ma nella coniugazione o piuttosto nell'articolazione gerarchizzata di queste due causalità, dunque delle verità parziali difese dai tre modelli di medicina.

Questa prima spiegazione permette di trarre diversi insegnamenti:

– una visione olistica che prende maggiormente in considerazione il malato del medico è più vicina alla verità della visione dualista. La crisi attuale della medicina permette l'annuncio di questa lieta presa di coscienza.

– Resta il fatto che il medico non è affatto messo da parte in quanto svolge un ruolo indispensabile. Anzi, il posto che egli occupa è rivalorizzato. Infine, il fatto che sia causa dispositiva o adiuvante non giustifica né la mediocrità del medico ("io non sono causa totale della guarigione, dunque la mia conoscenza non deve essere totale") né il disprezzo del malato. Così come l'insegnante deve possedere la sua scienza "in atto", così il medico può aiutare efficacemente il processo terapeutico solo se possiede una competenza medica compiuta – pur sempre perfezionabile.

– Questa visione integrata mette in opposizione l'onnipotenza della visione paternalistica e il risentimento della visione olistica contro la medicina allopatrica.

b) Modello personalista.

*Malato-oggetto
e malato-soggetto*

Questa visione "metafisica", per interessante e adeguata che sia, apparirà un po' astratta, impersonale e fredda a coloro che sono meno versati in filosofia. Essa non deve essere sostituita o corretta, ma completata da una visione più personalista (che, a sua volta, ha bisogno della prospettiva metafisica per *fondare* oggettivamente la relazione medico-malato e il tipo di causalità in gioco). Farò qui appello alla distinzione valorizzata dalla fenomenologia tra corpo-soggetto e corpo-oggetto. Diverse paia di nozioni permettono di identificare meglio questa differenza: il corpo-soggetto è conosciuto dall'interno, il corpo-oggetto unicamente dall'esterno; il corpo-soggetto è provato, il corpo-oggetto misurato; la conoscenza del corpo-soggetto è singolare, quella del corpo-oggetto tende all'universale.

Illustriamo questa distinzione con un celebre esempio medico. Il 13 maggio 1981, a Piazza San Pietro in Roma, Giovanni Paolo II si accasciò, vittima del tentativo di assassinio da parte di Ali Agça. Trasportato d'urgenza al Policlinico Gemelli, vi restò un mese. Fu sottoposto a una colostomia escludente che in seguito avrebbe necessitato di un ristabilimento della continuità intestinale. Ma un'infezione causata da un virus del gruppo herpes anticipò il ricovero del Pontefice. Una volta guarito dall'infezione virale, si pose la questione della data del secondo intervento. I medici volevano rinviarlo, ma non il Papa. Egli convocò allora coloro che, sorridendo, chiamava il suo "sinedrio" ("Cosa ha deciso il sinedrio al posto mio?") e spiegò loro: "Non dimenticate che se voi siete i medici, io sono il malato e che vi ho fatto partecipi dei miei problemi di malato, soprattutto di questo: volevo tornare in Vaticano solo completamente guarito; non

so cosa ne pensiate, ma da parte mia mi sento molto bene, anche supponendo che le analisi dicono il contrario. Mi sento del tutto in grado di sopportare una nuova operazione”²⁷.

Questo episodio è ricco di insegnamenti. Ne prendiamo solo uno. Il precedente Pontefice rifiuta di opporre “da un lato il sapere e le conoscenze della medicina”, in altre parole la conoscenza oggettiva del corpo umano e “dall’altro ciò che la persona sa e conosce di se stessa”, cioè la conoscenza soggettiva del corpo umano. Prima di essere *l’oggetto* delle attività diagnostiche e terapeutiche del medico, il malato è il *soggetto* della sua malattia. Più ancora, se queste due conoscenze entrano in conflitto (“anche supponendo che le analisi dicono il contrario”), la priorità deve essere accordata alla conoscenza che il malato ha del suo stato²⁸.

È dunque per esperienza che Giovanni Paolo II affermava in un bellissimo discorso pronunciato ai malati e al mondo medico nella sua visita in Francia nel 1986: “Il personale curante non ha solo la tecnica da offrire, ma una calorosa devozione che viene dal cuore, un’attenzione alla dignità delle persone. Cercate di non ridurre il malato a un *oggetto* di cure, ma di farne il primo compagno in una guerra che è la *sua* guerra”²⁹.

Lo sa bene la lingua inglese che, per quanto riguarda la patologia, differenzia *disease* – la malattia-oggetto, la disfunzione biomedica – e *illness*, la malattia-soggetto, il vissuto soggettivo, personale – e, per la cura, *curing* – la guarigione-oggetto, il processo terapeutico biomedico – e *healing* – la guarigione-soggetto di cui la persona è protagonista.

Da questa distinzione corpo (malato)-soggetto *versus* corpo (malato)-oggetto, il medico può a sua volta trarre più di un insegnamento:

- il malato deve avere fiducia nella conoscenza oggettiva che il personale curante, in particolare il medico, possiede del suo corpo.

- A sua volta e *più ancora*, il medico presterà ascolto alle conoscenze che il malato ha della sua malattia. La prospettiva personalistica ritrova, ma sul piano

soggettivo, la gerarchia del malato e del medico: numerosi malati, soprattutto cronici, conoscono la loro malattia molto meglio del medico in nome del principio che segue: la conoscenza del medico è nel contempo esterna e generale, quella del malato, vissuta e singolare. Questa gerarchia presuppone tuttavia che il malato impari a conoscersi, che entri in un’autentica intelligenza emotiva e somatica, e cessi di fuggire dalla sua malattia.

– Per essere asimmetriche, queste due conoscenze sono complementari. Esse dovrebbero condurre a un patto o a una alleanza. Il malato-soggetto apre a una compassione, il malato-oggetto richiama a una competenza.

c) Bilancio

I due approcci, metafisico e personalista, sono validi entrambi. Essi permettono una prima valutazione dei tre modelli. Mostrano entrambi quanto il malato occupi il primo posto.

Tale conclusione pone nondimeno una difficoltà. Non si può negare la nobiltà della professione medica né ridurre il legame con il malato a un contratto. Come conciliare primazia del malato con nobiltà dell’arte curativa?

Queste prospettive, d’altronde, non dicono tutto, in particolare del modello umanistico e della sofferenza presente in colui che cura.

Anzi, l’esperienza mostra che questi approcci oscillano e cercano costantemente un punto d’equilibrio introvabile: come dare abbastanza ascolto al malato-soggetto pur basandosi sulle competenze che permettono la diagnosi? Manca la sintesi. È necessario un terzo termine che attragga e leghi i due termini che sono sempre tentati di assolutizzarsi a scapito uno dell’altro.

Inoltre, non abbiamo integrato filosoficamente due asserzioni centrali delle prospettive unitariste (moniste): il corpo nella sua correlazione con il cosmo; le capacità di auto-guarigione del nostro organismo o piuttosto la totalità somato-psico-spirituale che è l’uomo. Ci distacciamo con difficoltà da una visione dualistica, direttamente derivata dal mecca-

nismo cartesiano e manca penosamente una filosofia della natura per integrare la parte di verità contenuta nella visione olistica.

Infine, nulla ci viene detto di una visione propriamente religiosa a cui non si può ridurre la prospettiva umanista. Ora, la Bibbia – Vecchio e Nuovo Testamento – presenta risorse che sono anche in grado di illuminare le altre aporie qui sollevate.

3. Integrazione in prospettiva biblica

Mi concentrerò su un testo giustamente celebre del Siracide relativo alla medicina (*Sir* 38,1-15). In alcuni versetti importanti, esso offre una visione particolarmente equilibrata e sempre attuale della medicina.

a) Tra due estremi

Il contesto storico e sociologico del testo è anch’esso di una modernità stupefacente. In effetti, all’epoca in cui scrisse Gesù Ben Sirac, si incontrano due concezioni opposte della medicina.

La prima *valorizza oltre modo l’arte medica*³⁰. I successi registrati dai medici di Alessandria la conducono a identificare la salvezza con la guarigione che questi stessi medici apportano e ad allontanare i pazienti, così come coloro che curano, da Dio. Si crede alla medicina come si crede in Dio.

La seconda, al contrario, *svalorizza* la pratica medica o piuttosto il ricorso alle cure. La ragione avanzata è d’ordine teologico. La malattia è un castigo che Dio invia per punire l’uomo dal suo peccato. Fare appello al medico contrasta dunque il piano di Dio. Nel Libro di Enoch, un’opera spirituale ma apocryfa (non fa parte degli scritti canonici), composta poco tempo dopo l’Ecclesiaste, gli angeli cattivi sono accusati di aver comunicato agli uomini la conoscenza diagnostica e terapeutica³¹.

Come vediamo, la prima visione dell’arte medica (la medicina alessandrina) sta alla seconda (il disprezzo difeso dal Libro di Enoch) come la medicina dualista sta alla medicina olistica. In effet-

ti, una rilettura della storia della medicina potrebbe mostrare che la bipolarità attuale è stata presente in ogni epoca e trova la propria figura paradigmatica nel binomio Ippocrate-Galieno.

Ora, Ben Sirac si posiziona tra questi due estremi, cercando di salvarne la parte di verità – attitudine generosa e integrativa che costituisce già da sé sola tutto un programma.

b) La risposta di Ben Sirac

1') Il giusto posto del medico

Il passaggio del capitolo 38 del Siracide riconosce anzitutto l'importanza e anche la nobiltà del lavoro del medico. Il *segno* è che esso deve essere onorato: "Onora il medico come si deve" (v.1); secondo la tradizione ellenica in cui si iscrive quel libro sapienziale, scritto in greco, che è il Siracide, si rende omaggio solo alla persona degna di elogio e di virtù; dunque il medico, secondo questo libro sapienziale, è un uomo virtuoso. La *causa* di questo onore sta nella funzione medica: questa missione è quella di ristabilire la salute che, ci dice la stessa opera, è un bene di grande valore (cfr. Sir 30,14-16). Ma c'è di più. A colui che prende come pretesto la sua fede in Dio per disprezzare il medico, il testo ribatte: "Anch'egli [il medico] è stato creato dal Signore". Dunque, è la stessa presenza creatrice di Dio che viene in qualche modo a salvare questa professione che rischia di essere disprezzata. Dio si impegna in suo favore. Questa è la verità e la nobiltà della posizione alessandrina che è quella della medicina attuale, meccanicista, allopatrica – oggi troppo denigrata.

È normale dunque che il medico proceda a "testa alta" (v. 3). Ma, come fare affinché colui che procede a "testa alta" non diventi, come si dice familiarmente in francese, colui che ha "la testa grossa", cioè che si sente importante? Ben Sirac non ignora il rischio di montarsi la testa, in altri termini d'orgoglio³³, che minaccia il medico. Questa è la verità della sfiducia presente nel libro di Enoch e delle critiche che la medicina olistica rivolge al modello dominante. Nella nostra epoca la

tentazione della vanità si è considerevolmente accresciuta per le innumerevoli conquiste della medicina diagnostica e terapeutica. Un esempio tra mille: si domina sempre meglio la riproduzione al punto che si parla di "fabbrica dei figli". Come evitare questo orgoglio? La risposta della Sacra Scrittura è sempre pertinente: la fonte *ultima* della guarigione non si trova nell'uomo, ma in Dio. Ecco perché il Siracide aggiunge: "Dall'altissimo viene la guarigione" (v. 2). Il potere medico è una partecipazione, come diremo più avanti. Come per il potere politico, il potere di guarire viene delegato: "Tu non avresti nessun potere su di me, se non ti fosse stato dato dall'alto" (Gv 19,11). È normale che il medico tenga "la testa alta": restituire la salute non è una capacità di poco conto. Da questo punto di vista, la professione medica dovrebbe essere molto rivalorizzata. Ma è almeno ugualmente importante che il medico si ricordi costantemente che ciò per cui è ammirato viene da Dio. Il Cardinale de Lubac diceva che quando lo ringraziava ("*Gratias tibi*": "grazie a te"), interiormente aggiungeva: "*et Domino*" ("e al Signore").

2') Il giusto posto del malato

Il passaggio del Siracide offre una presentazione equilibrata dal punto di vista del medico. Permette anche di collocare al giusto posto la natura sanante nell'uomo e fuori dell'uomo. Da un lato, esso accorda un posto al malato, poiché gli chiede di non avvilirsi: "Figlio, non avviliti nella malattia" (v. 9). Sarebbe anacronistico identificare questo avviliamento allo stress; il consiglio riconosce comunque l'importanza di un giusto atteggiamento del paziente. L'*Ecclesiaste* 38 aggiunge anche: "Purificati, lavati le mani, monda il cuore da ogni peccato" (v. 10). Ciò non significa che ogni malattia sia la conseguenza di un peccato attuale, ma anzitutto che essa è certamente la conseguenza del peccato originale che affonda le radici in ciascun uomo e, in seguito, che uno sbaglio attuale non può non riflettersi prima o poi sull'equilibrio dell'essere umano. Infine, Ben Sirac fa allusione al

cosmo attraverso il "farmacista" che prepara "le miscele" (v. 7).

Dall'altro lato, abbiamo visto anche il rischio di assolutizzare questa natura nel quadro del modello olistico. Ma, non più del medico, il malato non è la causa principale della cura. Anche lui, in effetti, deve pregare: "Quando sei malato [...] prega il Signore e ti guarirà". Il testo autolimita dunque il potere del malato.

Più in generale, l'ateismo è, per la Bibbia, un falso problema. L'uomo è un essere religioso fatto per l'infinito e per nulla meno. La questione, per l'uomo, non è, di conseguenza, quella di scegliere per o contro Dio, ma tra il vero Dio e i falsi dei, che le Scritture chiamano idoli. Ora, dietro il duplice modello, dualista e olistico, spinto all'estremo, si nascondono e giocano due idolatrie: quella della ragione e quella della natura³⁴. Ad esempio, lo scientismo non è tanto ateo quanto adoratore della scienza³⁵. "Ci sono due divinità – scrive il filosofo austriaco Ludwig Wittgenstein –: il Mondo e il mio Io indipendente"³⁶. Di nuovo, l'uscita dall'oscillazione letale si opera dall'alto, grazie alla mediazione divina.

Di conseguenza, la fede nel Dio trascendente e provvidente non permette soltanto di stabilizzare l'equilibrio precario tra i due poli dell'atto di cura – il malato e il medico –, ma anche di coniugare la duplice idolatria che lo minaccia: quella della ragione e quella della natura. "Il medico cattolico", diceva Pio XII, "non divinizza la natura e la medicina; non le considera degli assoluti, ma vede in loro un riflesso della grandezza e della bontà di Dio e si subordina interamente al suo servizio"³⁷.

c) Sistematizzazione: il triangolo Dio-medico-malato

Riprendiamo in maniera sistematica le conclusioni a cui conduce il testo biblico. Il libro del Siracide invita a ordinare non più due azioni, quella del malato e quella del medico, ma tre, aggiungendo l'azione di Dio. Rifiutandosi alla logica del "o... o", li coniuga in una logica integrativa del "e... e". Precisiamo ancora che questa coniugazione non deve essere inte-

sa come una giustapposizione, ma come un ordinamento.

1. L'azione curativa di Dio è prima. Ecco perché non esita ad attribuirsi il titolo di medico: "Io sono il signore, colui che ti guarisce" (*Es* 15,26). E vedremo che ciò si verifica anche con Cristo.

2. Poi viene l'azione del malato. Questa attività è in effetti nominata al secondo posto. Precisamente gli sono prescritti tre atti: pregare, non avvilitarsi e, qualora questi rimedi fossero insufficienti, chiamare il medico³⁸.

3. Infine, interviene l'uomo dell'arte: "Fai poi passare il medico" (*Sir* 38,12). L'azione del medico è dunque doppiamente subordinata: a Dio e al malato.

Come intendere quindi la relazione tra l'azione di Dio e quella dell'uomo che guarisce? Come nella seconda parte, si potrebbe chiamare in causa una duplice grammatica, metafisica e personalista.

1. La metafisica classica esplicita questa articolazione facendo appello alla differenza tra causa prima e causa seconda³⁹ che il *Catechismo della Chiesa Cattolica* spiega nel seguente modo: "Dio agisce in tutto l'agire delle sue creature: è una verità inseparabile dalla fede in Dio Creatore. Egli è la causa prima che opera nelle cause seconde e per mezzo di esse: 'È Dio infatti che suscita' in noi 'il volere e l'operare secondo i suoi benevoli disegni' (*Fil* 2,13; *cfr.* *1Cor* 12,6)"⁴⁰. Applicando questa distinzione alla medicina, dobbiamo quindi affermare che Dio è causa prima della guarigione, malato e medico cause seconde. Ciò che significano in maniera figurata le parole giustamente famose che Ambroise Paré amava ripetere: "Io l'ho bendato e Dio l'ha guarito". Unendo questa analisi a quella dell'articolazione medico-malato, potremmo proporre la seguente tavola sinottica:

2. Il legame tra l'azione curativa di Dio e quella del medico può essere interpretata anche nel lessico personalista della partecipazione⁴¹ o della cooperazione (gerarchica o subordinata). Il Magistero ecclesiale l'ha ricordato a più riprese. Mi limiterò a due citazioni. La prima, di Pio XII, ci interessa tanto più che cita il passaggio del Siracide: "È la grandezza del vostro compito, Signori, di essere veri collaboratori di Dio nella difesa e nel compimento della sua creazione. È in questo senso che la Sacra Scrittura dice al medico che 'Dio l'ha creato' (*Sir* 38,1). L'ha creato come strumento della sua misericordia, per addolcire i mali dei fratelli, come guida e consigliere per insegnare loro la saggezza, come depositario della scienza dell'uomo e della sua bontà caritatevole. Il medico è un beneficio di Dio e, a questo titolo, ha diritto non soltanto agli onori e alla stima degli uomini, ma anche al loro riconoscimento e alla loro fiducia"⁴². La seconda è di Giovanni Paolo II: "A voi, chirurghi, specialisti delle ricerche di laboratorio e medici generici, Dio offre l'onore di *cooperare* con tutte le forze della vostra intelligenza all'opera della creazione iniziata nel primo giorno del mondo"⁴³.

d) *Conseguenze*

Da questo primato (inclusivo) di Dio nel suo essere e nella sua azione, il libro dell'*Ecclesiaste* trae con realismo alcune conseguenze pratiche.

Il medico ha il dovere di pregare per i suoi pazienti: "A loro volta infatti essi pregheranno il Signore". La supplica viene perfino prima rispetto agli altri atti che egli deve compiere per i malati. Ma tale preghiera non esclude affatto la competenza, poiché si parla anche della "scienza del medico" (*Sir* 38,3.6). Opporre preghiera e lavoro, oratorio e la-

boratorio, vuol dire perennizzare l'estrinsecismo, l'opposizione della grazia e della natura.

Da parte sua, il malato deve rivolgersi anzitutto a Dio. Anzi, chiamare il medico prima di supplicare Dio è considerato dalla Bibbia come un peccato grave: "Il trentanovesimo anno del suo regno, Asa ebbe una malattia ai piedi, la sua malattia fu gravissima; e, tuttavia, nella sua malattia non ricorse al Signore, ma ai medici" (*2Cronache* 16,12). Ecco perché il Siracide descrive il giusto atteggiamento di colui che cura in due tempi. 1. Rivolgersi a Dio e pregarlo: "Figlio mio, non avviliti nella malattia, ma prega il Signore ed egli ti guarirà" (v. 9). In effetti, la malattia ha per soggetto non un organo, ma la persona. In effetti un paziente non dice: "La mia pelle ha un ittero", ma "*Io* ho l'itterizia" o "*Io* soffro di itterizia". La persona non è anzitutto un corpo, ma un essere in relazione con il suo Creatore. "Venite, ritorniamo al Signore: egli ci ha straziato ed egli ci guarirà. Egli ci ha percosso ed egli ci fonderà" (*Os* 6,1). 2. Quindi chiamare l'uomo dell'arte: "Fa' poi passare il medico – il Signore ha creato anche lui" (v. 12). Se il medico è causa seconda, egli non è secondario; se collabora con Dio, la parte che ne riceve è reale. Dio non fa a meno delle cause seconde e ci onora facendoci prendere parte al suo governo provvidenziale.

Traiamo infine una lezione dal punto di vista della relazione tra medico e paziente. In effetti, una parte della sofferenza attuale viene dalla colpevolezza. Valorizzando oltre modo il suo potere curativo, l'uomo si è auto-divinizzato e non sa più come rispondere all'attesa eccessiva che ha suscitato. Diciamolo, sorridendo, con le parole di *Oscar et la dame rose*. Oscar – quel Piccolo Principe modernizzato che è diventato un bambino di dieci anni, colpito da un cancro incurabile in fase terminale e che vive in un universo privo di senso – dice al suo medico curante: "Ascolti, Le parlerò francamente perché sono stato sempre molto corretto sul piano medico e Lei è stato impeccabile sul piano della malattia. Smetta quest'aria colpevole. Non è colpa Sua se è obbligato ad annunciare cattive

Cause della guarigione		
Causa prima	Cause seconde	
Dio	Causa principale	Causa dispositiva
	Il malato	Il medico

notizie alla gente, malattie dal nome latino e guarigioni impossibili. Si rilassi, si distenda. Lei non è Dio Padre. Non è Lei che comanda la natura. Lei è solo un *riparatore*⁴⁴. Nel suo vocabolario di bambino diventato saggio, Oscar enuncia la differenza tra causa prima (Dio “che comanda la natura”) e causa seconda, per di più solamente dispositiva (il medico che è “solo riparatore”)⁴⁵.

e) Bilancio

Le parole che servono da titolo al nostro intervento: “Il Signore ha creato anche lui” (v. 1)⁴⁶ si intrecciano con la duplice azione curatrice, gerarchizzandola: quella del Signore che è prima, come segnala l’inciso “*anche lui*”; quella del medico che Dio ha creato e che fa partecipare alla sua missione sanante. Tra le due, interviene l’azione terapeutica del malato che trae, anch’essa, efficacia dalla causalità divina. La verità delle due posizioni, oggettiva e olistica, è quindi stabilita.

Una tale interpretazione non conduce forse a una visione peggiorativa del ruolo del medico? Non solo, esso occupa l’ultimo posto, ma l’espressione “anche lui” ne fa un “parente acquisito” che si riduce spesso a essere un “parente tollerato”...

Difatti, la formula che apre il passaggio del libro dell’*Ecclesiaste* sulla medicina viene spesso resa con: “Il Signore ha creato anche lui”. Questa è la traduzione della Bibbia di Gerusalemme che abbiamo adottato. In realtà, esistono due versioni di questo testo: la prima, greca, sulla quale furono tradotte la nostra Bibbia e la versione ebraica che è quella originale e “fa autorità”⁴⁷. Il passaggio che stiamo cercando di chiarire presenta una notevole differenza a seconda che si faccia appello alla versione ellenica o a quella ebraica. In effetti, la prima parla di creazione, mentre la seconda utilizza il verbo *halak* che significa “scegliere” o “mettere da parte”. Essa afferma dunque che il medico è scelto da Dio. Allo stesso modo, fare ricorso al medico, lungi dal contravvenire al disegno divino, al contrario vi partecipa. In qualche modo Dio sceglie il

medico tra gli uomini per permettergli di partecipare ai misteri della creazione. L’arte medica non è una professione tra tante, ma una vocazione, nel senso etimologico del termine: Dio sceglie e chiama. Le due versioni propongono dunque delle letture complementari del posto del medico: quella greca lo chiama all’umiltà (al senso di recettività) e quella ebraica alla sua valorizzazione.

Per quanto profonda sia la lettura veterotestamentaria della medicina, essa non dice tutto. Da una parte, non abbiamo ancora visto come le Scritture valutano il modello umanista. Dall’altra, una prospettiva del genere resta parzialmente astratta. Come articolare nel concreto questi poli differenti? Per essere prima, l’azione divina sembra lontana e fatica a ispirare l’azione quotidiana del medico (e anche del farmacista). Un altro approccio sembra dunque necessario per comprendere in cosa l’azione divina può informare e animare più da vicino l’agire del curante (come pure quello del paziente).

4. Integrazione nella prospettiva cristiana

I Vangeli introducono due novità: il modello del medico in Gesù, la via mediante il suo Spirito.

a) L’esemplarità di Cristo medico

Il medico, battezzato e discepolo di Cristo, è chiamato alla sua sequela (cfr. *Mt* 16,24). In quanto medico, è chiamato a seguire Cristo-medico. In effetti, Cristo si presenta come un medico: nei suoi atti – la guarigione è molto presente nel Vangelo, poiché non esistono meno di venticinque racconti di guarigione e cinque tabelle riassuntive – come nelle sue parole (“Non sono i sani ad aver bisogno del medico, ma i malati”: *Mc* 2,17).

Il fatto di essere medico non esprime soltanto la missione di Gesù ma, ben più radicalmente la sua *identità*. In uno dei primi testi post-apostolici, risalenti alla fine del primo secolo, Sant’Ignazio di Antiochia afferma in maniera

stupefacente: “Non c’è che un solo medico, materiale e spirituale, generato e ingenerato, fatto Dio in carne, vita vera nella morte, nato da Maria e da Dio [...], Gesù Cristo nostro Signore”⁴⁹. Questo testo giustamente celebre è tanto più degno di nota in quanto è anche il primo nella Tradizione a parlare, esplicitamente, della duplice natura del Salvatore. Perché è nel contempo uomo e Dio, il Messia può venire a salvare l’uomo dal suo peccato e quindi guarirlo da questa malattia mortale. Di conseguenza, essere medico esprime l’identità intima di Gesù. I Padri non si sono sbagliati, riprenderanno questo tema e l’amplieranno⁵⁰. Stabilendo così un legame intrinseco e misterioso tra la divinità di Cristo e la sua missione curativa, il padre apostolico carica la vocazione medica di un’importanza ontologica e apre una prospettiva abissale sulla medicina.

Applichiamo questa considerazione a ciò che potremmo chiamare l’anima stessa della medicina in una prospettiva cristiana. Gesù “ci ha amati fino alla morte” (*Gv* 13,1). È “per noi” che, per libera obbedienza al Padre, si è fatto carne dalla nostra carne per soccorrere l’umanità malata. Precisamente, di fronte alla miseria, l’amore assume la forma della misericordia o della compassione. Il Salvatore ci insegna così che il cuore ardente della vocazione di medico cristiano è l’amore. È ciò che afferma un intero paragrafo del *Catechismo della Chiesa cattolica* intitolato “Cristo-medico”⁵¹. Lo sviluppo si afferma, inaspettatamente, nell’articolo dedicato al sacramento dell’Unzione dei malati. Leggiamone alcuni passi: “La compassione di Cristo verso i malati e le sue numerose guarigioni di infermi di ogni genere (cfr. *Mt* 4,24) sono un chiaro segno del fatto che Dio ha visitato il suo popolo (*Lc* 7,16) e che il regno di Dio è vicino. [...] La sua compassione verso tutti coloro che soffrono si spinge così lontano che egli si identifica con loro: «Ero malato e mi avete visitato» (*Mt* 25,36). [...] Commosso da tante sofferenze, Cristo non soltanto si lascia toccare dai malati, ma fa sue le loro miserie: «Egli ha preso le nostre infermità e si è addossato le nostre

malattie” (Mt 8,17; cfr. Is 53,4)”. Questo ricco paragrafo indica una progressione nella compassione e ne distingue tre gradi: la compassione per il malato nella sua persona; la compassione per Gesù riconosciuto nel malato; l’assunzione della miseria del malato.

Parlando della compassione, tocchiamo qui un’esperienza fondamentale di ogni medico e della sua vocazione: la medicina, potremmo dire, è l’amore di compassione diventato ragione, l’affettivo diventato effettivo, l’empatia spontanea diventata un atto pensato di cura⁵². Ecco perché i medici si ritrovano tanto spesso nella parabola del Buon Samaritano (al punto che nelle lingue occidentali l’espressione è diventata proverbiale). Questa parabola intreccia l’amore che si avvicina, la competenza che pone gli atti efficaci e la pazienza che lascia la natura fare il suo corso⁵³.

Gli atti e le parole (*acta et verba*) di Cristo insegnano dunque al medico cristiano che l’origine incandescente da cui si deve irradiare tutto il suo operato è l’amore. In ciò sta la sfida della medicina cattolica del ventesimo secolo: porre la carità al centro – e la carità nella sua pienezza, cioè la santità. Il personale sanitario “mostra nella sua più sublime espressione il volto dell’amore”, diceva Paolo VI⁵⁴.

Traiamo infine una conseguenza. Prima ci siamo interrogati su una tensione intrinseca all’atto medico: come conciliare questo primato del malato e questa nobiltà? Ora possiamo rispondere. Questa tensione è quella stessa della condizione di Cristo che è nel contempo Signore e maestro (cfr. Gv 13,13; Col 2,10) e servitore di tutti (cfr. Mc 10,45), come attesta l’episodio della lavanda dei piedi. I Padri della Chiesa la riesumavano in una formula paradossale: “Regnare è servire”⁵⁵. Siamo quindi ancora una volta rimandati al primato della carità. In effetti, essa è la prima delle quindici caratteristiche che San Paolo gli attribuisce: “La carità è paziente” (I Cor 13,4).

D’altronde l’amore è triplice: di Dio, di sé, dell’altro (malato, sofferente). “Amerai il Signore Dio tuo con tutto il cuore [...]. Amerai il prossimo tuo come te stesso” (Mt 22,37.39). È questa, ritengo,

la via d’uscita del malessere medico: l’articolazione del triplice amore di Dio, di sé e del paziente. Per essere giustamente compreso e vissuto, bisognerebbe fare appello alle altre virtù, teologiche e morali, del medico. Diciamo una cosa: la finalità delle cure mediche è il servizio del malato; per il medico cattolico, l’*agape* si identifica dunque con l’amore di Cristo che si è identificato con ciascuna persona in sofferenza. Ma questo dono all’altro è possibile solo se il medico sa prendersi cura di se stesso: come chiedere all’altro in maniera credibile ciò che non si vive personalmente? Infine, questi due amori, di sé e del malato, si rinnovano, si concretizzano (si visibilizzano) ma trovano anche il loro equilibrio⁵⁶ nell’amore di Dio.

b) L’aiuto dello Spirito Santo

Lo Spirito Santo riversa nei nostri cuori quella compassione che Cristo medico ci rivela essere il nucleo ardente della vocazione medica (Rm 5,5). Ciò che Gesù *esprime* fuori di noi (come modello da seguire), lo Spirito *imprime* in noi (come forza efficace). In effetti, Gesù è colui che non smette di obbedire allo Spirito che lo spinge: l’evangelista San Luca sottolinea particolarmente questa via “pneumatica”. Il termine ebraico “messia”, tradotto in greco con “Cristo”, non significa forse “unto”, cioè colui che ha ricevuto l’unzione dello Spirito? I cristiani sono figli nel Figlio. Di conseguenza, ciò che Cristo vive totalmente, i suoi discepoli ne ricevono una parte per essere condotti dal suo Spirito (cfr. Rm 8,14). Il medico che segue Cristo-medico vive del suo Spirito di compassione, d’amore e di servizio (diaconia).

Inoltre, il medico cristiano è sempre stato ed è, oggi più di ieri, sottoposto a diverse tensioni drammatiche. La difficoltà concreta che il medico incontra consiste nel vivere esigenze apparentemente contraddittorie e conflitti spesso umanamente insolubili:

1. La compassione (cioè l’ascolto della sofferenza) e l’esigenza della verità. Ciò è particolarmente vero per tutte le questioni riguardanti la bioetica. A volte, oserem-

mo dire, la testimonianza resa alla verità rinvia alla sua etimologia: il martirio.

2. L’esigenza della cura e il lasciar andare di fronte a ciò che sfugge alla medicina. Ciò è vero, l’abbiamo detto, nei confronti di ogni malattia (il malato ne sa più del medico), ma particolarmente di fronte alle grandi sofferenze e più ancora alla vicinanza della morte.

3. Il dono di sé nella giusta cura di se stesso. Ciò si verifica in particolare oggi in cui, dopo aver troppo trascurato il benessere del medico, ci si concentra, per reazione, sulla sofferenza di colui che cura, al punto di correre il rischio di dimenticare che la finalità della cura è la salute della persona curata. La pratica medica non è mai priva di abnegazione.

Per tenere insieme queste tre esigenze in tensione, abbiamo bisogno di una forza sovrumana: lo Spirito Santo⁵⁷. Il Dono increato ci offre i doni creati che sono le virtù teologiche: l’esigenza della verità grazie alla fede; l’accompagnamento nel consenso e l’abbandono, grazie alla speranza; il dono di sé, a volte fino alla rinuncia, ma anche in un giusto rinnovamento, grazie alla carità.

Ancora una volta non si tratta di opporre questi tre atteggiamenti, né di giustapporli, ma di ordinarli a partire dal loro nucleo che è l’*agape*. Vediamolo brevemente per la prima e l’ultima: carità e fede, in altri termini amore e verità, compassione e competenza. L’amore è al centro e la verità la qualifica: amore vero e amore che dà il bene che è la verità. Come, secondo il titolo dell’ultima enciclica, “*Caritas in veritate*”, la carità avvolge la verità e la verità qualifica la carità, così, nel medico cristiano, la compassione di Cristo sarà l’anima che dà vita a tutta la sua attività. Ma questa carità non è una compassione molle. Essa vuole il bene, in particolare quel bene per eccellenza che è la salvaguardia della vita innocente dal concepimento alla morte, dall’uomo senza volto all’uomo senza voce.

c) Un modello trinitario

Il Nuovo Testamento non abolisce il Vecchio ma lo porta a compimento (cfr. Mt 5,17). Gli

insegnamenti del Siracide 38, specialmente sulla partecipazione dell'arte medica all'opera creatrice di Dio, sono dunque presupposti dal Vangelo. Ora, si è soliti attribuire la creazione al Padre⁵⁸. Partecipando, con la sua scienza e la sua arte, all'azione sanante del Padre, seguendo Cristo-medico compassionevole e spinto dallo Spirito d'amore, il medico cristiano viene dunque configurato alla Santa Trinità.

5. Conclusione.

Le quattro dimensioni del medico cristiano

All'inizio di questo testo abbiamo ricordato la crisi che attraversa attualmente la medicina e la sofferenza di colui che cura. Non siamo disarmati di fronte a questo malessere generalizzato.

Il modello che abbiamo proposto non è esclusivo, ma integrativo. Si tratta di pensare insieme (e di far interagire) il medico e le malato, in maniera gerarchica: il primo come ministro o causa adiuvante e il secondo come causa principale. Il che presuppone la duplice mediazione della natura – abbiamo visto che siamo in attesa di una nuova riflessione in questo ambito – e di Dio – abbiamo visto anche che la Bibbia aveva molto da insegnarci sull'arte medica come partecipazione al Dio-medico e su ciò che deve essere il cuore ardente dell'atto medico: la carità compassionevole di cui Cristo ci dona il modello e lo Spirito la forza.

Non sto affermando che “la fede diventa operante nella carità” (*Gal* 5,6) sia l'unica soluzione alla crisi attuale della medicina. Ciò significherebbe sprofondare nel fideismo. Tuttavia, come abbiamo cercato di mostrare, Dio non è un partner accidentale o esteriore al processo di guarigione e all'atto curativo. È d'importanza vitale, pertanto, che si pensi in maniera nuova all'articolazione tra Dio, l'uomo e la natura nella pratica medica.

Terminerò esortando a far sì che la formazione del medico cattolico del terzo millennio smetta di essere solamente tecnica e anche soltanto etica. Come per il modello proposto più in alto, essa deve essere integrale e integrativa. Fin-

niamola con una formazione medica ridotta alla sola acquisizione di un sapere e di un *savoir-faire*. Il saper essere e, più ancora, il dover essere, che è un dover amare, costituiscono una componente essenziale della cura, cioè il suo cuore, che non deve essere lasciata alla sola considerazione privata di ciascun medico curante. Precisiamo ancora che la formazione di un medico cattolico comporta una quadruplici dimensione:

- la formazione intellettuale e tecnica (la competenza);
- la formazione morale (l'educazione alle virtù);
- la formazione psicologica (la conoscenza di sé, la stima di sé e la guarigione): il medico deve imparare a prendersi cura di tutto se stesso, e farà lo stesso con il suo paziente;
- la formazione spirituale (che contiene la conversione, ma anche la catechesi, cioè la formazione teologica).

Non è forse ciò che diceva già Papa Pio XII nel 1956: “Il medico consideri anzitutto l'uomo nella sua interezza, nell'unità della sua persona, cioè non soltanto il suo stato fisico, ma anche la sua psicologia, il suo ideale morale e spirituale e il posto che occupa nel suo ambiente sociale”⁵⁹. ■

Note

¹ Questo articolo è stato dapprima una conferenza pronunciata nel corso del Congresso internazionale delle Associazioni di Medici Cattolici, Lourdes, 6-9 maggio 2010. Ne abbiamo conservato intenzionalmente la formulazione orale.

² http://societe.blogs liberation.fr/laplu meetlebigistouri/2007/03/la_malsant_des_.html.

³ Due cifre tra molte: “Secondo l'ultima indagine del CNOM, risalente al 2003, il 14% dei decessi di medici privati in attività sono dovuti a suicidi, contro il 5,6% nella popolazione generale [...]. Nel 2007, in una ricerca condotta dall'Unione regionale de l'Île-de-France, il 53% dei medici dicevano di sentirsi minacciati dal burn-out” (Le Quotidien du Médecin, 24 marzo 2010).

⁴ Il filosofo Michel Serres ricordava, a mo' di paragone, che all'epoca, pur essendo la persona più circondata di medici nel Regno di Francia, Luigi XIV urlava tutti i giorni dal dolore.

⁵ Concilio Vaticano II, Costituzione pastorale sulla Chiesa nel mondo contemporaneo *Gaudium et spes*, n. 33, § 1.

⁶ PAUL RICEUR, “Préface”, Commission médicale d'Amnesty International e Valérie Marange (dir.), *Médecins tortionnaires, médecins résistants. Les professions*

de santé face aux violations des droits de l'homme, Paris, La Découverte, 1989, p. 5-10, ripreso in *Lectures 1. Autour du politique*, coll. “La couleur des idées”, Paris, Seuil, 1991, p. 398-403, ici p. 398.

⁷ JEAN MONBOURQUETTE, *Le guérisseur blessé*, Montréal, Novalis, 2009, p. 72.

⁸ Cfr., ad esempio, BERNARD HÄRING, *Perspective chrétienne pour une médecine humaine*, trad. André Divault, Paris, Fayard, 1975; LUCIEN SÈVE, “La personne, concept éthique d'intérêt public”, *Laennec*, 44, n° 5 (juin 1996).

⁹ DOMINIQUE FOLDSCHIED, “La médecine comme praxis: un impératif éthique fondamental”, *Laval théologique et philosophique*, 52/2 (juin 1996), p. 508.

¹⁰ Fin dall'origine, con Ippocrate e Galieno, “la medicina occidentale è nata anzitutto come un discorso generale sull'uomo e sul suo rapporto con il mondo. Essa si è specializzata solo in seguito”. Secondo Pégeaud, la rottura inizia nel XIX secolo: “Troviamo ancora in Laennec gli stessi problemi e le stesse descrizioni presenti in Ippocrate. Nel corso della storia, i medici leggevano i testi greci, li commentavano o li traducevano”. Ma, nel 1870, con Claude Bernard e poi Louis Pasteur, questa tradizione andrà perduta” (Intervistato in *Le Monde des livres*, venerdì 26 settembre 2008, p. 10).

¹¹ La medicina diventa una professione soltanto dopo il 1892. La conseguenza positiva è l'istituzionalizzazione; una conseguenza forse più negativa è che essa concede ai medici il monopolio del trattamento della malattia (cfr. PHILIPPE ADAM e CLAUDINE HERZLICH, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, coll. “128”, Paris, Nathan Université, 1995).

¹² JEAN-MARIE GUEULETTE, “Le geste de soin est-il un geste sacré?”, *Études*, n° 4083 (mars 2008), pp. 341-350.

¹³ *Ibid.*, p. 349.

¹⁴ *Ibid.*, p. 350.

¹⁵ RAMON SANCHEZ, *Au-delà des maux. La mémoire du corps*, scritto in collaborazione con FRANCE-MARIE CHAUVELOT, Paris, Sarmant, 2001, p. 131.

¹⁶ *Le Monde*, 29 gennaio 2004, p. 17.

¹⁷ PATRICK CHOUTET e BÉATRICE BIRMELÉ, “Malade: un métier? Utilisateur ou acteur du système de santé?”, *Le Supplément. Revue d'éthique et de théologie morale*, n° 239 (juin 2006), p. 105-116, qui p. 109.

¹⁸ ÉDOUARD ZARIFIAN, *La force de guérir*, Paris, Odile Jacob, 1999, p. 71.

¹⁹ “Corpus et anima unus”, tradotto ufficialmente in: “Unità di anima e di corpo” (Concilio Vaticano II, Costituzione pastorale sulla chiesa nel mondo contemporaneo *Gaudium et spes*, 14, § 1).

²⁰ Sull'essere umano come essere più unificato del mondo vivente, cfr. la vibrante difesa di GUSTAV SIEWERTH, *L'homme et son corps*, trad. Robert Givord, coll. «Credo», Paris, Plon, 1957. Cfr. PASCAL IDE, “Une anthropologie du don. Lecture de Der Mensch und sein Leib de Gustav Siewerth”, *Nova & Vetera*, art. di prossima uscita.

²¹ DIDIER SICARD, *Hippocrate et le scanner. Réflexions sur la médecine contemporaine*, Paris, DDB, 1999, p. 157.

²² La medicina olistica qui descritta è considerata nella sua forma reattiva, cioè a esclusione del modello meccanicista, e non nel senso moderato e integratore suggerito dall'etimologia.

²³ Cfr. le opere di GABOR CSEPREGI, ad esempio *Le corps intelligent*, trad. Pierrot Lambert, Série “Essais”, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008.

²⁴ Un esempio tipico è dato dalle diverse tipologie proposte dall'opera di riferimento di FRANÇOIS LAPLANTINE, *Anthropologie de*

la maladie. Studio etnologico dei sistemi di rappresentazioni eziologiche e terapeutiche nella società occidentale contemporanea, coll. "Science de l'homme", Paris, Payot, 1986.

²⁵ Sarebbe stato possibile fare appello ad altri concetti filosofici. Ad esempio, il concetto di identità narrativa, elaborato da PAUL RICŒUR (cfr. *Soi-même comme un autre*, coll. "L'ordre philosophique", Paris, Seuil, 1990, 5^{ème} et 6^{ème} études), ha ispirato approcci medici fecondi, come ad esempio quello della demenza (cfr. THIERRY COLLAUD, "Que devient la personne dans la démence?", COLL., *L'humain et la personne*, Colloque de l'Université de Fribourg (Suisse), 7-9 novembre 2007, FRANÇOIS-XAVIER PUTALLAZ et BERNARD N. SCHUMACHER [éd.], préface de M. PASCAL COUCHEPIN, Paris, Le Cerf, 2009, pp. 115-130).

²⁶ Cf. Q. D. DE VERITATE, q. 11, a. 1 (saint THOMAS D'AQUIN, *Questions disputées sur la vérité*. Question XI. Le maître, trad. et notes par Bernadette Jolles, coll. "Bibliothèque des textes philosophiques", Paris, Vrin, 1983). Per il dettaglio, cfr. PASCAL IDE, "Healthis: Two Idolatries", PAULINA TABOADA, KATERYNA FEDORYKA CUDDEBACK and PATRICIA DONOHUE-WHITE (éd.), *Person, Society and Value: Towards a Personalist Concept of Health*, coll. "Philosophy and Medicine" n° 72, Lancaster, Kluwer Academic Publishers, 2002, pp. 55-85.

²⁷ ANDRÉ FROSSARD, "Non abbiate paura!". André Frossard dialoga con Giovanni Paolo II, Paris, Robert Laffont, 1982, p. 355-356. "In fin dei conti, commenta il Prof. Tresalti, direttore sanitario del policlinico Gemelli, che ha operato il Santo Padre, egli cercava di convincerci che nella relazione tra malato e medico, questi non deve essere l'oracolo che lascia cadere le sue decisioni dall'alto. Tali decisioni vanno prese di comune accordo, poiché se da un lato ci sono il sapere e le conoscenze della medicina, dall'altro c'è ciò che la persona sa e conosce di se stessa. Noi lo sappiamo, ma qualche volta lo dimentichiamo" (Ibid., p. 365).

²⁸ Tale opposizione della norma statistica oggettiva e della normalità vissuta ricorda la tesi centrale dell'opera classica di GEORGE CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, P.U.F., 1966.

²⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso sulla sofferenza*, Viaggio apostolico in Francia, Lione, Cattedrale di San Giovanni, 5 ottobre 1986. Evidenziato da me.

³⁰ CESLAS SPICQ, *L'Ecclésiastique*, LOUIS PIROT et ALBERT CLAMERT, *La Sainte Bible*, Paris, Letouzey et Ané, 1943, p. 756.

³¹ Cfr. LIVRE D'HENOCH, VIII, 3-4; LXIX, 8-12, *La Bible Écrite intertestamentaires*, ANDRÉ DUPONT-SOMMER et MARC PHILO-NENKO (éd.), coll. «Bibliothèque della Pléiade», Paris, Gallimard, 1987, p. 479 et 546.

³² Cfr. ARISTOTELE, *Etica a Nicomaco*, L. I, 5, 1095 b 26; L. VIII, 2, 1159 a 22.

³³ San Tommaso d'Aquino, conformemente a San Gregorio Magno, parla dell'orgoglio come di un "tumor mentis", nel senso letterale, la cancerizzazione della mente (*Somme de théologie*, IIa-IIae, q. 158 a. 7 arg. 3).

³⁴ Si potrebbe presentare questa scelta in un'altra maniera: l'assolutizzazione dell'uomo (la sua ragione) fino all'ateismo; l'assolutizzazione della natura fino al panteismo. Il dilemma allora sarà il seguente: l'affermazione della finitudine (l'uomo nella sua ragione e libertà) fino al disprezzo dell'infinito; l'affermazione dell'infinito fino al disprezzo del finito. Cristo è "sintesi" senza confusione né separazione da Dio e dall'uomo, dall'infinito e dal finito. Solo il monoteismo cristiano permette dunque di uscire dalla duplice tentazione dell'ateismo e del

panteismo, che sono il diritto e il rovescio dello stesso errore.

³⁵ Si tratta di una delle tesi centrali dell'opera di P. GEORGES COTTIER sull'ateismo. Questo elimina Dio per meglio idolatrare l'uomo. Così "un certo scientismo [...] sostiene che la ragione tecnica è in grado di operare la divinizzazione dell'uomo" (Vous serez comme des dieux, Saint-Maur, Parole et Silence, 2008, p. 110).

³⁶ LUDWIG WITTGENSTEIN, *Carnets 1914-1916*, trad., introd. e note Gilles-Gaston Granger, Paris, Gallimard, 1971, p. 142.

³⁷ Pio XII, Radiomessaggio al VII Congresso internazionale dei Medici cattolici, 11 settembre 1946.

³⁸ Si noterà che questa triplicità di atti essi stessi specificati dal loro triplice oggetto – Dio ("Prega"), il malato ("non avviliti"), il medico ("chiama il medico") – riflette, in maniera frattale (il tutto nel frammento) i tre soggetti di cui articoliamo qui gli atti: quello di Dio, quello del malato e quello del medico.

³⁹ Per un'analisi semplice e brillante, cfr. CHARLES JOURNET, *Entretiens sur la grâce*, Paris, Saint-Augustin, Suisse, Saint-Maurice, 1985, 2^e entretien, pp. 38-59. Per un'analisi approfondita e tecnica, cfr. LOUISE-MARIE ANTONIOTTI, "La présence des actes libres della créature à l'éternité divine", *Revue Thomiste*, 74 (1974), pp. 5-47.

⁴⁰ Catechismo della Chiesa Cattolica, 8 dicembre 1992, n. 308. Cfr. tutto il paragrafo intitolato "La provvidenza e le cause seconde" (n. 306-308).

⁴¹ Per un approccio sistematico, cfr. HANS URS VON BALTHASAR, *Phénoménologie della vérité*. La vérité du monde, trad. Robert Givord, coll. "Bibliothèque des Archives de Philosophie", Paris, Beauchesne, 1952, 4a parte: "La vérité comme participation". Ne esiste un'altra traduzione: *La Théologique*. I. La vérité du monde, trad. Camille Dumont, série "Ouvrages" n° 11, Namur, Culture et Vérité, 1994.

⁴² Pio XII, Ai congressisti della Società nazionale di gastroenterologia, p. 186.

⁴³ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso all'Associazione Medica Mondiale*, 29 ottobre 1983. Evidenziato da me. Nel discorso già citato, troviamo anche il seguente passaggio: "Vi incoraggio a continuare coraggiosamente le ricerche, a curare con il massimo della competenza, a combattere la malattia in tutte le sue forme e anche le sue cause, naturali o umane. Tutto questo fa parte del piano di Dio che ha dato all'uomo l'intelligenza e l'abilità per progredire nelle scoperte sull'organismo umano e metterle in frutti al servizio dell'uomo. Quali difensori della vita umana, voi siete i cooperatori di Dio" (GIOVANNI PAOLO II, *Discorso sulla sofferenza*, op. cit. Evidenziato da me).

⁴⁴ ÉRIC-EMMANUEL SCHMITT, *Oscar et la dame rose*, Paris, Albin Michel, 2002, p. 92. Evidenziato da me.

⁴⁵ Aggiungiamo che il testo del Siracide e, più in generale il Vecchio Testamento, hanno dato vita a un prezioso modello di comprensione: l'alleanza terapeutica (cfr. l'iniziativa: WILLIAM F. MAY, *The Physician's Covenant*, Philadelphia, The Westminster Press, 1983). Esso completa i modelli del servizio, del contratto e della cooperazione.

⁴⁶ O, in maniera dinamica: «Fa' poi passare il medico – Il Signore ha creato anche lui» (*Sir* 38,12).

⁴⁷ Ad esempio, nell'estratto di cui sopra, Pio XII cita *Sir* 38,1 nella versione greca, ma lo commenta nel senso ebraico. In effetti, il testo ebraico fu scritto da Gesù Ben Sirac, verso il 180 a.C. "Ora, – spiega un esegeta – questo testo che San Girolamo ha conosciuto è scomparso da oltre dieci seco-

li. Se ne conosceva solo una traduzione in greco, fatta in Egitto, dal figliolo dell'autore poco prima del 132 a.C. e una versione siriana. Alla fine dello scorso secolo, in una dipendenza del Cairo, sono stati scoperti dei frammenti in ebraico corrispondenti ai due terzi del testo. In seguito queste scoperte sono state confermate da altri frammenti ritrovati lungo il mar Morto, nelle grotte di Qumrân e a Massada, fortezza caduta nelle mani dei Romani nel 73. Ciò ha comunque posto numerosi problemi di critiche testuali per le grosse differenze esistenti tra le differenti versioni. Il testo ebraico del *Sir* 38 non presenta per fortuna una differenza notevole con la versione greca". In ogni caso, in generale "è legittimo considerare questa versione [ebraica] come quella che fa autorità" (MAURICE GILBERT, "L'Ecclésiastique quel texte ? quelle autorités?", *Revue Biblique*, 94/2 [1987], pp. 233-250).

⁴⁸ Cfr. JEAN-LOUIS CHRÉTIEN, "L'humilité libératrice" et "L'humilité selon saint Bernard", *Le regard de l'amour*, Paris, DDB, 2000, pp. 11-31 et pp. 33-54.

⁴⁹ SAINT-IGNAZIO DI ANTIOCHIA, Lettera agli Efesini, 7, 2, trad. Pierre-Thomas Camelot, *Les écrits des Pères apostoliques*, coll. "Foi vivante", Paris, Le Cerf, 1990, p. 160.

⁵⁰ Cf. PASCAL IDE, "Le péché, maladie de l'âme", COLL., *Le Mystère du mal*. Péché, souffrance et Rédemption, sous la dir. de MARIE-BRUNO BORDE, coll. "Recherches Carmélitaines", Toulouse, Éd. du Carmel, 2001, pp. 411-430.

⁵¹ Catechismo della Chiesa Cattolica, 8 dicembre 1992, n° 1503-1505.

⁵² Cfr. gli sviluppi in CRISTIANO ARDUINI, *La razionalità dell'agire del medico e il ruolo delle virtù*, coll. "Sophia. Epistème" n° 6, Padova, Facoltà Teologica del Triveneto, Ed. Messaggero Padova, 2009, pp. 131-156: "Specificità della compassione medica".

⁵³ Il Buon Samaritano impiega non soltanto i mezzi vegetali che sono l'olio, il vino, ma anche – lo si dimentica spesso – il mezzo animale che è il suo cavallo.

⁵⁴ "Discours au Comité national italien pour 'la journée du médecin'", 18 ottobre 1969, *La documentation catholique*, 7 dicembre 1969, n° 1552, p. 1060.

⁵⁵ Cfr. Concilio Vaticano II, *Costituzione dogmatica sulla Chiesa Lumen gentium*, n. 36.

⁵⁶ Come l'oscillazione tra primato del malato e primato del medico, così anche l'amore di sé e l'amore dell'altro hanno difficoltà ad armonizzarsi.

⁵⁷ Ricordiamo che lo Spirito Santo soffia nella Chiesa, di cui non spetta a noi delineare i limiti visibili e che ci insegna, attraverso il suo Magistero, la buona novella della vita, il Vangelo della vita.

⁵⁸ E quanto afferma il primo articolo del Credo: "Credo in Dio Padre onnipotente, creatore del cielo e della terra". Cfr. S. THOMAS D'AQUIN, *Somme de théologie*, Ia, q. 45, a. 6, ad 2um.

⁵⁹ Pio XII, "Discorso ai membri del Comitato esecutivo dell'Unione internazionale contro il cancro e a un gruppo di oncologi riuniti in giornate di studio", 19 agosto 1956, *Documents de sa Sainteté Pie XII*, Saint-Maurice (Suisse), Saint-Paul, 1956, p. 475-479, qui p. 478. Bisognerebbe citare tutto il discorso: "In ogni caso, si impone al medico un'autentica meditazione in cui i fattori d'ordine umano siano considerati ben più degli altri". Inoltre il medico non può nascondersi la sola tecnica: "La scienza [...] qui scompare di fronte ad una comprensione ampia, disinteressata, sensibile a tutti gli imponderabili d'ordine affettivo, che uno spirito troppo rigido non coglie".

L'umanità nell'anziano

**PADRE MARIANO
GALVE MORENO**

*Psicologo, psicanalista,
specialista in psichiatria Sociale
Saragozza, Spagna*

Questo intervento nasce da uno dei problemi che più preoccupano le nostre comunità occidentali: l'indice crescente di anziani non autosufficienti. E dato che sono numerosi, che non offrono interesse né significano nulla, dobbiamo chiaramente ammettere che non sappiamo cosa fare con loro. Sempre più li escludiamo – o si escludono – dalle attività più vitali della nostra comunità e creiamo per loro un altro tipo di cultura marginale, con le loro case di riposo, club sociali e riti di viaggi e divertimenti.

La nostra coscienza sociale, più interessata alle apparenze esteriori che alla realtà interiore, ansiosa sempre di non alterarsi o di non compromettersi troppo, non si lascia commuovere, così da non preoccuparsi delle “esperienze interne”, a meno che un qualche male terribile, come la droga, l'AIDS, l'insicurezza cittadina o la delinquenza giovanile, assalga le nostre comunità. Ne deriva che il degrado spirituale e la disperazione dei suoi nonni non autosufficienti non sembrano di sua pertinenza.

La nostra coscienza sociale è colpita dalle cose che hanno una “visibilità alta”, come i grandi monumenti, le grandi piazze e l'abbondanza di risorse mediche, molto più di quelli che hanno una “visibilità bassa”, come il trattamento personale.

In una residenza di anziani malati cronici, ad esempio, il personale, benché premuroso e affabile, sembra mantenere un atteggiamento di indulgente superiorità con gli anziani che considera bambini disorientati, bisognosi di cure, alla cui confusione non bisogna fare particolare caso, mentre si attende assiduamente alle loro necessità corporali.

Le case di riposo sono orientate al corpo e non alla mente. La mente degli anziani ostacola l'impegno reale dell'istituzione, che è quello di fornire cure mediche, nutrimento e asepsi. Tutto il razionale che l'anziano chiede lo si dà il più rapidamente possibile, si adempie attivamente al dovere e raramente si parla loro con asprezza. Allo stesso tempo, il personale sembra avere una minima comprensione delle caratteristiche mentali di una persona inferma e vecchia.

In una istituzione per poveri che dipendono dall'assicurazione, il direttore scoprirà se un anziano è stato lavato oppure no, però non se chi lo ha fatto ha impiegato un po' più di tempo a lavarlo, trattandolo come un essere umano e non come una cosa inanimata. Dato che dedicare troppi minuti a un essere umano fa sì che un assistente perda tempo e non possa raggiungere la sua “quota” di pazienti, li si lava come fossero degli oggetti senza valore, violandone l'intimità, perché non c'è tempo per spostare il paravento o cambiare la biancheria del letto in modo da rispettare il pudore del paziente.

Gli anziani passano gli ultimi tempi della loro vita in lunghi periodi di ansia e ricordi silenziosi, alternati da scoppi d'ira o petulanza nei rapporti con gli altri, per guardare la televisione e per le visite dei parenti. Allo stesso tempo, gli anziani tendono la mano a chiunque possa occuparsi di loro in maniera personale e, se potessero, li terrebbero a parlare con loro interminabilmente. C'è voglia di comunione, ma poca capacità reale di raggiungerla.

Pertanto, la caratteristica generale più importante di una comunità sana **si riferisce al posto che gli anziani occupano all'interno di essa. Nelle nostre comunità essi devono avere un posto che sia degno.**

Nel mio intervento parlerò di cultura, ma soprattutto di individui. Cercherò, in nove caratte-

ristiche, di mettere in relazione cultura e individuo. Mi interessa, soprattutto, definire bene quegli elementi che fanno sì che una cultura e le sue comunità possano essere aperte, premurose e personalizzanti.

1. Personalizzare e comunicare

Una comunità è la parte del tessuto sociale che si colloca tra l'individuo, in questo caso l'anziano, e la società.

I due estremi – anziano e mondo – possono renderla unilaterale. In un estremo starebbero le comunità narcisiste, isolate e assorbite – puramente soggettive –. Due esempi:

Il primo, la cosiddetta “solitudine tra due”, in cui le coppie si chiudono nella propria casa ancor più degli individui isolati, vedovi o singoli. L'attaccamento spesso geloso, maniacale, tirannico, che hanno l'uno per l'altro li porta a creare il vuoto attorno a sé.

Il secondo esempio, queste “case di riposo” emarginate e isolate dal tessuto sociale, in cui il vecchio vegeta e trascorre in modo monotono le sue ore aspettando il pasto.

Nell'altro estremo starebbero quelle comunità caotiche e confuse, in cui l'individuo si perde e dissolve la propria identità nella globalità del mondo. In un'inchiesta è stato rivelato, ad esempio, che una persona anziana su tre, vivendo nella comunità globale, non ha nessuna relazione sociale, non riceve mai una lettera o una visita, e non conosce nessuno.

1.1 Una comunità sana deve, in primo luogo, personalizzare

A questo riguardo mi colpì il commento di un'anziana che, in una casa di riposo, aveva ricevuto un mazzo di fiori. Mi disse:

“Non conosco la gente che me lo ha inviato – vengono da un circolo a cui appartengono mio fi-

glio e mia nuora, non mi conoscono – quindi l’ho ricevuto a motivo di mio figlio e di mia nuora. Tutti coloro che fanno cose buone per me, lo fanno a causa di altre persone, non per me. Un mucchio di gente mi invia cartoline e fa cose per me, ma si tratta di amici di mio marito o di mio figlio, non sono amici miei”.

Benché il sentimento di non sentirsi amata possa essere una peculiarità personale di quell’anziana, credo che si tratti di un sensazione abbastanza generale nella nostra cultura.

In primo luogo, la gente ha messo il livello elevato di vita al posto del proprio Io autentico; pertanto non coltiva l’Io, ma uno standard di vita.

Inoltre intuiamo che la nostra cultura non ci fornisce una maniera di valutare con certezza la nostra individualità, e ci vediamo obbligati a valorizzarla con cose esterne o ottenendo titoli.

Perdiamo anche amici, che sembrano abbandonarci senza apparente motivo, o che semplicemente se ne vanno, di modo che non esiste una comunità personale stabile in cui possa riflettersi la nostra vera identità. Ne deriva che ci risulta difficile credere che siamo degni d’amore, indipendentemente dal fatto che i nostri genitori possano averci amato.

Queste condizioni soggiacenti si aggravano nella vecchiaia, poiché molti di coloro che gli anziani amano sono morti e molti di quanti li circondano sono persone più giovani che, di conseguenza, li considerano estranei, strani e noiosi. Mancano, quindi, di un ruolo da svolgere e si trasformano in anziani non autosufficienti.

1.2 Una comunità sana, in secondo luogo, deve mettere in relazione e comunicare

Bisogna, a questo punto, dire che gli anziani si sentono soli perché in realtà sono soli. La società mostra disinteresse nei loro confronti, giacché ora consumano meno, se messi in relazione ad altri strati sociali. Cercano la loro autonomia nella distrazione e nelle chiacchiere, e pochi si danno da fare per continuare a essere utili.

L’anziano è solito pensare di non avere nessun ruolo nella società postmoderna, che l’unica cosa che può fare è godersi la vita e riposarsi. Ciò che in principio non sembra una cosa cattiva può trasformarsi nella trappola del tedio e dell’abbruttimento.

Da ciò si deduce chiaramente *un primo aspetto*, fondamentale e generico, di una comunità sana, capace di integrare gli anziani: **potenziare al massimo i suoi membri – compresi gli anziani – in una forte integrazione di progetto comune.**

E, fin da subito, possiamo dare alla comunità un compito: “Il fine di una comunità, di ogni comunità autentica, consiste nel personalizzare l’individuo – in questo caso, l’anziano –, permettendogli la comunicazione con la comunità globale”.

2. Affiliare, appartenere, essere fedele

Il fenomeno comunitario, nel nostro spazio occidentale, deve essere situato nel suo contesto. E il contesto, di fronte alla comunità, presenta una difficoltà generale: molte delle preoccupazioni della gente per l’accettazione e il conformismo nascono dalla mancanza di affiliazione, di appartenenza e di fedeltà della nostra società, il che fa sì che **la comunità personale** sia qualcosa di tanto incerto che la gente deve profittare di ogni risorsa possibile per garantirsi che non arriverà a restare sola.

La **filiazione**, al contrario, è importante dal momento che si sa che la protezione più efficace per gli anziani è quella che garantisce ai vecchi genitori l’amore dei loro figli.

Per questo, gli obiettivi di attenzione alla terza età non consistono in un intervento sociale o puramente terapeutico, ma devono contemplare, tra l’altro, la prevenzione della rottura della famiglia e mantenere l’anziano nella sua casa per tutto il tempo possibile.

Questi obiettivi devono essere stabiliti molto presto. **Reheim** ha sottolineato la corrispondenza tra la felicità della prima età e quel-

la dell’ultima. È nota l’importanza che riveste, nello sviluppo ulteriore della personalità, il modo con cui il bambino è stato trattato.

Quando un bambino non è stato appagato nell’alimentazione, nella protezione e nella tenerezza, crescono in lui il rancore, la paura e perfino l’odio. Una volta adulto, le sue relazioni con gli altri sono aggressive e, con tutta sicurezza, abbandonerà i suoi genitori quando questi saranno incapaci di badare a se stessi.

Quando invece i genitori alimentano bene e coccolano i propri figli, li fanno diventare individui felici, aperti e benevoli. Quando inculcano nei bambini sentimenti di appartenenza, ottengono che essi, una volta adulti, sviluppino sentimenti altruistici e, in particolare, si sentano attaccati ai loro genitori, riconoscano che hanno dei doveri verso di loro e li compiano.

Se è così, bisognerà allora riflettere su ciò che è successo nella nostra società occidentale che potrebbe spiegare i seguenti dati:

Un rilevatore osservava che il 92% degli anziani si diceva rispettato e amato dai propri figli, mentre solo il 63% affermava che i figli, in generale, amano e rispettano i propri genitori. Evidentemente, in molte di queste risposte o l’anziano mente a se stesso oppure interviene il suo orgoglio, tanto da non voler ammettere a se stesso di essere solo o trascurato.

D’altra parte, è stato provato che:

– tra gli anziani economicamente deboli, le relazioni familiari non migliorano lo stato d’animo;

– tra coloro che sono benestanti, gli amici contano più della famiglia;

– e che la presenza piuttosto vicina di fratelli, sorelle, cugini ecc., può non aiutare l’anziano a vivere.

Tuttavia, non esiste immagine più tenera di un bambino in braccio al nonno, che gli racconta una storia.

E nasce, così, un secondo aspetto salutare di una comunità: la sua capacità di affiliazione, la sua matrice di appartenenza e questo tempus sufficiente per strutturare la fedeltà.

3. Valori e impulsi

La comunità, oggi, – se vuole essere una comunità sana, in cui possano vivere gli anziani – deve servire da **luogo di riparo** di fronte a una cultura che opera per impulso.

3.1. La nostra cultura è mossa da **impulsi**: di realizzazione, competenza, guadagno e mobilità, e da quelli di soddisfazione e di un livello di vita superiore. Impulsi come la fame, la sete, il sesso, ecc., nascono direttamente dalla chimica del corpo, mentre quelli di espansione, competenza, realizzazione, e così via, sono generati dalla cultura. Ciò nonostante, cediamo a questi ultimi così come cediamo alla fame e al sesso.

In questo tipo di cultura tanto impulsiva, come possono sopravvivere i vecchi? Come possono sopravvivere quando:

- a livello psicologico, gli anziani conservano: il vocabolario, l'informazione generale e il senso comune;

- mentre, al contrario, perdono: il ragionamento astratto, l'apprendimento, la memorizzazione, la velocità di reazione e assimilazione, l'attenzione, la concentrazione, l'organizzazione e la strutturazione del campo vitale spaziale. E sono proprio queste caratteristiche a rendere rigidi alcuni aspetti della vita psicologica dell'anziano;

- quando diminuiscono anche gli interessi e l'attrazione del rischio, e diventa difficile controllare le emozioni, una cosa che peggiora con l'età e che fa sì che l'anziano – come il bambino – controlli male gli impulsi;

- quando tra i 60 e i 70 anni aumenta l'ansia, che li rende più vulnerabili al cambiamento e, per questo, si rifugiano nel consumo di alcol e di ansiolitici;

- quando, per ragioni tanto fisiche quanto psicologiche, sono più sedentari;

- quando si sa, insomma, che, a maggiore età corrisponde una maggiore resistenza ai cambiamenti, che le nuove idee vengono adottate con lentezza, quando non sono rifiutate. È per tutto ciò che questo settore della popolazione è qualificato come molto conservatore?

Un'apparente tranquillità di fronte alla morte, accanto al desiderio di prolungare la vita, è relazionata a questa cultura che, operando per impulsi, mette l'accento solo sulla sopravvivenza e non sa preparare la mente al trapasso.

Bisogna confessare che questa liberazione dagli impulsi non crea problemi. Come può una comunità affrontare il vigoroso impulso dei suoi membri e, tuttavia, assolvere il compito assegnatole da questo periodo? Come può liberare le emozioni primarie senza scatenare il caos? Vi sono casi di bambini alcolizzati, di adolescenti drogati, di giovani senza "nessun rispetto". Come si può permettere che gli impulsi si scarichino e, nel contempo, fornire la quiete sufficiente perché quelle persone che, come gli anziani, necessitano di un ritmo più lento abbiano diritto a esistere?

3.2. Per questo, di fronte a ciò che si ritiene uno sviluppo "selvaggio" della parte più immatura e incosciente – impulsi e desideri – di noi e della nostra cultura, esiste una nostalgia di un altro tipo di necessità che potremmo denominare **valori**. Deve giungere un momento in cui si viva nella tolleranza, e vi sia capacità di convivenza, libertà e partecipazione come mai prima ma, inesplicabilmente, tutto ciò non lo sentiamo come una realizzazione dei valori.

E così la terza caratteristica psicologica di una comunità sana è quella di essere luogo di rifugio ove possa essere operativo un altro tipo di sollecitazioni, che denomineremo valori, come l'amore, la bontà, la tranquillità, la contentezza, il divertimento, la franchezza, l'onestà, la decenza, il riposo e la semplicità.

Perché solo a partire da questi valori i vecchi potranno avere un posto, senso e utilità.

4. Rafforzare l'individuo

La comunità – se vuole essere oggi una comunità sana, in cui gli anziani possano vivere – deve volere, potere e saper **proteggere i suoi membri** da ciò che, più precisamente, li distrugge: l'invasione indiscriminata e vorace dei desideri.

Si è sempre riconosciuta l'esistenza di un vasto potenziale di necessità umane però, dopo la cultura industriale moderna capace di produrre quasi tutto, è giunto il tempo di aprire il sipario delle necessità infinite.

Desideri e consumo stanno distruggendo la cosa più fondamentale della tradizione indoeuropea, islamica ed ebraica – il sistema di controllo degli impulsi – in quanto il desiderio di un milione di cose non può avvenire senza stimolare la bramosia per ogni cosa.

Ieri stesso l'ho potuto vedere raffigurato in una banchina della metro. Un cartellone pubblicitario diceva: "Tutti i tuoi desideri" e, sotto, "Tutti i tuoi regali". Firmato: *El Corte Inglés*.

Se ci lasciamo trasportare dai desideri, se l'unico modello culturale valido e appetibile è quello di soddisfarli, capiremo ciò che significa l'emarginazione di quelle persone che "danno fastidio" perché si sono deteriorate o, semplicemente, perché sono vecchie.

In questo senso, dobbiamo osare affermare che dietro molte richieste per un posto in una casa di riposo, o dietro quell'anziano che passa mesi, e perfino giorni, nelle varie case dei figli, vi è la sensazione che l'anziano dà fastidio e impedisce la realizzazione comoda dei nostri desideri. E, al contrario, dovremmo affermare semplicemente che non gradiamo vedere, sentire e vivere con l'anziano.

Certo, ciò ha a che vedere con il cambiamento. Un essere umano intatto è sano di corpo e di mente. In questa salute figurano la vista, la ragione, l'udito e la continenza. Però una persona deteriorata è matta, cieca, sorda o incontinente. Quanto più deteriorata è una persona, tanto più gli altri tendono ad allontanarsi da lei. Alcuni handicap, come l'incontinenza, ad esempio, sono più repulsive di altre. Naturalmente, non tutti si allontanano da queste persone e probabilmente quanto più problematica è una persona intatta, tanto maggiore sarà la sua tendenza a tenere lontano coloro che hanno degli handicap. È difficile immaginare che una persona che ha ricevuto amore e che ha avuto fortuna si allontanerà tanto rapi-

damente da un essere con handicap, quanto la persona la cui vita è stata una serie di privazioni e umiliazioni.

Così, la tendenza delle persone sane ad allontanarsi da quelle con handicap è legata alla loro **espe-rienza della privazione** e al grado della propria vita.

Però l'allontanamento deve essere anche, in un certo modo, relazionato alla **paura** della persona con handicap. Le persone che hanno paura di chi ha un handicap, molto probabilmente si discosteranno da lui più di chi non lo teme.

Infine, possiamo supporre che se una persona deformata – un gobbo, ad esempio – **ha qualcosa da dare** – calore umano o regali –, la gente si sentirà meno incline a rifiutarla.

Tutto ciò si può riassumere in quella che sembra essere una sorta di legge della deformazione e dell'emarginazione: "La tendenza delle persone sane ad allontanarsi da quelle con handicap è determinata dalla portata e dalla natura dell'handicap, dal grado di handicap degli individui sani e dalla loro paura per la persona deformata, così come dalle risorse di quest'ultima".

Di fronte alla crisi attuale dei "nuovi poveri" e a quella futura di quando saranno cadenti, apparirà uno stereotipo negativo della vecchiaia: ageismo, gerontofobia e uno stato di fatto di solitudine e malattia, di immobilità e disperazione, di restrizione, di libertà e povertà, di infelicità e paura della morte – *Panorama grigio*, l'ha definito ieri la Rappresentante di Eurolinkage, Margaret Batty –. Pertanto, ha ragione **Mauriac** di affermare: "Un vecchio esiste solo per quel che possiede; dal momento che non possiede niente lo si butta nell'immondizia; a questa età avanzata si può solo scegliere tra il ricovero e la fortuna".

Una comunità sana, in cui gli anziani abbiano il posto che compete loro, deve dedicarsi immediatamente al compito di proteggere i suoi membri perché essere schiavo dei desideri presuppone un indebolimento dell'io. Le identità dell'ego – soprattutto quando non arrivano agli alti standard dei modelli culturali – si trovano sguar-

nite, perché il desiderio e il consumo impongono loro la rinuncia alle loro necessità personali.

Oggi, la quarta caratteristica di una comunità sana riguarda molto da vicino i sistemi di difesa. Se nel corso della storia, le comunità umane si stabilirono, nella foresta come nel deserto, con lo scopo di ottenere nutrimento e protezione, attualmente una comunità sana dovrà trovare anche il modo di soddisfare quelle necessità inevitabili e proteggersi dalle altre che le sono superflue. Una comunità sana dovrà insegnare ai suoi a saper trasformare alcuni impulsi in beni più alti e difenderli contro l'opinione invasiva secondo cui il sacrificio degli impulsi non garantisce il conseguimento di ricompense, né in terra né in cielo.

5. Capacità emulativa

Una comunità sana – lo abbiamo già detto – è capace di fornire ai suoi membri il senso di appartenenza, un luogo di riparo, il rafforzamento delle individualità e difese operative di fronte a tutti i pericoli, tanto interni quanto esterni.

Inoltre, dovrà essere capace di avere la sufficiente vitalità per educare i suoi e poter offrire loro progetti e compiti.

Nella nostra società possiamo osservare l'**erosione della capacità di emulazione**, la perdita della capacità di prendere un'altra persona a modello. Invece, in una cultura competitiva, una persona invidia tutto il buono che può succedere a un altro. Basta sapere che uno ha qualcosa di buono, perché cominci a sentirsi depresso o invidioso o le due cose messe assieme. In una cultura competitiva, il successo che uno ottiene in qualcosa costituisce la sconfitta di un altro, anche quando questo successo non ha nulla a che vedere con lui. L'invidia uccide l'emulazione alla radice.

Viviamo in una società che adora tutto ciò che è giovane. Per questo gli idoli sono la velocità, la lotta, la forza, i nervi, la potenza sessuale, la ribellione politica, ideologica o semplicemente mentale e, di conseguenza, l'immagi-

ne; per questo si ritiene che i vecchi siano una scocciatura.

Per la "generazione Pepsi", il vecchio è un essere brontolone, capriccioso, raggiratore, depresso e decrepito che vive in una torre d'avorio. Impegnato ad arieggiare gli stracci sudici, inutile e incapace di assimilare il nuovo, si guarda indietro con nostalgia e rabbia. È un individuo senza genere né sesso, stanco, paranoico, nevrotico e sgradevole.

Ma la relazione dei bambini, dei giovani e degli adulti con gli anziani è vitale. Per questo mi ha fatto piacere sentire ieri che, in una casa di riposo, vi sono i "bambini volontari". La loro autorità (degli anziani) si fonda sul dovere o sul rispetto che ispirano; il giorno in cui bambini, giovani e adulti si libereranno di questi sentimenti, gli anziani non avranno nessun potere.

La **capacità emulativa** è, tuttavia, un aspetto culturale estremamente importante da mantenere, e questo per varie ragioni:

1^a. Perché la cultura dipende, comunque, da questa potenzialità in quanto, in gran parte, attraverso il vigoroso potenziale inerente di emulazione delle qualità che l'uomo possiede, si sono mantenute le qualità morali delle comunità e l'uomo si è appoggiato a questo meccanismo per educare le nuove generazioni.

2^a. **Covery**, sottolineando che l'anziano mantiene le caratteristiche fondamentali della sua personalità e le adatta alle nuove situazioni, afferma che nel nostro tempo è necessario recuperare la vecchiaia, perché nei prossimi anni non solo si produrrà un invecchiamento della popolazione, ma anche un aumento dei più anziani e non autosufficienti in relazione ai vecchi-giovani; un aumento parallelo alla diminuzione dei sostegni familiari, visto che vi sono sempre più persone singole e coppie senza figli.

3^a. Quando la delusione e il sospetto si uniscono al sentimento di essere stati traditi, le popolazioni si trovano senza modelli di imitazione e le comunità soffrono una grave crisi d'identità.

Una comunità sana, affinché nel suo seno si realizzi una scel-

ta emulativa, moralmente solida, deve, come quinta caratteristica, avere la sufficiente fede in se stessa per poter presentare i propri progetti educativi con un certo ottimismo ingenuo che possa essere capace di appassionare la volontà dei suoi membri.

6. Amore e autorità

Oggigiorno, nella nostra cultura, **la dipendenza** ha acquisito un significato speciale perché, in qualsiasi comunità, essa pone un freno agli impulsi; e il desiderio di essere indipendente raramente significa qualcosa di più della voglia di fare ciò che ci piace. L'ansia o la collera dei maggiori di età viene ritenuta quindi "ingiusta", "assurda" o "arretrata". Oggi la domanda di indipendenza possiede, spesso, una sorta di egoismo infantile irreflessivo, distante anni luce dai suoi antichi significati.

Così tutti ammettono la difficoltà di mantenere un anziano nella famiglia nucleare: non vi è posto per loro, non ci si può prendere cura perché l'uomo e la donna lavorano, essi inoltre tolgono tempo e spazi di indipendenza e libertà e disturbano i figli.

Tale filosofia implicita è quella che favorisce il proliferare di ricoveri e case di riposo per anziani. Per questo, tenendo presente l'umanità dell'anziano, dovremmo chiederci: gli anziani vogliono andare in una casa di riposo?, quali sono i motivi che li obbligano ad andarci? e, se non c'è altro rimedio, come vi vivono?

Tutte le ricerche rivelano che il 74% oppone resistenza al ricovero in una casa per anziani e il 15% accetta l'idea perché si tratta di invalidi.

Sono quattro le ragioni principali per le quali le persone anziane richiedono di entrarvi:

1^a. Anzitutto, l'insufficienza delle risorse. Nelle grandi istituzioni, tre quarti di loro dipendono dall'assistenza, mentre quanti godono di una pensione preferiscono piccoli istituti privati.

2^a. L'impossibilità di trovare un alloggio e la fatica di occuparsene.

3^a. Ragioni familiari. I figli rifiutano di accollarsi l'anziano o decidono di liberarsi di lui.

4^a. Infine, gli anziani necessitano di assistenza medica.

In generale entrano nella casa di riposo della loro provincia, alcuni come indigenti, altri pagando parte della loro pensione. Vi sono quelli che passano tutto il tempo di casa in casa; negli intervalli, vagabondano e bevono. Alcuni istituti rifiutano gli anziani infermi; altri accettano gli infermi, anche se sono giovani.

Però, parlando di individui e personalizzando, interessa qui conoscere come l'anziano vive questa cosa.

Si comprende come l'ingresso in una casa di riposo rappresenti un dramma per l'anziano. Lo shock psicologico è particolarmente violento nelle donne, più radicate degli uomini alla loro casa. Danno segnali di ansia, hanno tremori. Poco a poco, molti si rassegnano. A volte, come sembra, la casa di riposo restituisce all'anziano il gusto di vivere; egli si sente meno isolato, si fa degli amici; per una sorta di emulazione, si lascia andare meno di prima. Si tratta però di una cosa rara.

Una statistica del **Dott. Pequinot** stabilisce che tra gli anziani sani ammessi in una residenza:

- l'8% muore nei primi otto giorni;
- il 28,7% muore durante il primo mese;
- il 45% muore nei primi sei mesi;
- il 54,4% muore nel primo anno;
- il 65,4% muore durante i primi due anni.

Ciò vuol dire che oltre la metà di loro muore il primo anno della sua ammissione. Le condizioni di vita nelle case di riposo non sono le sole responsabili; tra gli anziani, è il cambiamento, qualunque esso sia, a causare la morte. Piuttosto bisogna compiangere la sorte di coloro che sopravvivono. In gran parte, la si può riassumere in poche parole: abbandono, segregazione, demenza, morte.

La vita comunitaria è mal tollerata dalla maggior parte di loro. Scontenti, ansiosi, ripiegati su se stessi, sono rinchiusi insieme senza che sia stata organizzata per loro nessuna vita sociale. Benvenuti,

quindi, il tema e i contenuti di questo Simposio: "Formazione di animatori di persone maggiori di età"! La loro suscettibilità, le loro tendenze rivendicative e a volte paranoiche, producono reazioni conflittuali frequenti. Tutti i processi patologici a cui è soggetta la vecchiaia si accelerano nelle case di ricovero.

Nel cercare di comprendere questa gente, bisogna ricordare che non sono semplicemente anziani, ma anziani collocati in una **istituzione**, separati dalle loro famiglie e dai loro amici, salvo durante le ore di visita, e che si prendono cura di loro persone che vengono pagate per farlo. Certo, molte volte è meglio che li curino persone motivate da una benevolenza pecuniaria e non una famiglia che manca totalmente di benevolenza. Ciò nonostante, la scelta può essere dura e costituire un motivo di grave tensione per persone che, per la loro età, non sono dotate per sopportarla bene. Le difficoltà inerenti all'essere anziano nella nostra cultura aumentano, anche in condizioni di benevolenza pecuniaria, le necessità d'ordine, routine e guadagno di un'istituzione, che esercitano tutte un potere di coercizione. Possiamo dire, senza tema di sbagliare, che alcune persone non si troverebbero nella residenza se potessero scegliere, cosa che non possono fare, naturalmente, perché la loro debilità, le loro malattie, il denaro, l'incapacità della famiglia di prendersi cura di loro e la mancanza di voglia di farlo, trasformano queste residenze in una soluzione. Per molti, neanche l'attenzione di queste case può cancellare "l'astio, la febbre e l'irritazione" che accompagnano la persona vecchia nella nostra società.

La sete di indipendenza, dietro alla quale e per la quale proliferano le residenze per anziani, è stata formata dalla filosofia della permissività nella crescita dei bambini e dalla conseguente erosione della capacità di gratitudine per i maggiori d'età in una cultura orientata verso gli impulsi.

L'ossessione di indipendenza di molte coppie giovani, è legata all'ansia di non avere nulla, o di non essere capace talvolta di avere autostima. In questo conte-

sto, l'indipendenza, il mantenersi distante dagli altri, è espressione della paura di perdersi se si cade sotto il controllo di un altro attraverso l'amore, l'amicizia, la gratitudine o il dominio intellettuale. In questo contesto, non è strano che gli anziani non abbiano spazio.

Una comunità sana dovrà saper superare questo incantesimo malevolo che l'amore sia inteso come laccio, l'amicizia come dipendenza e la gratitudine come servilismo. La sesta caratteristica di una comunità sana consisterà nell'arte di coniugare amore e autorità.

7. Senso della vita e significato spirituale

Credo che ciò che sta accadendo nelle nostre comunità occidentali, obbedisce a una profonda crisi spirituale.

Bisogna avere l'audacia di affermare che la cosa più grave avvenuta nelle nostre comunità è che la capacità di pensare e agire con un inquadramento a una gerarchia di valori spirituali, l'esistenza di un nucleo unificatore grazie al quale l'uomo si orienta nella vita, sta per essere distrutta nella nostra società.

Siamo condannati a una prassi di benessere e di consumo e manchiamo, pertanto, di questo nucleo di unificazione spirituale che dia senso alla nostra vita.

Particolarmente difficile è trovare, nella nostra cultura, il senso della vita e il significato degli anziani. Solo alcuni – i migliori, i più forti o fortunati – hanno potuto giungere a questa ottava tappa di **Erikson**:

“Solo l'individuo che si è preso cura di cose e persone e si è adattato ai trionfi e alle delusioni inerenti al fatto di essere generatore di altri esseri umani o di prodotti ed idee, può accedere alla maturazione dell'integrità piena dell'io. Tale integrità è la sicurezza accumulata dall'io riguardo all'ordine e al significato. È un amore post-narcisista dell'io umano come un'esperienza che trasmette un certo ordine del mondo e senso spirituale, per quanto si sia dovuto pagare per questo. È l'accet-

tazione del proprio e unico ciclo di vita come una cosa che doveva essere e che, necessariamente, non permetteva alcuna sostituzione: significa così un amore nuovo e distinto verso i genitori. È un cameratismo con le forme organizzatrici di epoche remote e con attività distinte, così come si esprimono nei prodotti e nei detti semplici di tali tempi ed attività. Quantunque percepisca la relatività dei diversi stili di vita che hanno dato significato allo sforzo umano, colui che possiede l'integrità è sempre pronto a difendere la dignità del proprio stile di vita contro ogni minaccia fisica o economica. In quanto sa che una vita individuale è la coincidenza accidentale di un unico ciclo di vita con un solo frammento della storia; e che per lui ogni integrità umana si mantiene o crolla con quest'unico stile di integrità al quale partecipa. Lo stile di integrità sviluppato dalla sua cultura si trasforma così nel “patrimonio della sua anima”, il sigillo della paternità morale di se stesso. In questo consolidamento finale, la morte perde il carattere di oppressione.

La mancanza o la perdita di questa integrazione accumulata dell'io si esprime nel timore della morte; non si accetta l'unico ciclo di vita come l'essenziale della vita. La disperazione esprime il sentimento che ora il tempo che resta è breve, troppo breve per intraprendere un'altra vita e per provare strade alternative verso l'integrità. Il malessere nei propri riguardi occulta la disperazione, il più delle volte sotto forma di mille piccole sensazioni di malessere che non equivalgono a un grande rimorso.

A forza di avvicinarsi all'integrità o di sperimentarla, l'individuo deve apprendere a seguire i portatori di immagini nella religione e nella politica, nell'ordine economico e nella tecnologia, nella vita aristocratica, nelle arti e nelle scienze. Pertanto, l'integrità dell'io implica una integrazione razionale che permette la partecipazione per consenso così come l'accettazione della responsabilità della leadership”.

Oggi la tragedia della vecchiaia è la condanna radicale di tutto un

sistema di vita mutilante, che non fornisce all'enorme maggioranza delle persone che ne fanno parte alcuna ragione di vita. Il lavoro e la fatica dissimulano questa assenza che si scopre nel momento del pensionamento. È molto più grave dell'inedia.

Per questo, le persone non autosufficienti non possono parlare del presente perché non hanno nulla da fare; possono solo commentare i ruoli svolti nel passato, e appena finiscono per annoiarsi si allontanano anche tra di loro. Vite passate dedicate a fare ciò che non volevano fare, ma che dovevano fare; a lavori che non richiedevano né studio, né pensiero, né speculazione, e che non li hanno preparati alla vecchiaia, quando non c'è nulla da fare. Abbiamo qui di nuovo l'onnipresente ironia: questa volta consiste nel raccontare i ruoli svolti da uomini ai quali non resta nessun ruolo, salvo quello dell'**interno acquiescente**, e nel parlare dei piaceri del viaggio per uomini che non viaggeranno mai.

Diventato vecchio, il lavoratore non ha nessun luogo sulla terra perché, in realtà, non gliene è stato mai concesso nessuno; semplicemente, non aveva avuto tempo di rendersene conto. Quando lo comprende, cade in una specie di disperazione brutale.

Con tutto ciò, e sarebbe la settima caratteristica di una comunità sana, è molto importante tener conto del fatto che senza un solido fondamento morale e spirituale, nessuna attività politica può aspirare al successo in una società tanto demoralizzata come la nostra.

8. Generosità, tenerezza e compassione

Prima o poi, nella vita dell'uomo appare una linea d'ombra – la vecchiaia – che attraversiamo con un brivido e che ci fa pensare che i giardini dell'Eden, la regione incantata della nostra gioventù, sono passati.

Però il vero male dell'invecchiamento non è l'indebolimento del corpo, bensì l'indifferenza dell'anima; i dubbi che assalgono quando si vedono le cose e gli es-

seri come sono e si entra nell'età del perché: perché uscire? Perché lavorare? Perché lottare? Perché vivere?

Sapere quanti anni ha una persona non è lo stesso che chiederle quanto si sente vecchia; la data del registro civile è obiettiva e inesorabile, però lo stato d'animo è recuperabile, giacché nessuno è più disgraziato né più vecchio di quel che pensa.

Senza un Io, l'uomo non è niente. Ma, nella società contemporanea, l'Io muore un po' ogni giorno. Circondato da espressioni visibili di un elevato livello di vita, un uomo è solito dimenticare gradualmente che è alienato dal suo Io. Per questo, narcotizzato il suo difetto socialmente modellato, l'uomo di oggi tollera appena i deboli e i falliti, gli anziani e i matti, poiché sono la coscienza espressa del fatto che anche il suo Io è costantemente immolato. Incapace di ribellarsi, è stato preparato alle piccole dosi di umiliazione e i malati gli ricordano il suo fallimento e il suo lento degrado; per questo, li allontana e li esclude.

Per il nostro intento – l'umanità nell'anziano –, bisognerebbe riflettere su come questo tipo di cultura tanto intollerante ed evasiva può rispondere al cosiddetto collettivo di "rischio":

- Coloro che hanno oltre 85 anni; Akthar (1973) ci dice che, su 5 di queste persone, 4 sono incapaci e necessitano di un certo tipo di aiuto.

- Coloro che vivono in situazione di solitudine e isolamento sociale, separati o senza famiglia.

- Coloro che sono stati privati di qualcosa, in generale, l'anziana che ha perso il marito, ma anche quella che ha perso il figlio e il sostegno sociale.

- Quanti vivono "di beneficenza" senza ricevere aiuti dalla previdenza sociale, comunità o amministrazione municipale.

- I convalescenti e quelli che sono stati dimessi di recente dall'ospedale, e che, nelle loro case, non ricevono l'assistenza adeguata.

- Coloro che hanno dovuto cambiare recentemente domicilio e si trovano senza radici, giacché gli anziani notano molto il cambiamento e hanno grandi difficoltà ad adattarsi alla nuova situazione.

- Quanti vivono in zone di sottosviluppo, povertà e miseria nelle grandi città, con paura di atti di vandalismo, dei furti o della violenza.

E, molto concretamente, al momento di constatare la generosità, la tenerezza e la compassione della nostra cultura, non possiamo farci un'idea tastando il polso a ciò che questa società fa nei confronti degli anziani "più emarginati":

- La situazione dei **"senza fisso domicilio, spesso malati di mente"**, che sono i nuovi emarginati del terzo millennio e che vanno via via aumentando.

Rispetto a essi, il primo passo di un atteggiamento comune è quello della politica della "porta girevole": consiste nel fare entrare l'anziano senza molte difficoltà e nel farlo uscire rapidamente con diagnosi e trattamento, senza preoccuparsi se sarà seguito o se esistono risorse sociali o sanitarie per poterlo realizzare. Questo andare e venire veloce dall'ospedale, dalla casa di riposo, dall'ospedale psichiatrico, fa sì che il malato, o la sua famiglia, si stanchi e non si rechi al centro; si ottiene anche più facilmente il rifiuto al ricovero del malato da parte dei sanitari.

Spesso gli anziani dormono per strada, nelle stazioni della metropolitana o nei parchi, coperti di giornali, e muoiono intorpiditi dal freddo. All'interno di questo gruppo di emarginati "senza domicilio", la percentuale di anziani malati di mente è molto alta. A volte sono alcolizzati. Oggi, l'immagine di questa gente è diventata piuttosto frequente nelle nostre "supercapitali" europee, e ci dimostra la crudeltà della società nei confronti degli anziani senza pensare che tutti noi potremo vivere questa stessa situazione.

- È ugualmente illustrativa, a questo riguardo, **la crudeltà** di un altro tipo, una crudeltà personale; mi riferisco **al maltrattamento degli anziani**.

È difficile che si maltratti una persona se questa è veramente autonoma. A minore capacità di autonomia corrisponde maggiore possibilità di maltrattamento.

Il maltrattamento più visto-

so è, logicamente, quello fisico, che avviene con maggiore intensità quanto minore autonomia ha l'anziano. Legarli, ad esempio, è relativamente frequente, anche nei centri specializzati. Il contenimento fisico si può usare, ma non si può abusarne.

Il maltrattamento psicologico è oltremodo conosciuto e va dal disprezzarli e ignorarli, fino agli insulti.

Del maltrattamento finanziario e/o materiale [...] meglio non parlare: si sa che nel caso degli anziani, oltre a ricevere una scarsa pensione, questa viene "amministrata" dalla famiglia.

In riferimento al maltrattamento degli anziani dobbiamo sapere:

- Che la cura dell'anziano, soprattutto quando va perdendo autonomia, è stressante per la famiglia; e una famiglia stressata può procurare un trattamento cattivo, che comincia con un'alimentazione insufficiente.

- Che il maltrattamento degli anziani proviene, il più delle volte, dai figli o, più precisamente, da coloro che sono "sposati con i figli", raramente dai nipoti.

- Che a volte, quando è psicologico, è incosciente. Vi è un maltrattamento che è particolarmente scoraggiante: quello che si produce in seno alla coppia [...].

- Infine, il maltrattamento può essere istituzionale: è quello della medicina, orientata verso il progresso tecnico, o delle case di riposo, orientate al lucro.

Tutto ciò è un campanello d'allarme, perché per quanto progrediamo in solidarietà, democrazia e attenzione per i deboli, non potremo mai arrivare a realizzare i paradisi promessi. Attraverso la tremenda sofferenza di due guerre, l'Europa ha appreso a rinunciare ai sogni utopistici e, ora, sappiamo perlomeno fino a che punto la nostra fragilità connaturale non permette di giocare con modelli prefabbricati dell'uomo e del tessuto sociale.

In relazione a tutto questo, penso che una comunità ben stabilita dovrebbe favorire una cosa tanto vitale – benché non venga menzionata – quanto la riparazione. Se il male del mondo è tanto pertina-

ce e se dobbiamo ammettere, con Albert Camus, “che non possiamo andare avanti senza recare danno a qualcuno”, è molto importante che gli uomini e le donne migliori della nostra comunità si dedichino al compito di riparare. Una comunità, diciamolo francamente, necessita di **questi santi** che, con la loro generosità gratuita, tornino a dare senso spirituale al quotidiano e siano un modello di ciò a cui il nostro cuore aspira interiormente.

Persone che riparinano, perché dobbiamo ammettere che, in molte comunità di oggi, le caratteristiche salienti, oltre all'impulsività e alla lotta per il dominio, sono la mancanza di “impegno”, l'incoerenza e la disattenzione per la tenerezza. Queste saranno comunità malsane che, sotto una patina di iperattività, nascondono la loro debolezza fondamentale.

Una comunità sana dovrà, come ottava caratteristica, essere tollerante con i propri membri più deboli e non autosufficienti, dando ampio spazio nel suo seno alla tenerezza, alla generosità, alla bontà e alla compassione.

9. Celebrare

In tutte le culture, le occasioni di **climax sociale** richiedono dimostrazioni emozionali, quasi per decreto. Gli arrivi e le partenze (contando tra di esse la nascita, che è un arrivo, e la morte, che è una partenza) sono alcune delle occasioni celebrative. Lo sono anche le iniziazioni, la prima parola pronunciata, i primi passi, i compleanni e la malattia. I climax sociali sono ritualizzati.

Ogni decadenza del rituale costituisce una decadenza della cultura e le comunità che non celebrano sono solitamente comunità emotivamente impoverite. Una delle prime cose che avvengono quando una comunità comincia a decomporsi è che i sistemi cerimoniali si disintegrano; ciò conduce alla disorganizzazione interna, alla perdita di valori e all'atomizzazione interpersonale.

Ma anche celebrare, nel caso degli anziani, ha i suoi problemi. La celebrazione nei vecchi e con i vecchi ha proprie connotazioni peculiari:

9.1. In primo luogo, ogni celebrazione ha un ingrediente importante di evocazione e memoria; allora, durante l'invecchiamento, ciò che produce più disturbi è **la perdita della memoria**. Gli anziani, quando smettono di riconoscere i loro parenti, è perché hanno svuotato la loro memoria, anche se continuano ad avere la capacità di realizzare atti involontari legati ad aspetti minori della stessa.

9.2. In secondo luogo, ogni celebrazione è un evento e le persone maggiori di età sono escluse o non si adattano al presente.

9.3. In terzo luogo, ogni celebrazione ha un senso dinamico che guarda al futuro, e l'anziano può solo contemplare la morte e questa è un tabù per le nostre comunità alienate in un consumo e in una soddisfazione atroce.

Messe assieme queste condizioni, non è strano che l'anziano si escluda o che lo si escluda dalle “celebrazioni della vita”. Non è strano neanche che, rotti i legami che li uniscono alla loro cultura, si fornisca loro un altro tipo di celebrazioni e divertimenti che hanno più a che vedere con gli interessi di chi li programma che con gli autentici interessi, desideri e necessità degli anziani stessi. Penso, a questo riguardo, al turismo della terza età, ai carnevali e alle feste.

E, in relazione alle celebrazioni, occorrerà esplorare un'altra dimensione: un'apparente tranquillità nei confronti della morte, accanto al desiderio di prolungare la vita, è legata a una cultura che, mettendo l'accento sulla sopravvivenza, non prepara la mente alla morte. Dal momento che anche la sensualità e l'apparenza occupano un posto preminente nella cultura, la decadenza e la morte cercano di scomparire dalla vista e dalla coscienza. È logico che l'ansia provocata dall'obsolescenza, dalla paura della morte contrasti con i simboli celebrativi persistenti della sensualità e delle apparenze. Da qui tutta questa agitazione di “celebrazioni” e di feste che si organizzano attorno agli anziani. A volte esse hanno più a che vedere con la nostra ansia che con i loro veri interessi.

Una comunità sana, ed è la nona caratteristica, deve fornire luogo e occasione per esprimere, a livello emotivo, gli avvenimenti importanti. Tra questi vi è anche la vecchiaia, la malattia fino alla morte stessa. Celebrazione, inoltre, con loro e per loro.

10. Una domanda

Come possono gli anziani realizzare la propria umanità nei limiti concreti della nostra cultura?

10.1. **In primo luogo**, si tratta di un compito proprio dell'anziano che, anzitutto, deve salvaguardare la sua utilità, autonomia e dignità.

Ortega afferma che la vecchiaia dovrebbe essere vissuta secondo i parametri del giovane: “Per sentirsi giovane in un mondo di vecchi occorre avere la capacità del sorriso e dell'ottimismo; senso di amicizia, fede nell'Uomo e negli uomini, amore, idealismo, generosità, entusiasmo (che deriva da **enthousos**, riempirsi di Dio), ricerca di ideali, ribellione, desiderio di autoaffermazione e necessità di cambiamento”.

L'anziano – insistiamo – se vuole sentirsi giovane in un mondo di vecchi deve avere risata facile e comprensione di fronte ai cambiamenti. La sessualità passerà dall'amore carnale e possesso a essere tenerezza e rinuncia. Quanto si sbagliano alcuni sessuologi! L'entusiasmo giovanile si trasforma in esperienza aperta per tutti e, di conseguenza, in saggezza. La ribellione sarà prudenza e, infine, la serenità sarà pace e perseveranza.

L'anziano, se non vuole prostituire la propria identità né alienarla in mille compiti che la società dei consumi gli propone – e non dimentichiamo che i commercianti stanno scoprendo che il pubblico “anziano” è un cliente molto appetibile – dovrà vivere maggiormente di valori:

- la generosità;
- l'amicizia disinteressata e sincera verso l'altro;
- l'amore o dedizione all'altro in libertà;
- l'amore della verità e l'entusiasmo, cioè la fedeltà ad alcuni

principi e la capacità di riempirsi di Dio, di entusiasarsi di fronte al buono, al bello, al giusto e al vero;

– la capacità di stupirsi nei confronti del nuovo, cioè di ideare, immaginare, cambiare e sognare a occhi aperti.

Così, quindi, la linea da seguire è: vivi, ama, lavora, impara, pensa, dai, ridi, prova, persevera e sogna, perché oggi è il primo giorno del resto della tua vita.

10.2. In secondo luogo, è un compito di tutti.

Principalmente aiutandoli a recuperare la propria soggettività, mantenendoli nel nostro affetto e restituendo loro l'illusione. L'emozione non muore realmente, se solo le si dà un'opportunità. Anche la gente povera, inferma, invecchiata, depersonalizzata, legata al letto di una inospitale casa di riposo, conserva una scintilla di speranza. Questa capacità di evocare emozioni è una dotazione primordiale della cellula e muore con essa. L'Io è la manifestazione spirituale di questa capacità dell'uomo.

Non mi stancherò di dire che **ogni vita è vita emotiva**, con le componenti dorate e con quelle grigie di Margaret Batty. Per vita emotiva completa intendo quando si ammette tutta l'impressionante gamma di sentimenti umani: l'amore e l'odio, l'invidia e la riparazione, l'emulazione e la gelosia, l'egoismo e la generosità.

Ammettere la soggettività dell'anziano suppone, nel movimento stesso, ammettere che la capacità di odiare dura probabilmente

tanto quanto quella di amare. Se, alle porte della morte, la capacità di amare esiste ancora, la stessa cosa si può dire dell'odio, e deve voler significare che il **come**, e il **che** odiare sono lezioni che si imparano presto e bene.

Farò un esempio. In una casa di riposo per anziani a pagamento, che conosco, la signora Pérez ha conservato la **capacità di ferire**, così come la signora Gómez ha conservato la capacità di odiare. La prima, pertanto, deve stare molto attenta, perché altrimenti non saprebbe ferire tanto bene. Se è vero che il valore che un'idea o un sentimento hanno per una cultura può essere misurato dallo spazio di tempo in cui vivono in un corpo che sta morendo, allora, dato che le capacità di amare, odiare e ferire sembrano durare tanto quanto l'acutezza mentale, la cultura deve tenerle in grande considerazione. Tra le anziane di questa casa di riposo non vi è amore, ma molta ostilità. Qui l'amore è un visitatore, tra le due e le quattro del pomeriggio del martedì, giovedì, sabato e domenica e tra le sei e le sette di lunedì, mercoledì e venerdì. È qualcosa che le anziane riservano alla famiglia e agli amici, e scaricano su altri il loro malumore.

In questa casa di riposo i visitatori si contano come se fossero i grani di un rosario e così **devono** farlo persone che si stanno allontanando dalla vita. "Vi sono molte persone che mi fanno visita, mentre tu ne hai poche", è un paragone invidioso che eleva il rango della signora Pérez mentre abbassa, allo stesso tempo, quello della

signora Gómez: **l'impulso di realizzazione punta al cuore della morte stessa**. Così, questo impulso che abbiamo appreso anche noi, persiste, con l'amore, l'odio e la capacità di ferire, fino al termine della vita, perché la cultura lo ha in grande stima.

Non so se sono riuscito a spiegarvi. In questa casa di riposo incontriamo persone così vecchie che devono essere legate alle sedie, che aspettano di morire in qualsiasi momento e, ciò nonostante, in loro la cultura è viva – anzi più che viva – così come vivo è il loro respiro. È quasi come se la cultura sia stata impressa in loro. Essa è una sorta di **istinto**; i dettagli più banali, le motivazioni più sottili che vi sono impresse continuano a essere palpitanti e vigorose, anche quando le persone, le portatrici della cultura, sono alle porte della morte e perfino **la percezione stessa sta venendo meno**.

Termino con un'annotazione nostalgica del Professor Joaquín García Roca. Se oggi, a volte, alle persone più grandi di noi non possiamo restituire, come nelle culture tradizionali, il posto dell'esperienza e della saggezza perché si tratta di un luogo che è occupato dai computer e dall'intelligenza artificiale, allora dovremo trovare per loro un posto significativo nella trama emotiva delle nostre comunità. Perché se, per i nostri affetti, essi non esistono, facilmente giustificheremo il fatto che li si liquidi. E non dimentichiamo che si sta già facendo propaganda – timida, ma persistente – dell'eutanasia. ■

TESTIMONIANZE

*Un centro di accoglienza:
“Casa de Belén”, una scommessa per la vita*

*Arcidiocesi di Chicago.
Le strutture per le cure e l’assistenza a lungo termine:
considerazioni pastorali*

*Suor Maria Benedetta Frey
testimone della sofferenza per amore*

Un centro di accoglienza: “Casa de Belén”, una scommessa per la vita*

**DON RUDESINDO
DELGADO PÉREZ**

Responsabile dell'Ufficio
per la Pastorale della Salute,
Diocesi di Tarazona,
Saragozza, Spagna

**SUOR ISABEL
BELLO COLMENERO**

Figlia della Carità,
Direttrice della “Casa de Belén”
Madrid, Spagna

Quale è la sua missione?

“Casa de Belén” nasce nel 1995 come risposta delle Figlie della Carità e della Comunità Autonoma di Madrid all'attenzione che richiedono i bambini ammalati di AIDS e quelli che, per condizione fisica, psichica, sanitaria e familiare, non possono integrarsi nei vari ambiti normali per qualsiasi bambino. La Casa è aperta a bambini e bambine bisognosi e privi delle appropriate risorse per la loro vita e il loro sviluppo, sempre che essa possa dare loro la risposta più adeguata. Si occupa di 10 bambini – tra 0 e 6 anni – ed è un centro convenzionato.

La “Casa de Belén” è la “*casa dei bambini*”, allegra, pensata per loro, ove viene offerta una vita quotidiana normale come fattore salutare per la loro qualità di vita; è, cioè, la vita dei bambini a caratterizzare l'organizzazione e a orientare le risorse da utilizzare. In essa trascorrono la vita, sono curati quando si ammalano e si evita il più possibile di ricoverarli in ospedale; e in essa muoiono, sempre circondati di affetto.

La “Casa de Belén” è una “*casa famiglia*”, un luogo di incontro e di vita, di gioia, allegria, speranza e dolore di bambini e adolescenti. Non vi si nasconde nessuno degli avvenimenti umani che danno senso alla vita dell'essere umano.

La “Casa de Belén” è “*luogo*

di Vita”, perché il “Signore della Vita” è stato ed è molto generoso con coloro che vi abitano e vi sono accuditi. I ritmi si adeguano alle possibilità di ciascun bambino anche se la sua aspettativa di vita è breve. I bambini vengono anche istruiti, mediante un'educazione specifica, con integrazione di coloro che hanno gravi problemi motori ecc.

Quali principi la configurano?

La “Casa de Belén” è anzitutto:

- un *progetto aperto alla vita* che scommette per la vita fragile, apparentemente senza futuro e senza senso, spesso fugace; per la vita che si intravede nel vivere giorno dopo giorno l'handicap, l'invalidità, il deterioramento; per la vita che ci porta a toccare come il bambino, che ha bisogno di tutto, si rivela con la capacità unica di far scaturire da noi ciò che di più bello Dio ci dà. A tutto ciò facciamo attenzione costantemente per intuire di cosa ha bisogno e imparare il linguaggio unico di ciascun bambino e il suo ritmo. Ed essi, a loro volta, ci insegnano ad aprirci ai nostri limiti.

- Un *progetto socio sanitario*, orientato alle cure infermieristiche, con uno stile educativo, la gestione delle risorse sociali e vissuto pastoralmente.

- Un *progetto cattolico*, che rispetta il credo di tutti. Di qui sono passati bambini di famiglie credenti e non credenti, cattoliche o musulmane, che hanno compiuto insieme lo stesso percorso. I bambini sono veramente coloro che tendono quei ponti per i quali transita la relazione quotidiana che desta il miracolo di imparare a prestare assistenza in situazioni particolarmente dolorose.

- Un *progetto che parla e che interpella* molti, interni ed estranei, e che sorprende sempre. Ogni

giorno ha una sua novità e chi arriva se ne va diverso, perché l'attrazione che questo progetto esercita mette in questione la sua vita.

Finalità e obiettivi

La finalità primordiale della “Casa de Belén” è che i bambini ammalati o invalidi che vi sono accolti, possano vivere felici, crescere, svilupparsi armoniosamente, ammalarsi e morire in pace. Per ottenerlo essa si propone i seguenti obiettivi:

- coprire le necessità basilari dei bambini: alimentazione, riposo/sonno, igiene, movimento, sicurezza psico-affettiva, e attenzione sanitaria.

- Mettere a loro disposizione uno spazio e un tipo di vita gioioso, sereno, sicuro, che apporti stabilità nel loro sviluppo e contribuisca a far nascere o crescere in loro la fiducia fondamentale di cui hanno bisogno per essere felici, contando sulle proprie limitazioni, fragilità e, in molti casi, sulla loro breve vita.

- Accompagnare e orientare il processo educativo dei bambini secondo le loro possibilità.

- Organizzare e programmare tutte le azioni dentro e fuori della Casa, tenendo conto delle caratteristiche personali e familiari di ciascun bambino.

- Normalizzare la vita dei bambini e la loro partecipazione ai vari ambiti di socializzazione: scuola, parco giochi, quartiere, amicizie ecc.

- Accompagnare, a partire dalla vita, il processo di lutto che molti bambini vivono o vivranno, nel perdere o nell'aver perduto la madre, il padre o entrambi i genitori, i familiari o i compagni.

- Fornire loro le cure socio-sanitarie di base che garantiscono un livello adeguato di benessere fisico, psichico e sociale.

- Evitare i ricoveri ospedalieri

in quelle situazioni di cui ci si può prendere cura nella Casa.

- Far sì che i bambini muoiano nella Casa e accompagnarli nel processo di morte.

- Accompagnare le famiglie, agevolarne il processo sanante affinché ne assumano la realtà senza colpe né paure e si integrino, là dove possibile, nella cura e nell'attenzione dei loro figli; rispettare il ritmo di ciascuna persona affinché, se il bambino muore, abbiano l'esperienza di aver curato il figlio fino al termine della sua vita.

- Accompagnare cristianamente e pastoralmente il bambino e l'équipe, curando la dimensione trascendente.

Da chi è formata la "Casa de Belén"?

La "Casa de Belén" è formata da un gruppo di persone che ogni giorno scommettono per la vita dei bambini, rinnovano la loro preferenza per i più deboli e senza cure, e intendono il loro impegno come un servizio responsabile e solidale.

Tale gruppo è composto da:

- la *Comunità delle Figlie della Carità*. Il loro compito assistenziale ed evangelizzatore con parte dell'infanzia meno favorita è diventato una responsabilità importante della loro istituzione. La loro dedizione è esclusiva ed esse si occupano di dirigere e gestire la Casa, il personale infermieristico, il coordinamento educativo e il volontariato.

- *Naturalmente, i bambini*. Sono i soggetti della nostra azione e la ragione autentica che dà senso al nostro operato e al progetto in sé. Tutti coloro che sono passati per la Casa, 44 bambini in totale, avevano un'aspettativa breve di vita; tuttavia la maggior parte di loro è vissuto più tempo di quello previsto inizialmente, grazie alle cure e all'enorme personalizzazione delle attenzioni. Alla fine del 2009, dei 44 bambini menzionati, 14 sono morti nella Casa, 5 in ospedale e 1 in seno alla famiglia; altri 6 sono tornati al loro precedente domicilio, 9 trasferiti ad altri Centri, 3 accolti da famiglie diverse da quella naturale e 6 sono rimasti nella Casa.

- *Gli amici della Casa*. Sono volontari di diversa età che vogliono effettuare compiti di servizio, si impegnano a dare tempo e affetto ai bambini, vi coinvolgono le proprie famiglie e partecipano alle celebrazioni della Casa. Si tratta di "autentici confidenti" per individuare e trasmettere i cambiamenti nell'evoluzione dei piccoli. Un significato speciale l'hanno i *padrini di Battesimo*, per supplire alla famiglia quando questa non c'è.

- Anche alcuni *professionisti sanitari laici* si sono uniti a questo progetto di servizio solidale, formando l'"Équipe di base che collabora con la Titolarità della Casa". In particolare dobbiamo segnalare i pediatri – uno di loro è presente fin dalla fondazione – e le infermiere. I medici svolgono un lavoro essenziale già prima dell'arrivo del bambino fino alla sua partenza, collaborano con altri medici e coordinano i trattamenti e le cure prescritte in altri centri sanitari; allo stesso modo, si preoccupano della formazione del personale della Casa.

- *I genitori* sono accompagnati in ogni momento dall'équipe curante, che vuole alleviare in loro ogni eventuale sentimento di colpa. L'obiettivo principale è che si impegnino nella cura dei propri figli e pian piano si liberino delle loro paure. È indispensabile aiutarli nel processo di lutto dopo la perdita del bambino.

- *Il sacerdote*, presente in questo progetto fin dalla fondazione, aiuta a scoprire l'opera e la presenza di Dio nella "Casa de Belén". Sempre vicino alla vita nei momenti di dolore, sofferenza e morte dei bambini, orienta e aiuta a discernere le decisioni morali di fronte a situazioni difficili. Egli accompagna anche i genitori ad affrontare e vivere le dure realtà dell'invalidità, della malattia e della morte dei propri figli.

Quali valori sostengono la "Casa de Belén"?

Nel Centro si vivono e si coltivano alcuni valori che sono i pilastri fondamentali per comprendere questo progetto e che, inoltre, ne orientano tutta l'attività.

Servizio alla vita, tutta la vita e la vita di tutti. *"La Vita si è fatta visibile. Noi l'abbiamo veduta"* (1Gv 1,2). *Per questo l'apprezziamo, la serviamo e la celebriamo.*

Il Tabernacolo della cappella – centro della Casa –, ricorda tutti i giorni *"Io sono la Vita"*. In questa società che idolatra la salute fisica e crea stili di vita che distruggono l'uomo e feriscono profondamente la crescita sana dei bambini, la Casa vuole essere una "comunità sanante", un luogo di salute capace di accogliere in maniera affettuosa e attenta, e mostrare che seguire Gesù è una delle maniere più sane di vivere la vita, la malattia e la stessa morte. I giorni trascorrono immettendo Vita nelle vite più fragili, senza alcuna discriminazione. Si celebra ogni giorno la vita godendo di tutto ciò che apporta salute e vita: gioia, accoglienza, servizio semplice e competente, pensare a, stare con, aiutare a, ricevere da, camminare con, preoccuparci di, offrirci a...; in definitiva, godere amando e lasciandoci amare.

È provato che questo servizio ai piccoli umanizza tutti noi e, di conseguenza, è un fattore di arricchimento umano per la società.

Potere sanante dell'amore. *"Si è manifestata la bontà di Dio"* (Tit 3,4)

I bambini hanno bisogno della madre, del padre, degli zii, dei nonni, dei cugini, dei vicini... Quando questi sono lontani o non ci sono, essi devono relazionarsi con altre persone per crescere, cioè le Suore e i volontari, il personale che lavora nella Casa e che li accompagna. Essi costituiscono un gruppo accogliente che forma una rete di relazione umana, base nella maturazione di ogni piccolo e che unisce insieme le nostre persone permettendo ai bambini di arricchirsi e di arricchirci. I bambini sono esperti nel dare e nel ricevere amore, destano in noi tenerezza e compassione. L'amore – fatto di affetto, accoglienza, vicinanza e cure – è capace di prolungare la loro vita, migliorare la loro salute e renderli un po' più felici. L'amore cambia il nostro sguardo e permette di scoprire l'essere umano che c'è in ogni

bambino, al di là della sua testa, piccola o grande, della sua incapacità di parlare o tenersi in piedi, della sua vita breve o lunga. L'amore per i bambini ci dona un nuovo modo di sentire e di ascoltare, e una nuova visione dell'essere umano.

Dignità dei bambini

Ciascun bambino è unico e irripetibile, è una storia sacra, è figlio amato di Dio.

La relazione che si va stabilendo, a volte non facile per l'apparente mancanza di comunicazione che si prova nell'entrare in contatto con questi bambini, dona uno sguardo profondo che permette di amarli come sono, ben oltre il loro aspetto fisico o il loro psichismo, e fa riconoscere che ognuno di loro è figlio amato di Dio, unico. È così, a partire dalla comunicazione dell'amore, che si scopre la sua vera dignità in tutte le dimensioni del suo essere. Coloro che lavorano nella Casa o vengono a visitarla, incontrando la bellezza e l'armonia dei suoi spazi, la pulizia, l'ordine, percepiscono quanto siano importanti per noi questi bambini tanto fragili e indifesi e la necessità di rispettarli e difenderli.

Protagonismo dei bambini

I bambini sono nostri maestri, ci insegnano e ci evangelizzano.

Nella "Casa de Belén" bisogna essere disposti a mettere da parte ciò che si sa e ad apprendere ogni giorno. Vi sono linguaggi che i bambini non comprendono e siamo noi che dobbiamo imparare il loro. Essi ci insegnano come amarli, educarli e curarli a partire dai piccoli gesti di ogni giorno: farli mangiare, lavarli, farli muovere, dar loro da bere, le medicine, vestirli, parlare con loro, baciarli, abbracciarli, cantare, ridere, piangere, accoglierli, scoprire, ascoltarli, accompagnarli, cucinare, pulire, stirare per loro... Gesti del nostro vivere quotidiano, che acquistano un senso distinto. L'insicurezza che provoca la malattia rompe ogni programmazione in quanto, quando meno

ci si aspetta, un bambino si ammalava e allora bisogna riadattarla alle nuove esigenze. Vi sono stati mesi in cui ogni giorno risultava piuttosto complicato organizzarsi per curare alcuni bambini nella Casa e accompagnarne altri in ospedale. La loro instabilità ci costringe a vivere senza sicurezze, nell'incertezza o a volte d'urgenza, e questo non è facile, perché mette a prova la nostra forza d'animo e il sentimento comunitario.

Normalizzare la vita quotidiana

Occorre tener conto del livello di sviluppo e delle necessità di ogni bambino. La maggior parte di loro presentano ritardi nello sviluppo psicomotorio, e si constata una mancanza di armonia tra la dimensione corporale e la maturazione psichica. Lavoriamo come se i bambini dovessero vivere per sempre, pur sapendo che moriranno presto. In nessun caso la malattia o il deterioramento limitano la prospettiva di vita dei piccoli. L'ossigeno, l'alimentazione per sonda, gli aerosol ecc., non li escludono dal bagno in piscina, dalla passeggiata in strada, o dagli esercizi motori; nel giardino viene allestito il necessario per svolgere queste attività. Essi vanno e vengono dai centri di riabilitazione, di stimolazione ecc., e quando la loro età lo permette frequentano la scuola nei collegi, nei centri speciali d'istruzione o di integrazione. Siamo convinti che, cercando di normalizzare ogni situazione di salute o malattia, si possa riuscire a integrare la diversità.

Lavoro in équipe, coordinato e organizzato. *"Ciascuno viva secondo la grazia ricevuta, mettendola a servizio degli altri"* (1 Pe 4,10).

Nell'iniziare questo progetto che è già una realtà palpabile, noi Figlie della Carità, viviamo come positive varie cose: il fatto che proveniamo da diversi ambiti di servizio (collegi, case, residenze per anziani, ospedali); che abbiamo varie esperienze professionali (maestre, infermiere, ausiliarie, personale di assistenza per anzia-

ni, attenzione ai servizi generali); che tutto ciò ci arricchisce per trasmettere l'amore a la cura che siamo disposte a dare loro.

Noi che facciamo parte della "Casa de Belén" poniamo al servizio dei bambini i doni ricevuti, e lavoriamo a livello multiprofessionale nell'integrazione e nella difesa dei loro diritti sociali, educativi e sanitari, su vari fronti e ambiti: Commissione di Tutela e Coordinamento dei centri di provenienza, centri di sostegno familiare, centri di prima assistenza, attenzione tempestiva, collegi, centri di riabilitazione, ospedali, cure palliative, risorse ambientali ecc.

Valore del piccolo. *Il piccolo fa grande la nostra vita. E Dio si è fatto bambino.*

Per entrare nella "Casa de Belén" bisogna essere disposti a "farsi molto piccoli" e incontrarsi con la grandezza di Dio. I bambini che vi risiedono sono diversi da quelli che siamo abituati a trattare; essi sono speciali, con diverse patologie, limitazioni o carenze, e si vede chiaramente che ciascuno di loro richiede un'attenzione molto personalizzata. Ci rallegriamo di piccolissimi successi e lavoriamo giorno dopo giorno superando la stanchezza e ripetendo costantemente: "Dai che ce la fai", "prendi questo o quest'altro", "tira fuori le cose" ecc., un giorno dopo l'altro, perché non si sa se ci riusciranno e quando, o fino a dove può arrivare il nostro aiuto.

Morire in casa

Aiutiamo i bambini a morire con dignità e in pace nella Casa, accompagnati, senza dolori né sofferenze inutili. Facciamo in modo che essi muoiano in compagnia delle persone care (familiari, educatori, volontari), con le loro cose (giochi, legami ecc.), e incoraggiamo a esprimere il dolore, l'affetto e l'emozione per la perdita.

Accompagnamento nel lutto. *Aperti alla speranza.*

Di fronte alla morte di un bambino si realizza tutto un proces-

so di accompagnamento con lui, dove intervengono i compagni, gli educatori, i volontari, la famiglia... Siamo convinti che la cura di vite tanto fragili e vulnerabili faccia ben sperare nel passaggio a una Vita che non finisce mai. La speranza non si ferma a ciò che non è constatabile con l'esperienza, ma cerca ciò che deve venire, ciò che è promesso in Cristo. Niente qui è definitivo, né le nostre piccole gioie o le sofferenze, né i successi o gli insuccessi. Tutto è penultimo, è ciò che lasciamo dietro di noi, è vivere guardando le cose così come dovranno essere un giorno. È correre il rischio di un cammino il cui finale non viene dato, ma si promette. È vivere nella e verso la Pasqua, con ciò che presuppone di dinamismo morte-vita.

La croce fonte di vita. *“Dalle sue piaghe siete stati guariti”* (1 Pe 2,24).

La “Casa de Belén” invita e dà la possibilità di accogliere in vita la sofferenza e la morte giorno per giorno, sapendo che Cristo ci ha preceduti, vive e ci promette di vivere con queste creature tanto piccole. Questa non è teoria ma convivenza sana con queste realtà, accogliendo l'amore che racchiudono e facilitandone al massimo la normalizzazione come se questi bambini dovessero avere una vita molto lunga. Questo modo di fare ci interroga, rende affidabile oggi dire che Dio non vuole che l'innocente soffra ma che viva. Non vi è croce senza resurrezione, e l'“incontro con questa vita” dà senso alla Croce della Vita che si rinnova in ogni celebrazione della Pasqua.

Attività significative della “Casa de Belén”

– *Accogliere i bambini.* Nella Casa si analizza la storia del minore prima del suo ingresso e si valuta se il bambino può essere ammesso. Ciò comporta numerosi contatti personali e lo studio previo di vari documenti, che ci vengono consegnati all'arrivo del bambino.

– *Curare ogni bambino in particolare.* Quando giunge alla Casa si stabilisce un piano di cure, in cui si contemplano tutte le dimensioni della sua persona e le circostanze specifiche del suo processo. Si tratta di creare un ambiente familiare in cui possano esprimere e trovare risposta alle sue necessità, desideri, paure, gioie, dolori, successi, frustrazioni, capricci; in definitiva, dove possa apprendere, secondo le sue possibilità, modi di convivenza sani, godere dei momenti felici e vivere la morte vicina in pace, sapendo di non essere solo.

– *Celebrare tutti gli avvenimenti della vita della Casa e, in particolare, accompagnare nelle necessità spirituali:*

1) il Battesimo dei bambini, prestando grande attenzione ai padrini che ricevono e accettano la missione di curare, proteggere e accompagnare il cammino del bambino, affinché si senta amato e sia felice; 2) la prima Comunione, con previa preparazione; 3) il compleanno di ciascun bambino, con una festa speciale; 4) il Natale, contrassegnato ogni anno da un tema specifico, che serve da guida affinché ciascuno faccia emergere “il bambino nuovo” che porta in sé e che tanto spesso nasconde o annulla; 5) la magia di fare un regalo

nella festività dei Re Magi; 6) la Settimana Santa e la Pasqua, dove si evidenziano momenti cruciali del cristiano e il senso vero della sua fede e della sua speranza; 7) le commoventi partenze dei bambini quando si trasferiscono in un altro centro o tornano nella propria famiglia; 8) infine, come un atto fondamentale che colpisce e lascia un'impronta nei presenti, la partenza dei bambini che muoiono. Questa celebrazione è, allo stesso tempo, profondamente umana e semplicemente religiosa, e vi partecipano tutte le persone della Casa che possono e lo vogliono. Non si nasconde la morte poiché essa, in verità, fa parte della vita.

Guardando al futuro

Abbiamo condiviso il nostro itinerario. La perfezione non è nelle nostre mani, sappiamo che dobbiamo cominciare di nuovo ogni giorno, ma ne vale la pena. Convinti del fatto che un sorriso sereno sia la finestra che lascia intravedere il benessere dell'essere umano, vogliamo continuare a lavorare affinché i bambini che vivono nella “Casa de Belén” siano felici e, se devono morire, non muoiano da soli, ma in pace e accompagnati. Auspichiamo che continuino a essere famiglie che accolgano questi bambini, padrini che li accompagnino, volontari che li visitino e si rallegrino con loro; in definitiva, persone che li amino e a cui l'umanità fragile e vulnerabile al massimo – non sia loro estranea. ■

* Pubblicato originariamente nel libro *Pediatria e Bioetica*, per autorizzazione degli Editori.

Arcidiocesi di Chicago.

Le strutture per le cure e l'assistenza a lungo termine: considerazioni pastorali

DR. PATRICK GUINAN

*Federazione dei Medici
Cattolici di Chicago,
Stati Uniti d'America*

Introduzione

La pastorale per i malati è una missione della Chiesa sin dai tempi di Cristo, che ha fatto dei miracoli il suo ministero più evidente. Essa continua negli ospedali cattolici per malati acuti, sotto la supervisione dell'ordinario locale e la guida dei Direttivi Etici e Religiosi. Le strutture per le cure a lungo termine (LTC – *Long Term Care Facilities*) non sono così attentamente monitorate dalle autorità della chiesa locale né dalla Commissione di Accreditamento per le Organizzazioni Sanitarie.

L'espressione LTC è variabile; può andare dall'assistenza domiciliare da parte della famiglia alle case di riposo, alle unità per convalescenza e riabilitazione e agli hospice, e per finire alle case di cura tradizionali. Le cure e l'assistenza possono variare da un ricovero costoso allo stereotipo costituito dai pazienti con Alzheimer costretti a stare sulla sedia a rotelle e in sale in cui sembra dominare la TV. Le strutture LTC occupano una zona d'ombra per quanto riguarda il loro finanziamento, le regolamentazioni governative e la coscienza sociale. Con il crollo della famiglia, la responsabilità per la cura degli anziani spesso ricade su terzi.

Lo scopo di questa indagine era quello di valutare le istituzioni LTC nell'Arcidiocesi di Chicago in riferimento alla disponibilità dei sacramenti e del sostegno pastorale per i residenti cattolici.

Metodi

L'attuale Direttorio Cattolico Kenedy¹ è stato utilizzato per

identificare le istituzioni LTC (erano 22) nell'Arcidiocesi di Chicago, di proprietà di varie organizzazioni, che si occupavano anche della loro gestione, costituite in gran parte da religiose. Il gruppo più grande rientrava sotto la direzione del Sistema Sanitario della Risurrezione (Resurrection Health Care System). Le domande che sono state rivolte sono riportate nella Tabella 1.

**Tabella 1 – Questionario
Campi di Interesse**

- 1) Tipo di struttura
- 2) Numero di residenti per struttura
- 3) Popolazione cattolica
- 4) Cappellani / Struttura
- 5) Liturgia Eucaristica
- 6) Messa alla TV
- 7) Sacramento della Riconciliazione
- 8) Sacramento dell'Unzione degli Infermi
- 9) Sostegno spirituale
- 10) Livello di coinvolgimento della parrocchia locale

L'esame è stato condotto attraverso dei questionari inviati ai direttori di varie istituzioni, come elencato nel Direttorio Kenedy. La collaborazione è stata eccellente, con 20 risposte su 22 domande (91%). Non sono arrivate risposte da unità per anziani sovvenzionate dallo Stato e gestite da organizzazioni caritatevoli cattoliche, che non hanno una presenza cattolica.

Risultati (Tabella 2)

1) *Tipo di struttura*: Per questo studio, la categoria delle istituzioni LTC è stata definita dal direttore dell'istituzione. La maggior parte di loro si sono descritte come "Casa di cura e riabilitazione" (Tabella 2). Delle 22 istituzioni, 18 erano elencate come case di cura e riabilitazione, 2 come case di riposo e 2 come residenziali.

2) *Numero di residenti*: il numero di residenti per istituzione ammontava a 197 unità.

3) *Numero dei residenti cattolici*: nella maggior parte delle istituzioni non viene richiesto di indicare l'affiliazione religiosa. Laddove è stato fatto, è emersa una popolazione cattolica pari al 75%.

4) *Cappellani o Pastorale/Assistenti per struttura*: erano presenti in media 1,6 cappellani e assistenti di pastorale per ogni istituzione.

5) *Messa*: la S. Messa è offerta quotidianamente in 16 strutture, 3 volte a settimana in 3 strutture e nessuna in altre 3. I residenti possono prendere quotidianamente la comunione nella loro camera, eccetto in 8 strutture dove è disponibile soltanto in determinati giorni.

6) *Messa alla TV*: disponibile in 12 istituzioni.

7) *Sacramento dei Malati*: disponibile in 20 istituzioni.

8) *Sacramento della Riconciliazione*: disponibile in 20 istituzioni.

9) *Sostegno Spirituale*: erano disponibili diverse opzioni di sostegno spirituale, che comprendevano: gruppi di preghiera, sessioni per il dolore e la perdita, e altre sulla fine della vita. Per i non cattolici era disponibile la preghiera ecumenica. Diverse istituzioni hanno indicato che se necessario era disponibile un servizio di *counseling* per il personale.

10) *Coinvolgimento della parrocchia locale*: il coinvolgimento della parrocchia locale è relativamente scarso.

Commento

Prendersi cura dei malati acuti è la missione della Chiesa sin dai tempi di Cristo. In tempi apostolici, i diaconi avevano il compito di prendersi cura degli ammalati². La Chiesa ha fondato i primi

ospedali nell’Impero Bizantino, oltre a strutture per gli orfani, i malati di lebbra, i pellegrini e gli anziani³. Questa tradizione venne “esportata” nel Nuovo Mondo dalle religiose, che hanno fondato le case di cura per gli anziani, oltre agli ospedali.

Il segmento della nostra popolazione che è in rapida crescita è formato da persone che hanno 85 anni e oltre. Il fatto che la popolazione degli Stati Uniti stia invecchiando in modo sproporzionato, ci suggerisce che il problema può soltanto peggiorare. Negli Stati Uniti vi sono 6.000 ospedali per malati acuti, mentre le strutture LTC sono tre volte tanto (18.000)⁴. Circa il 20% di esse sono gestite da enti cattolici, 22 soltanto nell’Arcidiocesi di Chicago.

Di recente, l’assistenza spirituale è diventata una componente bene accettata in una buona pratica medica, particolarmente per

gli anziani⁵. La pastorale è stata per molto tempo un aspetto importante nelle istituzioni LTC. I risultati dello studio indicano che l’assistenza pastorale cattolica è significativa. Vi sono cappellani e assistenti di pastorale in tutte le istituzioni, a eccezione delle residenze che dipendono dal governo federale.

La Santa Messa e i sacramenti (riconciliazione e unzione degli infermi) in linea di massima sono disponibili (a eccezione delle strutture residenziali fondate a livello federale e come istituzioni benefiche). Per le persone costrette a rimanere a letto, la Messa si può seguire alla TV. La cura pastorale si sostiene da sé nell’ambito delle istituzioni, in quanto il coinvolgimento della parrocchia locale è relativamente scarso. Sembra esserci un maggiore livello di attività (comprese quelle spirituali) per i residenti anziani, particolarmente nelle case di riposo;

è forse un riflesso della forte competizione presente nella società.

A questo proposito, le strutture cattoliche LTC hanno un vantaggio, in quanto mettono in evidenza l’aspetto “cattolico” dei loro programmi. Vi è un aumento sproporzionato nel numero dei cattolici (visto il cosiddetto “baby boom”) tra la popolazione anziana. Molti, se non la maggior parte, di questi cattolici ricordano ancora le gioie della loro vita di cattolici quando erano giovani, presso le loro famiglie e l’ambiente scolastico che frequentavano.

Riflessione

Le strutture LTC dell’Arcidiocesi cattolica di Chicago hanno ottenuto un punteggio alto per aver fornito buone cure pastorali. Il loro personale e le istituzioni che le sostengono sono da lodare. Tuttavia, vi è una risorsa cattolica che potrebbe essere più ampiamente promossa. L’amministrazione dei sacramenti è degna di nota. Ma che dire dei “mezzi sacramentali” (ricordiamoli!): rosario, santini, crocifissi, acqua benedetta, ecc? Molti, se non la maggior parte dei residenti delle strutture LTC, sono cresciuti prima del Concilio Vaticano II, quando il loro uso era molto frequente. Negli ultimi 40 anni la loro diffusione è diminuita. La vita può far sentire soli e isolati in una casa di cura. Dobbiamo ricordare che con l’acqua santa o il rosario, la famiglia e la vita della Chiesa, dei giovani e dei residenti può essere fonte di pace e di felicità. ■

Note

¹ The Official Catholic Directory. National Register Publishing. New Providence, NJ, 2009.
² GUINAN, PATRICK. The Christian Origin of Medical Compassion. NCBQ 5:243-248. 2005.
³ GUINAN, PATRICK. Christianity and the Origins of the Hospital. NCBQ Summer 2004. 257-263.
⁴ OUSLANDER, JOSEPH. The American Nursing Home. In Geriatric Medicine and Gerontology. Eds: Taller, RC; Fillet, H; and Bockelhuber, JC. Church-Livingston, 1998, Ch 112: 1559-1565.
⁵ DAALEMAN, TIMOTHY. Spirituality, In Hazzard’s Geriatric Medicine and Gerontology. 6th Edition. McGraw-Hill Medical, New York, 2009. pp. 395-397.

Tabella 2 – Sommario		
1) Tipo di struttura	Casa di cura e riabilitazione	17
	Casa di riposo	3
	Residenziale	2
2) Residenti	197 / Struttura	
3) Popolazione cattolica	75%+	5
	50-75%	2
	>50%	1
	Domanda non rivolta	14
4) Cappellani o Pastorale Assistenti per struttura		1.6
5) Messa	Quotidiana	16
	3 volte la settimana	3
	Mai	1
6) Messa nella sala TV	Si	12
	No	2
	Non sa	8
7) Sacramento dei Malati	Quando necessario	20
	Non disponibile	2
8) Sacram. d. Riconciliazione	Quando richiesto	20
	Non disponibile	2
9) Sostegno Spirituale	Gruppi di preghiera	
	Rosario	
	Gruppi di dialogo spirituale	
	Dolore e perdita	
	Preghiera Ecumenica	
10) Livello coinvolgimento Parrocchia locale	Fine della vita/Direttive avanzate	
	Moltissimo	3
	Abbastanza	8
	Nessuno	4
	Non sa	7

Suor Maria Benedetta Frey testimone della sofferenza per amore

DON GIANLUCA SCRIMIERY

*Vicario parrocchiale di Fabro,
Diocesi di Orvieto-Todi,
Vice postulatore,
Italia*

La serva di Dio Suor Maria Benedetta Frey (Roma 6.3.1836-Viterbo 10.5.1913) è particolare per aver vissuto nel monastero cistercense di Viterbo 52 anni immobile nel letto, piena di sofferenze fisiche e morali. Fin da piccola, la sua vita è segnata già da sofferenze e se ha potuto affrontarle, è per la fede ricevuta dalla famiglia. Tutto quello che ha imparato dal Vangelo, dall'esempio dei familiari, si è rivelato prezioso per capire in lei sia la chiamata di Dio alla vita contemplativa della clausura (entra nel 1856) sia a una chiamata di Dio a una vita di sofferenza per la gloria del Signore, per il bene della chiesa, e per la santificazione dei sacerdoti e dei seminaristi. Vi è stata nella Frey una speciale chiamata al coraggio e alla fermezza (*Salvifici Doloris*, 25). Nel corso dei secoli, anche la sofferenza dei santi, offertisi come vittime, ha sicuramente contribuito perché fossero fedeli a Cristo e alla Chiesa. Suor Maria Benedetta costretta a letto per una paralisi progressiva (1861) che si estende gradatamente a tutto il corpo, lasciando liberi la testa e il braccio destro, accetta la volontà di Dio, dopo una "resistenza" nei primi anni supplicando il miracolo. Nutrendosi dell'Eucaristia, della preghiera, dell'adorazione eucaristica e al crocifisso, si è potuta santificare attraverso il dolore, le sofferenze morali e fisiche, offrendosi come "vittima". Il letto era l'altare e lei stessa la vittima, ogni giorno celebrava la Santa Messa con la sua condizione di malata come un agnello pronta a vivere il suo lungo martirio e apostolato attraverso la preghiera e la sofferenza. Per

poter vedere il cielo riflesso facevo uso di uno specchietto. Suo padre spirituale era padre Bernardo Prelini, generale dell'ordine passionista e, per breve tempo, padre Germano Ruoppolo, direttore spirituale di Gemma Galgani. Quando scriveva una lettera iniziava con due parole "Dalla Croce". Nel crocifisso la Frey trova colui che soffre, per imparare come si ama, come si può vivere l'unione trasformante, come si dona la vita. Durante questo lungo calvario è stata sempre vicina affettuosamente a ogni Papa, ai sacerdoti e ai seminaristi per i quali offriva le sue sofferenze e consigli. Nella sua stanza vengono celebrati tutti i sacramenti anche alcune ordinazioni presbiterali. Tra i visitatori figurano personaggi illustri quali i cardinali Merry del Val (segretario di Stato), Pietro La Fontaine (viterbese, patriarca di Venezia), i cardinali Boschi, Cassetta, Macchi, il segretario di Papa Pio X, mons. Bressan, don Giuseppe Nascimbeni, Bartolo Longo, infine don Luigi Orione. Quest'ultimo lo aiuta a superare una crisi agli inizi del 1912, Suor Maria Benedetta si fa prendere uno straccio appoggiato nelle vicinanze, lo stringe con la mano e lo conforta dicendogli: "Lei deve essere uno straccio nelle mani di Gesù e lasciarsi condurre dalla divina Provvidenza"; poi profetizza: "Quando fonderà una congregazione di religiose dica loro che dovranno essere come stracci". La Frey aveva offerto la sua vita per la salute di Pio X che si era aggravata nell'aprile 1913, quando la salute del Pontefice riprenderà, la "monaca legata" salirà in cielo il 10 maggio 1913, mentre il Papa trapasserà il 20 agosto del 1914, festa di S. Bernardo. In Gesù Suor Maria Benedetta "nasconde" le anime per difenderle e farle riposare nel Sacro Cuore. È molto devota a Gesù Bambino al quale affidava tutti. Ecco cosa scriveva: "Le auguro

da Gesù Bambino tutto quel fuoco di Amor Divino che possedevano tutti i santi e con tale incendio di amore bruciava tutto ciò che vi poteva essere difettoso nei loro cuori. Sì tal fuoco divino li purificava, li abbelliva e li rendeva forti nelle battaglie, coraggioso nei martiri" (24/12/1897). "Sappiamo molto bene che non siamo noi che operiamo ma sì bene è Gesù il quale si serve delle persone più deboli per fare ciò che Egli vuole!" (19/11/1894). Scriveva che: "La santità consiste solamente con adempiere in tutto la volontà SS. ma di Dio, l'obbligo del proprio stato" (17/4/1900). Aveva il carisma del discernimento, della guarigione, della profezia, della consolazione. La Frey ha saputo dare senso alla vita, alla sofferenza, al dolore, perché era innamorata fortemente Cristo. Scriveva: "Mia cara, l'anima nostra non trova pace se non nel suo centro che è Dio (24/7/1885)"; "Sì, sì amiamo Gesù, patiamo per Gesù, operiamo per Gesù ed è certo che andremo in Paradiso" (24/11/1882).

È stata un'"ostia vivente": per l'edificazione della Chiesa, per la santificazione dei sacerdoti, per la conversione dei peccatori e per la salvezza delle anime. Invita sempre di accettare ogni prova e di farsi santi. Attraverso il dolore, ha evangelizzato e testimoniato Cristo santificando se stessa e gli altri; non ha scelto l'eutanasia, ma ha preferito seguire la Croce. Ha lasciato un messaggio forte e attuale: la vita umana è un dono di Dio, con la sua dignità degna essere vissuta (anche la sofferenza è un dono di Dio). Non ci si trova quindi, dinanzi a una persona che si "rassegna" passivamente, ma a una donna che viene guidata dall'alto a utilizzare i suoi punti di forza teologici per essere attiva a beneficio degli altri. Così il soffrire sprigiona una forza straordinaria di umanizzazione per sé e per gli altri, quasi un supplemento

d'anima da regalare. È stata capace di far diventare la sua disgrazia una "grazia e benedizione" del Signore per evangelizzare ed esortare alla santità (salvezza eterna). Nonostante fosse una martire piena di sofferenze ciò non le ha impedito di sentirsi amata da Dio e di amare. Ha capito, in definitiva, che l'amore di Dio non ci esime da ogni sofferenza, ma ci protegge in ogni sofferenza. E l'ha annunciato agli altri.

La santità è la vocazione per tutti i cristiani anche per i malati, per i quali sublima la capacità di sofferenza. La vocazione cristiana alla santità costituisce un elemento essenziale della vita che la condizione di malattia non elimina, anche se la rende apparentemente più difficoltosa.

Vi è una biografia con alcune lettere dove sono evidenziate le virtù della fede e della speranza: Suor Maria Benedetta Frey. Testi-

mone della sofferenza per Amore" (CVS, Roma 2009). La prefazione è di Mons. José L. Redrado, Segretario del Pontificio Consiglio per la Salute. Il postulatore è Don Armando Aufiero dei Silenziosi Operai della Croce (www.suorbenedettafrey.it – scrimgia@libero.it). La Serva di Dio viene pregata per i malati gravi, le coppie che hanno difficoltà a procreare, per la conversione e la riconciliazione tra due persone. ■

Programma della XXVII Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

“L’Ospedale, luogo di evangelizzazione: missione umana e spirituale”

Città del Vaticano, 15-17 novembre 2012

Giovedì 15 novembre Storia e missione

Sessione ante-meridiana

- 7.30 Celebrazione della Santa Messa
nella Basilica di San Pietro presieduta
da **S.Em.za il Card. Tarcisio Bertone**
Segretario di Stato (Santa Sede)
- 9.00 **Discorso di Apertura**
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski
*Presidente del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari (Santa Sede)*
- 9.30 **Saluto del Ministro della Salute dell'Italia**
On. Renato Balduzzi
- 9.40 **Messaggio di S. Em.za il Card.**
Jean-Baptiste Pham Minh Mân
*Arcivescovo di Thành-Phô Hồ Chí Minh (Vietnam);
Membro del Pontificio Consiglio per gli Operatori
Sanitari*
- 9.50 **Prolusione: L'Ospedale luogo della Nuova
Evangelizzazione**
S.E. Mons. Salvatore Fisichella
*Presidente del Pontificio Consiglio per la Promozione
della Nuova Evangelizzazione (Santa Sede)*
- 10.20 **Il ruolo dell'ospedale nella politica sanitaria
internazionale**
Dott. Anarfi Asamoah-Baah
*Vice Direttore Generale dell'OMS (Organizzazione
Mondiale della Salute) (Svizzera)*
- 10.50 Pausa
- Moderatore: Dott. Patrizio Polisca**
*Archiatra di Papa Benedetto XVI e Direttore
di Sanità ed Igiene del Governatorato dello Stato
della Città del Vaticano (Santa Sede)*
- 11.10 **Indicazioni e prospettive di pastorale sanitaria
nell'Esortazione Apostolica Post-sinodale
"Africae munus" di Papa Benedetto XVI**
S.Em.za il Cardinale Wilfrid Fox Napier, O.F.M.
*Arcivescovo di Durban (Sud Africa); Membro
del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari*
- 11.30 **L'ospedale tempio dell'umanità e crocevia
dei popoli**
S.Em.za il Cardinale Willem Jacobus Eijk
Arcivescovo di Utrecht (Paesi Bassi)

- 11.50 **L'Ospedale Santo Spirito in Saxia:
storia e missione**
Prof. Gianni Iacovelli
*Presidente dell'Accademia di Storia dell'Arte
Sanitaria di Roma (Italia)*
- 12.10 **Genesi storica dell'ospedale**
Fra' Pascual Piles Ferrando, O.H.
*Priore Generale emerito dell'Ordine Ospedaliero
di San Giovanni di Dio (Spagna)*
- 12.30 **L'impegno religioso secolare delle Suore
della Carità di S. Giovanna Antida Thouret
nell'ospedalità romana**
Sr. Nunzia De Gori, SDC
*Superiora Generale delle Suore della Carità
di S. Giovanna Antida Thouret (Italia)*
- 12.50 **Accompagnamento umano e spirituale
degli studenti in medicina**
Prof. Benoît Lengelé
*Professore della Cattedra di Anatomia Umana
all'Università Cattolica di Louvain (Belgio)*
- 13.10 Fine sessione

Sessione post-meridiana

- Moderatore: S.E. Mons. Valter Župan**
*Vescovo di Krk; Vescovo Incaricato di Pastorale
della Salute (Croazia)*
- 15.00 **L'ospedale militare e l'evangelizzazione della
pace**
Generale di Brigata Vito Ferrara
*Vice-Direttore della Direzione di Sanità dell'Arma
dei Carabinieri (Italia)*
- 15.20 **Il management ospedaliero tra razionalizzazione
e tutela del diritto alla salute**
Dott. Anthony R. Tersigni
*Presidente e Direttore Esecutivo dell'Ufficio
"Ascension Health Alliance" (U.S.A.)*
- 15.40 **La ricerca biomedica in ospedale**
Dott.ssa Ornella Parolini
*Direttore del Centro di Ricerca E. Menni;
Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero
di Brescia (Italia)*
- 16.00 **La vocazione dell'ospedale universitario**
Dott. Sandro Caffi
*Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
Universitaria integrata di Verona (Italia)*

16.20 Pausa

Moderatore: Prof.ssa Kuo-Inn Tsou

Preside della Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica di Fu Jen, Taipei (Taiwan); Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

16.40 La Telemedicina: una realtà medica che interpella l'etica

Dott. Giovanni Putoto

Responsabile della Programmazione di Medici con l'Africa-CUAMM (Italia)

17.00 Luoghi di cura: il nesso tra lo spazio, la spiritualità e il benessere. Le implicazioni per l'ambiente ospedaliero e la salute

Prof.ssa Esther M. Sternberg

Direttrice di ricerca, Centro dell'Arizona per la Medicina Integrativa, Università dell'Arizona, Tucson (USA)

17.30 Tavola Rotonda: Gli Operatori ospedalieri: evangelizzatori della vita

Amministratore

Dott. Orochi Samuel Orach

Direttore dell'UCMB, Ufficio Nazionale di Pastorale della Salute, Kampala (Uganda); Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

Medico

Dott.ssa Daniela Terribile

Dirigente Medico, Chirurgia Senologica del Policlinico Universitario Agostino Gemelli (Italia)

Infermiere

Sr. Alžbeta - Bc. Jana Galgóciová

Suora della Congregazione Santa Elisabetta (Repubblica Slovacca)

Volontario

Sig.ra Anna Janowicz

(Polonia)

Cappellano

Don Werner Erhard Demmel

(Germania)

18.30 Discussione

19.00 Fine sessione

9.00 Sanità tra essere ed agire: bilanci di carità
Fra' Mario Bonora, P.S.D.P.

Presidente dell'Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar-Verona, e Presidente Nazionale dell'ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (Italia); Membro del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

9.20 Umanizzazione ed equità delle cure nelle strutture sanitarie

Prof. Enrico Garaci

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e del Consiglio Superiore di Sanità (Italia)

9.40 L'Ospedale: problemi bioetici e biopolitici

Prof. Francesco D'Agostino

Professore Ordinario di Filosofia del Diritto e di Teoria generale del Diritto presso l'Università degli Studi di Tor Vergata (Italia)

10.00 L'ospedale custode della vita

Prof. Riccardo Marana

Direttore dell'Istituto Scientifico Internazionale Paolo VI di Ricerca sulla Fertilità ed Infertilità Umana per una Procreazione Responsabile - I.S.I. presso il Policlinico Universitario Agostino Gemelli (Italia)

10.20 I Comitati etici negli ospedali oggi

Prof. John M. Haas

Presidente del Centro Nazionale Cattolico di Bioetica, Philadelphia (U.S.A.); Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

10.40 Pausa

11.00 Tavola rotonda:
Gli ospedali cattolici in un mondo che cambia

Moderatore: S.E. Mons. Protase Rugambwa

Segretario Aggiunto della Congregazione per l'Evangelizzazione dei Popoli (Santa Sede)

AFRICA

S.E. Mons. Joachim Ntahondereye

Vescovo di Muyinga, Vescovo Incaricato di Pastorale della Salute (Burundi); Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

ASIA

S.E. Mons. Bernard Blasius Moras

Arcivescovo di Bangalore (India); Membro del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

AMERICA DEL NORD

S.E. Mons. Robert J. McManus

Vescovo di Worcester; Vescovo Incaricato di Pastorale della Salute (U.S.A.)

AMERICA DEL CENTRO-SUD

S.E. Mons. Sebastián Ramis Torrens

Vescovo di Huamachuco; Vescovo Incaricato di Pastorale della Salute (Perù)

Venerdì 16 novembre Etica e umanizzazione

Sessione ante-meridiana

Moderatore: S.E. Mons. José Luis Redrado, O.H.

Segretario emerito del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (Spagna)

EUROPA**S.E. Mons. Edoardo Menichelli***Arcivescovo Metropolitano di Ancona-Osimo (Italia)**Assistente Ecclesiastico Nazionale dell'A.M.C.I.**(Associazione Medici Cattolici Italiani)***OCEANIA****S.E. Mons. Donald Sproxton***Vescovo Ausiliare di Perth; Vescovo Incaricato**di Pastorale della Salute (Australia)*

12.30 Discussione

13.00 Fine sessione

Spiritualità e diaconia della carità

Sessione post-meridiana**Moderatore: S.E. Mons. Emery Kabongo***Arcivescovo-Vescovo Emerito di Luebo e Canonico**della Basilica di S. Pietro in Roma (Santa Sede)*15.00 **La Cappella dell'ospedale, cuore pulsante della missione della Chiesa per gli infermi****Fra' René Stockman, F.C.***Superiore Generale dei Fratelli della Carità (Belgio)*15.20 **Vocazione alla vita consacrata e testimonianza carismatica nei luoghi di cura****Madre Laura Biondo, F.S.C.***Superiora Generale delle Figlie di San Camillo de Lellis (Italia)*15.40 **La cura a domicilio dei malati****Dott. Konstanty Radziwill***Presidente del CPME (Comitato Permanente dei Medici Europei) (Polonia)*16.00 **La cappellania ospedaliera****Fra' Benigno Ramos Rodríguez, O.H.***Superiore della Comunità dell'Isola Tiberina di Roma dei Religiosi dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio (Italia)*16.20 **La preparazione umana e spirituale dei volontari ospedalieri****Dott. Salvatore Pagliuca***Presidente Nazionale dell'U.N.I.T.A.L.S.I (Unione Nazionale Italiana Trasporto Ammalati a Lourdes e Santuari Internazionali (Italia); Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari*16.40 **I bisogni spirituali dei pazienti con malattie croniche in una società secolarizzata****Prof. Arndt Büsing***Cattedra di Spiritualità, benessere e qualità di vita, Centro di Medicina Integrativa, Facoltà di Medicina, Università di Witten/Herdecke (Germania)*

17.00 Pausa

Moderatore: P. Salvatore Pignatelli, M.I.*Direttore del Centro Medico di Ouagadougou (Burkina Faso)*17.20 **La missione per i sofferenti delle Misericordie**
Dott. Manuel de Lemos*Presidente Nazionale dell'Unione delle Misericordie (Portogallo)*17.40 **L'impegno umanitario e missionario dell'Ordine di Malta****S.E. Bali Gr. Cr. D'Obb. Barone****Albrecht von Boeselager***Grand'Ospedaliere del Sovrano Ordine Militare di Malta (Germania); Membro del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (Santa Sede)*18.00 **Alcuni progetti della Fondazione "Il Buon Samaritano" in collaborazione con alcuni Enti a favore di ospedali**

• Donazione da parte della General Electric di ecografi e formazione del personale medico nel Distretto Sanitario di Butembo, Nord Kivu, Repubblica Democratica del Congo

• Donazione da parte della Gilead di farmaci antiretrovirali e rafforzamento del programma per la lotta contro l'HIV/AIDS della Conferenza Episcopale della Tanzania

18.45 **Conclusioni e Raccomandazioni****Mons. Andrea Pio Cristiani***Fondatore del Movimento "Shalom" (Italia);**Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari***P. Jacques Simporé, M.I.***Rettore dell'Università San Tommaso, Ouagadougou (Burkina Faso); Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari*

19.00 Fine dei Lavori

Sabato 17 novembre

8.00 Celebrazione della Santa Messa
nella Basilica di San Pietro10.00 Incontro di Riflessione e Preghiera
degli Operatori Sanitari in occasione
dell'Anno della Fede, Aula Paolo VI

1. Introduzione di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski
2. Lettura della Parola di Dio
3. Commento di S.Em.za il Cardinale Angelo Comastri
4. Pausa di riflessione
5. Testimonianze
6. Preghiera conclusiva

È previsto il discorso del Santo Padre Benedetto XVI